



**Regionale  
Kontrollkommissionen  
für Sterbehilfe**

**—**  
*Jahresbericht 2010*

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	3
<b>Kapitel I Entwicklungen 2010</b>	
Meldungen	5
Website	5
Medizinisch sorgfältige Durchführung	6
»Fertig mit dem Leben«	6
<b>Kapitel II Sorgfaltskriterien</b>	
Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen	8
Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen	10
a Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen	10
Psychiatrische Krankheit oder Störung	10
Beschwerden depressiver Art	11
Demenz	11
Schriftliche Patientenverfügung	11
b Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	18
Demenz	24
Psychiatrische Krankheit oder Störung	24
Koma	25
Palliative Sedierung	25
c Patientenaufklärung	25
d Keine andere annehmbare Lösung	25
e Konsultation	26
f Medizinisch sorgfältige Durchführung	30
<b>Kapitel III Aufgaben der Kommissionen</b>	
Gesetzlicher Rahmen	35
Rolle der Kommissionen	35
<b>Übersicht der eingegangenen Meldungen</b>	37

# Vorwort

---

Verehrte Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2010 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Darin legen die Kommissionen Rechenschaft über ihre Prüfungstätigkeit ab, die sie gemäß dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) ausüben. Der Bericht bietet eine Übersicht über die Zahl der eingegangenen Meldungen, die Art der gemeldeten Fälle, die von den Kommissionen abgegebenen Urteile und die bei der Entscheidungsfindung vorgenommenen Abwägungen.

Wie bereits in den vergangenen sechs Jahren ist die Zahl der aufgrund des Sterbehilfegesetzes eingegangenen Meldungen erneut angestiegen – von 2636 im Jahr 2009 auf 3136 im Jahr 2010; das entspricht einer Zunahme um nicht weniger als 19 %. Der Grund für die von Jahr zu Jahr weiter steigende Zahl der Meldungen ist nicht bekannt. In diesem Berichtsjahr wurde mit der bereits in vorangegangenen Jahresberichten behandelten Evaluierungsstudie zum Sterbehilfegesetz begonnen, deren Ergebnisse voraussichtlich Ende 2012 vorliegen werden.

2010 konnten die Kommissionen 2667 der 3136 gemeldeten Fälle beurteilen. Obwohl das Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport in diesem Jahr eine gewisse Aufstockung der personellen Kapazitäten der Kommissionen genehmigt hat, konnte eine weitere Verzögerung der bereits bestehenden Rückstände nicht verhindert werden. Die gesetzlich vorgegebene Frist, in der die Kommissionen zu einem Urteil kommen müssen, wurde in mehreren Fällen in erheblichem Maße überschritten. Dies ist ein unerwünschter Zustand, der den gesetzlichen Bestimmungen zuwiderläuft. Die Kommissionen bedauern dies sehr, was sie auch den meldenden Ärzten gegenüber deutlich gemacht haben.

Die Kommissionen, die Mitglieder und die Sekretariate haben alles darangesetzt, die genannten Probleme zu meistern. Eine spezielle Arbeitsgruppe, die sich mit der Arbeitsweise der Kommissionen befasst, hat mehrere Vorschläge vorgelegt, die eine noch effizientere Beurteilung der gemeldeten Fälle, bei der die Qualität der Beurteilung selbstverständlich gewahrt bleibt, gewährleisten sollen. Diese Vorschläge werden im Rahmen von Pilotprojekten getestet, die ab dem Sommer 2011 in zwei Regionen durchgeführt werden. Dass das selbstgewählte Lebensende ein hochaktuelles Thema in der Gesellschaft ist, zeigen mehrere Initiativen aus dem Jahr 2010. So legte etwa die Initiativgruppe »Uit Vrije Wil« (Aus freiem Willen) einen Gesetzentwurf vor, und der Niederländische Verband für ein selbstbestimmtes Lebensende (NVVE) führte eine Machbarkeitsstudie für eine »Lebensende-Klinik«<sup>3</sup> durch. Außerdem initiierte die Ärztekammer KNMG mit der Veröffentlichung des Entwurfs eines Positionspapiers eine Diskussion über die Rolle des Arztes beim selbstgewählten Lebensende. Die Mitglieder der Kommissionen haben dies selbstverständlich mit Interesse zur Kenntnis genommen.

Vor dem Hintergrund der ihnen obliegenden Verantwortung und unter Berücksichtigung ihrer unabhängigen Position und ihrer Rolle als Kontrollinstanz sind die Kommissionen der Ansicht, dass es ihnen nicht zusteht, sich zu den genannten Initiativen zu äußern. Die Aufgabe der Kommissionen besteht darin, das Handeln des meldenden Arztes im Nachhinein anhand der in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes festgelegten Sorgfaltskriterien zu beurteilen, wobei sie den herrschenden Stand der Medizinwissenschaft und die geltenden Normen der Medizinethik bei ihren Erwägungen berücksichtigen.

Das Handeln der Kommissionen bei der Beurteilung der Meldungen muss klar und eindeutig sein. Dieser Aspekt der Arbeit der Kommissionen bedarf der besonderen und ständigen Aufmerksamkeit.

Unter Beachtung des Grundsatzes, dass jede Meldung vor dem Hintergrund der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles zu beurteilen ist, wird fortwährend an einer Harmonisierung der Urteile gearbeitet. Auch im Jahr 2010 haben die Kommissionen spezielle Veranstaltungen zu diesem Thema organisiert, an denen Juristen (darunter die Sekretäre), Ärzte und Ethiker der Kommissionen teilgenommen haben. In Kapitel I wird näher auf diese Veranstaltungen eingegangen.

Bei den 2667 Meldungen, die die Kommissionen in diesem Berichtsjahr beurteilen konnten, kamen sie in 9 Fällen zu dem Urteil, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. In 5 dieser Fälle wurde die Art der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung als »nicht sorgfältig« eingestuft. Aus diesem Grund wurde, anlässlich der Verabschiedung des Koordinierenden Vorsitzenden J.J.H. Suyvers im Dezember 2010, ein Symposium zum Thema »Medizinisch verantwortbare Durchführung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung« organisiert. Reaktionen auf diesen Bericht sind den Kommissionen jederzeit willkommen.

**W.J.C. Swildens-Rozendaal**

*Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe*

Den Haag, August 2011

# Kapitel I Entwicklungen 2010

2010 haben sich die folgenden relevanten Entwicklungen vollzogen.

## Meldungen

2010 sind bei den Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (im Folgenden: die Kommissionen) 3136 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen.<sup>1</sup>

2009 belief sich die Zahl der Meldungen auf 2636, das entspricht einer Zunahme um 19 %. Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) wird erneut evaluiert. Im Rahmen dieser inzwischen bereits angelaufenen Evaluierung wird auch der starke Anstieg der Meldungen untersucht.

2010 haben die Kommissionen 2667 der 3136 eingegangenen Meldungen beurteilt. Das Verhältnis zwischen der Zahl der eingehenden Meldungen und der Zahl der abgehandelten Fälle gibt den Kommissionen bereits seit geraumer Zeit Anlass zu großer Sorge.

Aufgrund des starken Anstiegs der Zahl der Meldungen, der sich bereits seit mehreren Jahren vollzieht, und der daraus folgenden Kapazitätsprobleme, insbesondere bei den Sekretariaten, kam es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung der Fälle. Im Frühjahr 2010 hat das Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport eine gewisse – bis dato noch nicht hinreichende – Aufstockung der personellen Kapazitäten genehmigt. Unglücklicherweise kam es zur gleichen Zeit zu langfristigen Krankheitsausfällen in den Sekretariaten, weshalb die entstandenen Rückstände nicht aufgeholt und neue Verzögerungen nicht verhindert werden konnten. Aus diesem Grund ist die Bearbeitungsdauer der einzelnen Fälle inzwischen unangemessen lang. Die Kommissionen bedauern dies sehr; eine fristgerechte Bearbeitung der Meldungen und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sind von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, das in sie gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen.

Gemeinsam mit den Sekretariaten setzen die Kommissions-

mitglieder alles daran, dieses Problem in den Griff zu bekommen. So wurde unter anderem eine spezielle Arbeitsgruppe zum Thema Arbeitsweise der Kommissionen eingesetzt, die Anfang 2011 Vorschläge vorgelegt hat für eine noch effizientere Beurteilung der Meldungen bei Einhaltung der vom Sterbehilfegesetz vorgegebenen Rahmen.

Die Kommissionen haben die von ihnen beurteilten Fälle mit Blick auf die Frage 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 einiger dieser Urteile – wie auch einiger Urteile, bei denen die Kommissionen zu dem Schluss kamen, dass die Kriterien erfüllt wurden – werden als Fallbeispiel in Kapitel II (Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen) bei der Behandlung des jeweiligen Kriteriums dargelegt.<sup>2</sup>

## Website

Grundsätzlich sollen alle Urteile, in denen die Kommissionen zu dem Schluss kamen, dass den Sorgfaltskriterien nicht entsprochen wurde, vollständig auf der Website der Kommissionen ([www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)) veröffentlicht werden.

Ebenso sind aber auch Urteile jener Fälle, in denen das Handeln des Arztes als »den Sorgfaltskriterien entsprechend« eingestuft wurde, auf der Website einsehbar. Urteile, bei deren Publikation die Anonymität des Patienten nicht gewährleistet wäre, werden dagegen nicht veröffentlicht. 2010 konnten aufgrund des starken Anstiegs der Zahl der Meldungen in den letzten Jahren, dem keine entsprechende Personalaufstockung gegenüberstand, leider erneut keine Urteile zur Publikation aufbereitet und veröffentlicht werden.

Das Ziel der Kommissionen ist es, die Veröffentlichung der Urteile auf der – komplett überarbeiteten – Website im Laufe des Jahres 2011 wieder aufzunehmen.

<sup>1</sup> Die Zahlen – sowohl die allgemeinen Zahlen als auch eine nach Regionen aufgeschlüsselte Übersicht – sind Anhang I zu entnehmen.

<sup>2</sup> Die als Fallbeispiel aufgenommenen Passagen des Urteils beziehen sich insbesondere auf das betreffende Sorgfaltskriterium. Einige jener Fälle, in denen die Kommissionen aufgrund – nahezu identischer – Mängel bei der Durchführung zu dem Urteil kamen, dass den Sorgfaltskriterien nicht entsprochen worden war, werden als Beispiele beschrieben.

## 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 ziehen die Kommissionen grundsätzlich die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Instituts der Niederländischen Apotheker (WINAp) der Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) als Leitfaden heran. In den 2007 formulierten Standards zur Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln (»Standard Euthanatica«) des WINAp ist nachzulesen, welche Mittel und welche Dosierung das Institut im Zusammenhang mit der Lebensbeendigung auf Verlangen bzw. der Hilfe bei der Selbsttötung empfiehlt und von welchen Mitteln es abrät.

Im Jahr 2008 hatten die Kommissionen in der Fachzeitschrift »Medisch Contact« die Standards von 2007 vorgestellt und angekündigt, sie weiterhin als Leitfaden verwenden zu wollen.<sup>3</sup>

Die Kommissionen stellen fest, dass sich 2010 mehr Ärzte an den Standards von 2007 orientiert haben.

Auch im Jahr 2010 mussten sich die Kommissionen mit Fällen befassen, in denen Sterbemittel eingesetzt worden waren, deren Verwendung in den Standards nicht empfohlen wird, sowie mit Fällen, in denen die Dosierung der Sterbemittel nicht angegeben worden war oder nicht mit den Standards übereinstimmte.

In den betreffenden Fällen haben die Kommissionen die jeweiligen Ärzte stets gebeten, ihr Abweichen von den Standards zu begründen.

Leider konnten nicht alle Abweichungen hinreichend begründet werden. Die Kommissionen urteilten in diesem Berichtsjahr in fünf Fällen, dass der Arzt im Hinblick auf die Wahl bzw. Dosierung des Sterbemittels nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.<sup>4</sup> Einige nahezu identische Fälle werden im Folgenden beispielhaft beschrieben.

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der KNMP bzw. des WINAp und der Ärztekammer KNMG hat 2010 mit der Formulierung neuer Standards begonnen. Auf Anfrage haben die Kommissionen der Arbeitsgruppe Informationen über ihre Erfahrungen mit der Beurteilung der Durchführung von Sterbehilfe – selbstverständlich in allgemeiner Form und anonymisiert – zur Verfügung gestellt.

Außerdem haben die Kommissionen im Dezember 2010 ein Symposium zu diesem Thema organisiert, an dem auch Vertreter von KNMP/WINAp bzw. KNMG teilgenommen haben.

Auf dieser Veranstaltung wurde noch einmal bekräftigt, dass die Kommissionen solange, bis neue Standards formuliert werden, die Standards aus dem Jahr 2007 als Leitfaden heranziehen und dass Ärzte eine Abweichung von diesen Standards hinreichend begründen müssen.

## »Fertig mit dem Leben«

Auch in diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen Meldungen ein, in denen der Arzt die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten mit den Worten »fertig mit dem Leben« umschrieb. Mit dieser Formulierung scheinen die Ärzte jedoch nicht genau dasselbe sagen zu wollen, was in der gesellschaftlichen Debatte damit gemeint ist. Die Ärzte umschreiben damit die Tatsache, dass der Patient sein Leiden, und damit sein Leben, als unerträglich empfindet und deshalb sein Leben beenden möchte.

Wie nachstehend in Kapitel II (Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen) unter b eingehender dargelegt, hängt die Frage, ob der Patient sein Leiden als unerträglich empfindet, außer von seiner aktuellen Situation von seiner subjektiven Zukunftsperspektive, seiner physischen und psychischen Leidensfähigkeit und von seiner Persönlichkeit ab. Was für den einen Patienten noch erträglich ist, empfindet ein anderer als unerträglich.

Angesichts der gesellschaftlichen Diskussion über – kurz gesagt – das Thema »fertig mit dem Leben«<sup>5</sup> und aufgrund der Tatsache, dass auch Ärzte bei der Meldung von Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung mit gewisser Regelmäßigkeit in ihren Berichten die Unerträglichkeit des Leidens mit diesem oder einem ähnlichen Ausdruck umschreiben, hielten es die Kommissionen für notwendig, das Thema gemeinsam zu besprechen.

Im Herbst 2010 wurde eine Konferenz zu diesem Thema veranstaltet, an der Ärzte, Ethiker und Juristen aller Kommissionen teilnahmen. Ein wichtiges Ziel solcher regelmäßigen Konferenzen ist die Harmonisierung der Kommissionsurteile.

Die Kommissionen überprüfen das ärztliche Handeln anhand der im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien. Das Ziel des Gesetzgebers war es, mit dieser Rechtsnorm die Rechtsprechung des Hohen Rates und die sich darin herauskristallisierenden Sorgfaltskriterien zu

<sup>3</sup> MC Nr. 4, November 2008.

<sup>4</sup> Entfällt.

<sup>5</sup> Die Kommissionen verwenden diesen Ausdruck selbst nicht.

kodifizieren. Bei der Interpretation der Sorgfaltskriterien berücksichtigen die Kommissionen diese Rechtsprechung. Für die Diskussion zum Thema »fertig mit dem Leben« ist insbesondere das Brongersma-Urteil des Hohen Rates relevant.<sup>6</sup> Der Fall Brongersma ereignete sich vor Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes, das Urteil des Hohen Rates wurde danach gesprochen. In diesem Urteil wurde festgestellt, dass das Leiden seinen Ursprung überwiegend in einer medizinisch erfassten Krankheit bzw. Gesundheitsstörung haben muss. Für die Beurteilung eines Leidens, das auf »Lebensmüdigkeit« zurückgeht, verfährt der Arzt aus Sicht des Hohen Rates, der auf die Entstehungsgeschichte des Sterbehilfegesetzes verweist, nicht über das erforderliche Fachwissen, dies fällt nicht in sein Fachgebiet (»Da der Arzt sich dann auf ein Terrain begibt, das außerhalb seiner beruflichen Kompetenz liegt, darf er sich in seiner Eigenschaft als Mediziner kein Urteil über die Unerträglichkeit des Leidens, die Aussichtslosigkeit des Zustands und die Unmöglichkeit einer Behandlung bilden«).

Klar ist, dass der Gesetzgeber das Sterbehilfegesetz nicht auf Sterbehilfe für anwendbar erklären wollte, die aufgrund des Gefühls, »fertig mit dem Leben« zu sein, geleistet wird; schließlich hatte die gesellschaftliche Diskussion zu diesem Thema noch gar nicht stattgefunden.<sup>7</sup>

Mit unterschiedlichen Formulierungen wies die Regierung darauf hin, dass es innerhalb des medizinischen Berufsstandes keine eindeutige Auffassung zu dem Ausdruck »fertig mit dem Leben« gebe, und erklärte, dass eine gesellschaftliche Debatte zu diesem Thema noch nicht geführt worden sei – »gleichwohl handelt es sich hierbei um ein noch nicht hinreichend diskutiertes Element in unserer Gesellschaft.«<sup>8</sup> Für die Kommissionen ist die Entstehungsgeschichte des Sterbehilfegesetzes von großer Bedeutung.

Da Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung zum Zeitpunkt des Todes von Herrn Brongersma noch ausnahmslos strafbar waren, musste der Hohe Rat die Frage beurteilen, ob der Arzt sich erfolgreich auf höhere Gewalt im Sinne eines Notstandes aufgrund einer Pflichtenkollision berufen konnte. Mit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes wurde die Strafbarkeit der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung aufgehoben, sofern diese von einem Arzt durchgeführt und gemeldet wird und die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten werden.

Die Prüfungstätigkeit der Kommission im Rahmen des Sterbehilfegesetzes beschränkt sich, anders als bei der Berufung auf einen übergesetzlichen Notstand, auf eine summarische Prüfung: Konnte der Arzt vernünftigerweise zu der Überzeugung gelangen, dass das Leiden des Patienten unerträglich war und keine Aussicht auf Besserung bestand? Dies muss der Arzt der Kommission glaubhaft machen. Die Kommissionen prüfen unter Berücksichtigung des herrschenden Standes der Medizinwissenschaft und der geltenden Normen der Medizinethik, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

In allen von den Kommissionen beurteilten Fällen war die Ursache des unerträglichen Leidens des Patienten und der Aussichtslosigkeit seines Zustands überwiegend auf eine medizinisch erfasste Krankheit bzw. Gesundheitsstörung zurückzuführen (siehe Fall 11).

<sup>6</sup> HR, 24. Dezember 2002, NJ 2003, 167.

<sup>7</sup> Siehe Sitzungsberichte II, 23.11.2000, Abgeordnetenhaus 27-2254; Regierungsstellungnahme, Parlamentsdrucksachen I, 2000/01, 26691, Nr. 137b, S. 32; Regierungsstellungnahme, Parlamentsdrucksachen I, 2000/01, 26691, Nr. 137b, S. 34.

<sup>8</sup> Siehe unter anderem Parlamentsdrucksachen II, 2000/01, 26691, Nr. 22, S. 76.

# Kapitel II **Sorgfaltskriterien**

## Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen

Die Kommissionen überprüfen im Nachhinein das Handeln des meldenden Arztes anhand der in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien.

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.

Sowohl Lebensbeendigung auf Verlangen als auch Hilfe bei der Selbsttötung wird 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.

In der Praxis kommt es vereinzelt vor, dass bei einem Arzt Unklarheit über seine Rolle bei der Sterbehilfe besteht, etwa wenn ein Sterbehilfefall von einem Arzt gemeldet wird, der die Sterbehilfe nicht selbst geleistet hat. In einem solchen Fall muss der durchführende Arzt die Meldung nachträglich unterschreiben; er gilt für die Kommissionen dann als meldender Arzt.<sup>9</sup>

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.

Die Kommissionen stellten fest, dass immer häufiger von dem neuen Musterbericht Gebrauch gemacht wird. Die darin formulierten Fragen erleichtern es dem Arzt, gegenüber der Kommission darzulegen, auf welche Weise die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

Dennoch erbitten die Kommissionen in manchen Fällen nähere Auskünfte; häufig genügt hier eine telefonische oder schriftliche Erläuterung. Es kann auch vorkommen, dass die Kommissionen den Arzt um ein persönliches Gespräch bitten, um einen besseren Einblick in den Entscheidungsfindungsprozess im Zusammenhang mit dem Lebensende des Patienten oder in die konkrete Durchführung der Sterbehilfe zu erhalten.

Die Kommissionen sind sich darüber im Klaren, dass ein solches Gespräch für einen Arzt – nicht zuletzt angesichts des Zeitaufwands – eine Belastung darstellt.

Sie 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. Ohne diese Informationen wäre es der Kommission nicht möglich, die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien durch den Arzt zu bestätigen.

Mit einem solchen Gespräch erhält der Arzt Gelegenheit, an der Überprüfung seines Handelns mitzuwirken, was letztlich auch von ihm erwartet werden darf.

Auch 2010 gaben die weitaus meisten Meldungen den Kommissionen keinen Anlass zu weiteren Diskussionen oder Fragen. In diesen Fällen konnten die Kommissionen rasch zu dem Schluss kommen, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat (in Fall 1 wird eine solche Meldung behandelt).

<sup>9</sup> Siehe Artikel 3 Absatz 1 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. September 2006.



## Fall 1

**Die Sorgfaltskriterien wurden eingehalten, es gab keine Besonderheiten.**

**Urteil: »Sorgfältig«**

Ein Patient im Alter zwischen 20 und 30 Jahren begann Anfang 2009 unter Beschwerden zu leiden, die auf eine Form von Krebs im Jugendalter zurückgingen. Der Tumor befand sich in der Thoraxwand und hatte in das Knochenmark metastasiert.

Der Patient wurde mit intensiven Chemotherapien behandelt. Im Herbst 2009 wurde der Tumor operativ entfernt. Anschließend wurde der Patient einer weiteren Chemotherapie, Ende 2009 einer Stammzellentherapie und Anfang 2010 einer Strahlentherapie unterzogen. Dennoch traten aufgrund von Metastasen im ganzen Körper wieder starke Schmerzen auf, die mit einer palliativen Chemo- und Strahlentherapie behandelt wurden. Die Schmerztherapie ging mit störenden Nebenwirkungen einher.

Trotz Fentanyl-Pflastern und der Gabe von Methadon und Oramorph blieben die Schmerzen des Patienten unerträglich. Sein Zustand verschlechterte sich rapide; in der letzten Woche seines Lebens war er vollständig bettlägerig.

In den letzten Tagen wurde ihm wegen Harnretention ein Blasenkatheter gelegt. Das Leiden des Patienten bestand aus starken Schmerzen im ganzen Körper, allgemeiner Schwäche und der vollständigen Abhängigkeit von anderen. Für ihn war dieses Leiden unerträglich.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war.

Abgesehen von den bereits ergriffenen palliativen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Eine palliative Sedierung lehnte der Patient ab. Er wollte nicht unter stärkerer Schmerz- und Schlafmedikation in seinem Bett auf den Tod warten.

Zwei Tage vor seinem Tod hatte der Patient seinen Arzt zum ersten Mal konkret um Sterbehilfe gebeten. Diese Bitte hatte er danach wiederholt. Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Spezialisten, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Dieser besuchte den Patienten einen Tag vor dessen Tod. Der Patient hatte noch kein Methadon eingenommen, weil er bei möglichst klarem Bewusstsein bleiben wollte. Während der Erläuterung seiner Bitte um Sterbehilfe war der Patient bei klarem Bewusstsein.

Er sah sehr blass aus. Der Konsiliararzt sah ein paar Mal mit an, wie der Patient vor Schmerzen nahezu verging. Seiner Auffassung nach bestand das Leiden des Patienten in erster Linie aus immer stärker werdenden Schmerzen und der Tatsache, dass er das Bett nicht mehr verlassen konnte. Dies machte dem Patienten, zusammen mit der Aussicht, dass sich sein Zustand nur immer weiter verschlechtern würde, sein Leiden unerträglich. Für die Patienten bestand keine Aussicht auf Besserung.

Es gab keine Alternativen, die das Leiden des Patienten gelindert hätten.

Laut Konsiliararzt war der Patient willensfähig. Der Patient war in der Lage, seinen Wunsch nach Sterbehilfe zu überblicken und zu äußern. Die Bitte war freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er 2000 mg Pentothal und 20 mg Pavulon intravenös verabreichte.

Die Kommission überprüft im Nachhinein das Handeln des Arztes anhand der in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien. Dabei prüft sie unter Berücksichtigung des herrschenden Standes der Medizinwissenschaft und der geltenden Normen der Medizinethik, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass er unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Der Arzt hat den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten hinreichend informiert. Er konnte mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gab. Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Der Arzt hat die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Im Gegensatz zu diesem Fall führte die Meldung in einigen anderen Fällen jedoch zu langen, eingehenden Diskussionen in der Kommission.

Die übrigen in diesem Kapitel behandelten Beispiele sind Fälle, in denen es zu solchen Diskussionen und zu Fragen seitens der Kommission kam.

Anders als in Fall 1, in dem das Urteil der Kommission zu allen Sorgfaltskriterien ausgeführt wurde, konzentriert sich die Darlegung der nachstehenden Fälle überwiegend auf jene Elemente, die die Beurteilung des jeweiligen Sorgfaltskriteriums illustrieren sollen.

## 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 Frage, ob diese Wünsche erfüllt werden können oder nicht, müssen Bestandteil der Beziehung zwischen Arzt und Patient sein. Der Patient muss das Ersuchen dem Arzt gegenüber, der die Sterbehilfe leisten soll, konkret äußern.

Dabei sind drei Faktoren relevant:

1. Die Bitte um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung muss von dem Patienten selbst geäußert werden.
2. Die Bitte muss 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 (innere

Freiwilligkeit), als auch seinen Willen ohne Ausübung von Druck oder unververtretbaren Einfluss durch andere geäußert haben (äußere Freiwilligkeit).

3. Der Bitte muss reifliche Überlegung vorausgegangen sein. Das bedeutet, dass der Patient auf der Grundlage ausreichender Informationen und eines klaren Bildes vom Krankheitszustand eine sorgfältige Abwägung getroffen hat. Ein Patient ist willensfähig, wenn er für fähig erachtet werden kann, die Bitte um Sterbehilfe aus innerer Freiwilligkeit 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 unerträglichen Leidens, bei dem keine Aussicht auf Besserung besteht, 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 (lassen), ob der Patient willensfähig ist. Dafür muss er unter anderem untersuchen, ob der Patient relevante Informationen erfassen kann, ob er über ein Krankheitsbewusstsein verfügt und in der Lage ist, zusammenhängende Erwägungen vorzunehmen. In solchen Fällen ist es sehr wichtig, zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt einen oder mehrere weitere Sachverständige, auf jeden Fall einen Psychiater, hinzuzuziehen.

Werden andere Ärzte hinzugezogen, ist es wichtig, dass den Kommissionen auch deren Stellungnahmen mitgeteilt werden.

2010 gingen bei den Kommissionen zwei Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit psychiatrischer Problematik ein; in beiden Fällen handelte es sich um Depression (siehe Fall 5).

### Beschwerden depressiver Art

Auch in diesem Jahr wurden den Kommissionen Fälle gemeldet, in denen das Leiden des Patienten nicht nur eine Folge einer oder mehrerer somatischer Erkrankungen war, sondern auch auf depressive Beschwerden zurückging. Häufig haben derartige Beschwerden Einfluss auf den Leidensdruck (siehe Fall 13).

Da nicht auszuschließen ist, dass sie auch die Willensfähigkeit beeinflussen, wird im Zweifelsfall in der Praxis zusätzlich zu der Stellungnahme des unabhängigen Konsiliararztes für gewöhnlich das Gutachten eines Psychiaters eingeholt. Der Arzt ist also verpflichtet, die Willensfähigkeit des Patienten festzustellen oder feststellen zu lassen. Werden andere Ärzte hinzugezogen, ist es wichtig, dass dies den Kommissionen mitgeteilt wird.

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

### Demenz

In allen 2010 behandelten Fällen von Sterbehilfe bei Patienten mit Demenzsyndrom (insgesamt 25) 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, die sich also über ihre Krankheit und die Symptome, wie den Verlust des Orientierungsgefühls und der Persönlichkeit, noch im Klaren waren. Sie wurden als willensfähig eingeschätzt, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte (noch) überschauen konnten. Die Fälle 6, 7 und 8 sind Beispiele für derartige Situationen.

Die Kommissionen vertreten den Standpunkt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, grundsätzlich 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.

Befindet sich der Patient im Anfangsstadium der Demenz, empfiehlt es sich, zusätzlich zum Konsiliararzt einen oder mehrere Sachverständige hinzuzuziehen, darunter nach Möglichkeit ein Geriater oder Psychiater. In derartigen Fällen sind neben den Aspekten der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens auch die Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten und insbesondere die Unerträglichkeit seines Leidens wichtige Faktoren im Entscheidungsfindungsprozess des Arztes.

Der Arzt muss in einer solchen Situation bei seiner Entscheidungsfindung mit besonderer Umsicht vorgehen und dies auch der Kommission gegenüber darlegen.

### 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; es 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, anhand der aktuellen Situation des Patienten und unter Berücksichtigung des Prozesses, den Arzt und Patient gemeinsam durchlaufen haben, 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.

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 vorgedrucktes Formular, insbesondere wenn dieses viele hypothetische Formulierungen enthält.

Anders als häufig angenommen, ist nach dem Sterbehilfegesetz das Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung nicht erforderlich. In der Praxis kann eine solche Patientenverfügung allerdings den Beurteilungsprozess im Nachhinein vereinfachen. Die Kommissionen wollen jedoch nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Betroffenen keinesfalls dem Druck ausgesetzt werden sollen, möglicherweise noch

kurz vor dem Tod, unter schwierigen Umständen eine Verfügung abzufassen.

Der Arzt kann auch selbst zu der im Vorstehenden beschriebenen Klarheit beitragen, indem er den Sterbehilfewunsch des Patienten und den damit zusammenhängenden Ent-

scheidungsprozess in der Patientenakte dokumentiert. Dies ist auch für Vertretungsärzte und andere Personen, die am Entscheidungsprozess beteiligt sind, von Bedeutung.

### Fall 2 (nicht aufgenommen)

### Fall 3

**Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen; obwohl der Patient während des Besuchs des Konsiliararztes kaum ansprechbar war, konnte dieses Kriterium hinreichend überprüft werden.**

**Urteil: »Sorgfältig«**

Bei einem Patienten im Alter von 60 bis 70 Jahren wurde 2008 ein Melanom mit Lymphdrüsenmetastasen festgestellt. Eine Heilung war nicht möglich. Der Patient wurde einer Operation unterzogen. Anfang 2010 wurde eine diffuse Metastasierung im Rücken und im Steißbein entdeckt. Trotz diverser Therapien litt der Patient unter starken Schmerzen.

Mitte 2010 traten außerdem Wortfindungsschwierigkeiten auf; als deren Ursache wurden Hirnmetastasen festgestellt. Später kam es zu epileptischen Anfällen, die mit der Gabe von Dexamethason und Depakine behandelt wurden.

Der Zustand des Patienten verschlechterte sich gegen Ende rapide. Er litt unter Kopfschmerzen. Aufgrund der häufigen epileptischen Anfälle konnte er das Bett nicht mehr verlassen, er wurde inkontinent und war auf die Hilfe anderer angewiesen. Obwohl dem Patienten einen Tag vor seinem Tod zur Beruhigung Dormicum verabreicht wurde, erlitt er selbst im Schlaf noch epileptische Anfälle.

Das unerträgliche Leiden des Patienten ergab sich aus den Schmerzen, den Anfällen und der Tatsache, dass er kaum noch in der Lage war, mit anderen zu kommunizieren. Die Bettlägerigkeit, die Abhängigkeit von anderen und der menschenunwürdige Zustand des Patienten ohne Aussicht auf Besserung verstärkten das Leiden zusätzlich.

Abgesehen von den bereits ergriffenen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt den Patienten hinreichend über seine Lage und über die weiteren Aussichten informiert hat.

Nachdem die diffuse Metastasierung festgestellt worden war, hatte der Patient mit dem Arzt in allgemeiner Form über Sterbehilfe gesprochen. Drei Tage vor seinem Tod bat der Patient darum, dass die Lebensbeendigung tatsächlich durchgeführt werde; er wiederholte diese Bitte mehrfach. Zuletzt konnte der Patient noch äußern, dass er Sterbehilfe erbitte, er war jedoch nicht mehr in der Lage, seine Bitte zu begründen.

Es lag eine kurz zuvor verfasste schriftliche Patientenverfügung vor, in der der Patient dargelegt hatte, in welchen Situationen er sein Leiden als unerträglich empfinden würde.

Nach Angaben des Arztes wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich der Patient der Folgen seiner Bitte und seines körperlichen Zustands bewusst.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Spezialisten, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Dieser besuchte den Patienten am Tag der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die Patientenakte eingesehen hatte. Seinem Bericht zufolge lag der Patient im Bett und befand sich in einem schlafähnlichen Zustand.

Der Konsiliararzt konnte den Patienten zwar noch kurz aufwecken; dieser konnte jedoch nur noch äußern, dass er sterben wolle. Zu weiteren Äußerungen war er nicht mehr in der Lage. Der Patient war unruhig und da er sich mit der Hand über den Bauch strich, schien es, als leide er unter Schmerzen. Die Ehefrau und Kinder des Patienten erklärten, dass er sich nun in einer Lage befände, in die er nie geraten wollte. Er leide unter starken Schmerzen und befin-

de sich in einem menschenunwürdigen Zustand. Laut den Aussagen seiner Angehörigen war der Patient ein sehr selbständiger und starker Mann gewesen, der, als sich herausstellte, dass der Krebs metastasiert hatte, seinen Wunsch nach Sterbehilfe für eine derartige Situation klar geäußert hatte.

Der Konsiliararzt fasste zusammen, dass der Patient sich im Endstadium eines austherapierten Melanoms befand und unter Schmerzen und häufigen Anfällen litt. Ihm wurden Schmerzmedikamente in hoher Dosierung, Antiepileptika und Dormicum verabreicht. Der Konsiliararzt war davon überzeugt, dass der Patient trotz seines Dämmerzustands unerträglich litt. Es bestand keine Aussicht auf Besserung. Der Patient konnte seinen Wunsch nach Sterbehilfe zwar äußern, diesen aber nicht mehr begründen. Die Aussagen der Ehefrau und der Kinder des Patienten, die Aufzeichnungen des Arztes und die schriftliche Patientenverfügung zeugten davon, dass die Bitte des Patienten nach reiflicher Überlegung und freiwillig geäußert worden war.

Es gab keine realistischen alternativen Behandlungsmöglichkeiten mehr, die das Leiden des Patienten lindern könnten.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission kommt zu dem Urteil, dass der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

#### Fall 4 (nicht aufgenommen)

##### Psychiatrische Krankheit oder Störung

2010 wurden den Kommissionen zwei Fälle gemeldet, in denen das unerträgliche Leiden der Patienten auf eine psychiatrische Krankheit oder Störung zurückging. In derartigen Fällen widmet der Arzt den Aspekten der Frei-

willigkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens sowie der Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten und der Unerträglichkeit seines Leidens besondere Aufmerksamkeit (siehe den nachstehenden Fall 5).

#### Fall 5

**Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen einer Patientin, deren unerträgliches Leiden und deren Zustand, in dem keine Aussicht auf Besserung bestand, auf eine psychiatrische Krankheit (Depression) zurückgingen**

**Urteil: »Sorgfältig«**

Bei einer Patientin<sup>10</sup> wurde gut vier Jahr vor ihrem Tod eine Depression (mit Anzeichen einer vitalen Depression) diagnostiziert. Aus der medizinischen Vorgeschichte der Patientin geht hervor, dass diese seit 1980 unter rezidivierenden Depressionen litt, die schwer zu behandeln waren. Seit 2005 bis zu ihrem Tod hatte sich die Patientin mit einer Unterbrechung von einigen Monaten in einem Krankenhaus aufgehalten. Da die Depression auf verschiedene Behandlungen nicht ansprach, wurde eine zweite Meinung von einem Psychiater einer Universitätsklinik eingeholt, der die Patientin selbst untersuchte. Auf seine Empfehlung hin wurde eine Behandlung eingeleitet, die die Gabe von Medikamenten, die Unterstützung bei der Suche nach Ablenkung tagsüber und bei dem Erhalt größtmöglicher Autonomie sowie die Verbesserung der Mobilität mittels Physiotherapie umfasste. Mangelnde Energie, Initiative und Entschlossenheit machten es der Patientin äußerst schwer, an der Behandlung mitzuwirken. Sie empfand diese Behandlung als quälend und fühlte sich kontinuierlich überfordert. Als sich herausstellte, dass auch diese Behandlung keinen Erfolg zeigte, wurde die

<sup>10</sup> Um die Anonymität der Patientin zu gewährleisten, wird eine Altersangabe in diesem Fall unterlassen.

Medikation nach Rücksprache mit dem vorgenannten Psychiater reduziert und die restliche Behandlung eingestellt. Damit sollten die körperlichen Beschwerden der Patientin weitestmöglich verhindert bzw. behandelt werden.

Das Leiden der Patientin ergab sich aus der Tatsache, dass es ihr eine Qual war, nichts mehr empfinden zu können; sie hatte die Verbindung zu ihrem Umfeld, das Gefühl für ihr Leben verloren. Die Behandlungen der letzten Jahre hatten ihr keine Linderung verschafft. Seit Jahren litt die Patientin an einer therapieresistenten Depression. Sie wollte nicht auf diese für sie so quälende Weise weiterleben. Die Tatsache, dass keine Aussicht auf Besserung bestand, und die zunehmende Verschlechterung ihres körperlichen Zustands führten dazu, dass die Patientin ihr Leiden als unerträglich empfand. Dies war für den Arzt nachvollziehbar.

Er hatte mitangesehen, wie sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Behandlung mitgewirkt und gehofft hatte, es werde ihr irgendwann besser gehen. Er erkannte, dass die Patientin nach vier Jahren Behandlung, in denen sich ihr Zustand nicht verbessert, sondern eher noch verschlechtert hatte, und angesichts der Tatsache, dass es keine Möglichkeiten gab, ihr Leiden zu lindern, nicht mehr weiterleben wollte. Abgesehen von den bereits ergriffenen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt, die behandelnden Fachärzte, der Hausarzt und verschiedene Ärzte in der Ausbildung die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert haben.

Bereits geraume Zeit vor ihrem Tod hatte die Patientin dem Arzt gegenüber wiederholt geäußert, dass sie sterben wolle, und mit ihm und einem Kollegen mehrfach über die Möglichkeit der Lebensbeendigung gesprochen. Sie hatte wiederholt darum gebeten.

Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor.

Nach Angaben des Arztes wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich die Patientin der Folgen ihrer Bitte und ihres körperlichen Zustands bewusst.

Als Konsiliarärzte zog der behandelnde Arzt drei unabhängige Psychiater hinzu. Der erste Konsiliararzt besuchte die Patientin rund fünf Wochen vor ihrem Tod. Der zweite Konsiliararzt, der auch SCEN-Arzt ist, besuchte die Patientin gut vier Wochen vor ihrem Tod. Der dritte Konsiliararzt, der ebenfalls SCEN-Arzt ist, besuchte die Patientin eine Woche vor ihrem Tod. Der behandelnde Arzt hat die Konsiliarärzte über die Patientin informiert und ihnen Einsicht in die Patientenakte gewährt. In ihrem Bericht bestätigten die Konsiliarärzte die Krankengeschichte der Patientin und beschrieben ihre Besuche der Patientin. Die Konsiliarärzte kamen zu dem Schluss, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und keine Aussicht auf Besserung bestand.

Dem ersten Konsiliararzt zufolge war die Patientin über ihre Situation und über ihre Aussichten aufgeklärt worden. Es gab keine anderen Möglichkeiten, ihr Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging hervor, dass alle indizierten biologischen Behandlungen erfolgt waren und dass eine Elektrokonvulsionstherapie aufgrund ausbleibender Wirkung nicht mehr indiziert war. Es hatten intensive Beratungen mit dem Team, einem Psychiater, bei dem die Patientin früher in Behandlung gewesen war, einem in der Vergangenheit hinzugezogenen Psychiater (Spezialist für depressive Störungen) und mit dem Hausarzt stattgefunden.

Der zweite Konsiliararzt erwähnte in seinem Bericht, dass die Patientin im Rollstuhl saß, weil sie schlecht laufen konnte. Sie hatte keinen Appetit, weshalb sie an Gewicht verloren hatte. Sie litt unter Schlafstörungen. Sie war bei klarem Bewusstsein, der Kontakt zu ihr war möglich und konnte in gewissem Maße vertieft werden. Der erste Eindruck war der einer schweren Depression. Ihr Denken war formal nicht abweichend. Im Hinblick auf die Kognition gab es ebenfalls keine überwiegenden Probleme. Es war problemlos möglich, ihre Aufmerksamkeit zu wecken und über längere Zeit aufrecht zu erhalten; ihre Wahrnehmung war nicht gestört. Ihre Stimmung war depressiv ohne psychotisch gefärbt zu sein. Ihr Affekt war labil. Sie weinte fortwährend und sprach immer wieder über ihre negativen Gefühle, die innere Leere und die Aussichtslosigkeit und Unerträglichkeit ihres Zustands. Sie hatte mit der Steigerung und dem Ausschleichen aller Medikamente abgeschlossen. Nichts machte ihr Spaß, sie hatte keine Energie mehr, fühlte nichts und hatte bereits seit vier Jahren nicht mehr

gelacht. Sie hatte über Suizid nachgedacht, wusste aber nicht, wie sie das bewerkstelligen sollte. Sie erklärte, die Realität nicht mehr bewältigen zu können, da sie so außen vor stehe. Die Kommission kommt zu folgendem Urteil:

Mit Blick auf die Freiwilligkeit und die reife Überlegung des Ersuchens erwägt die Kommission, dass die Patientin seit langer Zeit den Wunsch hatte zu sterben. Vor dem Aufnahmegespräch, sieben Monate vor ihrem Tod, hatte die Patientin ausführlich mit ihren Angehörigen über ihren Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen. Sowohl die Patientin als auch ihre Angehörigen waren davon ausgegangen, dass Sterbehilfe bei Patienten mit einem psychiatrischen Krankheitsbild nicht möglich sei. Als die Patientin während des Aufnahmegesprächs ihren Sterbewunsch äußerte, informierte sie der Arzt über die im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien. In den darauffolgenden Monaten hatte die Patientin wiederholt erklärt, sterben zu wollen. Nachdem es sich herausgestellt hatte, dass die letzte Behandlung nicht die gewünschten Ergebnisse erbracht hatte, war die Patientin nicht länger bereit, sich weiteren Behandlungen zu unterziehen; sie erklärte, nun sei es genug. Ihr Sterbewunsch wurde dringend. Die Patientin war sich darüber bewusst, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass sich ihr Zustand nur weiter verschlechtern würde. Sie wollte nicht länger abgeschottet von ihren Angehörigen leben. In Bezug auf ihren Wunsch zu sterben bat sie nachdrücklich um Hilfe. In einem Gespräch, das die Patientin zwei Monate vor ihrem Tod mit einem anderen Psychiater geführt hatte, war der Sterbewunsch der Patientin erneut thematisiert worden. Der Arzt hat dargelegt, dass die Patientin immer wieder auf angemessene und differenzierte Weise über ihre Situation sprechen konnte und dass der Kontakt zu ihr auf Gegenseitigkeit beruhte. Sie war bei klarem Bewusstsein; es war möglich, ihre Aufmerksamkeit zu wecken, die allerdings nicht immer aufrecht erhalten werden konnte. Ihr Orientierungsgefühl in Bezug auf Zeit, Ort und ihre Person war nicht gestört. Es waren leichte Gedächtnisstörungen festzustellen, die ihrem Alter und ihrem Zustand entsprachen. Die Patientin besaß ein angemessenes Urteilsvermögen und konnte ihre Situation gut überschauen. Sie verfügte über ein realistisches Krankheitsverständnis. Der Arzt kam zu der Überzeugung, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Soweit dies für die Beurteilung dieses Sorgfaltskriteriums relevant ist, erwägt die Kommission mit Blick auf die drei unabhängigen Konsiliarärzte Folgendes:

Der erste Konsiliararzt kam zu der Überzeugung, dass die Patientin ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Auch der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Bitte freiwillig und nachhaltig geäußert worden war. In Bezug auf die reife Überlegung der Bitte war der zweite Konsiliararzt jedoch der Auffassung, dass das Urteilsvermögen der Patientin aufgrund ihrer depressiven Beschwerden derart beeinträchtigt war, dass dieses Kriterium nicht erfüllt war. Der zweite Konsiliararzt gründete seine Meinung auf die Präsentation der Patientin, bei der die beharrliche Wiederholung ihrer Beschwerden eine herausgehobene Rolle spielte. Die Patientin habe nur einem Gedankengang folgen können und sei nicht in der Lage gewesen, die Vor- und Nachteile ihrer Bitte zu reflektieren.

Nach der Hinzuziehung des zweiten Konsiliararztes hatte der behandelnde Arzt seine Einschätzung der reiflichen Überlegung erneut überdacht und ausführlich mit einem Kollegen, ebenfalls ein Psychiater, besprochen. Letztlich kam der behandelnde Arzt zu dem Schluss, dass die Patientin durchaus in der Lage war, eine Abwägung vorzunehmen; bevor sie eine palliativmedizinische Behandlung bzw. Sedierung abgelehnt hatte, hatte sie sich damit auseinandergesetzt. Sie hatte auch Suizidgedanken gehabt, mit denen sie ihre Angehörigen aber nicht belasten wollte. Trotz ihres seit längerem bestehenden Sterbewunsches hatte die Patientin bei jeder ihrer Behandlungen – bis auf die letzte – nach reiflicher Überlegung mitgemacht. Erst als sich herausstellte, dass es keine realistischen Behandlungsmöglichkeiten mehr gab, betrachtete sie den Tod als ihre einzige Option. Aufgrund dieser Überlegungen der Patientin schaltete der behandelnde Arzt noch einen dritten Konsiliararzt ein.

Dieser argumentierte, dass die Patientin ihren Wunsch nach Sterbehilfe zunächst lange für

sich behalten hatte, da sie ihre Angehörigen damit nicht belasten wollte. Die Patientin war sehr dankbar gewesen, dass sich der Arzt ausführlich über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten hatte beraten lassen. Nachdem klar geworden war, dass die letzte Behandlung keine Wirkung gezeigt hatte, war die Patientin nach langem Nachdenken und intensiver Überlegung zu ihrer endgültigen Bitte um Sterbehilfe gekommen. Sie stellte klar, dass sie voll und ganz hinter dieser Bitte stehe und ereiferte sich nahezu, so ernst war es ihr damit. Der Patientin war völlig klar, dass es, wenn ihre Bitte tatsächlich durchgeführt würde, kein Zurück gab. Der dritte Konsiliararzt kam zu der Überzeugung, dass die Bitte der Patientin nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Einige Wochen vor ihrem Tod hatte die Patientin ihren Wunsch nach Sterbehilfe in einer schriftlichen Patientenverfügung formuliert und diese unterschrieben.

Mit Blick auf die reife Überlegung der Bitte merkt die Kommission an, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin den nachhaltigen Wunsch hatte zu sterben und sich nach langem Abwägen eindeutig für den Tod entschieden hatte.

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

Hinsichtlich des von den drei unabhängigen Konsiliarärzten bestätigten unerträglichen Leidens und der Aussichtslosigkeit des Zustands erwägt die Kommission in Bezug auf das Kriterium des aussichtslosen Zustands, dass die Patientin in den vergangenen vier Jahren nicht nur alle in den Richtlinien empfohlenen medikamentösen Behandlungen durchlaufen hatte, sondern auch an weitergehenden Behandlungen mitgewirkt hatte, die allerdings nicht die gewünschte Wirkung gezeigt hatten. Der Schweregrad der Depression machte angemessene psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen unmöglich. Der Standpunkt, dass es keine realen Behandlungsmöglichkeiten mehr gab, wurde durch eine von einem unabhängigen Psychiater abgegebene zweite Meinung bestätigt. Die Depression hatte sich als eine therapieresistente Form erwiesen. Auch Klinikaufenthalte und die Unterbringung in einer betreuten Wohneinrichtung hatten ebenfalls keinen Effekt erzielt.

Hinsichtlich des Kriteriums des unerträglichen Leidens erwägt die Kommission, dass der Arzt erst etwa vier Jahre vor dem Tod der Patientin als ihr behandelnder Arzt für einen gewissen Zeitraum an der Behandlung beteiligt gewesen war. Nach vier Jahren war er dann erneut an der Behandlung der Patientin beteiligt. Somit konnte er sich ein Bild von den Entwicklungen machen, die sich in Bezug auf den mentalen Einsatz und die Haltung der Patientin hinsichtlich ihrer Situation vollzogen. Aus dem Bericht des Arztes geht hervor, dass die Patientin erklärt hatte, es sei ihr eine große Qual, nichts mehr fühlen zu können; sie habe die Verbindung zu ihrem Umfeld und dem Leben verloren. Sie hatte das Gefühl, nicht mehr bei Verstand zu sein und fand es schrecklich, dass sich die Kommunikation mit anderen so problematisch gestaltete. Die Erinnerung an ihr bisheriges Leben bot ihr nicht genügend Trost und Halt um weiterleben zu wollen.

Alle Behandlungen der letzten Jahre hatten ihr keine Linderung verschafft.

Die Aussichtslosigkeit ihres Zustands und ihre körperlichen Beschwerden trugen zum Leiden der Patientin bei.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab.

Die Kommission kommt zu dem Urteil, dass der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

### Demenz

Bei den Fällen 6, 7 und 8 handelt es sich um Meldungen von Sterbehilfe bei Demenzpatienten. In derartigen Fällen widmet der Arzt den Aspekten der Freiwilligkeit und der reifli-

chen Überlegung des Ersuchens sowie der Unerträglichkeit des Leidens besondere Aufmerksamkeit.

### Fall 6 (nicht aufgenommen)



## Fall 7

**Die Unerträglichkeit des Leidens der Alzheimerpatientin kann als für den Arzt nachvollziehbar erachtet werden.**

**Urteil: »Sorgfältig«**

Die Patientin im Alter von 80 bis 90 Jahren hatte seit Sommer 2009 das Gefühl, vergesslich zu werden. Um etwas nicht zu vergessen, musste sie es sich aufschreiben, aber bereits kurz nach dem Lesen hatte sie den Inhalt ihrer Notiz bereits wieder vergessen. Auch das Fernsehen wurde immer schwieriger für sie, da ihr alles zu schnell ging. Auf ihren eigenen Wunsch hin wurde sie Anfang 2010 von einem Psychiater untersucht, der zu dem Schluss kam, dass die Patientin willensfähig war. Anschließend wurde sie einer neuropsychologischen Untersuchung unterzogen, um festzustellen, ob sich ihr kognitiver Zustand verschlechtert hatte. Angesichts mehrerer Funktionsstörungen und einer Verschlechterung des allgemeinen kognitiven Zustands wurde festgestellt, dass sich die Patientin in einem Anfangsstadium der Demenz befand und dass es sich möglicherweise um die Alzheimer-Krankheit handelte. Dies wurde von einem durch den behandelnden Arzt hinzugezogenen Geriater bestätigt. Die Patientin litt darunter, dass ihr ein fortschreitender Verfall und der Verlust ihrer Würde bevorstanden. Sie war bereits nicht mehr in der Lage, sich zeitlich zu orientieren und erzählte Dinge mehrfach. Sie begriff, dass dies bereits leichte Demenzsymptome waren, und sie hatte Angst vor einem weiteren geistigen Verfall, der dazu führen würde, dass sie von anderen abhängig wurde, die Körperpflege nachließ und sie die Orientierung verlor. Außerdem hatte sie Angst davor, aufgrund mangelnder Willensfähigkeit nicht mehr um Sterbehilfe bitten zu können. Sie wollte unter Wahrung ihrer Menschenwürde und bei klarem Verstand sterben. Die Patientin hatte aus nächster Nähe intensiv miterlebt, welchen Verlauf die Alzheimer-Krankheit nehmen konnte. Ihre Mutter, ihre Schwestern und ihr Bruder waren im Alter an Alzheimer erkrankt und letztlich in einem Pflegeheim gestorben. Immer wenn sie sie dort besucht hatte, hatte sie sich traurig und machtlos gefühlt. Der geistige Verfall, den die Krankheit mit sich brachte, hatte bei der Patientin tiefen Eindruck hinterlassen. Sie hatte die Art und Weise, in der Menschen in Pflegeheimen versorgt wurden, als menschenunwürdig empfunden. Indem sie ihr Gehirn intensiv trainiert hatte, hatte die Patientin alles dafür getan, der Demenz entgegenzuwirken. Da sie den menschenunwürdigen Verlauf der Demenz nicht miterleben wollte, hatte sie bereits 1993 eine schriftliche Patientenverfügung unterzeichnet. Eine Heilung war nicht möglich; es bestand keine Aussicht auf Besserung. Für die Patientin war dieses Leiden unerträglich.

Sie hatte immer zu ihrem Arzt gesagt, dass sie Sterbehilfe wünsche, sollte sie dement werden. Etwa anderthalb Monate vor ihrem Tod, als immer klarer wurde, dass die Patientin dement war, hatte sie den Arzt um Sterbehilfe gebeten und ihre Bitte danach mehrfach wiederholt. Neben der vor längerer Zeit unterzeichneten Patientenverfügung lag auch eine erst kürzlich unterschriebene schriftliche Patientenverfügung vor. Außerdem hatte eine Tochter der Patientin auf Bitten des Arztes die Lebensgeschichte ihrer Mutter nach deren Erzählung aufgeschrieben.

Nach Angaben des Arztes wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich die Patientin der Folgen ihrer Bitte und ihres körperlichen Zustands bewusst, was von einem Psychiater bestätigt wurde.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Spezialisten, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Dieser besuchte die Patientin gut eine Woche vor deren Tod. Seinem Bericht zufolge war die Patientin während des Gesprächs bei klarem Bewusstsein. Sie erzählte von ihrer jahrelangen Angst, an Demenz zu erkranken, und berichtete von ihren Erfahrungen mit ihren dementen Familienangehörigen. Sie war unglücklich darüber, trotz ihrer Bemühungen, auf der Höhe zu bleiben und ihr Gehirn zu trainieren, an Demenz erkrankt zu sein. Sie hatte Angst vor der Zukunft, da sie genau wusste, was ihr bevorstand. Auch der körperliche Zustand der Patientin hatte sich sehr verschlechtert. Da sie unsicher auf den Beinen war,

konnte sie nicht mehr mit ihrem Hund spazieren gehen. Treppen stellten für sie ein immer größeres Problem dar. Sie hatte Angst davor, bei einem nächtlichen Toilettengang zu stürzen und dann niemanden alarmieren zu können, weil sie vergessen hatte, ihr Notrufgerät anzulegen. Sie lebte noch allein, aber aufgrund ihrer Angstzustände und ihrer mangelnden zeitlichen Orientierung blieben ihre Töchter abwechselnd bei ihr.

Die Patientin hatte Angst davor, bald den Kontakt zur Realität zu verlieren und wegen fehlender Willensfähigkeit letztlich nicht mehr in der Lage zu sein, um Sterbehilfe zu bitten. Sie wollte nicht den durch die Krankheit früher oder später verursachten geistigen Verfall und den Verlust ihrer Menschenwürde miterleben. In seinem Bericht bestätigte der Konsiliararzt die Aussichtslosigkeit des Zustands sowie das unerträgliche Leiden der Patientin. Er stufte die Angst der Patientin vor dem, was ihr bevorstand, als realistisch ein. Es gab keine Alternativen, die das Leiden der Patientin gelindert hätten.

Die Kommission ist der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass sie unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Sie ist somit der Auffassung, dass der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

#### Fall 8 (nicht aufgenommen)

### b Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

**Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass das Leiden des Patienten unerträglich ist und keine Aussicht auf Besserung besteht.**

Keine Aussicht auf Besserung liegt dann vor, wenn eine Krankheit bzw. Gesundheitsstörung, die das Leiden eines Patienten verursacht, nicht heilbar ist und eine Linderung der Symptome, die das Leiden des Patienten erträglich macht, 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, für die es nach verständiger Würdigung der Sachlage keine für den Patienten angemessenen kurativen oder palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Patienten bezeichnen ihre Lage auch als aussichtslos, wenn die Tatsache, dass keine Besserung mehr möglich ist, für sie nicht tragbar ist und sie sich wünschen, dass ihrem Leiden ein Ende gesetzt wird. In diesem Sinne trägt die vom Patienten empfundene Aussichtslosigkeit zur Unerträglichkeit des Leidens bei.

Die Unerträglichkeit des Leidens lässt sich schwerer feststellen, da sie grundsätzlich von der Person abhängt.

Die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten wird – abge-

sehen von dessen aktueller Situation – 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 ein anderer als unerträglich.

Wenn in den Meldungen von einem unerträglichen Zustand die Rede ist, werden häufig körperliche Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Empfindungen wie Erschöpfung, zunehmender körperlicher und geistiger Verfall, zunehmende Abhängigkeit und Verlust der Würde angeführt – jeweils basierend auf den Aussagen des Patienten. 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.

Die Unerträglichkeit des Leidens muss für den Arzt 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 9 (nicht aufgenommen)

## Fall 10

**Der Patient befindet sich im Koma und kann sich nicht mehr zur Unerträglichkeit seines Leidens äußern; im Falle eines reversiblen, medikamentös herbeigeführten Komas wäre es unmenschlich, einen Patienten mit dem Ziel, ihn bestätigen zu lassen, dass er wieder oder immer noch unerträglich leidet, aus diesem Koma erwachen zu lassen.**

**Urteil: »Sorgfältig«**

Bei einem Patienten im Alter von 80 bis 90 Jahren wurde im Herbst 2008 eine progressive und unheilbare Hirnerkrankung festgestellt. Nach und nach kam es zum Ausfall mehrerer Hirnfunktionen. Im Frühjahr 2010 entstand die Gefahr einer Kehlkopflähmung. Eine Heilung war nicht möglich.

Der Patient litt unter dem fortschreitenden Verlust der Hirnfunktionen, infolgedessen es zu Gedächtnis- und Sprachproblemen sowie zu Schluckbeschwerden kam. Er litt außerdem unter dem Wissen, dass er ersticken könnte und dass sich seine Situation nicht verbessern würde. Auch sein körperlicher Verfall, die vollkommene Abhängigkeit von anderen, der Kontrollverlust und die Aussichtslosigkeit seines Zustands machten dem Patienten – einem Mann, der sein Leben stets selbst in die Hand genommen hatte – sehr zu schaffen. Für ihn war dieses Leiden, für das es keine Linderung gab, unerträglich. Eine palliative Sedierung lehnte er ab, er bevorzugte eindeutig die Lebensbeendigung. Gut zwei Monate vor seinem Tod hatte der Patient seinen Arzt um Sterbehilfe gebeten; diese Bitte hatte er einige Wochen vor dem Tod wiederholt. Zwei Tage vor seinem Tod hatte er Vertretungsärzte im Beisein seiner Familie konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung gebeten. Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor, in der der Patient erklärt hatte, Sterbehilfe zu wünschen, sollte er unerträglich leiden und sein Zustand aussichtslos sein, weil es keine Aussicht auf die Rückkehr in eine für ihn als würdig empfundene Lebenssituation gebe oder weil er in einen Zustand des weitgehenden körperlichen und geistigen Verfalls gerate.

Zwei Tage vor seinem Tod verschlechterte sich der Zustand des Patienten dramatisch; er litt unter starken Schmerzen und extremer Atemnot. Da der Arzt nicht erreichbar war, hatten die Vertretungsärzte im Wochenenddienst dem Patienten Morphin und Dormicum subkutan verabreicht. Dadurch stabilisierte sich der Zustand des Patienten, der aber nun nicht mehr ansprechbar war.

Der als unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogene Hausarzt, der auch SCEN-Arzt ist, besuchte den Patienten an dessen Todestag, nachdem er sich mit dem behandelnden Arzt beraten und die Krankenakte des Patienten eingesehen hatte. Der Konsiliararzt bestätigte die Krankengeschichte des Patienten und die Diagnose einer medikamentös nicht zu beeinflussenden Krankheit.

Aus seinem Bericht geht hervor, dass er den Patienten im Bett liegend vorfand. Dieser war mit einer Morphinpumpe ausgestattet; alle vier Stunden wurde ihm Dormicum verabreicht. Aufgrund der Medikation war es schwer möglich, den Patienten aufzuwecken oder anzusprechen. Der Konsiliararzt führte das Gespräch mit der Frau und den Kindern des Patienten. Da am Wochenende kein SCEN-Arzt verfügbar gewesen war, hatte das Verfahren zur Lebensbeendigung zu diesem Zeitpunkt nicht eingeleitet werden können.

In seinem Bericht bestätigte der Konsiliararzt, dass das Leben des Patienten angesichts seiner Krankheit sinnlos war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Er war der Ansicht, dass das Leiden des Patienten – mit Blick auf das medikamentös herbeigeführte Koma – zum Zeitpunkt seines Besuches nicht unerträglich war. Eigentlich lag eine palliative Sedierung vor. Obwohl der Patient infolge der plötzlichen, dramatischen Verschlechterung seines Zustandes in diesem Moment nicht in der Lage war, seinen Wunsch zu äußern, war bekannt, dass er in der Vergangenheit bereits vielfach erklärt hatte, Sterbehilfe zu wünschen. Zwei Tage zuvor hatte er diesen Wunsch auch gegenüber den Vertretungsärzten im Wochenenddienst mehrfach wiederholt. Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor. Die Bitte war freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass

Sterbehilfe geleistet oder die palliative Sedierung fortgeführt werden könne.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass er unerträglich litt und dass sein Zustand aussichtslos war. Das unerträgliche Leiden des Patienten ist in den Unterlagen eindeutig dokumentiert und wird durch die Notwendigkeit einer derartig hohen Morphin- und Dormicumdosis, die faktisch eine palliative Sedierung darstellte, bestätigt. Dies ergab sich für die Kommission aus den vom Arzt vorgelegten Unterlagen, darunter sein Bericht und die Dokumentation des Wochenendes vor dem Tod des Patienten; Informationen, die durch den Bericht des unabhängigen Konsiliararztes bestätigt wurden. Aufgrund der akut auftretenden extremen Atemnot wurde dem Patienten derart viel Morphin und Dormicum verabreicht, dass er kaum aufzuwecken war. Das Aufwecken eines Patienten aus einem medikamentös herbeigeführten Koma mit dem Ziel, ihn das von ihm als unerträglich empfundene Leiden bestätigen zu lassen, wird als unmenschlich erachtet.

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

## Fall 11

### Unerträgliches Leiden infolge einer Makuladegeneration

**Urteil: »Sorgfältig«**

Eine Patientin im Alter von 80 bis 90 Jahren konnte die Dinge, die das Leben für sie lebenswert machten, nicht mehr durchführen. Sie lebte allein und hatte intellektuelle Herausforderungen in ihrem Alltag immer gemocht. Sie besaß einen Computer und schrieb E-Mails, sie las viel, philosophierte und diskutierte gern, interessierte sich für Politik, Kunst und vieles mehr. Sie war immer sehr selbständig gewesen, was sie auch als ihr höchstes Gut empfunden hatte. Ihr körperlicher Zustand verschlechterte sich jedoch. Ihr Sehvermögen hatte in den letzten Jahren infolge einer Makuladegeneration abgenommen, sie litt unter Schwindel, hörte schlecht und konnte manchmal ihren Stuhl nicht halten. Zunächst hatte die Patientin selbst verschiedene Lösungen erdacht, um ihre Einschränkungen auszugleichen; diese hatten jedoch nicht ausgereicht, um ihrem Leben einen Sinn zu geben. Sie fühlte sich in ihrem verfallenden Körper gefangen. Ihr Zustand war eine Folge des hohen Alters der Patientin und wenig bis gar nicht zu beeinflussen. Die Patientin empfand ihr Leben als sinnlos. Ihr Verstand war jedoch klar und sie sehnte sich nach Informationen.

Die Möglichkeit des Sterbenlassens war besprochen worden; dies würde jedoch bedeuten, dass die Patientin sich zunächst von anderen abhängig machen würde, was für die Patientin das Schlimmste war, was ihr passieren könnte. So verwarf sie diese Möglichkeiten auch. Für sie war die Sterbehilfe ein Geschenk, das es ihr ermöglichte, sich vom Leben zu verabschieden und nicht von anderen abhängig sein zu müssen.

Die Unerträglichkeit ihres Leidens ergab sich für die Patientin aus dem Verlust der Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung, dem Verlust des Kontaktes mit der Außenwelt und der Aussicht auf eine Situation, in der sie – was für sie das Schlimmste war – von anderen abhängig sein würde. Vor dem Hintergrund ihrer Lebensphilosophie war die Unerträglichkeit ihres Leidens für den Arzt nachvollziehbar. Außerdem litt die Patientin unerträglich unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.

Abgesehen von den bereits vorgenommenen palliativen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die Fachärzte die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert haben.

Als sich die Patientin 2007 erstmals in der Praxis des Arztes vorstellte, war es bereits zu

einem allgemeinen Gespräch über Sterbehilfe gekommen. Danach haben Arzt und Patientin mehrfach darüber gesprochen. Ab Ende 2009 wurde ihr Wunsch, den sie danach noch mehrfach äußerte, immer konkreter. Es lag eine aktuelle schriftliche Patientenverfügung vor. Vier Monate vor der Lebensbeendigung wurde die Patientin auf Ersuchen des Arztes von einem Psychiater besucht. Dieser sollte prüfen, ob eine Depression oder ein anderes psychiatrisches Krankheitsbild vorlag, worauf der Wunsch nach Sterbehilfe zurückgehen könnte. Außerdem sollte er feststellen, ob die Patientin willensfähig war. Dieser als erster Konsiliararzt hinzugezogene Psychiater kam zu dem Schluss, dass trotz der Schwerhörigkeit der Patientin ein Gespräch mit ihr gut möglich war. Sie war bei klarem Bewusstsein und verfügte über ein gutes Orientierungsgefühl in Bezug auf die Zeit, den Ort und ihre Person. Während des Gesprächs war von Gedächtnisproblemen nichts zu merken. Die Patientin erzählte zusammenhängend und beantwortete die Fragen angemessen. Sie konnte gut erklären, warum ihre Einschränkungen (Schwerhörigkeit, Sehbehinderung, Schwindel) sie daran hinderten, so zu leben, wie sie es gewohnt war. Dem ersten Konsiliararzt zufolge lag keine Depression oder eine andere psychopathologische Erkrankung vor. Er schätzte die Patientin im Hinblick auf ihren Wunsch nach Sterbehilfe, der für ihn nachvollziehbar war, als vollständig willensfähig ein. Der behandelnde Arzt zog als zweiten Konsiliararzt einen unabhängigen Hausarzt hinzu, der auch SCEN-Arzt ist. Dieser besuchte die Patientin zum ersten Mal neun Wochen vor der Lebensbeendigung. Er traf auf eine entschlossene, abgemagerte und kluge Frau. Sie erzählte ihm von dem erfüllten und guten Leben, das sie geführt hatte, und von der geistigen Armut, die sie nun empfand. Sie würde noch viel erleben wollen, war aber infolge ihrer eingeschränkten Sicht und ihrer Taubheit zu fast nichts mehr in der Lage. Die Patientin konnte gut darlegen, dass ihre Einschränkungen sie daran hinderten, noch etwas aus ihrem Leben zu machen, wie sie es sich wünschen würde. Sie nutzte Hörgeräte und einen Leselupe und hatte immer nach Möglichkeiten gesucht, ihr Leiden zu lindern. Sie hatte aber keine Lösung finden können. Dem Bericht des zweiten Konsiliararztes zufolge wollte die Patientin ihrem Leben ein Ende setzen lassen, da das Leben selbst für Sie Leid bedeutete. Sie war eine intelligente Frau mit vielen Interessen. Aufgrund ihrer Einschränkungen konnte sie jedoch nicht mehr jene Tätigkeiten ausüben, die das Leben für sie lebenswert machten. Sie fühlte sich einsam und wusste nicht, womit sie ihre Tage füllen konnte. Sie fühlte sich in sich selbst gefangen und empfand ihre Situation als aussichtslos und als sinnlos. Alle zwei Wochen bekam sie Besuch, mit dem sie sich unterhalten konnte. Dies gefiel ihr sehr, darüber hinaus empfand sie jedoch keine Lebensqualität mehr. Die Patientin war bereits seit fast 30 Jahren Mitglied des Verbands für ein selbstbestimmtes Lebensende (NVVE); vor zwei Jahren, als ihr Sehvermögen sehr schlecht wurde, hatte sie ihren Wunsch nach Sterbehilfe geäußert. Seit Herbst 2009 sprach sie von einem konkreten Sterbehilfewunsch. Der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Patientin ihr Leben als Leid empfand. Für sie war ihr Leben abgeschlossen und hatte keinen Sinn mehr. Ihr Leiden, das sich aus ihren Einschränkungen und der Verschlechterung ihres Zustands ergab, war für sie unerträglich und sie empfand ihren Zustand als aussichtslos, was für den zweiten Konsiliararzt vollständig nachvollziehbar war. Der Wunsch der Patientin nach Sterbehilfe war dauerhaft vorhanden und freiwillig geäußert worden. Der zweite Konsiliararzt kam zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Fünf Tage vor der Lebensbeendigung besuchte der zweite Konsiliararzt die Patientin erneut. Diese hatte auf die Rückkehr einer Enkeltochter, die sich im Ausland befunden hatte, gewartet und erklärte nach wie vor voller Überzeugung, Sterbehilfe zu wünschen. Der zweite Konsiliararzt war weiterhin der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission hat den Arzt zu einer mündlichen Erläuterung aufgefordert, insbesondere um zu klären, ob das Leiden der Patientin unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war und was die Ursache ihrer Situation war.

Der Arzt erklärte, die Patientin bereits geraume Zeit – seit dem Moment, in dem er in die Praxis gekommen war – zu kennen.

Als er das Schreiben der Kommission erhalten hatte, hatte er die Patientenakte noch einmal durchgesehen und ihm war aufgefallen, dass es vielleicht keine gute Idee gewesen war, darin so ausführlich darzulegen, dass die Patientin »mit dem Leben fertig« sei. Der Konsiliararzt hatte diesen Ausdruck in seinem Bericht verwendet; der behandelnde Arzt empfand dies als eine passende Umschreibung. Diese Beschreibung passe aber so nicht zu der Patientin. Der Arzt erklärte, damit gemeint zu haben, dass das Leiden der Patientin auf die Verschlechterung ihres körperlichen Zustands und die damit zusammenhängende Abhängigkeit zurückzuführen sei. Wenn das nicht der Fall gewesen wäre, hätte sie gern noch länger gelebt. So sei der Ausdruck »fertig mit dem Leben« aufzufassen.

Die Patientin sei eine sehr intelligente Frau gewesen, für die ihr Leben nur dann einen Sinn ergeben habe, wenn sie sich intellektuell anspruchsvoll beschäftigen konnte. Insbesondere infolge ihrer Makuladegeneration hatte sie jedoch immer mehr Probleme beim Lesen, beim Fernsehen und vielen anderen Tätigkeiten des Alltags. So kam es hin und wieder zu gefährlichen Situationen, etwa beim Überqueren einer Straße, beim Umgang mit Gas und ähnlichem.

Dem Arzt fiel es anfänglich schwer, die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin festzustellen. Er hatte lange gezögert, den Wunsch der Patientin nach Sterbehilfe zu erfüllen. Er hat auch Gespräche mit den Töchtern der Patientin geführt. Er hatte sich zunächst zurückgehalten, als die Patientin konkret um Sterbehilfe bat und erklärt, dieser Bitte wahrscheinlich nicht nachkommen zu können.

Irgendwann meinte die Patientin, sie würde Suizid verüben, wenn ihre Bitte um Sterbehilfe nicht erfüllt würde. Der Arzt war sich sicher, dass sie dies auch tun und bis ins letzte Detail regeln würde. Die Patientin sprach darüber jedoch erst in einem sehr späten Stadium mit dem Arzt, der nicht den Eindruck hatte, dass dies ein Druckmittel sei, mit dem die Patientin die Sterbehilfe erzwingen wolle. Die Mitteilung der Absicht, Suizid begehen zu wollen, machte dem Arzt klar, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war. Als die Patientin begann, von Selbsttötung zu sprechen, schaltete der behandelnde Arzt einen Psychiater ein, der die Willensfähigkeit der Patientin feststellen sollte. Die zunehmende Abhängigkeit von anderen empfand die Patientin als eine Bedrohung, die ihr unerträglich war. Alternativen im Alltag wie bauliche Anpassungen der Wohnung, die Nutzung von Hörbüchern usw. waren ausführlich besprochen worden. Die Patientin hatte Audiobücher und die Verwendung einer Leselupe bereits ausprobiert. Auch mit den Töchtern wurde über Alternativmaßnahmen gesprochen. Eine der Töchter wollte sogar, dass die Mutter bei ihr einziehe. Für die Patientin jedoch war ihre Unabhängigkeit ausgesprochen wichtig. Sie war noch nicht vollständig von anderen abhängig, es kam allerdings bereits zu gefährlichen Situationen. Eigentlich hätte sie bereits bis zu einem gewissen Grad beaufsichtigt werden müssen. Die Patientin empfand das Einschalten eines häuslichen Pflegediensts jedoch als Alptraum; über jegliche Maßnahmen, die einen Verlust ihrer Unabhängigkeit bedeuteten, wollte sie nicht sprechen.

Neben der infolge der Makuladegeneration aufgetretenen Blindheit litt die Patientin auch unter Beschwerden wie Stuhlinkontinenz und Juckreiz. Diese Symptome wurden nicht näher untersucht, da dies nichts an der Haltung der Patientin geändert hätte. Lediglich wenn man etwas gegen ihre Blindheit hätte tun können, hätte sie weiterleben wollen. Die Sehbehinderung war jedoch kein stabiler Zustand; in kurzer Zeit hatte sich das Sehvermögen der Patientin dermaßen verschlechtert, dass sie auch große Buchstaben nicht mehr entziffern konnte. Das Anhören von Audiobüchern verschaffte ihr keine hinreichende Befriedigung.

Für den Arzt war das medizinische Problem der Makuladegeneration der Grund, aus dem er dem Ersuchen der Patientin nach Sterbehilfe nachzukommen bereit war.

Anfänglich hatte er ihren Sterbewunsch nicht nachvollziehen können. Je länger er die Patientin kannte und je häufiger er sie sah, desto mehr war er davon überzeugt, dass ihr Leiden unerträglich war. Als intelligente Frau konnte die Patientin klar darlegen, was sie wollte, und sie wusste, wie sie ihre Ziele erreichen konnte. Dem Arzt war dies bewusst, weshalb er sich

besonders zurückhaltend verhalten hatte. Aus diesem Grund hatte es eine gewisse Zeit gedauert, bevor er von der Unerträglichkeit des Leidens überzeugt gewesen war. Auch die Töchter der Patientin konnten deren Leid immer mehr nachfühlen. Bei gemeinsam mit der Patientin unternommenen Spaziergängen straukelte diese häufig und war nicht in der Lage, selbständig eine Straße zu überqueren. Die Qual, die dies für die Patientin bedeutete, stand ihr ins Gesicht geschrieben. Was der Arzt sah, war nicht nur gekränkter Stolz.

Der Konsiliararzt hatte die Patientin zweimal besucht, da sein erster Besuch zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung bereits einige Wochen zurücklag. Der behandelnde Arzt erläuterte, dass der Konsiliararzt bei beiden Besuchen festgestellt hatte, dass das Leiden für die Patientin unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war, was für den Konsiliararzt nachvollziehbar war.

Die Mutter der Patientin war nach einer Krankheit (und einem misslungenen Sterbehilfe-Versuch) in einem Pflegeheim verstorben. Die Patientin hatte stets erklärt, so etwas für sich nicht zu wollen; seit Jahren war sie Mitglied des Verbands für ein selbstbestimmtes Lebensende (NVVE). Über Jahre hinweg hatte sie dieses Thema regelmäßig mit dem Arzt besprochen. Der Arzt war überzeugt davon, dass Sterbehilfe auch der Lebensanschauung der Patientin entsprach.

Die Kommission ging der Frage nach, ob der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Zustand der Patientin aussichtslos war und dass ihr Leiden unerträglich und darüber hinaus hauptsächlich auf eine Krankheit bzw. Gesundheitsstörung zurückzuführen war. Nicht zuletzt angesichts der schriftlichen und mündlichen Erläuterungen des Arztes und des Berichts des Konsiliararztes hat sich die Kommission intensiv mit der Frage beschäftigt, ob es hier um eine Situation ging, in der die Patientin »mit dem Leben fertig« war.

Wie aus der Entstehungsgeschichte des Sterbehilfegesetzes hervorgeht, beschreibt der Ausdruck »fertig mit dem Leben«; »die Situation von in der Regel hochbetagten Menschen, die, ohne dass sie in medizinischer Hinsicht an einer unbehandelbaren und mit schwerwiegenden Beschwerden einhergehenden Krankheit bzw. Gesundheitsstörung leiden, für sich selbst zu dem Schluss gekommen sind, dass für sie das Leben derart an Wert verloren hat, dass sie lieber sterben als weiterleben möchten«. Außerdem »muss die Situation des Patienten nach medizinischen und ethischen Erkenntnissen als ein Leiden eingestuft werden können. Das Leiden muss also durchaus eine medizinische Dimension aufweisen [...]. Ein Leiden, das sich aus einem anderen Kontext als dem medizinischen ergibt, darf der Arzt nicht beurteilen; ein derartiges Leiden liegt außerhalb des Fachgebiets des Arztes.«

Aus diesem Grund muss die Kommission die Frage beantworten, ob das Leiden der Patientin auf eine medizinisch erfasste Krankheit zurückzuführen war. Dabei merkt sie an, dass es nach den geltenden Sorgfaltskriterien erforderlich ist, dass der aussichtslose Zustand und das unerträgliche Leiden des Patienten überwiegend auf eine medizinisch erfasste Krankheit zurückgehen.

Es ist nicht erforderlich, dass es sich dabei um eine schwere Krankheit handelt.

Für die Patientin ergab sich das Leiden überwiegend aus ihrer fast vollständigen Blindheit, die durch eine Makuladegeneration verursacht worden war. Sie war eine sehr intelligente Frau, für die ihr Leben nur dann einen Sinn ergab, wenn sie sich intellektuell anspruchsvoll beschäftigen konnte. Infolge ihrer Makuladegeneration hatte sie jedoch immer mehr Probleme beim Lesen, beim Fernsehen und vielen anderen Tätigkeiten des Alltags. Die Patientin konnte ihr Leben nicht mehr auf eine für sie sinnvolle Weise gestalten. Was für die Patientin besonders schwer wog, war die Tatsache, dass sie durch ihre Blindheit ihre Selbständigkeit verlor und immer abhängiger von anderen wurde. Vorschläge, die ihr in der Hoffnung unterbreitet wurden, sie würde ihr Leben fortsetzen – tägliche Inanspruchnahme eines Pflegedienstes, Einzug bei einer Tochter oder andere Lösungen – lehnte sie denn auch ab.

Außerdem verschlechterte sich ihr Gehör und ab und zu kam es zu Stuhlinkontinenz und Schwindelgefühlen. Die Kommission ist der Ansicht, dass auch diese Beschwerden zu der von ihr empfundenen Unerträglichkeit ihres Leidens beitrugen.

Die Kommission stellt fest, dass eine Makuladegeneration als medizinisch erfasste Krankheit einzuordnen ist. Für diese Krankheit gibt es weder eine wirksame Behandlung, noch besteht Aussicht auf Besserung. Im vorliegenden Fall bedeutet das, dass keine Situation vorlag, in der die Patientin »fertig mit dem Leben« war, wie im Vorstehenden definiert, und dass sich der Arzt mit seinem Handeln innerhalb eines medizinischen Rahmens bewegte.

Der Patientin zufolge war ihr Leiden für sie derart unerträglich geworden, dass sie ihr Leben beenden lassen wollte.

In diesem Zusammenhang merkt die Kommission an, dass das Leiden der Patientin aufgrund der Situation, in die sie geraten war, in hohem Maße existenzieller Natur war. Aus dieser Kombination von Faktoren ergab sich für diese Patientin in ihrem hohen Alter und mit ihrer Biografie und Persönlichkeitsstruktur ein für sie unerträgliches Leiden. Des Weiteren führt die Kommission an, dass die Unerträglichkeit des Leidens im Rahmen des Sterbehilfegesetzes subjektiv ausgelegt werden muss und nur summarisch überprüft werden kann. Der Kommission zufolge konnte der Arzt zu der Überzeugung gelangen, dass ein unerträgliches Leiden und ein aussichtsloser Zustand vorlagen.

Die Kommission erwägt, dass die Selbständigkeit und die Biographie dieser Patientin bei den Abwägungen des Arztes eine wichtige Rolle gespielt haben. Angesichts des hohen Alters und der Lebenseinstellung der Patientin hat die Kommission Verständnis dafür, dass die Patientin verschiedene Möglichkeiten wie das Erlernen der Brailleschrift oder die Aufnahme in ein Pflegeheim ablehnte. Die Kommission ist denn auch der Ansicht, dass der Arzt und die Patientin gemeinsam letztlich zu dem Schluss kommen konnten, dass es keine annehmbaren Alternativen mehr gab, die das Leiden dieser Patienten hätten lindern können.

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

#### Fall 12 (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, grundsätzlich 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 bzw. die Folgen seiner 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 8.)

### Psychiatrische Krankheit oder Störung

Dass der Arzt bei einer Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung im Falle einer psychiatrischen Krankheit oder Störung allgemein mit besonderer Umsicht vorgehen muss, wurde an anderer Stelle in diesem Bericht bereits dargelegt. Neben dem Aspekt der Willensfähigkeit, also der Frage, ob der Patient für fähig erachtet werden kann, die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zu äußern, ist es besonders wichtig, festzustellen, ob für den Patienten keine Aussicht auf Besserung besteht und sein Leiden unerträglich ist. Insbesondere die Frage, ob das vom Patienten als unerträglich empfundene Leiden als aussichtsloser Zustand eingestuft werden kann, ist ein Aspekt, der die Aufmerksamkeit des Arztes erfordert (siehe Fall 5).



## Koma

Das Bewusstsein ist ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung des (unerträglichen) Leidens durch den Arzt. 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 oder damit zusammenhängenden 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 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 Ärztekammer KNMG auf Ersuchen des Kollegiums der Generalstaatsanwälte eine Richtlinie für die Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein erarbeitet, die Mitte Juni 2010 veröffentlicht wurde.

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.

## Palliative Sedierung

Bei der palliativen Sedierung wird der Patient absichtlich in einen bewusstseinsgeminderten Zustand versetzt, um ihn so in der letzten Lebensphase vom Leiden infolge seiner unbehandelbaren Krankheit zu befreien. Eine palliative Sedierung kann nur dann vorgenommen werden, wenn ein baldiger Eintritt des Todes erwartet wird.<sup>11</sup> Dass die Möglichkeit einer palliativen Sedierung gegeben ist, bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass sich die Bitte um Sterbehilfe erledigt hat.

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 denn auch zu der Überzeugung gelangen, dass eine palliative Sedierung keine annehmbare Lösung darstellt.

## 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 oder andere behandelnde Ärzte den Patienten über seine Krankheit und seine Prognose informiert hat bzw. haben und auf welche Weise dies geschehen ist.

Damit sich der Patient seine Bitte reiflich überlegen kann, muss er hinreichend über die Krankheit, die Diagnosen, die Behandlungsmöglichkeiten und die Prognosen im Bilde sein.

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

## d Keine andere annehmbare Lösung

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

Es muss klar sein, dass es im Hinblick auf das Leiden des Patienten keinen anderen realen Ausweg mehr gibt, sodass die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung bei diesem Patienten die einzige noch in Frage kommende Lösung ist, um ihn 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.

Bei einer solchen Ablehnung kann es unter anderem 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

<sup>11</sup> Siehe die KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung (überarbeitete Fassung, 2009).

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 manchmal von kurzer Dauer.

Die Ablehnung einer (palliativmedizinischen) Behandlung oder Versorgung muss zwischen Arzt und Patient ausführlich besprochen werden. 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.

### Fall 13 (nicht aufgenommen)

## 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 zu den 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.

Mit einer solchen Konsultation soll die größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess des Arztes gefördert werden. Die von dem Konsiliararzt abgegebene Stellungnahme 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 leisten.

Der Konsiliararzt muss den Patienten untersuchen und so prüfen, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung durchführen will, im Zusammenhang mit den unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien nichts übersehen hat. Gleiches gilt für einen zweiten oder weiteren vom behandelnden Arzt hinzugezogenen Konsiliararzt.

Wird ein bereits hinzugezogener Konsiliararzt zu einem späteren Zeitpunkt um eine erneute Stellungnahme gebeten, kann diese Konsultation – abhängig von den im Folgenden beschriebenen Umständen – auch telefonisch erfolgen. 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.

Im Positionspapier des Vorstands der KNMG zur Sterbehilfe (Standpunkt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie) aus dem Jahr 2003 wird auf S. 15 explizit darauf hingewiesen, dass die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Arztes gewährleistet sein muss.

Nach Auffassung des Vorstands bedeutet dies, dass eine Person, die mit dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis, als Assistenzarzt, Familienmitglied oder anderweitig über eine Abhängigkeitsbeziehung verbunden ist, grundsätzlich nicht als formaler Konsiliararzt auftreten kann. Auch der Eindruck einer Abhängigkeit ist dem Positionspapier zufolge zu vermeiden.

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 Ärztesgemeinschaft arbeiten.

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 führen, weil dann berechtigte Zweifel an der Unabhängigkeit bestehen können. Die Kommissionen sind der Auffassung, dass es die Unabhängigkeit des Urteils des Konsiliararztes gefährdet, wenn der behandelnde Arzt immer den gleichen Kollegen konsultiert. Der Eindruck fehlender Unabhängigkeit ist grundsätzlich zu vermeiden.

Es kann 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. Bei einer persönlichen Verbindung über eine Interventionsgruppe – eine professionelle Aktivität – 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 hier zu äußern.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Patienten gilt unter anderem, dass er nicht mit ihm verwandt oder befreundet sein und ihn weder wegen der betreffenden Krankheit noch zu einem früheren Zeitpunkt behandelt haben oder an der Behandlung beteiligt gewesen sein darf, auch nicht als Vertretungsarzt.

Für die Beurteilung der Meldung ist der schriftlich verfasste Bericht<sup>12</sup> 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 oder 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 ein weiterer Besuch beim Patienten oder eine telefonische Konsultation im Prinzip nicht erforderlich, wenn das Leiden tatsächlich bald darauf für den Patienten unerträglich wird. 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 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 (telefonische) Konsultation im Prinzip nicht erforderlich, wenn die konkrete Bitte zu einem späteren Zeitpunkt geäußert wurde.
- Zieht sich der Verlauf hin oder sind die Entwicklungen weniger eindeutig vorhersehbar, wird allerdings 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, muss der Arzt dies in seiner Meldung erwähnen. Den Kommissionen werden auch Fälle gemeldet, in denen die Konsultation – also die Hinzuziehung des Konsiliararztes, dessen Besuch des Patienten und seine Stellungnahme – sehr kurz vor dem Tod des Patienten, manchmal sogar am gleichen Tag, stattgefunden hat. Dann empfiehlt es sich, dass der behandelnde Arzt klar darlegt, wann und auf welche Weise er von dem Bericht des Konsiliararztes Kenntnis genommen hat. Fall 3 zeigt, welche Bedeutung die rechtzeitige Hinzuziehung eines Konsiliararztes hat.

Der Arzt wird dem Urteil des Konsiliararztes großes Gewicht beimessen.

Kommt es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Arzt und dem Konsiliararzt, muss letztlich der Arzt 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. Den Kommissionen ist aufgefallen, dass dies auch immer häufiger dann der Fall ist, wenn die Sterbehilfe von einem Facharzt im Krankenhaus geleistet wird. Inzwischen gibt es auch immer mehr Fachärzte, die zugleich als SCEN-Arzt tätig sind. SCEN-Ärzte haben auch eine unterstützende Funktion, beispielsweise indem sie beratend tätig sind.

Die Kommissionen haben festgestellt, dass sich längst nicht alle Ärzte mit dem hinzugezogenen SCEN-Arzt über die Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung beraten.

<sup>12</sup> Die Checkliste für den Konsiliarbericht bei der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung kann als Richtschnur dienen und ist unter [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl) abrufbar.

Obwohl nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes von dem hinzugezogenen unabhängigen Konsiliararzt lediglich ein Urteil zu den unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien verlangt wird, steht es dem meldenden Arzt natürlich frei, sich mit diesem Konsiliararzt – in der Regel ein SCEN-Arzt – über die Art der Durchführung der geplanten Sterbehilfe zu beraten.

Ebenso ist den Kommissionen jedoch aufgefallen, dass einige SCEN-Ärzte dem konsultierenden Arzt anbieten, ihn in Bezug auf die Durchführung zu beraten. Damit leisten sie die von ihnen erwartete Unterstützung der betroffenen Ärzte.

#### Fall 14 (nicht aufgenommen)

### Fall 15

#### Eine Konsultation hat nicht stattgefunden.

#### Urteil: »Nicht sorgfältig«

Bei einer Patientin im Alter von 70 bis 80 Jahren wurde im Frühjahr 2009 im Zusammenhang mit bereits seit längerem bestehenden Bauchbeschwerden ein Non-Hodgkin-Lymphom diagnostiziert. Eine ausgedehnte Masse drückte auf den Darm und verschloss ihn. Die Patientin wurde einer Chemotherapie unterzogen und ihr wurde eine Darmsonde gelegt, die den schwerwiegend gestörten Transport fördern sollte. Außerdem wurde sie parenteral ernährt. Mitte 2009 stellte sich heraus, dass der Tumor überhaupt nicht auf die Chemotherapie ansprach. Die Patientin war austherapiert. Ihr Zustand verschlechterte sich von Tag zu Tag. Gegen die Schmerzen wurde der Patientin Morphin verabreicht, außerdem erhielt sie Dormicum, um schlafen zu können.

Das Leiden der Patienten ergab sich aus Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen in der Bauchgegend und im Rücken, dem Schwinden ihrer Kräfte und dem zunehmenden körperlichen Verfall. Nachdem sie früher bereits mit dem Arzt über die Möglichkeit einer Lebensbeendigung gesprochen hatte, hatte die Patientin seit Sommer 2009 mehrfach um Sterbehilfe gebeten. Am Tag der Lebensbeendigung war die Patientin zwar benommen, aber noch gut ansprechbar. Es lag eine aktuelle schriftliche Patientenverfügung vor. Der Arzt zog keinen Konsiliararzt zu Rate. Seinem Bericht zufolge hatte sich der Zustand der Patientin in den letzten zwei Wochen vor ihrem Tod überraschend rapide verschlechtert, wobei die palliativmedizinischen Maßnahmen ungleichmäßige Wirkung zeigten. Die Patientin wollte noch einen bestimmten Festtag erleben. Ein Besuch eines Konsiliararztes vor diesem Festtag erschien dem Arzt verfrüht und um diesen Festtag herum unerwünscht. Danach wurde die Patientin benommen und eine Konsultation war dem Arzt zufolge nicht mehr problemlos durchführbar.

Da der behandelnde Arzt keinen Konsiliararzt hinzugezogen hatte, forderte die Kommission ihn auf, seinen Bericht mündlich zu erläutern.

Der Arzt erzählte, dass es der Patientin, trotz schwerwiegender Komplikationen infolge ihrer Krankheit, relativ lange gut gegangen war. Wegen eines Darmverschlusses wurde sie parenteral ernährt, weshalb sie sich in einem annehmbaren Zustand befand. Als sich ihr Zustand letztlich doch weiter verschlechterte und die Patientin kurzfristig um Sterbehilfe gebeten hatte, wollte der Arzt im Zusammenhang mit dem Festtag, auf den die Patientin sich freute, noch mit der Hinzuziehung eines Konsiliararztes warten. Angesichts ihrer Vorfreude wollte der Arzt nicht respektlos erscheinen, indem er zu diesem Zeitpunkt einen weiteren Arzt einschaltete. Der Arzt hatte vorgehabt, die Konsultationen nach diesem Festtag durchzuführen; aufgrund der schnellen Verschlechterung des Zustands der Patientin war es dafür dann jedoch zu spät. Die Patientin war zwar noch ansprechbar, aber doch nicht mehr vollständig bei Bewusstsein, in jedem Fall war sie nicht mehr in der Lage, ein Gespräch mit einem Konsiliararzt führen zu können. Sie geriet in einen Zustand, in den sie nie hatte kommen wollen. Der Arzt hatte zuvor eine palliative Sedierung erwogen und dies auch mit der Patientin besprochen; sie wollte jedoch zu einem von ihr selbst gewählten Zeitpunkt sterben. Die

Durchführung der Sterbehilfe verlief problemlos und auf eine von der Patientin gewünschte Art und Weise.

Der Arzt erklärte, aus diesem Fall seine Lehren ziehen zu wollen. Er werde bei einer Bitte um Sterbehilfe in Zukunft sofort einen Konsiliararzt hinzuziehen und gegebenenfalls, sollte viel Zeit zwischen der Konsultation und der Sterbehilfe liegen, diesen Konsiliararzt noch ein zweites Mal einschalten.

In Bezug auf den Aspekt der Konsultation erwägt die Kommission Folgendes.

Die Hinzuziehung eines zweiten Arztes, der vor der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung die Einhaltung der Sorgfaltskriterien unabhängig und sachverständig in schriftlicher Form beurteilt, ist gesetzlich vorgeschrieben. Die Konsultation soll einen optimalen und sorgfältigen Entscheidungsprozess des Arztes gewährleisten. Sie ist für den Arzt eine Hilfe bei der Prüfung der Frage, ob bereits alle Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und sie fördert den Reflexionsprozess über die eigenen Abwägungen im Vorfeld der Entscheidung, dem Sterbehilfeersuchen des Patienten Folge zu leisten.

Die Kommission ist der Auffassung, dass es wichtig ist, dass der Arzt frühzeitig Kontakt zu einem Konsiliararzt aufnimmt, damit dessen Besuch beim Patienten in Ruhe vereinbart werden kann. Ebenso ist es von Belang, dass der behandelnde Arzt den Patienten rechtzeitig über die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Konsiliararztes informiert und diese auch näher erläutert. In diesem Fall hat es der Arzt versäumt, einen Konsiliararzt einzuschalten.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt – auch angesichts der langen Krankengeschichte der Patientin, in der bereits schwere Komplikationen aufgetreten waren und in der darüber hinaus weitere Komplikationen aufzutreten drohten, sowie angesichts der bereits von der Patientin nach reiflicher Überlegung geäußerten konkreten Bitte um Sterbehilfe – zu einem früheren Zeitpunkt einen Konsiliararzt hätte einschalten müssen und können.

Dadurch, dass der behandelnde Arzt nicht rechtzeitig einen Konsiliararzt hinzugezogen hat, hat er sich in eine problematische Situation manövriert, die zu verhindern gewesen wäre. Die Kommission merkt in diesem Zusammenhang an, dass sie sich der Tatsache bewusst ist, dass es manchmal nicht leicht ist, den Zeitraum, in dem die Konsultation stattfinden müsste, richtig einzuschätzen. Droht ein (teilweiser) Verlust der kognitiven oder kommunikativen Fähigkeiten, etwa weil sich der Zustand des Patienten schnell verschlechtern könnte oder wegen medikamentöser Nebenwirkungen, kann es sinnvoll sein, frühzeitig einen Konsiliararzt hinzuzuziehen. Dies kann durch eine spätere, eventuell telefonisch erfolgende kurze Konsultation ergänzt werden, über die ebenfalls ein schriftlicher Bericht des Konsiliararztes zu erstellen ist.

Der Konsiliararzt muss den Patienten im Prinzip persönlich besuchen. Dies ist klar vorgeschrieben und kann nur in sehr besonderen Ausnahmefällen unterbleiben.

Es kann vorkommen, dass der Besuch eines Konsiliararztes nicht mehr möglich ist, da der gesundheitliche Zustand des Patienten dies nach objektiven medizinischen Maßstäben nicht mehr zulässt. Dabei kann es sich um eine Situation wie im vorliegenden Fall handeln, in der die Patientin aufgrund ihres sich rapide verschlechternden Zustandes nicht mehr gut ansprechbar war.

Auch in einer solchen Situation bleibt die Pflicht zur Hinzuziehung eines Konsiliararztes bestehen. Der behandelnde Arzt muss dann in seinem Bericht eindeutig begründen, warum der Besuch eines Konsiliararztes unterblieben ist.

Auch wenn nicht ausgeschlossen ist, dass die Pflicht zur Hinzuziehung eines Konsiliararztes, der den Patienten gesehen hat, erfüllt sein kann, ohne dass der Konsiliararzt ein persönliches Gespräch mit dem Patienten geführt hat, ist die Kommission der Meinung, dass in diesem Fall eine derartige Konsultation hätte stattfinden können und müssen.

Angesichts des Vorstehenden kann die Kommission nur zu dem Schluss kommen, dass der Arzt die Pflicht zur Hinzuziehung eines Konsiliararztes nicht erfüllt und damit nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 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 Standards<sup>13</sup> der Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) bzw. des Wissenschaftlichen Instituts der niederländischen Apotheker (WINAp) aus dem Jahr 2007 befolgt. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte den Standards entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden. In ihren Standards führt die KNMP aus, welche Mittel bei der Lebensbeendigung auf Verlangen verwendet werden sollten. Dabei wird zwischen Mitteln der ersten Wahl<sup>14</sup> und Mitteln der zweiten Wahl<sup>15</sup> unterschieden. Mit den Mitteln der zweiten Wahl hat man weniger Erfahrungen gesammelt. Darüber hinaus werden Mittel aufgeführt, die nicht als Alternative für Mittel der ersten Wahl dienen können. Außerdem wird dargelegt, von welchen Mitteln abgeraten wird.

Wenn ein Arzt nicht auf ein Mittel der ersten Wahl zurückgreift und die Verwendung des anderen Mittels nicht begründet, 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. Werden Mittel eingesetzt, die nicht als Alternativlösungen genannt werden oder von deren Verwendung abgeraten wird, erbitten die Kommissionen nähere Informationen.

Der Einsatz von komaauslösenden Mitteln, deren Verwendung nicht empfohlen wird, kann für den Patienten negative Folgen haben, die sich mit der Verwendung geeigneter Mittel vermeiden lassen. Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass sich der Patient zu dem Zeitpunkt, an dem ihm das muskelrelaxierende Medikament verabreicht wird, in einem tiefen Koma befindet.

Die Kommissionen haben keine Einwände gegen die Verabreichung eines Mittels wie Midazolam als Prämedikation, die dem Einsatz eines Mittels, das für die Herbeiführung eines Komats empfohlen wird, vorausgeht.

Es empfiehlt sich, dass der Arzt vor der Durchführung der Lebensbeendigung mit dem Patienten und den Angehörigen darüber spricht, wie die zu verwendenden Mittel wirken. Es ist wichtig, dass die individuellen Wünsche des Patienten unter Beachtung der KNMP-Standards so weit wie möglich berücksichtigt werden.

In ihren Standards 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 zur Art der Verabreichung keinerlei Angaben gemacht, erbitten die Kommissionen nähere Informationen.

Wie im Vorstehenden erläutert, muss sichergestellt sein, dass sich der Patient zu dem Zeitpunkt, an dem ihm das muskelrelaxierende Medikament verabreicht wird, in einem tiefen Koma befindet. Der Einsatz eines komaauslösenden Mittels, dessen Verwendung von der KNMP empfohlen wird, ist – ebenso wie die korrekte Dosierung dieses Mittels – wichtig, damit der Patient die Wirkung des Muskelrelaxans nicht spürt. In den Fällen 16 und 18 verwendeten die Ärzte bei der Verabreichung des komaauslösenden Mittels eine geringere Dosierung als in den Empfehlungen der KNMP beschrieben.

In Fall 16 hatte sich der Arzt von einem Apotheker beraten lassen. Die Kommission argumentierte, dass der Arzt – nicht der Apotheker – die Verantwortung für die sorgfältige Durchführung der Lebensbeendigung und für die Auswahl und Dosierung der Mittel trägt.

In 5<sup>16</sup> Fällen, in denen das Urteil der Kommissionen lautete, dass der Arzt nicht im Einklang mit dem Sorgfaltskriterium der medizinisch sorgfältigen Durchführung gehandelt hatte, ging dieses Urteil darauf zurück, dass 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.

Es ist wichtig, dass der Arzt, bevor er das muskelrelaxierende Medikament verabreicht, die Komatiefe angemessen überprüft. Die bereits erwähnte gemeinsame Arbeitsgruppe

<sup>13</sup> Standaard Euthanatica, Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln) 2007, KNMP/WINAp.

<sup>14</sup> Siehe die Tabelle auf Seite 22, Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007.

<sup>15</sup> Siehe die Tabelle auf Seite 26, Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007

<sup>16</sup> Entfällt.

der KNMP bzw. des WINAp und der Ärztekammer KNMG wird hierzu entsprechende Richtlinien erarbeiten. Bei der Sterbehilfe, also der Lebensbeendigung auf Verlangen, liegt eine aktive Handlung des Arztes vor, der dem Patienten das Sterbemittel – in der Regel intravenös – verabreicht. Um Hilfe bei der Selbsttötung handelt es sich, wenn der Arzt dem Patienten das Sterbemittel übergibt und dieser das Mittel selbst einnimmt.

Der Arzt muss so lange bei dem Patienten oder in dessen Nähe 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 das Sterbemittel nicht beim Patienten zurücklassen. Das kann gefährlich sein – für den Patienten, aber auch für andere.

## Fall 16

**Durchführung unter Verwendung des Medikaments Thiopental in einer Dosierung, die von den Standards der KNMP abweicht, keine angemessene Überprüfung der Komatiefe; trotz Einhaltung der Empfehlung eines Apothekers bleibt der Arzt verantwortlich.**

**Urteil: »Nicht sorgfältig«**

Bei einem Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren wurde 2009 ein Lungenkarzinom mit Hirnmetastasen festgestellt, die eine Lähmung der linken Körperhälfte verursachten. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Der Patient wurde einer palliativen Chemotherapie unterzogen, die aber keinen Erfolg zeigte. Er wurde in einem Hospiz aufgenommen.

Der Patient litt unerträglich unter seinem fortschreitenden körperlichen Verfall und der damit zusammenhängenden Abhängigkeit von anderen sowie der Aussichtslosigkeit seiner Situation; er hatte den Arzt um Sterbehilfe gebeten.

In seinem Bericht führte der Konsiliararzt – ein Hausarzt, der auch SCEN-Arzt ist – aus, dass seiner Meinung nach die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er 500 mg Thiopental und 12 mg Pavulon intravenös verabreichte.

Die Kommission hat den Arzt aufgefordert, die Dosierung der bei der Durchführung verwendeten Sterbemittel näher zu erläutern. Der Arzt erklärte in einem Schreiben, dass er die Sterbemittel nicht über den Apotheker beziehen konnte, mit dem er normalerweise zusammenarbeitete, da dieser im Urlaub war. Der Apotheker, zu dem er verwiesen wurde, hatte ihm ein »Sterbehilfe-Kit« gegeben, das 500 mg Thiopental und 12 mg Pavulon enthielt. Der Apotheker hatte dem Arzt versichert, dass 500 mg Thiopental ausreichen würden, einen Patienten in ein tiefes Koma zu versetzen. Er gab dem Arzt ein zweites Sterbehilfe-Kit für den Fall mit, dass die Ampullen des ersten Kits zerbrachen oder das Sterbemittel verschüttet würde.

Während der Durchführung der Lebensbeendigung sah der Arzt, dass sich der Patient nach Verabreichung des Thiopentals bereits im Koma befand. Der stark abgemagerte Patient war in einem tief komatösen Zustand, es waren noch eine flache Atmung und ein fühlbarer Puls feststellbar. Da der Arzt bereits nach der Verabreichung von 500 mg Thiopental zu der klinischen Auffassung gekommen war, dass sich der Patient in einem tiefen Koma befand, beschloss er, auf eine erneute Gabe von 500 mg Thiopental zu verzichten. Nach der Verabreichung von 12 mg Pavulon verstarb der Patient innerhalb von einer Minute. Der Arzt erläuterte weiterhin, dass er bei in der Vergangenheit durchgeführten Lebensbeendigungen immer 1000 mg Thiopental verabreicht hatte, woraufhin der Patient nach einem Atemstillstand verstarb. Er hielt es für offensichtlich, dass die Dosierung von 500 mg Thiopental bei einem weniger kachektischen Patienten nicht ausreichen würde, um ein hinreichend tiefes Koma herbeizuführen. Im Zweifelsfall müssten 1000 oder sogar 2000 mg Thiopental verabreicht werden. Bevor ein Muskelrelaxans gespritzt werde, müsse sich der Patient schließlich in einem tiefen Koma befinden. Der Arzt war davon überzeugt, dass sich der Patient im vorliegenden Fall nach der Verabreichung von 500 mg Thiopental in einem tiefen Koma befand. Auf Anfrage erläuterte der Arzt in mündlicher Form, dass Patienten seiner Erfahrung nach

bereits bei der Verabreichung einer geringen Dosis Thiopental wegtreten. Auch in dieser Situation sei das der Fall gewesen: der Kopf des Patienten sei unmittelbar nach der Verabreichung des Thiopentals weggesackt, der Patient habe kaum noch geatmet und einen kaum messbaren Puls gehabt.

Der Arzt erklärte, dass er bereits seit gut 30 Jahren als Arzt tätig sei und überhaupt keinen Zweifel am Koma des Patienten gehabt habe. Er räumte ein, weder den Kornealreflex überprüft noch die Komatiefe auf andere Weise überprüft zu haben. Dies habe er wegen der Anwesenheit der Familienangehörigen des Patienten nicht getan.

Er erklärte, im Vorfeld einer Lebensbeendigung die Familie des Patienten immer über die dabei zum Einsatz kommende Methode zu informieren. Im Rahmen dieser Erläuterung weise er darauf hin, dass er zur Sicherheit noch ein zweites Mittel (Pavulon) zur Muskelrelaxation verabreiche. Der Arzt legte dar, dass, wenn ein Patient – im Widerspruch zu seiner Erläuterung – bereits durch das Thiopental versterbe, es ihm schwerfalle, dem Leichnam nachträglich noch Pavulon zu spritzen. Er erklärte, dass in diesem Fall zwischen der Verabreichung des Thiopentals und der Verabreichung des Pavulons etwa eine Minute vergangen sei. Der Patient sei anschließend innerhalb von einer Minute verstorben.

Aus Gesprächen mit Kollegen sei hervorgegangen, dass eine oder zwei Ampullen mit 500 mg Thiopental bei kachektischen (stark abgemagerten) Patienten ausreichten. Hätte er irgendwelche Zweifel an der Komatiefe gehabt, hätte er eine zweite Ampulle von 500 mg verwendet. Er sei jedoch zu 100 % davon überzeugt gewesen, dass sich der Patient in einem tiefen Koma befunden habe.

Der Arzt erklärte, etwa dreizehn Mal Sterbehilfe mit 1000 mg Thiopental geleistet zu haben, und nie habe es ein Problem gegeben. Dies habe seinen Eindruck noch verstärkt, dass 1000 mg ausreichten. Er wusste nicht, dass WINAp, das wissenschaftliche Institut der KNMP, eine Erhöhung der Dosierung auf über 1000 mg empfohlen hatte. Er sei natürlich bereit, diesem Protokoll zu folgen.

In Bezug auf den Aspekt der Durchführung erwägt die Kommission Folgendes.

Bei der Beurteilung der Frage, ob die Lebensbeendigung dem herrschenden Stand der Medizinwissenschaft entsprechend durchgeführt wurde, legt die Kommission grundsätzlich die Standards der KNMP bzw. des WINAp (2007) zugrunde. Darin wird für die Herbeiführung eines Komas Thiopental in einer Dosierung von 2000 mg angeraten, da sich die in der letzten Version der Empfehlungen aus dem Jahr 1998 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 betont, dass der Arzt für die sorgfältige Durchführung der Sterbehilfe verantwortlich ist, auch wenn er sich von einem Spezialisten – in diesem Falle einem Apotheker – informieren lässt.

Die Kommission erwägt, dass der Arzt das Muskelrelaxans eine Minute nach der Gabe des komauslösenden Mittels verabreicht hat und dass der Patient nach einer weiteren Minute verstorben ist. Durch die Verabreichung von Pavulon waren die Muskeln des Patienten gelähmt, weshalb sich dieser nicht mehr bewegen konnte. Für den Fall, dass sich der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht im Koma befunden hätte, hätte er dies aufgrund der Muskellähmung nicht anzeigen können. Aufgrund der niedrigen Dosierung des Thiopentals (500 mg) bestand keine Gewähr, dass der Patient sich während des gesamten Prozesses der Durchführung der Sterbehilfe wirklich im Koma befand. Dies wiegt umso schwerer, als der Arzt zwar festgestellt hat, dass der Patient eine kaum noch wahrnehmbare Atmung und einen kaum noch fühlbaren Puls hatte, es aber versäumt hatte, die Komatiefe mit Hilfe des Kornealreflexes festzustellen.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt mit der Herbeiführung des Komas mittels



Thiopental in einer Dosierung von 500 mg das Risiko eingegangen ist, dass sich der Patient während der Lebensbeendigung nicht im Koma befand.  
 Dabei merkt sie an, nicht an den guten Absichten des Arztes zu zweifeln, der meinte, der Empfehlung des von ihm konsultierten Apothekers folgen zu können.  
 Die Kommission kann jedoch nur zu dem Urteil kommen, dass die Durchführung einer Lebensbeendigung nicht medizinisch sorgfältig erfolgte und der Arzt somit nicht im Einklang mit den gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

#### Fall 17 (nicht aufgenommen)

### Fall 18

#### **Herbeiführung des Komas mit schrittweise verabreichtem Thiopental in einer Dosierung, die nicht in den KNMP-Standards befürwortet wird**

##### **Urteil: »Nicht sorgfältig«**

Bei einer Patientin im Alter von 80 bis 90 Jahren wurde im Herbst 2004 eine Form von Leukämie festgestellt, die medikamentös behandelt wurde. Aufgrund von Nebenwirkungen wurde diese Behandlung im Herbst 2009 abgebrochen und der natürliche Verlauf der Krankheit beobachtet. Zunehmende, möglicherweise auf Anämie zurückgehende Müdigkeit und Antriebslosigkeit traten auf. Das Leiden der Patientin ergab sich aus einer intensiven Müdigkeit, die sie an jeder Art von Beschäftigung hinderte, insbesondere aber aus der Pflegebedürftigkeit und dem Verlust der Kontrolle über ihr Leben. Es bestand keine Aussicht auf Besserung; das Leiden war für die Patientin unerträglich. Dies konnte der Arzt nachempfinden. In den ersten Monaten des Jahres 2009 hatte die Patientin bereits über ihren Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen und in schriftlichen Patientenverfügungen ausführlich beschrieben, was für sie unerträgliches Leiden bedeute und wann sie Sterbehilfe wünsche. Im letzten Monat vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt regelmäßig um Sterbehilfe. Einige Tage vor ihrem Tod wurde die Bitte aktuell.

Der als Konsiliararzt hinzugezogene unabhängige Hausarzt, der auch SCEN-Arzt ist, kam zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt seien.

Der Arzt führte die Lebensbeendigung durch, indem er 750 mg Thiopental und 20 mg Pavulon intravenös verabreichte, gefolgt von einer weiteren Gabe von 750 mg Thiopental.

Da die Kommission Fragen zur Art der Durchführung der Lebensbeendigung hatte, forderte sie den Arzt auf, diese näher zu erläutern. Der Arzt gab sowohl eine schriftliche als auch eine mündliche Erläuterung.

Er erklärte bezüglich der Art der Durchführung der Lebensbeendigung, die von der KNMP bzw. dem WINAp 2007 herausgegebenen Empfehlungen zu kennen. Er stimmte jedoch nicht mit ihnen überein, etwa in Bezug auf die Herbeiführung eines Komas mit 2000 mg Thiopental. Seiner Meinung nach würden die Patienten dann an einer Überdosis Thiopental versterben. Er zog einen Artikel eines Anästhesisten heran, in dem dieser empfahl, kachektischen Patienten schrittweise Thiopental zu verabreichen. Auf Nachfrage legte er dar, dass er es als sehr problematisch empfinde, wenn ein Patient bereits während der Verabreichung der Mittel sterbe. Außerdem fürchte er, dass ein Patient aufgrund der einmaligen Gabe von 2000 mg Thiopental ersticken könne. Darüber hinaus habe eine Rolle gespielt, dass er die Lebensbeendigung auf die zuvor mit einem Patienten besprochene Art und Weise durchführen wollte. Abschließend merkte der Arzt an, er halte die Richtlinie der KNMP bzw. des WINAp für nicht hinreichend untermauert. Das Gewicht der Patientin betrug etwa 65 kg. Nach der Gabe von 750 mg Thiopental hatte der Arzt die Komatiefe mit Hilfe eines Schmerzreizes festgestellt und danach 20 mg Pavulon verabreicht. Anschließend hatte er die restlichen 750 mg

Thiopental verabreicht. Zwei Minuten später war die Patientin verstorben. Er hatte sich dazu entschieden, das Thiopental schrittweise zu verabreichen, damit die Patientin nicht daran starb, das Koma aber lange genug aufrecht erhalten wurde. Seinen Angaben zufolge war die Sterbehilfe problemlos verlaufen.

Die Kommission merkt an, dass der Arzt das Leben der Patientin durch die schrittweise Verabreichung von Sterbmitteln beendet hat. Er hatte der Patientin zunächst 750 mg Thiopental, danach 20 mg Pavulon und anschließend nochmals 750 mg Thiopental verabreicht. Der Arzt entschied sich für dieses Vorgehen, anstatt den Empfehlungen der KNMP bzw. des WINAp zu folgen.

Die Kommission kann sich vorstellen, dass es für den Arzt nicht angenehm ist, wenn ein Patient während der Verabreichung der Mittel stirbt. Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig durchgeführt wurde, legt die Kommission die von der KNMP bzw. dem WINAp 2007 herausgegebenen Standards, »Standaard Euthanatica, bereiding en toepassing« (Anwendung und Zubereitung von Sterbmitteln) zugrunde. Darin wurde die in der letzten Version der Empfehlungen aus dem Jahr 1988 befürwortete Dosis von 1500 mg Thiopental auf 2000 mg heraufgesetzt, da sich die ursprünglich befürwortete Dosis bei einigen Patienten als zu niedrig erwiesen hatte.

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt bezüglich der Dosierung des von ihm verabreichten Thiopentals und der Art der Verabreichung von den Empfehlungen der KNMP bzw. des WINAp (2007) abweicht.

Die Kommission merkt außerdem an, dass der Arzt auch in einem zu einem früheren Zeitpunkt von ihm gemeldeten Fall eine von diesen Empfehlungen abweichende Methode der Lebensbeendigung angewandt hat. Aufgrund dieser früheren Meldung hat die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen unter anderem Einwände gegen diese Art der Durchführung erhoben. Die Aufsichtsbehörde hatte den Arzt darüber informiert, dass er mit der Titration von Nesdonal bis zur Bewusstlosigkeit des Patienten das Risiko einging, dass kein tiefes Koma erreicht wurde, bevor das Pavulon injiziert wurde, so dass die Möglichkeit bestand, dass der Patient in einem gewissen Grad des Bewusstseins erstickte. Außerdem hatte die Behörde dem Arzt dringend angeraten, die Empfehlungen der KNMP bzw. des WINAp (2007) sowie die »Aandachtspunten bij euthanasie of hulp bij zelfdoding« (Richtschnur für die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung) der Ärztekammer KNMG strikt zu befolgen und ihm mitgeteilt, besonderen Wert auf die Anpassung seines Handelns zu legen.

Davon ließ der Arzt im vorliegenden Fall nichts erkennen.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt durch die schrittweise Verabreichung des komauslösenden Mittels das Risiko eingegangen ist, dass sich die Patientin nur sehr kurzfristig im Koma befinden oder das Koma nicht die erforderliche Tiefe aufweisen könnte. Durch die Verabreichung von Pavulon werden die Muskeln eines Patienten gelähmt, weshalb sich dieser nicht mehr bewegen kann. Wäre die Patientin im vorliegenden Fall zum Zeitpunkt der Verabreichung des Pavulons bereits aus dem Koma erwacht oder hätte sie sich noch nicht in einem vollständig komatösen Zustand befunden, hätte sie dies aufgrund der Muskellähmung nicht anzeigen können. Aufgrund der niedrigen Dosierung des Pentothals bestand die Gefahr, dass die Patientin sich während der Verabreichung des Muskelrelaxans nicht wirklich in einem tiefen Koma befand. Obwohl der Arzt noch eine weitere Dosis Thiopental injizierte, bestand das Risiko, dass die Patientin anfänglich noch etwas mitbekam, dies aber nicht mehr anzeigen konnte.

Nach Auffassung der Kommission sind die vom Arzt dargelegten Motive für diese abweichende Methode der Sterbehilfe und die abweichende Dosierung der Sterbmittel nicht hinreichend überzeugend und inakzeptabel.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt die Lebensbeendigung nicht fachgerecht durchgeführt und somit nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

# 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 durch die geleistete Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung nicht strafbar. In die vorgenannten Strafgesetzbuchartikel (Artikel 293 Absatz 2 und Artikel 294 Absatz 2) 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 beigelegter 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.

## Rolle der Kommissionen

Hat ein Arzt Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet, meldet er dies dem örtlichen Leichenschauer. Dieser Meldung fügt er einen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien hinzu.<sup>17</sup> 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 Konsiliararztes und – sofern vorhanden – die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen bei.

Er meldet der Kommission die Lebensbeendigung und schickt die obligatorischen sowie weitere relevante, gegebenenfalls vom Arzt vorgelegte Unterlagen, z. B. Patiententagebuch und Facharztberichte, mit. Nachdem die Unter-

lagen bei der Kommission eingegangen sind, erhalten sowohl der Leichenschauer als auch der Arzt eine Empfangsbestätigung.

Die Kommissionen prüfen, ob der Arzt unter Berücksichtigung des herrschenden Standes der Medizinwissenschaft und der geltenden Normen der Medizinethik im Einklang mit den gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Gegebenenfalls stellt sie dem betreffenden Arzt noch weitergehende Fragen, die er schriftlich<sup>18</sup>, 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.

Die Kommissionssekretariate stoßen angesichts der steigenden Zahl der Meldungen bereits seit einigen Jahren an die Grenzen ihrer Kapazitäten. Obwohl 2010 eine gewisse Aufstockung der personellen Kapazitäten der Kommissionen genehmigt wurde, konnte die Bearbeitungsfrist von sechs Wochen bei einer Großzahl der Meldungen leider aufgrund der entstandenen Rückstände, der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und längerfristiger Krankheitsausfälle auch in diesem Berichtsjahr nicht eingehalten werden.

Wie in der Einleitung beschrieben, überprüfen die Kommissionen derzeit ihre Arbeitsweise und untersuchen, wo – unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und unter Wahrung der Qualität der Beurteilung – Effizienzverbesserungen möglich sind.

Die Kommissionen geben ein Urteil über die Meldungen ab. Fast immer kommen sie zu dem Ergebnis, dass der Arzt im Einklang mit den gesetzlichen 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

<sup>17</sup> Ein Musterbericht ist unter [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) einsehbar.

<sup>18</sup> Dem Evaluierungsbericht zum Sterbehilfegesetz zufolge in etwa 6 % der im Jahr 2005 gemeldeten Fälle.

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. Letztlich entscheidet die zuständige Kommission.

In neun Fällen kamen die Kommissionen 2010 zu dem Ergebnis, 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 gemäß dem Sterbehilfegesetz auch an die Generalstaatsanwaltschaft und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Generalstaatsanwaltschaft entscheidet dann, ob strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet werden müssen.<sup>19</sup>

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 (siehe Anhang II). Zwischen dem koordinierenden Vorsitzenden der Kommissionen, seinem Stellvertreter, 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, dessen Urteil ein abschließendes Urteil ist, wenn das Handeln des Arztes als sorgfältig eingestuft wurde. Die Kommissionen verfügen außerdem über Sekretariate, die sie bei ihren Tätigkeiten unterstützen.

Die Sekretariate sind organisatorisch bei der Zentralen Informationsstelle für Berufe im Gesundheitswesen (CIBG), einer Durchführungsorganisation des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, untergebracht. 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) der KNMG auch an der Fortbildung zum Konsiliararzt mit.

Da ihnen alle Berichte der von den meldenden Ärzten hinzugezogenen Konsiliarärzte vorgelegt werden, erhalten die Kommissionen als Gesamtheit ein umfassendes Bild von der Qualität dieser Berichte. Die Qualität der Berichte muss kontinuierlich überwacht werden. Die Kommissionen stellen fest, dass sich die Qualität der Berichte klar verbessert hat, was sie sehr begrüßen.

Die Ergebnisse der Kommissionen werden in allgemein formulierter Form an die SCEN-Organisation übermittelt.

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

<sup>19</sup> Durchführungsbestimmung zur Einleitung einer Strafverfolgung im Falle von Lebensbeendigung auf Verlangen (oder Hilfe bei der Selbsttötung), niederländischer Staatsanzeiger, 6. März 2007, Nr. 46/S.14).

# Übersicht der eingegangenen Meldungen

im Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010

## Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 3136 Meldungen ein.

## Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 2910 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 182 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 44 Fällen um eine Kombination aus beiden.

## Ärzte

In 2819 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 193 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 115 Fällen um einen Geriater und in 9 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

## Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	2548
Herz- und Gefäßkrankheiten	158
Erkrankung des Nervensystems	75
Andere	237
Mehrfacherkrankungen	118

## Orte der Lebensbeendigung

In 2499 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 182 Fällen in einem Krankenhaus, in 109 Fällen in einem Pflegeheim, in 127 Fällen in einem Altersheim und in 219 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

## Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommissionen kamen in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. In 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 63 Tage.