

The background is a solid yellow color. It features several large, white, abstract, irregular shapes that resemble stylized letters or calligraphic forms. These shapes are scattered across the page, with some overlapping. The overall aesthetic is clean and modern.

**Regionale  
Kontrollkommissionen  
für Sterbehilfe**

—  
*Jahresbericht 2011*

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	3
<b>Kapitel I Entwicklungen 2011</b>	
Meldungen	5
Zahl der Meldungen steigt weiter	5
Neue Arbeitsweise	5
Personelle Aufstockung der Kontrollkommissionen	6
Evaluierung des Sterbehilfegesetzes	6
Website	6
Medizinisch sorgfältige Durchführung	6
Neue Richtlinie	7
Positionspapier der KNMG	7
<b>Kapitel II Sorgfaltskriterien</b>	
Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen	8
Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen	8
a Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen	10
Psychiatrische Krankheit oder Störung	10
Beschwerden depressiver Art	11
Schriftliche Patientenverfügung	11
Demenz	11
b Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	14
Demenz	16
Psychiatrische Krankheit oder Störung	16
Koma und vermindertes Bewusstsein (nicht komatös)	16
Palliative Sedierung	17
c Patientenaufklärung	17
d Keine andere annehmbare Lösung	17
e Konsultation	22
Unabhängigkeit des Konsiliararztes	22
Schriftlicher Bericht des Konsiliararztes	23
Situation nach der Konsultation	23
SCEN	23
f Medizinisch sorgfältige Durchführung	27
<b>Kapitel III Aufgaben der Kommissionen</b>	
Gesetzlicher Rahmen	30
Rolle der Kommissionen	30
<b>Anlage</b>	
<b>I Übersicht der Meldungen</b>	33

# Vorwort

---

Verehrte Leserinnen und Leser,

in dem vor Ihnen liegenden Jahresbericht 2011 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 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 Einblick in die – erneut stark gestiegene – Zahl der eingegangenen Meldungen, die Art der gemeldeten Fälle, die Beurteilung der Fälle durch die Kommissionen sowie die bei der Entscheidungsfindung vorgenommenen Abwägungen.

Die gesetzliche Frist, innerhalb deren die Kommissionen ihre Beurteilung dem Arzt zur Kenntnis bringen müssen, wurde auch in diesem Berichtsjahr in mehreren Fällen in erheblichem Maße überschritten. Dies ist ein Zustand, der den gesetzlichen Bestimmungen zuwiderläuft und den die Kommissionen sehr bedauern, was sie auch den meldenden Ärzten gegenüber deutlich gemacht haben.

In Kapitel I, Entwicklungen 2011, werden unter anderem die Probleme beschrieben, mit denen sich die Kommissionen konfrontiert sahen – und noch immer sehen –, und die inzwischen ergriffenen Maßnahmen genannt, mit denen diesen Problemen begegnet und der Verzug bei der Bearbeitung aufgeholt werden soll.

Für die personelle Aufstockung der Sekretariate sind wir dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport ausgesprochen dankbar, ebenso wie für den Beschluss, 15 zusätzliche stellvertretende Kommissionsmitglieder zu ernennen.

Die Kommissionen müssen die eingehenden Meldungen in konsistenter Weise beurteilen. Dieser Aspekt bedarf besonderer und ständiger Aufmerksamkeit.

Unter Beachtung des Grundsatzes, dass jede Meldung vor dem Hintergrund der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles zu bewerten ist, wird nach wie vor an der Harmonisierung der Beurteilungen gearbeitet; angesichts der erheblichen Erhöhung der Zahl der Kommissionsmitglieder kommt diesem Aspekt nur noch größere Bedeutung zu.

Schließlich müssen die Kommissionen mit ihren Beurteilungen und den Abwägungen, die sie bei der Prüfung der Meldungen anhand des Sterbehilfegesetzes, dessen Hintergründen und der relevanten Rechtsprechung vornehmen, größtmögliche Klarheit schaffen.

Klarheit für Ärzte über die Möglichkeiten, die ihnen das Gesetz bietet, wenn eine Bitte um Sterbehilfe an sie herangetragen wird, aber auch Klarheit für Patienten, die eine solche Bitte äußern.

Die Art und Weise, wie die Regionalen Kontrollkommissionen das Sterbehilfegesetz anwenden, wird nicht nur den einzelnen Ärzten im Rahmen der Beurteilung ihrer Meldungen dargelegt, sondern ist dank der Veröffentlichung der Beurteilungen und des Jahresberichts der Kommissionen auf der Website auch für Dritte nachvollziehbar. Aufgrund eines im Jahresbericht 2010 beschriebenen Falls (Nr. 10) wurden Gespräche mit der Ärztekammer KNMG über die in Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes bezeichnete schriftliche Patientenverfügung geführt, insbesondere über die Bedeutung einer solchen Verfügung im Falle eines reversiblen Komas, der von der »Richtlinie für Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein« nicht abgedeckt wird. Unter anderem infolge dieser Gespräche wurde der Sachverhalt im vorliegenden Jahresbericht (Kapitel II, Koma und vermindertes Bewusstsein (nicht komatös)) klarer formuliert.

Presseberichte zu der im vorliegenden Jahresbericht als Fall Nr. 7 beschriebenen Meldung (»Fall einer fortgeschrittenen Demenz«), bei der die betreffende Kommission nach

Rücksprache mit Mitgliedern der anderen Kommissionen zu der Beurteilung gelangt war, dass der meldende Arzt im Einklang mit den gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hatte, haben für einiges Aufsehen gesorgt und unterschiedliche Reaktionen hervorgerufen.

Dieser Fall und die mediale Aufmerksamkeit, die ihm zuteil wurde, haben die KNMG dazu veranlasst, ihre Richtlinie für SCEN-Ärzte kurz nach Jahresende zu überarbeiten. Auch hierbei haben die Kontrollkommissionen und die KNMG, denen eine jeweils eigene Rolle und Verantwortung auf diesem Gebiet zukommt, harmonisch zusammengearbeitet. Natürlich sind auch die unter Ärzten und in der Gesellschaft geführten Diskussionen über das Thema des selbstgewählten Lebensendes in den Kommissionen Anlass zum Gedankenaustausch, der als sehr wertvoll für die (interne) Urteilsbildung empfunden wird. Das Ziel der Kontrollkommissionen ist es, mit der Beurteilung der Fälle, ihrer Veröffentlichung sowie mit umfassender Aufklärungsarbeit für eine transparente und überprüfbare Sterbehilfepraxis zu sorgen und so einen Beitrag zur gesellschaftlichen Diskussion zu leisten. Zu konkreten Einzelfällen geben die Kommissionen jedoch, auch angesichts der gesetzlichen Geheimhaltungspflicht, keine Stellungnahmen ab. Aus eben diesem Grund haben sie auch nicht öffentlich auf die Pressemeldungen zum vorgenannten Demenzfall reagiert. Derzeit beraten sich die Kommissionen über die Frage, wie den Ergebnissen ihrer Arbeit über die Unterrichtung der einzelnen Ärzte und die Veröffentlichung der beurteilten Fälle auf der Website und in den Jahresberichten hinaus mehr Bekanntheit verschafft werden kann.

Reaktionen auf diesen Bericht sind den Kommissionen jederzeit willkommen.

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

Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Den Haag, August 2012

# Kapitel I **Entwicklungen 2011**

2011 haben sich die folgenden relevanten Entwicklungen vollzogen.

## Meldungen

2011 sind bei den Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (im Folgenden: die Kommissionen) 3695 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen.<sup>1</sup>

Die Kommissionen haben die von ihnen beurteilten Fälle mit Blick auf die Frage geprüft, ob der durchführende Arzt die Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) eingehalten hat.

In 4 Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass nicht allen Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Wesentliche Auszüge dieser Fälle – wie auch einiger Beurteilungen, 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>

## Zahl der Meldungen steigt weiter

Die Zahl der bei den Kontrollkommissionen eingegangenen Meldungen ist 2011 erneut angestiegen: gegenüber dem Jahr 2010 (3136 Meldungen) um 18 %. 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. Die Bearbeitungsdauer der einzelnen Fälle ist inzwischen unangemessen lang. Die Kommissionen bedauern dies sehr; eine zügige Bearbeitung der Meldungen und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sind von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, das in sie gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen.

Die Kommissionsmitglieder haben 2011 gemeinsam mit den Sekretariaten alles darangesetzt, strukturelle und nachhaltige Lösungen für diese Problematik zu finden und erste wichtige Schritte unternommen.

## Neue Arbeitsweise

Zunächst einmal haben die Kommissionen die Einführung einer neu entwickelten Arbeitsweise in Bezug auf die Bearbeitung der Meldungen beschlossen. Dabei wird selbstverständlich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verfahren. Bei der neuen Arbeitsweise wird unmittelbar nach Eingang der Meldung und Sichtung aller Unterlagen durch einen erfahrenen Sekretär eine Einschätzung vorgenommen, ob die Meldung bei den Kommissionsmitgliedern, die sie beurteilen müssen, voraussichtlich Fragen aufwerfen wird oder nicht.

Als Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, gelten in diesem Sinne Meldungen, bei denen bereits bei Eingang der Unterlagen (also zu Beginn des Prüfungsprozesses) mit großer Wahrscheinlichkeit von einem erfahrenen Sekretär festgestellt werden kann, dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten wurden und dass die eingereichten Informationen so vollständig sind, dass auch ansonsten kein Anlass für Fragen besteht. Diese Feststellung trifft der Sekretär auf der Grundlage der in den vergangenen Jahren von den Kontrollkommissionen bei der Prüfung von Sterbehilfefällen gesammelten Erfahrungen, wobei die Kommissionen bereits vor Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes im Jahr 2002 vier Jahre lang einschlägige Erfahrungen gesammelt haben. Die Kommissionen gehen davon aus, dass – nach vollständiger Implementierung dieser Arbeitsweise – etwa 80 % aller Meldungen so eingestuft werden können.

Die Kommissionen haben beschlossen, die Unterlagen von Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, künftig in elektronischer Form drei Mitgliedern (einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker) der betreffenden Kontrollkommission zwecks Beurteilung zu übermitteln. Wenn alle drei Kommissionsmitglieder im Rahmen dieser Beurteilung erklären, dass die Meldung aus ihrer Sicht keine Fragen aufwirft und dass den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde, kann der Vorgang abgeschlossen werden. Sollte jedoch auch nur ein Kommissionsmitglied erklären, es habe noch Fragen, wird die Meldung auf der monatlichen Kommissionsitzung behandelt.

<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 der Beurteilung beziehen sich insbesondere auf das betreffende Sorgfaltskriterium.

Um die beschriebene Arbeitsweise digital optimal zu unterstützen, wurde 2011 von IT-Experten in Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Kommissionen ein neues Registrierungs- und Beurteilungssystem entwickelt und in Pilotprojekten auf seine Praktikabilität hin geprüft. Dieses neue System wird im April 2012 im ganzen Land eingeführt.

## Personelle Aufstockung der Kontrollkommissionen

Als zweite Maßnahme haben die Kommissionen 2011 intensive Gespräche mit dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport über das Problem des Verzugs bei der Bearbeitung der Meldungen geführt. Daraufhin wurde entschieden, die Zahl der Kommissionsmitglieder um 50 % zu erhöhen. Somit wird jede Kontrollkommission, die derzeit aus drei Mitgliedern und drei stellvertretenden Mitgliedern besteht, im Jahr 2012 um weitere drei stellvertretende Mitglieder erweitert, so dass jede Kommission aus insgesamt 9 Mitgliedern bestehen wird, wobei jede Disziplin drei Mitglieder stellt. Darüber hinaus hatten die Gespräche mit dem Ministerium zur Folge, dass die Sekretariate 2012 erneut um einige Vollzeitstellen erweitert wurden.

Die Ergebnisse, die mit der Einführung der neuen Arbeitsweise sowie der Aufstockung der Zahl der Kommissionsmitglieder und der Sekretariatsmitarbeiter erzielt werden, werden sich wahrscheinlich erst im zweiten Halbjahr 2012 bemerkbar machen.

Gleichwohl sind die Kommissionen zuversichtlich, dass sich der eingeschlagene Kurs als zukunftsicher erweisen wird.

## Evaluierung des Sterbehilfegesetzes

Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung wird 2011/12 auf Ersuchen des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport zum dritten Mal evaluiert, dabei wird es um den Zeitraum 2007–2011 gehen. Im Rahmen der Evaluierung werden unter anderem die Beurteilungen der Kommissionen kritisch geprüft und analysiert, und die Kommissionsmitglieder und Sekretäre werden befragt. Selbstverständlich werden die Kommissionen und Sekretariate an dieser Prüfung uneingeschränkt mitwirken und die Untersuchungssachverständigen nach besten Kräften unterstützen. Die Ergebnisse der Evaluierung, in deren Rahmen auch der starke Anstieg der Meldungen untersucht wird, werden voraussichtlich im Herbst 2012 veröffentlicht.

## Website

Im Einvernehmen mit dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport haben die Kommissionen beschlossen, sich bei der Veröffentlichung der Beurteilungen auf der Website [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) künftig vor allem auf die integrierte Veröffentlichung von Meldungen zu konzentrieren, die Fragen aufgeworfen haben und die für die Entwicklung von Normen auf dem Gebiet der Sterbehilfe im Allgemeinen und für die Kompetenzförderung bei Ärzten und anderen Interessenträgern im Besonderen von Bedeutung sind. Dazu gehören in jedem Falle jene Beurteilungen, bei denen die Kommissionen zu dem Schluss gekommen sind, dass nicht allen Sorgfaltskriterien entsprochen worden ist, aber auch Fälle, die als sorgfältig eingestuft wurden, die aber aus irgendeinem Grund bei der Behandlung zunächst Fragen bei den Kommissionen aufgeworfen hatten. Hier ist zu denken an als »sorgfältig« beurteilte Fälle von Sterbehilfe bei Patienten mit Krankheiten, die seltener einem Sterbewunsch zugrunde liegen, z. B. Demenz, psychische Erkrankungen und die Kumulation mehrerer Altersbeschwerden bei (sehr) alten Menschen. Es geht also faktisch um die Beurteilung von solchen Fällen, auf die die Kommissionen schon immer sehr ausführlich in den Jahresberichten eingegangen sind.

In besonderen Ausnahmefällen wird eine Beurteilung nicht veröffentlicht, nämlich dann, wenn durch eine Veröffentlichung die Anonymität des Patienten in Gefahr geraten könnte.

Um die Zugänglichkeit der Website im Allgemeinen und der veröffentlichten Beurteilungen im Besonderen bestmöglich zu gewährleisten, wurde bereits die Suchfunktion der Website verbessert, an weiteren Verbesserungen wird zielstrebig gearbeitet.

## 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 Sterbmitteln (»Standaard Euthanatica 2007«) 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 2011 die allermeisten Ärzte an den Standards von 2007 orientiert haben.

2011 sahen sich die Ärzte, und in der Folge die Kommissionen, mit einer mangelnden oder unzureichenden Verfügbarkeit des in diesen Standards empfohlenen komaauslösenden Mittels Thiopental konfrontiert. In diesem Zusammenhang hatten die KNMP und die KNMG im Dezember 2010 eine Ergänzung zu den Mitteln zweiter Wahl von Seite 26, Standaard Euthanatica 2007, mit Alternativen für Thiopental als komaauslösendes Mittel veröffentlicht.

Trotzdem mussten sich die Kommissionen 2011 mit Fällen befassen, in denen Sterbemittel eingesetzt worden waren, deren Verwendung in den Standards von 2007 bzw. in der veröffentlichten Ergänzung nicht empfohlen wird, sowie mit Fällen, in denen die Dosierung der Sterbemittel nicht angegeben worden war oder nicht mit den Standards oder der Ergänzung übereinstimmte. In den betreffenden Fällen haben die Kommissionen die jeweiligen Ärzte gebeten, ihr Abweichen von den Standards oder der Ergänzung zu begründen. Leider konnten nicht alle Abweichungen hinreichend begründet werden. Die Kommissionen stellten in diesem Berichtsjahr in drei Fällen fest, dass der Arzt im Hinblick auf die fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Die Ärzte hatten in zwei dieser Fälle (Fälle 18 und 19) die Hälfte der in den Standards von 2007 empfohlenen Menge des komaauslösenden Mittels verabreicht und anschließend, wie auch im dritten Fall (Fall 16), vor der Verabreichung des Muskelrelaxans zu kontrollieren versäumt, ob sich der Patient in einem hinreichend tiefen Koma befand. So waren die Ärzte in beiden Fällen das Risiko eingegangen, dass der Patient kurz vor dem Tod Erstickungsgefühle empfindet. Ein solches Risiko gilt es zu jedem Zeitpunkt zu vermeiden.

## Neue Richtlinie

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus KNMP einschl. WINAp und Ärztekammer KNMG hat 2010 mit der Formulierung einer neuen Richtlinie begonnen. Die Kommissionen haben auf Anfrage der Arbeitsgruppe Informationen über ihre Erfahrungen mit der Beurteilung der Durchführung von Sterbehilfe – selbstverständlich in allgemeiner Form und anonymisiert – zur Verfügung gestellt. Die neue gemeinsame Richtlinie der KNMP und der KNMG wird voraussichtlich im Herbst 2012 veröffentlicht.

Bis dahin werden die Kommissionen weiterhin die Standards aus dem Jahr 2007 als Leitfaden verwenden; somit müssen Ärzte auch weiterhin eine Abweichung von diesen Standards hinreichend begründen.

## Positionspapier der KNMG

Mitte Juni 2011 hat die KNMG ein Positionspapier mit dem Titel »Die Rolle des Arztes beim selbstgewählten Lebensende« herausgebracht (nähere Informationen bietet die KNMG-Website). Nach Angaben der Ärztekammer ist dieses Positionspapier eine Reaktion auf die im Jahr 2010 entbrannte gesellschaftliche Diskussion über die Frage, ob Menschen, deren Leben nach eigener Auffassung vollendet ist, dabei geholfen werden sollte, ihr Leben auf würdige Art und Weise zu beenden. Die Bürgerinitiative »Uit Vrije Wil« (Aus freiem Willen) möchte es Menschen ab 70 Jahren, die ihr Leben als vollendet betrachten und in Würde sterben möchten, ermöglichen, auf ihren ausdrücklichen Wunsch Hilfe beim Sterben in Anspruch nehmen zu können. Das Leisten derartiger Hilfe, ohne dass ein unerträgliches Leiden vorläge, bei dem keine Aussicht auf Besserung besteht, fällt nicht unter das aktuelle Sterbehilfegesetz und ist somit immer strafbar. »Uit Vrije Wil« vertritt den Standpunkt, dass Sterbehilfe bei alten Menschen, die ausdrücklich darum bitten, nicht länger strafbar sein dürfe.

Die Kommissionen überprüfen, ob das Handeln des meldenden Arztes den gesetzlichen Vorschriften entspricht. In allen beurteilten Fällen lag ein unerträgliches Leiden vor und es bestand keine Aussicht auf Besserung; die Ursache des Leidens war überwiegend auf eine oder mehrere medizinisch erfasste Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen zurückzuführen, die zum Teil mit dem Alter des Patienten zusammenhängen..



# 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 Vertretungsarzt die Sterbehilfe leistet, weil sich die Situation des Patienten in Abwesenheit des behandelnden Arztes rapide verschlechtert oder weil der behandelnde Arzt aufgrund seiner persönlichen Weltanschauung die Sterbehilfe nicht selbst durchführen will.

Auch in einer solchen Situation muss sich der durchführende – also meldende – Arzt im Vorfeld umfassend über die Situation des Patienten informieren und sich persönlich davon überzeugen, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde.

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. Vom Arzt wird erwartet, dass er von dem im Jahr 2009 neu formulierten Musterbericht Gebrauch macht. Die darin enthaltenen Fragen erleichtern es dem Arzt, gegenüber der Kommission darzulegen, ob und, wenn ja, wie 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 nur wegen 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 ist es der Kommission nicht möglich, die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien durch den Arzt zu bestätigen.

Mit einem solchen Gespräch erhält der Arzt – entsprechend den an ihn gestellten Erwartungen – Gelegenheit, an der Überprüfung seines Handelns mitzuwirken.

2011 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 hatte. Im Interesse der Lesefreundlichkeit wird für derartige Fälle der Kürze halber der Begriff »sorgfältig« verwendet (in Fall 1 wird eine solche Meldung behandelt).



## Fall 1

### Die Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

#### Beurteilung: »Sorgfältig«

Bei einer Patientin im Alter von 60 bis 70 Jahren wurde Mitte 2010 ein Kolonkarzinom mit Metastasen im Peritoneum und in der Leber festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Als Palliativbehandlung erhielt die Patientin eine Chemotherapie, die einige Monate später im Zusammenhang mit ihrer Toxizität eingestellt werden musste. Der behandelnde Facharzt erklärte, dass eine Behandlung nicht mehr möglich sei.

Ende des Jahres entwickelte die Patientin einen Ileus, aufgrund dessen sie sich häufig übergeben musste und nicht mehr essen konnte. Sie verlor über zehn Kilo Körpergewicht und wurde immer schwächer.

Gegen die Schmerzen erhielt die Patientin Fentanylpflaster und zur Beruhigung Temazepam. Für die Patientin bestand die Unterträglichkeit ihres Leidens aus vielen Schmerzen, häufigem Erbrechen und allgemeiner Schwäche; darüber hinaus traten Dekubituswunden auf.

Außerdem litt die Patientin unerträglich unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und es keine Aussicht auf Besserung gab.

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.

Im Herbst 2010 hatte die Patientin erstmals bei ihrem Arzt das Thema Sterbehilfe angesprochen. Danach haben Arzt und Patientin mehrfach darüber gesprochen. Gut zwei Wochen vor ihrem Tod hatte die Patientin den Arzt zum ersten Mal um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Diese Bitte hatte die Patientin danach noch mehrmals – u. a. im Beisein ihres Mannes – wiederholt.

Es lag eine aktuelle 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 Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen, nicht mehr praktizierenden Hausarztkollegen, der auch SCEN-Arzt war, hinzu. Der Konsiliararzt besuchte die Patientin gut zwei Wochen vor der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die Patientenakte eingesehen hatte.

Laut seinem Bericht, der eine Zusammenfassung der Krankengeschichte enthielt, fand er die Patientin bekleidet, auf dem Sofa im Wohnzimmer sitzend vor. Die Patientin erläuterte auf klare und kohärente Weise ihre Krankengeschichte. Sie berichtete, dass die Schmerzen dank der Medikation erträglich seien, dass das Erbrechen aber kaum oder gar nicht unter Kontrolle zu bekommen sei. Essen war für sie nicht mehr möglich. Die Patientin empfand ihre Situation mit den Schmerzen und dem häufigen, nicht therapierbaren Erbrechen als unerträglich. Sie erklärte, dass sie mit Blick auf Angehörige, die noch zu Besuch kommen würden, versuchen wolle, noch ein wenig durchzuhalten. Dennoch fürchtete sie, dass es durch den Darmverschluss zu einer akuten Notsituation kommen könnte.

Ihr unerträgliches Leiden war für den Konsiliararzt ausgesprochen nachvollziehbar.

Seiner Ansicht nach äußerte die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung, ihr Leiden war unerträglich und ihr Zustand aussichtslos.

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

Der Arzt führte im Januar 2011 die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er 2000 mg Thiopental und 20 mg Pancuronium 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 die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass sie unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Der Arzt hat die Patientin über die Situation, in der sie sich befand, und über ihre Aussichten hinreichend informiert. Er konnte mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für deren Situation keine andere annehmbare Lösung gab. Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der die Patientin 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, wird bei der Darlegung der nachstehenden Fälle lediglich jenes Element beschrieben, das für die Beurteilung des jeweiligen Sorgfaltskriteriums relevant ist.

## 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 vier Faktoren relevant:

- 1 Die Bitte um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung muss von dem Patienten selbst geäußert werden.
- 2 Der Patient muss willensfähig sein, das heißt, er muss in der Lage sein, die relevanten Informationen über seine Situation und seine Prognose zu verstehen, eventuelle

Alternativen abzuwägen und die Folgen seiner Entscheidung einzuschätzen.

- 3 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), und er muss seinen Willen ohne Ausübung von Druck oder unvertretbaren Einfluss durch andere geäußert haben (äußere Freiwilligkeit).

- 4 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.

Beispiele für Situationen, in denen sich in dieser Hinsicht besondere Fragen ergeben können, sind der 2. Fall (Patient mit geistiger Behinderung) und der 3. Fall (aphasischer Patient).

### 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. Dies ist insbesondere für die Frage relevant, ob die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde. Eine psychiatrische Krankheit oder Störung kann das Urteilsvermögen des Patienten beeinflussen. Der Arzt muss 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 empfiehlt es sich, zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt einen oder mehrere weitere Sachverständige, auf jeden Fall einen Psychiater, hinzuzuziehen. Ihr Urteil muss der Kommission ebenfalls mitgeteilt werden.

2011 sind 13 Fälle von Sterbehilfe oder Hilfe bei der

Selbsttötung von Patienten mit einer psychiatrischen Problematik gemeldet worden. Nach dem Urteil der Kommissionen wurden dabei in allen Fällen die Sorgfaltskriterien eingehalten. Zwei dieser Fälle werden unter dem Sorgfaltskriterium b (aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden) besprochen: siehe die Fälle 12 und 13.

### 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 erhöhen solche Beschwerden den Leidensdruck. 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. Werden andere Ärzte als Sachverständige 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 nicht unbedingt ein Anzeichen für eine Depression ist.

### 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. Laut Gesetz kann aber auch eine schriftliche Patientenverfügung als Bitte gelten. Sie kann die mündlich geäußerte Bitte um Sterbehilfe bei Patienten ersetzen, die zu dem Zeitpunkt, in dem es konkret um die Frage der Lebensbeendigung geht, nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, bei der Formulierung der Patientenverfügung aber noch willensfähig waren.

Die sonstigen Sorgfaltskriterien gelten bei Vorliegen einer Patientenverfügung entsprechend.

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 er – wie auch der Konsiliararzt – anhand der schriftlichen Erklärung und der aktuellen Situation, in der sich der Patient befindet, 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. Siehe für alle Fälle, in denen eine schriftliche Patientenverfügung eine wichtige Rolle spielt, den 4. und den 7. Fall.

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 den Beurteilungsprozess im Nachhinein zwar vereinfachen, die Kommissionen wollen aber nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Betroffenen keinesfalls dem Druck ausgesetzt werden sollen, möglicherweise noch kurz vor dem Tod, unter schwierigen Umständen eine solche Verfügung abzufassen.

Der Arzt kann selbst zu der im Vorstehenden beschriebenen Klarheit beitragen, indem er den Sterbehilfewunsch des Patienten und den damit zusammenhängenden Entscheidungsprozess in der Patientenakte dokumentiert. Dies ist auch für Vertretungsärzte und andere Personen, die am Entscheidungsprozess beteiligt sind, von Bedeutung.

### Demenz

In allen 2011 behandelten Fällen von Sterbehilfe bei Patienten mit Demenzsyndrom (insgesamt 49) kamen die Kommissionen zu dem Urteil, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde. In den allermeisten 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) überblicken konnten. Die Fälle 5 und 6 sind Beispiele für derartige Situationen.

Für die Kommissionen gilt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem solchen Demenzprozess befinden, grundsätzlich mit besonderer Sorgfalt beurteilt werden muss. Der Arzt muss bei seinen Erwägungen den gesamten Krankheitsprozess und die sonstigen spezifischen Umstände berücksichtigen. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf wird es immer unwahrscheinlicher, dass der Patient noch ausreichend willensfähig ist. Dann kommt zu einem früheren Zeitpunkt gemachten Willensäußerungen, insbesondere einer schriftlichen Patientenverfügung, die erstellt wurde, als der

Patient noch willensfähig war und die unmissverständlich auf die entstandene Situation zugeschnitten ist, entscheidende Bedeutung zu. In einem solchen Fall wird der Patient – im Gegensatz zu einem Patienten im Koma, aber vergleichbar mit einem aphasischen Patienten – weiterhin bestimmte Verhaltensweisen an den Tag legen. Die Interpretation dieses Verhaltens und der damit verbundenen Äußerungen ist für den Arzt (und den Konsiliararzt) nicht leicht, aber von großer Bedeutung. Der Arzt muss in einem solch schwierigen Fall davon überzeugt sein, dass der Patient noch immer den Wunsch hat, dass ihm Sterbehilfe geleistet wird. Der Konsiliararzt wird unter solchen Umständen nicht, wie sonst üblich, selbst mit dem Patienten sprechen können; in Bezug auf die Frage, ob die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, wird er auf das angewiesen sein, was er vom Arzt erfährt, auf die schriftliche Patientenverfügung, auf das Verhalten und die Äußerungen des Patienten seitdem sowie auf die Informationen, die er von anderen, zum Beispiel von dem Patienten nahestehenden Personen, erhält. Auch wenn es schwer ist, sich allgemein zu der Frage zu äußern, wann unter solchen Umständen Sterbehilfe geleistet werden kann, darf die Möglichkeit angesichts der Rechtslage nicht ausgeschlossen werden. In Fall 7 wird eine solche außergewöhnliche Situation behandelt.

Bei Patienten mit Demenz empfiehlt es sich, zusätzlich zum Konsiliararzt einen oder mehrere Sachverständige hinzuzuziehen, darunter nach Möglichkeit ein Geriater oder Psychiater. Neben den Aspekten der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens sind auch die Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten und die Unerträglichkeit seines Leidens wichtige Faktoren im Entscheidungsfindungsprozess des Arztes. Der Arzt muss der Kommission darlegen können, dass er unter diesen besonderen Umständen mit besonderer Umsicht vorgegangen ist.

#### Fall 2 (nicht aufgenommen)

#### Fall 3 (nicht aufgenommen)

#### Fall 4 (nicht aufgenommen)

#### Demenz

Bei den Fällen 5, 6, und 7 handelt es sich um Meldungen von Sterbehilfe bei Demenzpatienten. In derartigen Fällen widmet der Arzt den Aspekten der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens sowie der Unerträglichkeit des Leidens besondere Aufmerksamkeit.

#### Fall 5 (nicht aufgenommen)

## Fall 6

### Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen bei einem Patienten mit Lewy-Körper-Demenz

#### Beurteilung: »Sorgfältig«

Bei einem Mann, der zwischen 50 und 60 Jahren alt war, kam es in den letzten Jahren vor seinem Tod zu Gedächtnisproblemen. Zwei Jahre zuvor war bei ihm die Diagnose Lewy-Körper-Demenz gestellt worden; eine Genesung war nicht möglich. Diese Diagnose wurde ein halbes Jahr später im Rahmen einer von dem Arzt eingeholten ärztlichen Zweitmeinung bestätigt. Ungeachtet der Anstrengungen, den Prozess zu verlangsamen, ließen die kognitiven Funktionen des Patienten immer weiter nach; außerdem litt er unter Bewegungsunruhe und Halluzinationen, weshalb er schlecht schlief. Der Patient litt unter dem bewussten Miterleben seines körperlichen Verfalls, der aus einem progressiven Rückgang der kognitiven Funktionen, sehr lebhaften visuellen Halluzinationen und ständiger ernster Bewegungsunruhe bestand. Darüber hinaus machte ihm die Gewissheit zu schaffen, dass sich seine Situation nur noch weiter verschlechtern würde, so dass er möglicherweise in ein Pflegeheim aufgenommen werden müsste. Für den Patienten war dieses Leiden unerträglich, was für den Arzt nachvollziehbar war. Die Aussichtslosigkeit des Zustands war offensichtlich. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die behandelnden Fachärzte den Patienten hinreichend über seine Lage und die weiteren Aussichten informiert haben. Zwei Monate vor seinem Tod hat der Patient mit dem Arzt besprochen, unter welchen Umständen er um Sterbehilfe bitte. Danach haben Arzt und Patient mehrfach darüber gesprochen. Einige Tage vor seinem Tod bat der Patient konkret darum, dass die Lebens-

beendigung durchgeführt werde; er wiederholte diese Bitte mehrfach. Schriftliche Patientenverfügungen lagen vor.

Die vom Arzt hinzugezogene Konsiliarärztin, eine unabhängige Fachärztin, die auch SCEN-Ärztin ist, besuchte den Patienten zwei Wochen vor seinem Tod. Laut ihrem Bericht wirkte der Patient alt, reagierte langsam, sprach etwas abgehackt und stellte zu Beginn Augenkontakt her. Ruhelosigkeit und Anspannung waren spürbar. Auf Bitten seiner Frau setzte sich der Patient auf das Sofa. In dem Gespräch legte der Patient auf klare Art und Weise dar, dass das Krankheitsbild in seinem Alter bei ihm viel Unsicherheit und Kummer verursacht habe. Er wusste, dass die Demenz sein weiteres Leben stark bestimmen würde und dass es keinerlei Behandlung gibt, die es ihm ermöglichen würde, mit einer gewissen Würde noch ein bisschen älter zu werden. Er wollte Herr über den Krankheitsverlauf bleiben und hatte seiner Frau seinen diesbezüglichen Wunsch diktiert, die ihn anschließend für ihn aufgeschrieben habe. Er war sich der Veränderungen in Bezug auf sein Denkvermögen und der Einschränkungen (nicht mehr arbeiten/Auto und Motorrad fahren können) bewusst, und diese Einschränkungen beim Denken und Handeln würden nur noch weiter zunehmen. Er wollte keinesfalls in ein Pflegeheim oder eine andere Einrichtung eingewiesen werden, und er wusste, dass der Moment einer solchen Aufnahme näher kam. Und er wollte nicht irgendwann nicht mehr in der Lage sein, seine Frau und Kinder zu erkennen. Immer häufiger kam es aufgrund seines Demenzsyndroms zu Impulsdurchbrüchen, bei denen seine Frau eingreifen musste. Er wusste, dass sich dieses Verhalten weiter verschlimmern würde und empfand dies als menschenunwürdig.

Nach Angaben der Konsiliarärztin hatte der Patient eine klare Vorstellung von dem Moment, an dem die Sterbehilfe geleistet werden sollte, und er hatte darüber auch ausführlich mit dem Arzt und seinen nächsten Familienangehörigen gesprochen. Der Patient war während des Gesprächs willensfähig. Sein Wunsch war freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Den Angaben der Konsiliarärztin zufolge war das Krankheitsbild des Patienten unbehandelbar, und der Patient befand sich bereits in einer Phase, in der das Leben fast nicht mehr menschenwürdig war. Das Leiden des Patienten war nachvollziehbar unerträglich, weil er unter dem körperlichen Verfall, Ängsten und Halluzinationen litt und wusste, dass ein weiterer körperlicher und geistiger Verfall sowie Verhaltensänderungen alles nur noch schlimmer machen würden.

Die Konsiliarärztin war der Meinung, dass die Sorgfaltskriterien zu dem Zeitpunkt, zu dem der Patient um die tatsächliche Durchführung der Sterbehilfe bitten würde, erfüllt wären. Sofern die Sterbehilfe nicht innerhalb von sechs Wochen erfolgen würde, müsste eine neuerliche Beratung mit einem Konsiliararzt stattfinden.

Bei der Beurteilung dieses Falls berücksichtigte die Kommission die Tatsache, dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, mit besonderer Sorgfalt beurteilt werden muss. Schließlich können Zweifel daran bestehen, ob ein Demenzpatient willensfähig ist und ob er seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Außerdem stellt sich die Frage, ob ein unerträgliches Leiden vorliegt. Die Kommission war der Auffassung, dass der Arzt in diesem Fall hinreichend sorgfältig gehandelt hatte.

Der Vorgang enthält eine umfassende, vom Patienten diktierte Erklärung, in der er sein Leiden und seine Wünsche beschreibt. Aus den Aufzeichnungen geht hervor, dass der Patient über einen längeren Zeitraum den Wunsch nach Sterbehilfe für den Fall eines unerträgliches Leidens hatte und dass sein Wunsch letztlich akut geworden war, weil er sein Leiden als unerträglich empfand. Aus den Aufzeichnungen geht ebenfalls hervor, dass der Patient sich in Bezug auf Zeit, Ort und Person orientieren konnte. Die hinzugezogene unabhängige Konsiliarärztin kam, nach Beratung mit dem Arzt, Einsichtnahme in die relevante schriftliche Dokumentation und einem ausführlichen Gespräch mit dem Patienten ebenfalls zu dem Schluss, dass kein Zweifel an der Unerträglichkeit des Leidens sowie der Willensfähigkeit des Patienten bestand. Zudem war die Konsiliarärztin nach Auffassung der



Kommission nicht zuletzt aufgrund ihrer Spezialisierung (Geriatric) befähigt, ein solches Urteil abzugeben.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Tatsachen und Umstände kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

#### Fall 7 (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 machen würde, 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 eine solche Behandlung für den Patienten darstellt. In dieser Bedeutung bezieht sich »ohne Aussicht auf Besserung« auf die Krankheit bzw. Gesundheitsstörung und auf 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 ihr Leiden ein Ende hat. In diesem Sinne trägt die vom Patienten empfundene Aussichtslosigkeit zur Unerträglichkeit des Leidens bei.

#### Fall 8 (nicht aufgenommen)

Die Unerträglichkeit des Leidens lässt sich schwerer feststellen, da sie grundsätzlich von der Person abhängt. Was für den einen Patienten noch erträglich ist, empfindet ein anderer bereits als unerträglich.

Die Unerträglichkeit des Leidens wird – abgesehen von der aktuellen Situation des Patienten – durch die vom Patienten empfundene Zukunftsperspektive bestimmt, durch seine physische und psychische Leidensfähigkeit und durch seine Persönlichkeit.

Wenn in den Meldungen von einem unerträglichem 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. In der Praxis geht es in nahezu allen Fällen um eine Kombination von Faktoren, die für die Unerträglichkeit des Leidens ausschlaggebend sind. Die Schwere des Leidens kann nicht durch die 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 dieses 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

### Unerträgliches Leiden des Patienten ohne Aussicht auf Besserung aufgrund einer Kumulation verschiedener Altersbeschwerden und des Verlusts der Würde

Beurteilung: »Sorgfältig«

Bei einem Patienten im Alter von 80 bis 90 Jahren traten im Laufe der Zeit immer mehr körperliche Behinderungen im visuellen, auditiven und motorischen Bereich auf. Kurz vor seinem Tod erkrankte der Patient außerdem an einem Harnwegsinfekt und einer Lungenentzündung, derentwegen er nicht mehr behandelt werden wollte. Er litt unter Schmerzen.

Aufgrund seines körperlichen Verfalls büßte der Patient immer mehr seiner Selbständigkeit ein. Er benötigte Hilfe, wenn er aus dem Bett aufstehen, sich waschen, anziehen und auf Toilette gehen wollte. Ihm war ein Blasenkatheter gelegt worden. Um in das Wohnzimmer zu gelangen, nutzte der Patient einen Treppenlift. Grundsätzlich konnte er einige Schritte mit Hilfe eines Rollators laufen. Das Lesen eines Buches in Großdruck fiel ihm immer schwerer, seine Konzentrationsfähigkeit nahm ab. Er hatte Schlafschwierigkeiten, da es ihm nicht möglich war, eine Position zu finden, in der er keine Schmerzen hatte. In den letzten Monaten stürzte er immer öfter infolge von Gleichgewichtsstörungen.

Der Patient litt unter seinem fortschreitenden körperlichen Verfall, wodurch er nicht mehr laufen, lesen und Musik hören konnte; er wusste, dass sich sein Zustand lediglich verschlechtern und er letztlich seine Würde verlieren würde. Für den Patienten, einen sehr selbständigen Menschen, der immer gern gelesen und Musik gehört hatte, war dieses Leiden unerträglich, was für den Arzt nachvollziehbar war. Die Aussichtslosigkeit des Zustands war offensichtlich.

Der hinzugezogene Konsiliararzt fand bei seinem Besuch einen kachektischen Mann vor, der auf dem Sofa saß. Zur Begrüßung stand er mit Hilfe eines Rollators auf, was ihm schwer fiel. Während des Gesprächs erzählte der Patient dem Konsiliararzt von seinem Leben. Er empfand sich als Künstler, hatte jedoch in den letzten Jahren seine Ideen immer weniger, in der unmittelbaren Vergangenheit überhaupt nicht mehr, umsetzen können. Dies kam für ihn dem totalen Verfall gleich. Dazu kam, dass er für alles auf Hilfe angewiesen und vollständig von anderen abhängig geworden war. Damit konnte er sich nicht abfinden. Er wollte »als Mensch« sterben. Dem Konsiliararzt zufolge ergab sich das unerträgliche Leiden des Patienten aus dem zunehmenden körperlichen Verfall im visuellen, auditiven und motorischen Bereich, wobei keine Aussicht auf Besserung bestand.

Während der Beurteilung dieser Meldung entstand bei der Kommission der Eindruck, dass der Arzt sie nicht hinreichend über die Persönlichkeit des Patienten informiert hatte sowie über die Interaktion zwischen dem Patienten und ihm, die es ihm ermöglicht hatte, das Leiden des Patienten als unerträglich einzustufen. Man bat den Arzt, dies näher zu erläutern. In dem darauffolgenden Gespräch mit der Kommission erklärte der Arzt, dass der Mann bereits über 35 Jahre Patient bei ihm gewesen sei und dass er ihn in der ganzen Zeit kaum in der Praxis gesehen habe. Der Patient sei ein selbstbewusster Mann gewesen, der genau gewusst habe, was er im Leben wollte. So hätten sie bereits in einem frühen Stadium über das Thema Sterbehilfe gesprochen. Für den Patienten sei es sehr wichtig gewesen, dass sein Leben eine gewisse Qualität hatte.

Diese Qualität habe sich zunehmend verschlechtert: der Patient habe immer schlechter geschlafen, sei bereits von kurzen Gängen in seinem Haus außer Atem gewesen und wegen seines sich verschlechternden Gehörs habe er auch kaum noch Hörbücher nutzen können. Lesen habe er aufgrund seiner schlechten Sehfähigkeit sowieso nicht mehr können.

Der Patient wollte menschenwürdig sterben. Auf Nachfrage erzählte der Arzt, dass der Patient ihm mitgeteilt habe, dass sein Leben für ihn keine Qualität mehr besitze und dass er sich wünsche, dass der Arzt ihm helfe.

Der Arzt hatte den Patienten auf verschiedene Hilfsmittel wie Elektromobil und Sehhilfen

aufmerksam gemacht. Der Patient lehnte dies jedoch ab, da diese Hilfsmittel sein größtes Problem nicht lösen könnten: Er litt unter der abnehmenden Lebensqualität. Sein körperlicher Zustand verschlechterte sich immer weiter, er wurde immer abhängiger, konnte nicht mehr lesen und sich auch immer weniger konzentrieren, wenn er Besuch bekam. Diese Situation bedrückte ihn sehr.

Der Arzt erläuterte außerdem auf Nachfrage, dass er, wenn Patienten ihn fragten, wie er zu Sterbehilfe stehe, immer sage, dass niemand darauf ein Anrecht habe, dass man aber darüber sprechen könne. Der Arzt erklärte, dass es ihm in dem Moment, in dem für ihn die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten nachvollziehbar war, möglich war, den Wunsch des Patienten nach Sterbehilfe zu erfüllen. Hätte er das Leiden nicht nachvollziehen können, hätte er den SCEN-Arzt gebeten, diesem Punkt besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Kommission urteilte, dass der Arzt unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände zu dem Schluss kommen konnte, dass ein unerträgliches Leiden vorlag und keine Aussicht auf Besserung bestand und dass auch die anderen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

### Fall 11 (nicht aufgenommen)

#### 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 dieser Prozess immer weiter fortschreiten und im Laufe der Zeit zu einer allumfassenden 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.

Die im Vorstehenden besprochenen Fälle 5 und 7 können hierfür als Beispiel dienen.

#### 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 und der Frage, ob der Patient für fähig erachtet werden kann, die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zu äußern, steht die Frage im Mittelpunkt, 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.

### Fall 12 (nicht aufgenommen)

### Fall 13 (nicht aufgenommen)

#### Koma und vermindertes Bewusstsein (nicht komatös)

Leiden setzt Bewusstsein voraus. Wenn sich ein Patient im Koma befindet, also in einem Zustand, in dem das Bewusstsein vollständig ausgeschaltet ist, kann er kein Leiden empfinden. In einer solchen Situation kann keine Sterbehilfe geleistet werden.

Von dieser Grundregel ist eine Ausnahme möglich, wenn die folgenden Bedingungen gegeben sind:

Anders als im Falle eines Komats, das durch eine Krankheit oder damit zusammenhängende Komplikationen (spontan) eingetreten ist, besteht bei einem Koma, das infolge medizinischen Handelns (Verabreichung von Medikamenten zur Schmerz- oder Symptombekämpfung) hervorgerufen wurde, grundsätzlich die Möglichkeit der Reversibilität. In einer solchen Situation kann die Durchführung der Sterbehilfe gerechtfertigt sein. Es wird als unmenschlich angesehen, den Patienten aus diesem reversiblen Koma erwachen zu lassen, um ihn das unerträgliche Leiden, zu dessen Linderung ihm die genannten Medikamente verabreicht worden waren, erneut bestätigen zu lassen.

Ein Patient kann spontan, etwa durch die Verabreichung von Medikamenten zur Schmerz- oder Symptombekämpfung, in einen Zustand verminderten Bewusstseins (kein komatöser Zustand) geraten, in dem nicht ausgeschlossen ist, dass er (unerträglich) leidet. Der Arzt kann anhand von Reaktionen des Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass dies der Fall ist. Als Hilfestellung für Ärzte bei der Bestimmung und Interpretation von Bewusstseinsstörungen hat die KNMG in der im Juni 2010 veröffentlichten Richtlinie für die Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein die sogenannte Glasgow-Koma-Skala aufgenommen.

Diese Richtlinie zielt auf die spezifische Situation, in der der Arzt – nachdem er einen unabhängigen Konsiliararzt hinzugezogen hat – kurz davor steht, die Sterbehilfe durchzuführen, und der Patient dann, eventuell, spontan in einen Zustand des verminderten Bewusstseins fällt (und möglicherweise leidet) oder in ein reversibles Koma versetzt wird. In einer solchen Situation darf die Sterbehilfe durchgeführt werden; der Arzt braucht dann nicht noch einmal einen Konsiliararzt hinzuzuziehen, und eine schriftliche Patientenverfügung ist, obwohl der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, nicht erforderlich (siehe Fall 14).

Es kommt allerdings auch vor, dass ein Arzt nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz dem – in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegten – Sterbehilfeersuchen eines Patienten, der nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, weil er sich in einem Zustand des verminderten Bewusstseins befindet oder in ein reversibles Koma versetzt worden ist, entsprechen will, obwohl noch kein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen worden ist. In einer solchen Ausnahmesituation ist die Richtlinie nicht anwendbar, aber die Glasgow-Koma-Skala kann durchaus dabei helfen, das Ausmaß der Bewusstseinsverminderung (und des damit möglicherweise verbundenen Leidens) bzw. dieses Komats zu bestimmen. Auch in diesem Fall gilt es als unmenschlich, den Patienten aus dem reversiblen Koma aufwachen zu lassen, um ihn sein unerträgliches Leiden bestätigen zu lassen (siehe in diesem Zusammenhang Fall 4).

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.

#### Fall 14 (nicht aufgenommen)

##### 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 unheilbaren Krankheit zu befreien. Eine palliative Sedierung kann nur dann vorgenommen werden, wenn der Eintritt des Todes innerhalb von zwei Wochen erwartet wird.<sup>4</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, so dass 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

<sup>4</sup> Siehe die KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung, überarbeitete Fassung, 2009.

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 ab, weil sie nicht benommen werden oder das Bewusstsein verlieren wollen. Der Arzt muss mit diesen Patienten im Rahmen einer umfassenden Aufklärung darüber sprechen, ob ihre Angst begründet ist.

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 für diesen Patienten eventuelle andere Lösungen nicht vertretbar oder annehmbar waren.

## Fall 15

### Gab es noch realistische Alternativen? Bedeutung der Meinung des Konsiliararztes

**Beurteilung:** »Nicht sorgfältig«

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt bereits seit Jahren an unerträglichen Rückenschmerzen. Sie konnte sich nicht an ein Leben ohne Rückenschmerzen erinnern. Vor vier Jahren diagnostizierte der Arzt auf der Grundlage von Röntgenbildern osteoporotische Sinterungsfrakturen an verschiedenen Stellen im lumbalen Bereich. Man hätte lediglich versuchen können, den Schmerz medikamentös auf ein erträgliches Maß zu lindern. Man musste davon ausgehen, dass die Schmerzen immer schlimmer werden würden. Drei Jahre später begann die Patientin, Fentanylpflaster mit zunehmender Dosierung zu verwenden. Obwohl die Medikation schließlich in maximaler Dosierung verabreicht wurde, hatte sie keine Auswirkungen auf die Schmerzen.

Die Patientin begann zudem, Antidepressiva wie Amitriptylin zu nehmen, die aber ohne Wirkung blieben. Gleichwohl fühlte sich die Patientin immer häufiger benommen, und die Wahrscheinlichkeit eines Sturzes nahm zu. Auf Anraten des Arztes zog die Patientin vorübergehend in ein Pflegeheim, damit sie unter Aufsicht war und die Wirkung der korrekt verabreichten Medikamente beobachtet werden konnte. Die Patientin kam hierdurch etwas zur Ruhe, aber die Schmerzen wurden nicht weniger, worunter die Patientin in der Folge unerträglich litt. Nach dem vorübergehenden Aufenthalt im Pflegeheim kehrte die Patientin nach Hause zurück. Ohne Rücksprache mit dem Arzt konsultierte die Patientin noch einen manuellen Therapeuten, doch auch er sah keine therapeutischen Möglichkeiten.

Die Patientin wünschte sich, sie könnte aus diesem Leben in ein anderes Leben wechseln. Alle Handlungen des täglichen Lebens verursachten Schmerzen. Außerdem litt die Patientin unerträglich unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation. Aufgrund von Gesprächen mit Schmerzspezialisten über vergleichbare Fälle war dem Arzt klar geworden, dass eine Schmerzblockade, selbst wenn sie mit einem Epiduralkatheter durchgeführt wird, keine Auswirkungen auf die nicht-radikulären Schmerzen hätte. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war.

Nach Auffassung des Arztes gab es über die bereits getroffenen palliativen Maßnahmen hinaus keine weiteren Möglichkeiten mehr, das Leiden der Patientin zu lindern.

Laut dem Bericht des Konsiliararztes war die Patientin überwiegend bettlägerig und verließ das Bett nur, um zur Toilette zu gehen. Die Patientin konnte ihre Lebensgeschichte klar in

Worte fassen. Sie erzählte, dass sie bereits seit ihrem 13. Lebensjahr unter Rückenschmerzen litt. Bis vor fünf Jahren war dies nie untersucht worden. Aufgrund eines Röntgenbildes von vor vier Jahren war der Arzt zu dem Schluss gekommen, dass es sich um eine Skoliose mit osteoporotischen Wirbeln und Sinterungsfrakturen handelte und dass dies der Grund für die starken Schmerzen der Patientin sein musste. Aufgrund dessen stellte sich der Arzt auf den Standpunkt, dass keine kurativen oder palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten mehr gegeben waren und dass die Beschwerden nur noch weiter zunehmen würden. Das Leben der Patientin wurde vom Schmerz beherrscht, und die Patientin wurde zunehmend unbeweglich. Wegen der allesbeherrschenden Schmerzen hatte das Leben für die Patientin keine Bedeutung mehr.

Nach Auffassung des Konsiliararztes hatte die Patientin ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Ihr Leiden war sowohl in psychischer als auch physischer Hinsicht unerträglich. Das Leiden war für den Konsiliararzt, nicht zuletzt aufgrund der Abhängigkeit der Patientin, gut nachvollziehbar.

Der Konsiliararzt war jedoch der Auffassung, dass der Arzt nicht hinreichende Maßnahmen zur Schmerzlinderung ergriffen hatte. Die Patientin hatte nur Fentanylpflaster in einer Dosierung von maximal 50 Mikrogramm in Kombination mit Oxycodon und zusätzlich vorübergehend Amitriptylin erhalten.

Bei der Besprechung des Falles fiel der Kommission auf, dass der Arzt und der Konsiliararzt in der Frage, ob es noch weitere palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten zur Linderung der unerträglichen Rückenschmerzen der Patientin gegeben hätte, grundlegend andere Meinungen vertraten. Die Kommission stellte sich die Frage, ob der Arzt einen Rücken-spezialisten oder ein palliativmedizinisches Team oder ein Schmerzteam hinzugezogen hatte. Darüber hinaus wollte die Kommission noch die schriftlichen Schlussfolgerungen der Rücken-klinik in Den Haag einsehen, die die Patientin offensichtlich vor einem Jahr auf eigene Initiative zusammen mit ihrem Sohn aufgesucht hatte. Und schließlich wollte die Kommission mit dem Arzt und dem Konsiliararzt über ihre jeweiligen Rollen im Sterbehilfeprozess sprechen.

Im Rahmen seiner mündlichen Erläuterung führte der Konsiliararzt der Kommission gegenüber aus, dass er nicht habe verstehen können, wie eine Patientin, die ab ihrem 13. Lebensjahr Schmerzen im Rücken hatte, diese Rückenschmerzen nach sechzig Jahren auf einmal als unerträglich empfand. Dies sei auch einer der Gründe gewesen, weshalb er den Arzt nach seinem Besuch bei der Patientin angerufen habe. Der Konsiliararzt war nämlich der Meinung, dass er über zu wenig Daten in Bezug auf das Krankheitsbild der Patientin verfügte, um zu einer Beurteilung gelangen zu können.

Die Patientin litt bereits seit ihrem 13. Lebensjahr an Rückenschmerzen; erst später, nach den Geburten ihrer Kinder, hatten die Schmerzen zugenommen. Der Konsiliararzt verfügte über keinerlei Informationen darüber, ab wann die Schmerzen genau schlimmer geworden waren. Die Patientin erklärte unzweideutig, dass ihre Rückenschmerzen allesbeherrschend waren. Wenn sie kurz das Bett verlassen hatte und nach unten gegangen war, wollte sie schnell wieder zurück ins Bett. Die Patientin zeigte dem Konsiliararzt die Medikation, die ihr der Arzt zur Schmerzlinderung verschrieben hatte. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass dies nicht ausreichte. In seiner Praxis als Hausarzt hatte er mehrere Patientinnen mit vergleichbaren Rückenbeschwerden, die gut auf die schmerzlindernde Behandlung ansprachen, und er war der Meinung, der Arzt habe bei der Patientin wenig für die Schmerzlinderung getan.

Die Patientin erzählte, dass sie auch einen Arzt in einer Rücken-klinik aufgesucht hatte; den Namen des Arztes und der Klinik wusste sie nicht mehr. Dem Konsiliararzt zufolge handelte es sich bei jenem Arzt um einen Orthopäden, er war sich aber nicht sicher. Aus dem Gespräch mit der Patientin zog der Konsiliararzt den Schluss, dass – wenn eine gute Schmerzlinderung sichergestellt wäre – Sterbehilfe nicht erforderlich wäre, weil die Patientin dann nicht unerträglich leiden würde. Die Patientin hatte ihm explizit gesagt, dass sie keine Sterbehilfe wollen würde, wenn sie keine Schmerzen mehr hätte.

Im Rahmen der mündlichen Erläuterung des Arztes erklärte dieser gegenüber der Kommission, dass er über umfassende Erfahrung mit Schmerzteams verfüge. Er war der Auffassung, dass es nur dann sinnvoll sei, einen Patienten an ein Schmerzteam zu überweisen, wenn er unter radikulären Schmerzen leide. Knochen- und Bänderschmerzen könnten vom Hausarzt behandelt werden; einem Schmerzteam stünden in diesem Zusammenhang keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung. Hausärzte hätten häufig mit diesen letztgenannten Erkrankungen zu tun.

Der Arzt berichtete der Kommission weiter, dass es bei der Patientin auch keine Anzeichen für eine andere Pathologie, etwa Ovarpathologie oder Knochenmetastasen, gegeben habe. Bei den Schmerzen der Patientin handelte es sich um bewegungsabhängige Schmerzen, und seiner Auffassung nach konnte es dafür keinen anderen Grund als Sinterungsfrakturen geben. Die Schmerzen von vor vier Jahren waren drei Jahre später unverändert. Die Patientin hatte sie all die Jahre ertragen, weil sie dachte, der Arzt wolle keine Sterbehilfe leisten. Der Arzt erklärte, dass er den Besuch der Patientin bei einem manuellen Therapeuten nicht ernst genommen hatte, die Patientin war von sich aus dorthin gegangen. Der manuelle Therapeut hatte noch telefonisch Kontakt mit dem Arzt aufgenommen und ihm mitgeteilt, dass er der Patientin nicht helfen könne, weil sie Abweichungen auf verschiedenen Ebenen habe, und dass es keinen Sinn habe, sie an einen Orthopäden oder Schmerzspezialisten zu überweisen. Der Arzt teilte diese Meinung.

Der Arzt hatte erwogen, der Patientin Morphium zu geben, doch wäre das riskant gewesen, weil sie allein lebte.

Auf Nachfrage erklärte der Arzt, er habe sich gefragt, ob vielleicht psychische Beschwerden vorliegen könnten, doch sei er der Meinung gewesen, dass es keine größeren psychischen Probleme gegeben habe.

Der Arzt erklärte der Kommission, er habe die Patientin in ein Pflegeheim aufnehmen lassen, um sie zur Ruhe kommen zu lassen. Die Patientin war zu Hause unter Morphiumeinfluss gestürzt. Ihr Sterbehilfewunsch blieb allerdings unverändert bestehen. Der Arzt erklärte, er fasse die Bitte eines Patienten um Sterbehilfe nicht als verbindlich auf. Damit er einer solchen Bitte nachkomme, müsse diese für ihn nachvollziehbar und realistisch sein. Er erläuterte, dass er in den vergangenen zwanzig Jahren die Erfahrung gemacht habe, dass wenn ein Patient einen Sterbehilfewunsch äußere, der nicht realistisch ist, die Sterbehilfe letztlich nicht erfolge, weil es sich der Patient später anders überlege. Wenn man einer Bitte um Sterbehilfe nachkomme, wisse man dann auch, ob diese Bitte realistisch sei oder nicht. Angesichts der Schmerzen, unter denen die Patientin litt, war die Bitte für den Arzt nachvollziehbar. Ärzte einer Schmerzlinik konnten nichts mehr für sie tun, um die unerträglichen Schmerzen zu lindern.

Bei der Beurteilung dieses Falles erwägt die Kommission in Bezug auf die Aussichtslosigkeit des Zustands Folgendes: Der Zustand eines Patienten gilt als aussichtslos, wenn es keinerlei realistische Behandlungsperspektive gibt. Die Krankheit, die das Leiden verursacht, ist unheilbar und es besteht auch keine realistische Aussicht auf Linderung der Symptome. Eine »realistische Aussicht« ist nur dann gegeben, wenn die Besserung, die durch eine palliative oder eine andere Behandlung erreicht werden kann, in einem vernünftigen Verhältnis zu der Belastung steht, die diese Behandlung für den Patienten darstellt.

Die Kommission ist im vorliegenden Fall nicht von der Aussichtslosigkeit des Zustands überzeugt, und zwar aus folgenden Gründen: Die Patientin kam vor über 12 Jahren in die Praxis des Arztes, weil sie Rückenschmerzen hatte; damals wurde jedoch keine nähere Diagnose gestellt. Die Patientin soll bereits ab ihrem 13. Lebensjahr unter Rückenschmerzen gelitten haben, aber eine mögliche Ursache der damaligen Schmerzen war dem Arzt nicht bekannt. Der Arzt bestätigt, dass ihm keine früher gestellte Diagnose vorliegt und dass in Bezug auf die jahrelangen Rückenschmerzen keine anderen medizinischen Daten vorhanden sind. Die Patientin hat den Arzt nicht häufig aufgesucht. Zwar hat der Arzt vor sechs und noch einmal vor vier Jahren Röntgenaufnahmen der lumbalen Wirbelsäule machen lassen – wobei auf den zuletzt gemachten Aufnahmen progressive Einsackungen des dritten und



vierten Lumbalwirbels sowie Diskopathie und Spondylose auf allen Ebenen zu erkennen waren –, doch konnte er nicht bestätigen, dass die Schmerzen, an denen die Patientin in den letzten Jahren gelitten hat, dieselben waren, an denen sie schon immer gelitten hatte. Angesichts des Ergebnisses der Röntgenuntersuchung hatte es nach Ansicht des Arztes keinen Sinn, die Patientin an ein Team von Schmerzspezialisten zu überweisen, da dies nur sinnvoll gewesen wäre, wenn sie unter radikulären Schmerzen gelitten hätte, was jedoch nicht der Fall gewesen sei. Auch hat der Arzt die Patientin nicht an einen Orthopäden überwiesen.

Es besteht für die Kommission (und auch für den Arzt) keine Klarheit darüber, ob die vor vier Jahren gestellte Diagnose die Rückenschmerzen hinreichend erklärt, zumal die Patientin bereits seit jungen Jahren darunter litt. Da keine weitergehende Diagnose vorliegt, lässt sich nur schwer feststellen, ob eine Behandlung möglich gewesen wäre; entsprechend ist die Kommission nicht davon überzeugt, dass eine unheilbare unerträgliche Situation gegeben war. Die Patientin hatte nur Fentanylpflaster in einer Dosierung von maximal 50 Mikrogramm in Kombination mit Oxycodon und Lyrica erhalten. Darüber hinaus hatte sie vorübergehend Amitriptylin genommen.

Hinzu kommt, dass auch nach Meinung des Konsiliararztes die Schmerzbekämpfung nicht vollständig ausprobiert und eingesetzt worden war. Unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen mit vergleichbaren Patienten beurteilte der Konsiliararzt die Medikation, die der Arzt der Patientin zur Bekämpfung der Schmerzen verordnet hatte, als zu gering. Wichtig ist zudem, dass die Patientin gegenüber dem Konsiliararzt geäußert hatte, sie würde keine Sterbehilfe wünschen, wenn sich die Schmerzen behandeln ließen.

Das Vorstehende führt damit zu dem Schluss, dass der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der sich die Patientin befand, keine andere realistische Lösung gab.

Da nicht unumstößlich festgestellt worden ist, dass die Beschwerden der Patientin die Folge osteoporotischer Abweichungen waren – insbesondere vor dem Hintergrund von bereits sechzig Jahre währenden Rückenschmerzen – ist die Kommission der Auffassung, dass die Patientin zur näheren Diagnostik und/oder einer weitergehenden Behandlung zumindest an einen Facharzt oder ein interdisziplinäres Team hätte überwiesen werden müssen.

Selbst wenn die Osteoporose die einzige Ursache der Schmerzen gewesen wäre, sind nicht alle palliativmedizinischen Möglichkeiten erschöpfend genutzt worden. Erkundigungen, die die Kommission bei dem Schmerzteam eines Universitätskrankenhauses eingeholt hat, haben ergeben, dass sich Schmerzen der genannten Art, auch wenn sie nicht radikulären Ursprungs sind, oft gut behandeln lassen.

Da die Diagnose nicht klar war und es eventuell noch palliativmedizinische Möglichkeiten gegeben hätte, kommt die Kommission in dem Fall zu dem Schluss, dass das Leiden der Patientin zum Zeitpunkt der Sterbehilfe für sie zwar unerträglich war, dass der Zustand aber noch nicht aussichtslos war.

Zusammenfassend kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den weiter oben genannten gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## 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 selbständig Stellung nimmt und entsprechend Bericht erstattet.

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 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 Sterbehilfersuchen 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 aus einem Telefongespräch zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliararzt bestehen.

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.

### Unabhängigkeit des Konsiliararztes

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 der KNMG bedeutet dies, dass eine Person, die mit dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis, als

Assistent, 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 Geschäfts- oder Arbeitsbeziehung im weiteren Sinne mit ihm verbinden. Die beiden Ärzte dürfen also auch nicht in derselben Ärztegemeinschaft 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 Intervisionsgruppe 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 Intervisionsgruppe – eine professionelle Aktivität – hängt es von den in der Intervisionsgruppe bestehenden Umständen ab, ob dieser Sachverhalt einer unabhängigen Beurteilung seitens des Konsiliararztes im Wege steht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt der Situation bewusst sind und sich der Kommission gegenüber hierzu äußern.

Mit Blick auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes ist es üblich und darüber hinaus auch ratsam, über die SCEN-Organisation einen ihrer Ärzte zu kontaktieren (zur Konsultation eines SCEN-Arztes siehe auch die nachstehenden Ausführungen).

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.

### Schriftlicher Bericht des Konsiliararztes

Für die Beurteilung der Meldung ist der schriftlich verfasste Bericht<sup>5</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 machen.

Der Konsiliararzt beurteilt die unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien. Es empfiehlt sich außerdem, dass er ausdrücklich auf sein Verhältnis zu dem Arzt und dem Patienten eingeht.

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 beurteilt hat. Gegebenenfalls muss er den Konsiliararzt dazu eingehender befragen.

### Situation nach der Konsultation

Es kommt vor, dass ein Konsiliararzt bei seinem Besuch bei dem Patienten feststellt, dass eines oder sogar mehrere 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 erneut (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 (siehe Fall 16).

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.

Auch wenn der Arzt dem Urteil des Konsiliararztes in der Regel großes Gewicht beimessen wird, so muss er im Falle einer Meinungsverschiedenheit zwischen ihm und dem Konsiliararzt letztlich selbst die Entscheidung treffen. Schließlich ist es das Handeln des meldenden Arztes, das von den Kommissionen beurteilt wird.

### SCEN

Im Rahmen des Projekts »Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden« (Steu en Consultatie bij Euthanasie in Nederland/SCEN) werden Ärzte zu Konsiliarärzten ausgebildet. In der Mehrzahl der Fälle wird ein sogenannter SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen. Den Kommissionen ist positiv aufgefallen, dass dies inzwischen auch (fast immer) dann der Fall ist, wenn die Sterbehilfe von einem Facharzt im Krankenhaus geleistet wird. Es gibt auch immer mehr Fachärzte, die selbst 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.

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

<sup>5</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.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) abrufbar.

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 16

### Die Konsultation erfolgte vier Monate vor dem Tod der Patientin

#### Beurteilung: »Nicht sorgfältig«

Bei einer Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren war vor fünf Jahren ein Adenokarzinom in der ersten Hälfte des Dickdarms diagnostiziert worden. Sie wurde operiert und erhielt eine Chemotherapie.

Drei Jahre später kam sie wegen eines drohenden Ileus ins Krankenhaus; bei einer Koloskopie zeigten sich jedoch keine Abweichungen. Ein weiteres halbes Jahr später wurden dann doch Abweichungen festgestellt, weshalb bei der Patientin eine Laparotomie durchgeführt wurde. Dabei wurden ein unheilbares Rezidiv bzw. Metastasen des Kolonkarzinoms entdeckt. Es wurde eine palliative Resektion vorgenommen. Eine Heilung war nicht möglich. Das Leiden der Patientin bestand vor allem aus Erbrechen, Übelkeit und Bauchschmerzen. In der letzten Zeit vor ihrem Tod traten die Bauchschmerzattacken häufiger auf und die Patientin vertrug die Sondennahrung immer schlechter. Außerdem verschlimmerten sich ihre Beschwerden. Für den Arzt war die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin nachvollziehbar.

Acht Monate vor ihrem Tod hatte die Patientin mit dem Arzt über Sterbehilfe im Allgemeinen gesprochen. Zuvor hatte sie sich auch bereits mit ihrem ehemaligen Hausarzt über dieses Thema unterhalten. Drei Tage vor ihrem Tod hatte die Patientin den Arzt konkret um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Dies hatte sie danach noch mehrfach wiederholt. 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 Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarzt, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Dieser besuchte die Patientin vier Monate vor ihrem Tod nach einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt und nach Einsicht in die medizinischen Daten der Patientin. Der Konsiliararzt bestätigte die Krankengeschichte sowie die Aussichtslosigkeit des Zustands und das unerträgliche Leiden der Patientin. Es gab keine Alternativen, die das Leiden der Patientin gelindert hätten. 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 Thiopental und 20 mg Pancuronium verabreichte.

In der Empfangsbestätigung zu der Meldung formulierte die Kommission eine Frage an den Arzt bezüglich der Methode der Verabreichung der Sterbemittel. In seiner schriftlichen Stellungnahme legte der Arzt – abweichend von seinen Erläuterungen im Musterbericht – dar, dass er nicht nur 2000 mg Thiopental und 20 mg Pancuronium intravenös verabreicht habe, sondern dass er anderthalb Stunden später weitere 20 mg (fünf Ampullen) Pancuronium injiziert habe, woraufhin die Patientin 20 Minuten später gestorben sei. Die schriftliche Erläuterung hatte bei der Kommission kein klares Bild entstehen lassen, was den tatsächlichen Ablauf der Lebensbeendigung angeht. Außerdem war der Kommission aufgefallen, dass die Lebensbeendigung vier Monate nach dem Besuch des Konsiliararztes bei der Patientin stattgefunden hatte. Der Kommission war nicht klar, wie sich die Situation der Patientin nach dem Besuch des Konsiliararztes entwickelt hatte.

Um mehr Einblick in den Ablauf der Lebensbeendigung zu erhalten, wurde der Arzt zu einem

Gespräch eingeladen, und die Kommissionsmitglieder stellten ihm noch einige Fragen. Auf Nachfrage erläuterte der Arzt, dass die Patientin kurz vor dem Besuch des Konsiliararztes unter Schmerzen aufgrund eines Ileus litt. Da er aus Erfahrung wusste, dass man bei solchen Fällen nie absehen kann, wie sich die Situation entwickelt, hat er direkt den Besuch eines Konsiliararztes veranlasst. Nach dieser Konsultation verbesserte sich der Zustand der Patientin jedoch.

Zu diesem Zeitpunkt sah die Patientin von ihrem Ersuchen um Sterbehilfe ab. Auch weil sich ihre Kinder mit einer möglichen Sterbehilfe so schwer taten, zeigte die Patientin in der darauffolgenden Zeit ein enormes Durchhaltevermögen. Im Laufe der Zeit fiel es ihr jedoch immer schwerer, ihre Beschwerden zu ertragen. Kurz vor der Lebensbeendigung wurden die Schmerzen immer schlimmer und es gelang ihr nicht mehr, Nahrung aufzunehmen und bei sich zu behalten. Die Patientin erklärte, dass sie unerträglich leide und deshalb um Sterbehilfe bitte. Nach Einschätzung des Arztes hatte sich der Zustand der Patientin verglichen mit dem Zustand, als der Konsiliararzt bei ihr war, faktisch nicht verändert. Er meinte, dass ein zweiter Besuch des Konsiliararztes keinen Mehrwert hätte und nicht notwendig sei. Bezüglich der Durchführung der Lebensbeendigung erläuterte der Arzt, dass er nicht erwartet habe, dass die Patientin nach der Verabreichung der üblichen Sterbemittel nicht sterben würde. Es kam zu einer Stresssituation, in der er sich seine Anspannung nicht anmerken lassen durfte. Er kontaktierte den Apotheker, der ihm schließlich empfahl, nochmals 20 mg Pancuronium zu verabreichen.

Er verließ sich auf die Empfehlung des Apothekers, da er davon ausging, der Apotheker wisse hierüber besser Bescheid als er. Bevor er die zusätzliche Dosis Pancuronium verabreichte, hatte der Arzt festgestellt, dass die Patientin sich in einem tiefen Schlaf befand. Auf äußere Reize reagierte sie nicht mehr. Der Arzt hatte die Tiefe des Komas überprüft, indem er die Patientin ansah, ansprach und ihren Arm anfasste. Nachdem der Arzt der Patientin anderthalb Stunden nach der Verabreichung von Thiopental und Pancuronium eine zusätzliche Dosis Pancuronium verabreicht hatte, wäre es nach Meinung der Kommission wichtig gewesen, dass der Arzt die Tiefe des Komas auf korrekte Weise hätte feststellen müssen, zum Beispiel mit Hilfe des Kornealreflexes. Der Arzt führte aus, dass er sich in der Stresssituation, in der er sich befand, nicht gefragt habe, ob die Patientin sich in einem ausreichend tiefen Koma befindet.

Nach dem Gespräch mit der Kommission hat der Arzt, auch aufgrund des über dieses Gespräch erstellten Berichts, der Kommission mehrfach eingehendere schriftliche Informationen vorgelegt, die jedoch nicht konsistent waren und darüber hinaus nicht mit den zuvor bei der Kommission eingegangenen schriftlichen aber auch mündlich erteilten Informationen des Arztes übereinstimmten. Als Grund hierfür nannte der Arzt den Stress im Zusammenhang mit der mündlichen Erläuterung, die er abgeben musste, weshalb ihm der Ablauf bei der Durchführung nicht mehr vor Augen stand.

Bezüglich der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes erklärt die Kommission Folgendes.

Laut Sterbehilfegesetz muss der meldende Arzt einen zweiten, unabhängigen Arzt konsultieren, der den Patienten sieht und zu den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung nimmt. Der Konsiliararzt muss selbständig ein fachliches und unabhängiges Urteil abgeben und hierüber einen schriftlichen Bericht erstellen. 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. Im vorliegenden Fall war es der Kommission auf Grund der schriftlichen Unterlagen, die der Arzt bei der Meldung beigebracht hatte, nicht auf Anhieb klar, wie sich die Situation der Patientin nach dem Besuch des Konsiliararztes verändert hatte. Der Arzt hatte im Gespräch mit der Kommission erläutert, wie sich der Zustand der Patientin entwickelt hatte. Seiner Einschätzung nach hatte

sich ihr Zustand, verglichen mit dem Zustand, als der Konsiliararzt bei ihr war, faktisch nicht verändert. Deshalb sei er der Auffassung gewesen, dass ein zweiter Besuch des Konsiliararztes keinen Mehrwert gehabt hätte und nicht nötig gewesen wäre.

Die Kommission war hingegen der Auffassung, dass eine neue Situation entstanden war, nachdem sich der Zustand der Patientin nach dem Besuch des Konsiliararztes derart verbessert hatte, dass die Patientin beschlossen hatte, von einer Lebensbeendigung abzusehen. Angesichts dessen hätte der Arzt, als ihn die Patientin erneut um Sterbehilfe ersuchte, den Konsiliararzt ein weiteres Mal (möglicherweise telefonisch) konsultieren müssen.

Dadurch, dass der behandelnde Arzt nicht noch einmal einen Konsiliararzt konsultiert hat, hat er nach Meinung der Kommission das Sorgfaltskriterium nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz nicht eingehalten.

Was die Durchführung angeht, erwägt die Kommission, dass der Arzt für die sorgfältige Durchführung der Sterbehilfe verantwortlich ist, auch wenn er sich von einem Spezialisten – etwa einem Apotheker – beraten lässt.

Die Kommission merkt an, dass im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der Zeit, die seit der Verabreichung des Thiopentals vergangen war, und der Verabreichung der zusätzlichen Dosis Pancuronium, eine adäquate Feststellung des Komas angezeigt gewesen wäre, bevor das letztgenannte Mittel verabreicht wurde. Weder aus den schriftlichen Angaben, noch aus dem Gespräch, das sie mit dem Arzt geführt hat, ist der Kommission klar geworden, ob ein Komacheck stattgefunden hat und, wenn ja, ob er als adäquat angesehen werden kann. Die nach dem Gespräch mit der Kommission vom Arzt vorgelegten Informationen widersprechen dem, was er im Rahmen des Gesprächs erklärt hatte.

Der Kommission ist bewusst, dass die Durchführung von Sterbehilfe nicht zum normalen Handeln eines Arztes gerechnet werden kann. Sie hat Verständnis dafür, dass die Sterbehilfe von Ärzten als Handlung empfunden wird, die mit (besonders viel) Stress verbunden sein kann. Die Kommission kann sich denn auch vorstellen, dass gerade eine auf besondere Weise verlaufene und mit Stress verbundene Durchführung von Sterbehilfe dem Arzt dauerhaft klar vor Augen steht.

Die Kommission kann sich jedoch auch vorstellen, dass der Arzt, wenn das Letztgenannte nicht der Fall ist, sich – aufgrund der Bitte der Kommission, in Bezug auf die Durchführung der Sterbehilfe weiterreichende Informationen beizubringen bzw. zur Vorbereitung des eigenen Gesprächs mit der Kommission – intensiv mit dem tatsächlichen Verlauf der von ihm durchgeführten Sterbehilfe befasst.

Unter Berücksichtigung des Vorstehenden und insbesondere angesichts der Tatsache, dass der Arzt erst nach dem Gespräch mit der Kommission ergänzende schriftliche Informationen beigebracht hat, die inhaltlich nicht mit seinen zuvor mündlich und schriftlich gemachten Angaben übereinstimmen, muss die Kommission zu dem Schluss kommen, dass der Arzt nicht glaubhaft darlegen können, dass die Sterbehilfe medizinisch fachgerecht durchgeführt worden ist, und deshalb muss sie zu der Beurteilung gelangen, dass das Sorgfaltskriterium nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f des Sterbehilfegesetzes nicht eingehalten worden ist.

#### **Fall 17 (nicht aufgenommen)**



## f Medizinisch sorgfältige Durchführung

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

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 oder der Tod könnte erst nach längerer Zeit eintreten. In einem solchen Fall könnte der Arzt dann noch aktiv Sterbehilfe leisten. Diese denkbaren Situationen muss der Arzt vorab mit dem Patienten und dessen Angehörigen besprechen.

Der Arzt darf das Sterbemittel nicht beim Patienten zurücklassen. Das kann gefährlich sein – für den Patienten, aber auch für andere.

Bei der Durchführung einer Lebensbeendigung auf Verlangen oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung werden, was die Methode, die Mittel und ihre Dosierung angeht, grundsätzlich die Empfehlungen<sup>6</sup> der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) aus dem Jahr 2007 befolgt. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte den Empfehlungen von 2007 entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden. In ihren Standards aus dem Jahr 2007 führt die KNMP aus, welche Mittel bei der Lebensbeendigung auf Verlangen verwendet werden sollten. Dabei wird zwischen Mitteln der ersten Wahl<sup>7</sup> und Mitteln der zweiten Wahl<sup>8</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 Komas 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 von 2007 so weit wie möglich berücksichtigt werden.

In ihren Standards aus dem Jahr 2007 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. 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 18 und 19 verwendeten die Ärzte bei der Verabreichung des komaauslösenden Mittels eine geringere Dosierung als in den Empfehlungen der KNMP von 2007 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 diesem Fall sowie in den nachstehend beschriebenen Fällen 18 und 19 kamen die Kommissionen unter anderem zu dem Schluss, dass der Arzt

6 Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln) 2007.

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

8 Siehe die Tabelle auf Seite 26, Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007.

nicht im Einklang mit dem Sorgfaltskriterium der medizinisch sorgfältigen Durchführung gehandelt hatte, da 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 der KNMP bzw. des WINAp und der Ärztekammer KNMG wird hierzu entsprechende Richtlinien erarbeiten.

## Fall 18

### **Zu geringe Dosierung des komauslösenden Mittels; Relevanz der Überprüfung des Komats Beurteilung: »Nicht sorgfältig«**

Bei einem Patienten im Alter von 80 Jahren war ein Monat vor seinem Tod ein Bronchialkarzinom diagnostiziert worden. Außerdem waren überall im Körper Metastasen festgestellt worden. Eine Heilung war nicht möglich. In den letzten Wochen vor dem Tod des Patienten schritt der Krankheitsprozess rasch fort.

Das Leiden des Patienten bestand in seiner Bettlägerigkeit, schwer zu bekämpfender Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen. Für ihn war dieses Leiden unerträglich. Die Unerträglichkeit des Leidens war für den Arzt nachvollziehbar. Der Patient hatte den Arzt um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Geriater, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren und erstattete dem behandelnden Arzt am gleichen Tag Bericht. Die Lebensbeendigung auf Verlangen wurde mittels intravenöser Verabreichung von 1000 mg Thiopental und anschließend 20 mg Pancuronium durch den Arzt durchgeführt.

Der Arzt erläuterte, dass er bei der Dosierung des Thiopentals von einem Richtwert von 20 mg Thiopental je kg Körpergewicht ausgegangen war.

Bei der Prüfung der Meldung des Arztes waren in der Kommission noch einige Fragen zur konkreten Durchführung der Sterbehilfe aufgekommen. Daher wurde der Arzt gebeten, den genauen Vorgang mündlich zu erläutern.

Am Tag nach dem Besuch des SCEN-Arztes wurde der behandelnde Arzt vom diensthabenden Arzt angerufen. Dieser teilte ihm mit, dass es dem Patienten sehr schlecht gehe und fragte, ob er den Patienten sedieren könne. Daraufhin beschloss der behandelnde Arzt, zu dem Patienten zu gehen. Am gleichen Tag führte er die Lebensbeendigung durch.

Der Arzt erläuterte weiterhin, dass er in dem Moment, als es dem Patienten schlechter ging, nicht die aktuelle Richtlinie zum Thema Sterbehilfe zur Hand genommen hatte, dafür aber eine ältere Richtlinie eingesehen und sich im Internet informiert hatte. Die aktuellste Richtlinie konnte er lediglich per Post bestellen, was er auch tat. Diese Richtlinie erhielt er einige Tage, nachdem er die Lebensbeendigung durchgeführt hatte. Er war bei der Sterbehilfe genau so vorgegangen, wie er es bereits in der Vergangenheit getan hatte, nämlich mit der Verabreichung von 1000 mg Thiopental und 20 mg Pancuronium. Auf Nachfrage ergänzte der Arzt, dass beim Patienten innerhalb von einer Minute eine schwere Atemdepression aufgetreten war. Zwei bis drei Minuten später hatte der Arzt dem Patienten Pancuronium verabreicht und der Patient verstarb. Der Arzt verwies die Kommission auf Artikel, die er im Internet gefunden hatte. Daraus ließ sich ableiten, dass ein Vorgehen, bei dem von einem Richtwert von 20 mg Thiopental pro kg Körpergewicht ausgegangen wurde, als sorgfältig eingestuft werden könne.

Der Arzt erklärte auf Nachfrage, dass er keinerlei Zweifel gehabt hätte, ob der Patient von der Verabreichung des Muskelrelaxans etwas mitbekommen könnte. Der Patient war ein sehr kachektischer Mann mit einem Gewicht von 50 kg, bei dem schnell eine Atemdepression eintrat. Weiterhin berichtete der Arzt, dass er den Zeitpunkt nach der Verabreichung des Thiopentals nicht angemessen fand, die Tiefe des Komats noch auf andere Art zu überprüfen,

etwa mit Hilfe des Lidschlussreflexes oder von Schmerzreizen. Er hatte sich auf seine persönliche Einschätzung verlassen.

Auf Nachfrage fuhr er fort, dass er von diesem Sterbehilfefall kein schlechtes Gefühl zurückbehalten habe. Außerdem merkte er an, dass er bei einer Lebensbeendigung ggf. auch 2000 mg Thiopental verabreichen würde.

Hinsichtlich der Durchführung der Lebensbeendigung 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 (2007) zugrunde. Darin wird für die Herbeiführung eines Komas Thiopental in einer Dosierung von 2000 mg empfohlen. Die Dosierung wurde gegenüber der letzten Version der Empfehlungen aus dem Jahr 1998 heraufgesetzt, da sich die darin befürwortete Dosis von 1500 mg in einigen Fällen als zu niedrig erwiesen hatte.

Die Kommission betont die Prämisse, dass gewährleistet sein muss, dass ein Patient nicht aus seinem Koma erwacht und somit die Wirkung des später verabreichten Muskelrelaxans nicht spüren kann. Aus diesem Grund misst sie der Dosierung des komaauslösenden Mittels große Bedeutung bei. Die Kommission erwägt, dass der Arzt von einer veralteten Richtlinie ausgegangen ist, in der die Dosierung eines Sterbemittels mit dem Gewicht eines Patienten in Zusammenhang gesetzt wird. Da der Arzt 1000 mg Thiopental statt der empfohlenen Menge von 2000 mg Thiopental verabreicht hat, wäre es nach Auffassung der Kommission ganz besonders wichtig gewesen, vor der Verabreichung eines Muskelrelaxans zu überprüfen, ob sich der Patient in einem hinreichend tiefen Koma befand.

In diesem Fall handelte es sich um einen sehr kachektischen Mann mit einem Körpergewicht von 50 kg. Den Beobachtungen des Arztes zufolge war rasch nach der Verabreichung des Thiopentals eine Atemdepression aufgetreten. Der Arzt hatte sich bei der Feststellung der Komatiefe auf seinen klinischen Blick verlassen und den Zustand des Patienten nicht mit Hilfe des Lidschlussreflexes oder von Schmerzreizen überprüft.

Da Atemdepression an sich keinen hinreichenden Beweis für das Vorliegen eines tiefen Komas darstellt und der Arzt die Komatiefe nicht überprüft hat, ist er das Risiko eingegangen, dass der Patient etwas von der Wirkung des Muskelrelaxans spürt, ohne in der Lage zu sein, dies deutlich zu machen. Die Kommission konnte nur zu dem Schluss kommen, dass der Arzt die Lebensbeendigung im vorliegenden Fall nicht fachgerecht durchgeführt hat.

**Fall 19 (nicht aufgenommen)**

**Fall 20 (nicht aufgenommen)**

# Kapitel III Aufgaben der Kommissionen

## Gesetzlicher Rahmen

Die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung sind in den Niederlanden nach Artikel 293 und 294 des Strafgesetzbuches strafbar, es sei denn, sie werden von einem Arzt ausgeführt, der die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien einhält und sein Handeln dem örtlichen Leichenschauer meldet. Erfüllt der Arzt diese beiden Auflagen, macht er sich 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 beigefügter Unterlagen zu beurteilen, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung durchgeführt hat, im Einklang mit den in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## 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>9</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 ggf. weitere relevante, gegebenenfalls vom Arzt vorgelegte Unterlagen, z. B. Patiententagebuch und Facharztberichte, mit. Nachdem die Unterlagen bei der Kommission eingegangen sind, erhalten sowohl der Leichenschauer als auch der Arzt eine Empfangsbestätigung.

Die Kommission überprüft, ob der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Der Arzt muss der Kommission glaubhaft machen, dass er im Einklang mit diesen Kriterien gehandelt hat.

Die Kommissionen prüfen unter Berücksichtigung des herrschenden Standes der Medizinwissenschaft und der geltenden Normen der Medizinethik, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

Bei Bedarf stellt sie dem betreffenden Arzt noch weitergehende Fragen, die er schriftlich<sup>10</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. Wenn bei der Kommission der Eindruck überwiegt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, bestellt sie diesen in der Regel zu einem persönlichen Gespräch ein. 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 2011 eine gewisse Aufstockung der personellen Kapazitäten der Kommissionen genehmigt wurde, konnte die Bearbeitungsfrist von sechs Wochen bei einer Großzahl der Meldungen leider aufgrund des entstandenen Verzugs, der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und längerfristiger Krankheitsausfälle auch in diesem Berichtsjahr nicht eingehalten werden.

<sup>9</sup> Ein Musterbericht ist unter [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) verfügbar. Er kann digital ausgefüllt werden.

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

Inzwischen haben die Kommissionen ihre Arbeitsweise reformiert und weitere Effizienzverbesserungen realisiert. Unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und unter Wahrung der Qualität der Beurteilungen bearbeiten die Kommissionen seit Mitte 2011 – erst im Rahmen eines Pilotprojekts in zwei Regionen und seit Anfang 2012 in Form einer allgemeinen Vorgehensweise in allen Regionen – Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, in digitaler Form. 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 Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, legt sie den Entwurf ihrer Beurteilung 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 4 Fällen kamen die Kommissionen 2011 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>11</sup>

Die Gesundheitsbehörde entscheidet aufgrund ihrer eigenen Aufgabenstellung und Verantwortung, ob nach der abschließenden Beurteilung 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 Beurteilung eine abschließende Beurteilung 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), Hausärzterverbände, Krankenhäuser, gesellschaftlichen Organisationen oder ausländische Delegationen. Dabei wird anhand von Praxisbeispielen besonders auf das geltende Verfahren und die Sorgfaltskriterien eingegangen.

<sup>11</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).

# Anhang I

## Übersicht der Meldungen insgesamt



# Übersicht der Meldungen insgesamt

## Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011

### Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 3695 Meldungen ein.

### Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 3446 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 196 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 53 Fällen um eine Kombination aus beiden.

### Ärzte

In 3329 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 212 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 139 Fällen um einen Geriater und in 15 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

### Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	2797
Herz- und Gefäßkrankheiten	114
Erkrankung des Nervensystems	205
Andere	394
Mehrfacherkrankungen	185

### Orte der Lebensbeendigung

In 2975 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 189 Fällen in einem Krankenhaus, in 111 Fällen in einem Pflegeheim, in 172 Fällen in einem Altersheim und in 248 Fällen an einem anderen Ort (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

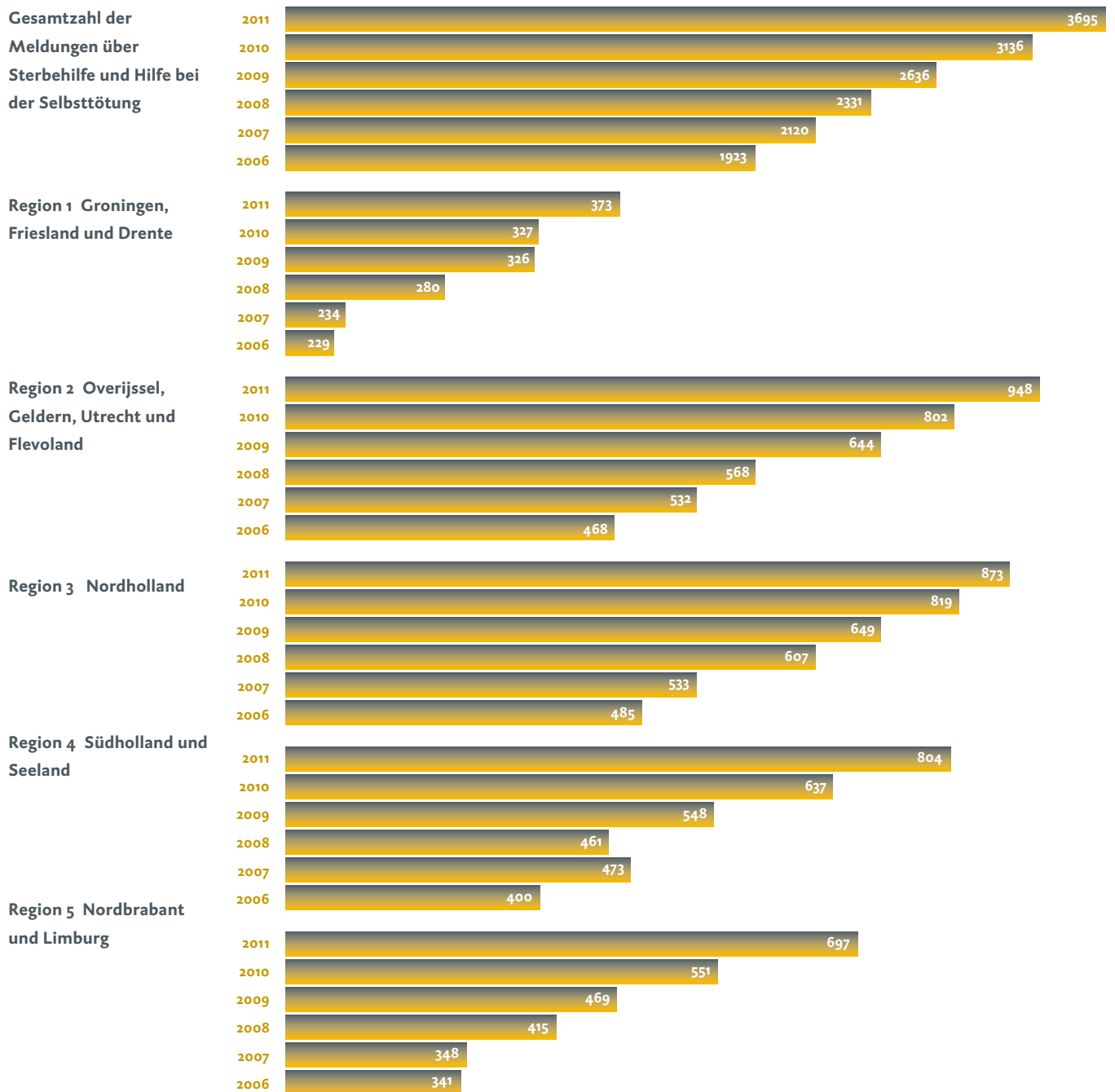
### Zuständigkeit und abschließende Beurteilung

Die Kommissionen kamen in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. In vier Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

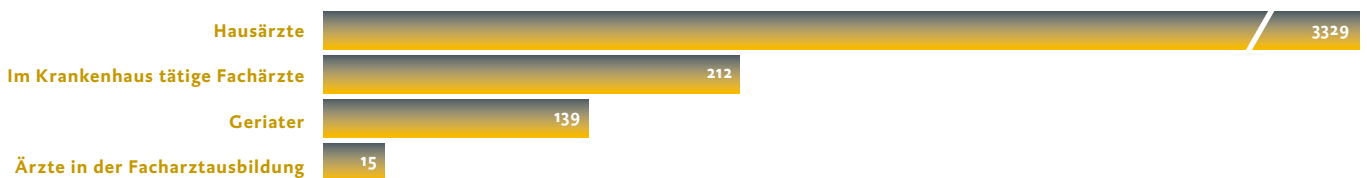
### Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 111 Tage.

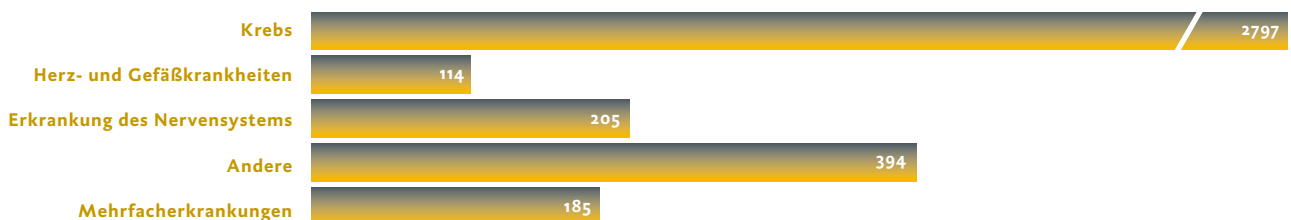
## Gesamtzahl der Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 und 2006



## Meldende Ärzte 2011



## Krankheitsarten 2011



## Übersicht der Meldungen nach Regionen

# I

## Region Groningen, Friesland und Drente

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011

### Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 373 Meldungen ein.

### Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 328 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 43 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 2 Fällen um eine Kombination aus beiden.

### Ärzte

In 350 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 14 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 8 Fällen um einen Geriater und in einem Fall um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

### Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	284
Herz- und Gefäßkrankheiten	23
Erkrankung des Nervensystems	20
Andere	25
Mehrfacherkrankungen	21

### Orte der Lebensbeendigung

In 314 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 14 Fällen in einem Krankenhaus, in 9 Fällen in einem Pflegeheim, in 23 Fällen in einem Altersheim und in 13 Fällen an einem anderen Ort (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

### Zuständigkeit und abschließende Beurteilung

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 11 Mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in einem Fall, 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 50 Tage.

## 2

## Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011

*Meldungen*

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 948 Meldungen ein.

*Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung*

In 897 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 34 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 17 Fällen um eine Kombination aus beiden.

*Ärzte*

In 866 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 43 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 37 Fällen um einen Geriater und in 2 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

*Krankheitsarten*

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	744
Herz- und Gefäßkrankheiten	19
Erkrankung des Nervensystems	51
Andere	103
Mehrfacherkrankungen	31

*Orte der Lebensbeendigung*

In 801 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 40 Fällen in einem Krankenhaus, in 23 Fällen in einem Pflegeheim, in 37 Fällen in einem Altersheim und in 47 Fällen an einem anderen Ort (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

*Zuständigkeit und abschließende Beurteilung*

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 12 Mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in einem Fall, 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 145 Tage.

## 3

## Region Nordholland

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011

### Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 873 Meldungen ein.

### Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 795 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 60 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 18 Fällen um eine Kombination aus beiden.

### Ärzte

In 741 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 78 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 44 Fällen um einen Geriater und in 10 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

### Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	608
Herz- und Gefäßkrankheiten	43
Erkrankung des Nervensystems	42
Andere	117
Mehrfacherkrankungen	63

### Orte der Lebensbeendigung

In 629 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 73 Fällen in einem Krankenhaus, in 34 Fällen in einem Pflegeheim, in 66 Fällen in einem Altersheim und in 71 Fällen an einem anderen Ort (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

### Zuständigkeit und abschließende Beurteilung

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 12 Mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in einem Fall, 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 175 Tage.

## 4

## Region Südholland und Seeland

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011

*Meldungen*

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 804 Meldungen ein.

*Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung*

In 759 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 36 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 9 Fällen um eine Kombination aus beiden.

*Ärzte*

In 734 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 42 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 27 Fällen um einen Geriater und in einem Fall um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

*Krankheitsarten*

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	630
Herz- und Gefäßkrankheiten	16
Erkrankung des Nervensystems	52
Andere	65
Mehrfacherkrankungen	41

*Orte der Lebensbeendigung*

In 632 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 39 Fällen in einem Krankenhaus, in 27 Fällen in einem Pflegeheim, in 29 Fällen in einem Altersheim und in 77 Fällen an einem anderen Ort (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

*Zuständigkeit und abschließende Beurteilung*

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 12 Mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in einem Fall, 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 91 Tage.



## 5

## Region Nordbrabant und Limburg

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011

### Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 697 Meldungen ein.

### Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 667 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 23 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 7 Fällen um eine Kombination aus beiden.

### Ärzte

In 638 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 35 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 23 Fällen um einen Geriater und in einem Fall um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

### Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	531
Herz- und Gefäßkrankheiten	13
Erkrankung des Nervensystems	40
Andere	84
Mehrfacherkrankungen	29

### Ort der Lebensbeendigung

In 599 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 23 Fällen in einem Krankenhaus, in 18 Fällen in einem Pflegeheim, in 17 Fällen in einem Altersheim und in 40 Fällen an einem anderen Ort (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

### Zuständigkeit und abschließende Beurteilung

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 12 Mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in keinem Fall, 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 96 Tage.