



**Regionalen
Kontrollkommissionen
für Sterbehilfe**
—
Jahresbericht 2012

Inhalt

Vorwort	3
Kapitel I Entwicklungen 2012	
Meldungen	6
Zahl der Meldungen steigt weiter	6
Neue Arbeitsweise	6
Personelle Aufstockung der Kontrollkommissionen	7
Gültigkeit des Sterbehilfegesetzes auf Bonaire, Sint Eustatius und Saba	
Meldungen der Lebensende-Klinik	7
Demenz und psychiatrische Erkrankungen	7
Zweiter Evaluierungsbericht zum Sterbehilfegesetz	7
Website	8
Umsetzung der neuen KNMG/KNMP-Richtlinie	8
Kapitel II Sorgfaltskriterien	
Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen	9
Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen	11
a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen	11
<i>Psychiatrische Krankheit oder Störung</i>	13
<i>Beschwerden depressiver Art</i>	13
<i>Schriftliche Patientenverfügung nicht erforderlich</i>	13
<i>Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung bei Verlust der Willensfähigkeit</i>	14
<i>Demenz</i>	15
<i>Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen</i>	17
<i>Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand</i>	17
b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	18
<i>Erfordernis einer medizinischen Begründung des Leidens</i>	18
<i>Demenz</i>	20
<i>Psychiatrische Krankheit oder Störung</i>	21
<i>Koma und vermindertes Bewusstsein (nicht komatös)</i>	23
<i>Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein</i>	23
<i>Richtlinie nicht anwendbar. Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung</i>	23
<i>Palliative Sedierung</i>	24
c) Patientenaufklärung	24
d) Keine andere annehmbare Lösung	24
e) Konsultation	25
<i>Unabhängigkeit des Konsiliararztes</i>	25
<i>Wann muss erneut ein Konsiliararzt hinzugezogen werden?</i>	26
<i>Konsultation bei nicht willensfähigen Patienten</i>	26
<i>Schriftlicher Bericht des Konsiliararztes</i>	27
<i>SCEN</i>	27
f) Medizinisch sorgfältige Durchführung	30
Kapitel III Aufgaben der Kommissionen	
Gesetzlicher Rahmen	32
Rolle der Kommissionen	32
Anlagen	
I Übersicht der Meldungen	36
II Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz)	34

Vorwort

Verehrte Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2012 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, in dem die Kommissionen Rechenschaft über ihre Prüfungstätigkeit ablegen, 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 gestiegene – Zahl der eingegangenen Meldungen, die Art der gemeldeten Fälle, die Beurteilung der Fälle durch die Kommissionen sowie die bei der Entscheidungsfindung vorgenommenen Abwägungen.

2012 hat der Kooperationsverbund ZonMW die Ergebnisse der zweiten Evaluierungsstudie zum Sterbehilfegesetz veröffentlicht und in diesem Zusammenhang verschiedene Entwicklungen beschrieben. So scheint die anfänglich vorherrschende Zurückhaltung mit Blick auf Sterbehilfersuchen bei besonderen Patientengruppen (Psychiatrie, Demenz) einer etwas offeneren Haltung gewichen zu sein, sowohl was gesellschaftliche Auffassungen und Meinungen unter dem medizinischen Fachpersonal angeht, als auch in der Tätigkeit der Kommissionen.

»Hier geht es übrigens nicht um eine Dehnung des Gesetzes, sondern um sich entwickelnde Auffassungen bezüglich des Inhalts und der Reichweite der im Gesetz niedergelegten »offenen« Normen. Die Entscheidungen der Kontrollkommissionen sind von großer Bedeutung für die Interpretation und die Konkretisierung der im Sterbehilfegesetz sehr allgemein formulierten Sorgfaltskriterien, die nach und nach präzisiert und weiterentwickelt werden.« Soweit der Untersuchungsbericht.

Dass die Entscheidungen der Kommissionen auch lebhaftere Diskussionen in der Gesellschaft und unter dem medizinischen Fachpersonal auslösen können, zeigen die sehr unterschiedlichen Reaktionen auf die Beurteilung des Sterbehilfersuchens eines Patienten mit fortgeschrittener Demenz (als Fall 7 im Jahresbericht 2011 beschrieben). Derartig breit geführte Diskussionen um das selbstgewählte Lebensende können wiederum einen Gedankenaustausch innerhalb der Kommissionen nach sich ziehen, was mit Blick auf den (internen) Beurteilungsprozess als sehr wertvoll erachtet wird.

2012 veranstalteten die Kommissionen eine Versammlung zum Thema »Die Art des unerträglichen Leidens«. An dieser Versammlung, bei der der Geriater Prof. Dr. J. Slaets als Gastredner auftrat, nahmen Juristen – darunter auch die Sekretäre –, Ärzte und Ethiker der Kommissionen teil.

Ein wichtiges Ziel derartiger regelmäßig durchgeführten Versammlungen ist die Harmonisierung der Arbeit der Kommissionen, damit die Beurteilungen der Meldungen so eindeutig wie möglich ausfallen. Unter Beachtung des Grundsatzes, dass jede Meldung vor dem Hintergrund der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles zu beurteilen ist, wird weiterhin an dieser Harmonisierung gearbeitet.

Schließlich ist es ausgesprochen wichtig, dass 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.

Das Ziel der Kontrollkommissionen ist es, mit der Beurteilung der Fälle, ihrer Veröffentlichung sowie mit umfassender Aufklärungsarbeit für eine transparente und überprüfbare Entwicklung der Sterbehilfepraxis zu sorgen und so einen Beitrag zur gesellschaftlichen Diskussion zu leisten.

Die Art und Weise, wie die Regionalen Kontrollkommissionen das Sterbehilfegesetz anwenden, muss deshalb nicht nur für die einzelnen Ärzte im Rahmen der Beurteilung ihrer Meldungen nachvollziehbar sein, sondern auch für Dritte. Der allgemeine Teil des Jahresberichts, in dem die Arbeit der Kommissionen erläutert wird, wurde entsprechend klarer formuliert, was allerdings nichts daran ändert, dass die im Bericht präsentierten Informationen nicht immer die aktuellsten Entwicklungen wiedergeben können. Aus diesem Grund wird die Website der Kommissionen, auf der die Beurteilungen veröffentlicht werden, derzeit »modernisiert«.

Außerdem suchen die Kommissionen – im Einklang mit den Empfehlungen, die der Bericht der zweiten Evaluierungsstudie zum Sterbehilfegesetz enthielt – weiterhin nach Möglichkeiten, auf anderen Wegen als nur durch die Beurteilung der Meldungen der Ärzte, die Jahresberichte und die Veröffentlichung der Beurteilungen, ihrer »Jurisprudenz« und den aktuellsten Beurteilungen mehr Bekanntheit zu verschaffen. Auf die erwähnten Empfehlungen wird in Kapitel I eingegangen.

Am 1. März 2012 nahm die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) ihre Tätigkeiten auf. Bei den Kommissionen gingen in diesem Berichtsjahr insgesamt 32 Meldungen von Ärzten ein, die mit dieser Klinik verbunden sind.

Da das Konzept der Lebensende-Klinik neu ist, haben die Kommissionen die Beurteilungsentwürfe in diesen Fällen den Mitgliedern aller Kommissionen vorgelegt. Bei allen 32 Meldungen urteilten die Kommissionen, dass die SLK-Ärzte im Einklang mit den gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien gehandelt hatten, siehe hierzu auch Kapitel I.

Die gesetzliche Frist, innerhalb deren die Kommissionen ihre Beurteilung dem Arzt zur Kenntnis bringen müssen, wurde auch 2012 noch regelmäßig überschritten. Dies ist ein unerfreulicher 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 2012, werden die inzwischen ergriffenen Maßnahmen genannt, mit denen der Verzug bei der Bearbeitung aufgeholt werden soll. Man geht davon aus, dass dies 2013 – auch dank der personellen Aufstockung der Sekretariate und der Ernennung von 15 zusätzlichen stellvertretenden Kommissionsmitgliedern zum 1. Dezember 2012 – gelingen wird.

Ohne den Einsatz schmälern zu wollen, den die Kommissionsmitglieder gemeinsam mit den Sekretariaten an den Tag gelegt haben, um die Probleme zu meistern, möchte ich an dieser Stelle gern meine große Wertschätzung für die viele zusätzliche Arbeit aussprechen, die Herr van Hasselt verrichtet hat.

Unser Kollege van Hasselt ist in diesem Frühjahr plötzlich verstorben. Nahezu unmittelbar nach Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes wurde er als Arzt in die Kommission Nordholland berufen, in der er uns mit seinem Einsatz, seiner Sicht auf Fragen zu Leben und Tod, mit sei-

ner Herzlichkeit und seinem Humor Inspiration war. Wir sind ihm zu großem Dank verpflichtet.

Reaktionen auf diesen Bericht sind den Kommissionen jederzeit willkommen; sie sind an die Generalsekretärin der Regionalen Kontrollkommissionen zu richten (E-Mail: n.visee@toetscie.nl, Telefon: 0031611797436).

Willie Swildens-Rozendaal

Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
Den Haag, Juli 2013

Kapitel I Entwicklungen 2012

2012 haben sich die folgenden relevanten Entwicklungen vollzogen.

Meldungen

2012 sind bei den Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (im Folgenden: die Kommissionen) 4188 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen.

Die Zahlen – sowohl die allgemeinen Zahlen als auch eine nach Regionen aufgeschlüsselte Übersicht – sind Anhang I zu entnehmen.

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 10 Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass nicht allen Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Die wesentlichen Auszüge dieser Beurteilungen werden in Kapitel II, Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen, unter dem jeweiligen Kriterium im Rahmen von Fallbeispielen dargelegt. Darüber hinaus wird in Kapitel II der Kern einiger zumeist komplexer Beurteilungen dargelegt, in denen die Kommissionen befanden, dass die entsprechenden Kriterien erfüllt wurden.¹

Zahl der Meldungen steigt weiter

Die Zahl der bei den Kontrollkommissionen eingegangenen Meldungen (4188) ist 2012 erneut angestiegen: gegenüber dem Jahr 2011 (3695) um 13 %. Das Verhältnis zwischen der Zahl der eingehenden Meldungen und der Zahl der abgehandelten Fälle gibt den Kommissionen bereits seit geraumer Zeit Anlass zur Sorge. Die Bearbeitungsdauer der einzelnen Fälle ist im Jahr 2012 unangemessen lang gewesen.

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 2012 gemeinsam mit den Sekretariaten alles darangesetzt, den entstandenen Verzug aufzuholen. Dank der neuen Arbeitsweise, die die Kommissi-

sionen und die Sekretariate im April 2012 landesweit eingeführt haben, konnte bereits einiges an Rückstand wettgemacht werden. Es wird erwartet, dass die Kommissionen Mitte 2013 wieder in der Lage sein werden, die Meldungen innerhalb der gesetzlichen Frist zu bearbeiten.

Neue Arbeitsweise

Bei der neuen Arbeitsweise, die alle Kommissionen seit April 2012 anwenden, 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 anhand einer Checkliste, die auf der Grundlage der in den vergangenen Jahren von den Kontrollkommissionen bei der Prüfung von Sterbehilfefällen gesammelten Erfahrungen entwickelt wurde. Die Unterlagen der Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden in elektronischer Form drei Mitgliedern (einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker) der betreffenden Kontrollkommission zwecks Beurteilung übermittelt.

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 Kommissionssitzung behandelt.

Die Kommissionen gehen davon aus, dass etwa 80 % aller Meldungen auf elektronischem Wege bearbeitet werden können.

Zur optimalen digitalen Unterstützung dieser neuen Arbeitsweise wurde im April 2012 außerdem landesweit ein neues Registrierungs- und Beurteilungssystem eingeführt.

¹: Die als Fallbeispiel aufgenommenen Passagen der Beurteilung beziehen sich insbesondere auf das betreffende Sorgfaltskriterium.

Personelle Aufstockung der Kontrollkommissionen

Nach intensiven Gesprächen mit dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport wurde die Zahl der Kommissionsmitglieder um 50 % erhöht. Entsprechend wurden jeder Kommission, die bislang aus drei Mitgliedern (einem Arzt, einem Ethiker und einem Juristen, zugleich Vorsitzender) und drei stellvertretenden Mitgliedern bestand, zum 1. Dezember 2012 drei weitere stellvertretende Mitglieder hinzugefügt. Jeder Kommission gehören jetzt also insgesamt neun Mitglieder an, wobei jede Disziplin drei Mitglieder stellt. Darüber hinaus hatten die Gespräche mit dem Ministerium zur Folge, dass die Sekretariate 2012 um einige Vollzeitstellen erweitert wurden.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse, die mit der Einführung der neuen Arbeitsweise sowie der Aufstockung der Zahl der Kommissionsmitglieder und der Sekretariatsmitarbeiter erzielt werden, Mitte 2013 bemerkbar machen werden.

Gültigkeit des Sterbehilfegesetzes auf Bonaire, Sint Eustatius und Saba

Per 10. Oktober 2012 wurde das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung auch im karibischen Teil der Niederlande, also auf den Inseln Bonaire, Saba und St. Eustatius, für anwendbar erklärt. Die Prüfung der Sterbehilfe-Meldungen, die aus dem karibischen Teil der Niederlande eingehen, übernimmt die Kontrollkommission für die Region Groningen, Friesland und Drente. 2012 wurde von dort nur ein einziger Sterbehilfefall gemeldet; die Kommission kam dabei zu dem Schluss, dass der betreffende Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Meldungen der Lebensende-Klinik

Am 1. März 2012 nahm die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) ihre Tätigkeiten auf.² Bei den Kommissionen gingen in diesem Berichtsjahr insgesamt 32 Meldungen von den ambulanten Teams der SLK ein. Aus diesen Meldungen ergibt sich für die Kommissionen die folgende Arbeitsweise der SLK. Nach der Anmeldung des Patienten bei der SLK – durch ihn selbst oder in seinem Namen – muss zunächst ein Fragebogen schriftlich ausgefüllt werden. Vom Patienten wird die Erlaubnis für die Einholung von (medizinischen) Informationen und für die Sammlung von Daten angefordert. Aus der

Anmeldung und den eingeholten medizinischen Daten wird eine Patientenakte erstellt. Daraufhin entscheidet die SLK, ob die Anmeldung weiter bearbeitet werden kann. Ist das der Fall, wird die Anmeldung einem ambulanten Team übergeben. Ein solches Team besteht aus einem Arzt und einer Pflegekraft, die beide von der SLK geschult wurden. Der Arzt und die Pflegekraft besuchen den Patienten mehrfach und finden im Rahmen umfangreicher und intensiver Gespräche heraus, ob sie davon überzeugt sind, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und dass sein Leiden unerträglich ist. Der SLK-Arzt nimmt grundsätzlich immer Kontakt zum Hausarzt des Patienten auf, es sei denn, dieser lehnt jeglichen Kontakt ab, was selten vorkommt. Im nächsten Schritt zieht der SLK-Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Bevor der Arzt schließlich Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung leistet, legt er den gesamten Fall noch einmal intern dem sog. multidisziplinären Gremium der SLK vor.

Da das Konzept der Lebensende-Klinik neu ist, haben die Kommissionen die Urteilsentwürfe in diesen Fällen den Mitgliedern aller Kommissionen vorgelegt. In allen 32 Fällen wurden die Meldungen der SLK als »sorgfältig« beurteilt. Einige dieser Fälle werden in Kapitel II als Fallbeispiele besprochen (u. a. Fall 2).

Demenz und psychiatrische Erkrankungen

Bei 42 Meldungen handelte es sich bei der Krankheit, auf die das Leiden des Patienten zurückzuführen war, um Demenz, in 14 Fällen um eine psychiatrische Erkrankung. Im Jahr 2011 war dies bei 49 bzw. 13 Meldungen der Fall. In zwei Fällen, in denen es um einen dementen Patienten ging, kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte; in einem der beiden Fälle betraf dies das Kriterium der Konsultation. Bei den übrigen Meldungen urteilten die Kommissionen, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen worden war.

Zweiter Evaluierungsbericht zum Sterbehilfegesetz

Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung wurde 2011/12 auf Ersuchen des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport zum zweiten Mal evaluiert, diesmal ging es um den Zeitraum 2007–2011. Im Dezember 2012 wurden die

2: Stiftung Lebensende-Klinik: www.levenseindekliniek.nl.

Ergebnisse der Evaluierung im Zweiten Evaluierungsbericht veröffentlicht. Die wichtigste Schlussfolgerung dieses Berichts ist die, dass das Sterbehilfegesetz die angestrebten Ziele – gesellschaftliche Kontrolle der Sterbehilfe und mehr Transparenz und Sorgfalt im Zusammenhang mit lebensbeendenden Handlungen von Ärzten – erfüllt und dass es zur Rechtssicherheit der Ärzte beiträgt. Dem Bericht zufolge gelingt es den Kommissionen, die Sorgfaltskriterien zu präzisieren, wobei auch der Spielraum, den das Gesetz in Bezug auf Sterbehilfe bei Patienten mit Demenz, psychiatrischen Erkrankungen oder einer Kumulation verschiedener Altersbeschwerden bietet, immer klarer wird.

Im Zuge der Evaluierung wurden einige Empfehlungen formuliert.

Um Ärzten und anderen Betroffenen ein deutliches und aktuelles Bild der Standpunkte der Kommissionen vermitteln zu können, müssen diese einen Weg finden, ihre Auslegung der Kernbegriffe in Bezug auf die Sorgfaltskriterien zugänglicher zu machen als es derzeit im Rahmen der Jahresberichte geschieht. Die wichtigste Empfehlung besteht darin, dass die Kommissionen sich verstärkt um die Veröffentlichung ihrer Beurteilungen im Internet kümmern müssen, damit diese von Ärzten und der Öffentlichkeit schnellstmöglich eingesehen werden können. Außerdem sollten die Kommissionen häufiger die Möglichkeit nutzen, ihre Beurteilungen wissenschaftlichen Zeitschriften und Fachzeitschriften zur Veröffentlichung anzubieten. Die Kommissionen schließen sich diesen Empfehlungen an.

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.euthanasiacommissie.nl künftig auf 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, in denen der Arzt zwar im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte, die aber bei der Behandlung zunächst Fragen bei den Kommissionen aufgeworfen hatten. Hier ist zu denken an 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 gefährdet würde.

Um einen bestmöglichen Zugang zur Website im Allgemeinen und zu den veröffentlichten Beurteilungen im Besonderen zu gewährleisten, wird die Suchfunktion der Website weiter verbessert. Aus diesem Grund war es vorübergehend nicht möglich, die relevanten Beurteilungen aus dem Jahr 2012 zu veröffentlichen.

Die neue KNMG/KNMP-Richtlinie

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. Mit Blick auf die Methode, den Einsatz der Mittel und die Dosierung der Mittel haben die Kommissionen in diesem Berichtsjahr bei der Beurteilung des Kriteriums der sorgfältigen Durchführung bei den meisten Meldungen grundsätzlich die Empfehlungen der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) – »Standaard Euthanatica 2007« – sowie deren Ergänzung aus dem Jahr 2010 als Leitfaden herangezogen. Im August 2012 wurde eine neue Richtlinie der KNMP und der Ärztekammer KNMG zur Durchführung der Sterbehilfe veröffentlicht. Die Kommissionen stellen erfreut fest, dass die meisten Ärzte, die seither Sterbehilfe geleistet und gemeldet haben, dieser neuen Richtlinie folgen.

Die Erfahrung zeigt, dass es die Bearbeitung der Meldungen deutlich beschleunigt, wenn der meldende Arzt die aktuellste Version des Musterberichts so vollständig wie möglich ausfüllt und Fragen – mit Ausnahme derjenigen zur Durchführung der Sterbehilfe – in elektronischer Form (also nicht handschriftlich) beantwortet. Da der Musterbericht in Bezug auf die Durchführung der Sterbehilfe bzw. die Hilfe bei der Selbsttötung noch nicht optimal auf die neue KNMG-/KNMP-Richtlinie abgestimmt ist, haben die Kommissionen der KNMG, dem Gesundheitsministerium und dem Justizministerium einen Vorschlag zur Anpassung von Frage 22 des Musterberichts (die sich auf die Art der Durchführung bezieht) vorgelegt.

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.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung werden fast immer vom behandelnden Arzt durchgeführt; in der Praxis handelt es sich häufig um den Hausarzt des Patienten. Es kann aber auch vorkommen, dass ein 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 oder aus anderen Gründen die Sterbehilfe nicht selbst durchführen will.

Eine ähnliche Situation liegt bei Sterbehilfe vor, die von Ärzten geleistet wird, die mit der Stiftung Freiwillig Leben und der Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) verbunden sind. Siehe auch den Abschnitt zur SLK in Kapitel I und Fall 2.

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 gemeinsam mit dem Patienten durchlaufenen 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. 2012 gaben die weitaus meisten Meldungen den Kommissionen keinen Anlass zu weiteren Diskussionen oder Fragen. In diesen Fällen konnten die Kommissionen problemlos zu dem Schluss kommen, dass der Arzt »sorgfältig«, also im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Seit April 2012 werden Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, auf elektronischem Wege beurteilt. In Fall 1 wird eine solche Meldung behandelt.

Fall 1

Beurteilung: sorgfältig

Zusammenfassung: Meldung, die keine Fragen aufwarf, wurde auf elektronischem Wege bearbeitet; alle Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Bei einem Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren wurde 2007 ein Magenkarzinom festgestellt. 2011 wurden Metastasen in den Knochen und im Bauch nachgewiesen. Etwa einen Monat vor seinem Tod erlitt der Patient infolge fortgeschrittener Metastasierung einen Ileus; sein Zustand verschlechterte sich. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden des Patienten bestand aus zunehmenden Schmerzen im Unterbauch und daraus, dass er keine Nahrung und kaum noch Flüssigkeit zu sich nehmen konnte, sowie aus Ileusbeschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, deutlichem Gewichtsverlust und der Abhängigkeit von anderen. Außerdem litt er unter dem Verlust von Kontrolle und der Aussichtslosigkeit seiner Situation.

Für den Patienten war sein Leiden unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Abgesehen von den bereits ergriffenen palliativen Maßnahmen gab es keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die Fachärzte den Patienten hinreichend über seine Lage und die Prognose informiert haben.

Der Patient hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen.

Elf Tage vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen.

Dem Arzt zufolge war die Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung getroffen worden.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten drei Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte.

Laut seinem Bericht, der eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens des Patienten enthielt, kam der Konsiliararzt auch aufgrund eines Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in den Standards der KNMP bzw. des WINAp empfohlenen Mitteln durchgeführt, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise 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 Medizintechnik, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

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

Der Arzt hat im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt.

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. Bei diesen Fällen werden nur jene Aspekte wiedergegeben, die für das hier behandelte Sorgfaltskriterium relevant sind.

Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen

a Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen

Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

Der Arzt muss überzeugt sein, dass die Bitte des Patienten freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wird. Gespräche über das bevorstehende Lebensende und die Wünsche des Patienten sowie die Erörterung der Frage, ob diese Wünsche erfüllt werden können oder nicht, müssen Bestandteil der Beziehung zwischen Arzt und Patient sein. Der Patient muss das Ersuchen dem Arzt gegenüber, der die Sterbehilfe leisten soll, konkret äußern. Dabei sind drei Faktoren relevant:

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

2. Die Bitte muss freiwillig geäußert werden.

In Bezug auf die Freiwilligkeit spielen zwei Aspekte eine Rolle:

- Der Patient muss über die geistige Fähigkeit verfügen, seinen Willen frei bestimmen zu können (innere Freiwilligkeit) und er 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.
- Er muss seinen Willen ohne Ausübung von Druck oder unvertretbaren Einfluss durch andere geäußert haben (äußere Freiwilligkeit).

3. Der Bitte muss reifliche Überlegung vorausgegangen sein. Das bedeutet, dass der Patient auf der Grundlage ausreichender Informationen und eines klaren Bildes vom Krankheitszustand eine sorgfältige Abwägung getroffen hat. Beispiele für Situationen, in denen sich in dieser Hinsicht Fragen bei den Kommissionen ergeben können, sind die nachstehend beschriebenen Fälle 4 und 15 betreffend fehlende Willensfähigkeit/vermindertes Bewusstsein, Fall 4 betreffend Demenz und Fall 8 betreffend psychiatrische Erkrankungen.

Fall 2 (gekürzt)

Beurteilung: sorgfältig

Zusammenfassung: Die mit der SLK verbundene Ärztin konnte zu der Überzeugung gelangen, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, da die Patientin informiert worden war und auf dieser Grundlage über Alternativen nachdenken konnte; die Ärztin konnte zu der Überzeugung gelangen, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass keine Aussicht auf Besserung bestand.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde anderthalb Jahre vor ihrem Tod eine Hirnstammblutung festgestellt, die eine halbseitige Lähmung zur Folge hatte. Die Patientin litt seit ungefähr fünf Jahren an einem peripheren arteriellen Gefäßleiden; sie hatte mehrere TIAs hinter sich. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Infolge der TIAs und der Hirnstammblutung war die Patientin immer abhängiger geworden. Sie bekam schwerwiegende Sehbeschwerden und Sprachprobleme. Die Patientin wollte nicht in ein Pflegeheim oder Rehabilitationszentrum, sie wollte nicht von anderen abhängig sein. Einige Wochen vor ihrem Tod verschlechterte sich der Zustand der Patientin rapide, dabei traten auch Probleme in der nicht von der Lähmung betroffenen Körperhälfte auf. Die Patientin wurde nahezu vollständig bettlägerig und von anderen abhängig. Sie war harn- und stuhlinkontinent.

Das Leiden der Patientin bestand aus der zunehmenden Invalidität bei halbseitiger Lähmung, zunehmender Invalidität der anderen Körperhälfte, ihrer Sehbehinderung sowie der Harn- und Stuhlinkontinenz. Die Patientin war vollständig bettlägerig und von anderen abhängig. Außerdem litt sie unter der raschen Verschlechterung ihres Zustands ohne Genesungsperspektive.

Für die Patientin war ihr Leiden unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Abgesehen von den bereits ergriffenen palliativen Maßnahmen gab es keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Ärztin, der Hausarzt und die Fachärzte die Patientin hinreichend über ihre Lage und ihre Prognose informiert haben.

Einige Monate vor ihrem Tod sprach die Patientin mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe. Der Hausarzt unterstützte den Wunsch der Patientin, wollte die Lebensbeendigung aber nicht selbst durchführen, da er wenig Erfahrung mit Sterbehilfe hatte und sich in dieser Situation unsicher fühlte.

Einen Monat vor ihrem Tod hatte die Patientin Kontakt mit einer Pflegekraft der Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) gehabt, woraufhin eine Ersteinschätzung vorgenommen wurde.

Fünfzehn Tage vor ihrem Tod bat die Patientin die Ärztin, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen. Danach führten Ärztin und Patientin mehrere Gespräche über das Thema Sterbehilfe. Der Ärztin zufolge kam die Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

Der Konsiliararzt kam unter anderem aufgrund eines Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission erwägt Folgendes. Der Kommission ist aufgefallen, dass die Sterbehilfe leistende Ärztin mit der SLK verbunden war und die Behandlung der Patientin von deren Hausarzt übernommen hatte, da dieser die Lebensbeendigung nicht selbst durchführen wollte. Die Kommission ist der Auffassung, dass es einem Patienten, dessen behandelnder Arzt seiner Bitte um Sterbehilfe nicht nachkommen kann oder will, freisteht, sich einen anderen Arzt zu suchen.

Der Arzt, der auf diese Weise an der Sterbehilfe beteiligt wird und die Behandlung übernimmt, muss sich genügend Zeit nehmen, den Patienten hinreichend kennenzulernen, um beurteilen zu können, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt werden können. Dies kann er nur im

Rahmen tiefgehender und wiederholter Gespräche mit dem Patienten herausfinden. Absolute Zahlen hinsichtlich der Frequenz oder Dauer dieser Gespräche können nicht vorgegeben werden. Des Weiteren erfordert eine derartige Situation eine gute Kommunikation mit dem behandelnden Arzt und die Übermittlung der Patientendaten.

In diesem Fall hat die Ärztin die Patientin vor der Durchführung der Sterbehilfe zwei Mal besucht und mehrere umfangreiche Telefongespräche mit ihr über das Sterbehilfeersuchen geführt. Die Ärztin hatte auch mehrfach Kontakt mit dem Hausarzt (die Patientendaten wurden übermittelt), der Familie und den Pflegern der Patientin gehabt. Der Hausarzt war weiterhin an der Behandlung der Patientin beteiligt. Die Ärztin hat über die regionale SCEN-Telefonnummer Kontakt mit dem Konsiliararzt aufgenommen (die übliche Vorgehensweise) und ein Gespräch mit ihm geführt.

Die Kommission ist der Ansicht, dass die Ärztin im Rahmen des beschriebenen Vorgehens zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, dass sie unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Die Ärztin hat die Patientin über ihre Situation und ihre Prognose hinreichend informiert. Sie konnte mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für deren Situation keine andere annehmbare Lösung gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Psychiatrische Krankheit oder Störung

Im Falle einer Lebensbeendigung auf Verlangen aufgrund eines durch eine psychiatrische Krankheit oder Störung verursachten unerträglichem Leidens, bei dem keine Aussicht auf Besserung besteht, ist der Arzt mit der Frage konfrontiert, ob die Bitte um Sterbehilfe *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.

Deren Urteil muss der Kommission ebenfalls mitgeteilt werden.

2012 sind 14 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. Da auch in Bezug auf den Aspekt der *Aussichtslosigkeit des Zustands* bei einer psychiatrischen Krankheit oder Störung besondere Sorgfalt geboten ist, wird ein solches Beispiel im Rahmen von Fall 8 nachstehend unter **b, Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand**, besprochen.

Beschwerden depressiver Art

Es kann vorkommen, dass ein Patient zusätzlich zu dem Leiden, das eine Folge einer oder mehrerer somatischer

Erkrankungen ist, auch depressive Beschwerden hat. Häufig tragen solche Beschwerden zum Leidensdruck bei. 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 nicht erforderlich

Nach dem Sterbehilfegesetz muss der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte um Sterbehilfe *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. Anders als häufig angenommen, ist nach dem Sterbehilfegesetz das Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung nicht erforderlich. Aber auch wenn der Patient noch in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, kann eine schriftliche Patientenverfügung zusätzlich Klarheit schaffen und die mündliche Bitte bekräftigen. In der Praxis kann eine solche Patientenverfügung den Beurteilungsprozess im Nachhinein zwar vereinfachen, die Kommissionen weisen aber nachdrücklich darauf hin, dass die Betroffenen keinesfalls dem Druck ausgesetzt werden sollen, möglicherweise noch kurz vor dem Tod, unter schwierigen Umständen eine solche Verfügung abzufassen.

Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung bei Verlust der Willensfähigkeit

Das Sterbehilfegesetz sieht ausdrücklich die Möglichkeit für Ärzte vor, dem Sterbehilfeersuchen eines Patienten nachzukommen, der nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, wenn dieser seinen Wunsch nach Lebensbeendigung in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt hat, als er noch willensfähig war (**Artikel 2 Absatz 2**).

Die Sorgfaltskriterien gelten bei Vorliegen einer Patientenverfügung entsprechend.

Eine schriftliche Patientenverfügung kann also eine mündlich geäußerte Bitte bei Patienten ersetzen, die zu dem Zeitpunkt, in dem es konkret um die Frage der Lebensbeendigung geht, nicht mehr willensfähig sind.

Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz kann in den folgenden unterschiedlichen Situationen relevant sein:

- Der Patient befindet sich in einem Zustand verminderten Bewusstseins, in dem er möglicherweise noch (unerträglich) leidet, oder in einem (reversiblen) Koma (siehe Fall 15).
- Der Patient ist nicht in der Lage, seinen Willen zu äußern, bzw. ist willensunfähig infolge (fortgeschrittener) Demenz, der Huntington-Krankheit, Aphasie o. ä.
- Erwägt ein Arzt im Falle eines Patienten mit Aphasie, dem in Form einer schriftlichen Patientenverfügung geäußerten Ersuchen um Sterbehilfe nachzukommen, ist der Patient – anders als im Falle eines verminderten Bewusstseins bzw. Komas – meist noch in der Lage, in irgendeiner Form – wenn auch sehr dürftig – verbal oder nonverbal zu kommunizieren.

Dann ist es Aufgabe sowohl des Arztes als auch des Konsiliararztes – wenn dieser nicht in einem früheren Krankheitsstadium mit dem Patienten gesprochen hat –, das Verhalten und die Äußerungen des Patienten zu interpretieren. Schließlich muss der Arzt – wie auch der Konsiliararzt – anhand des Inhalts der Patientenverfügung und anhand der aktuellen Situation, in der sich der Patient befindet, sowie unter Berücksichtigung des gesamten 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.

Der Konsiliararzt wird unter diesen Umständen nicht mehr, 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 vom Arzt geführte Patientenakte, auf die schriftliche Patientenverfügung, auf das Verhalten und die Äußerungen des Patienten sowie auf die Informationen, die er von anderen, zum Beispiel von dem Patienten nahestehenden Personen³, erhält.

Der Arzt muss in einem solchen Fall davon überzeugt sein, dass der Patient die Durchführung der Sterbehilfe noch immer wünscht; sollte zum Zeitpunkt der geplanten Durchführung das »Verhalten« des Patienten darauf schließen lassen, dass der Wunsch nach Sterbehilfe nicht mehr gegeben ist, kann die Lebensbeendigung nicht durchgeführt werden.

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.

Dies wird immer von den spezifischen Umständen des jeweiligen Einzelfalls abhängen.

Bei der Erfüllung eines in einer schriftlichen Patientenverfügung formulierten Sterbehilfewunsches kommt es also auf die Interpretation der aktuellen Situation anhand der Absichten des Patienten an, wie dieser sie in seiner Patientenverfügung niedergelegt und mit dem Arzt besprochen hat. Um Interpretationsschwierigkeiten in einem späteren Stadium zu vermeiden, empfiehlt es sich, eine solche Verfügung rechtzeitig zu verfassen und regelmäßig zu aktualisieren; darin sollten möglichst konkret die Umstände aufgelistet werden, unter denen der Patient eine Lebensbeendigung wünscht. Die rechtzeitige Erstellung einer Patientenverfügung sowie ihre Aktualisierung und Besprechung mit dem Arzt fällt in die Verantwortung des Patienten. 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.⁴

Der Arzt kann selbst wesentlich zu der beschriebenen Klarheit beitragen, indem er den Sterbehilfewunsch des Patienten und den damit zusammenhängenden Entscheidungsprozess in der Patientenakte dokumentiert. Ihm obliegt die Verantwortung für die Dokumentation.

4: Govert den Hartogh in MC, Patientenverfügungen müssen aktuell sein, MC Nr. 39 – 25. September 2012.)

Je konkreter und klarer die Patientenverfügung und die ärztliche Dokumentation sind, desto besser können sie die Beschlussfassung aller Beteiligten, etwa des Arztes, des Konsiliararztes und eventueller Vertretungsärzte, unterstützen.

Auf die Bedeutung der Patientenverfügung im Falle von Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein bzw. bei Patienten, die sich in einem Koma befinden, wird im Abschnitt *Vermindertes Bewusstsein* unter **b, Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand**, näher eingegangen.

Für Beispiele, in denen eine schriftliche Patientenverfügung bei der Erfüllung eines Sterbehilfewunsches eine wichtige Rolle gespielt hat, siehe Fall 15 (vermindertes Bewusstsein) und Fall 4 (Demenz).

Demenz

Bei allen 2012 behandelten Meldungen von Sterbehilfe bei Patienten mit Demenz (insgesamt 42) kamen die Kommissionen in zwei Fällen zu dem Schluss, dass ein Sorgfaltskriterium nicht erfüllt war; in einem der beiden Fälle ging es dabei um die Konsultation. In den allermeisten als »sorgfältig« beurteilten 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 mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingeschätzt, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte (noch) gut überblicken konnten.

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.

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. Schließlich muss der Arzt zu dem Zeitpunkt, in dem er den Sterbehilfewunsch des Patienten konkret erfüllen will, davon überzeugt sein, dass die in der Patientenverfügung beschriebene Unerträglichkeit des Leidens und die Aussichtslosigkeit des Zustands auch in der aktuellen Situation des Patienten gegeben sind.

Fall 3 (nicht aufgenommen)

Fall 4 (gekürzt)

Beurteilung: sorgfältig

Zusammenfassung: Die Patientin befand sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Die Ärztin hat hinreichend glaubhaft gemacht, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass keine Aussicht auf Besserung bestand sowie dass es für die Situation, in der die Patientin sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab. Die Ärztin konnte zu der Überzeugung gelangen, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurden im Frühjahr 2010 erste Symptome einer Demenzerkrankung festgestellt, wobei vor allem paranoide Wahnvorstellungen und Halluzinationen im Vordergrund standen, die die Patientin sehr verängstigten. Die Anamnese ergab außerdem eine schwerwiegende Osteoporose, die bereits seit vielen Jahren bestand, in den letzten Jahren jedoch fortgeschritten war. Die Patientin litt unter starken Schmerzen infolge von Wirbeleinsackungen und mehreren Frakturen. Gut einen Monat vor ihrem Tod brach sich die Patientin bei einem Sturz die Hüfte und ein Handgelenk, weswegen eine Operation erforderlich war. Eine Heilung war nicht möglich. Die Behandlung war nur

noch palliativer Natur. Trotz des Einsatzes verschiedener Arten der Schmerzbekämpfung war die Patientin nicht schmerzfrei. Die Behandlung mit zwei Arten von Antipsychotika war ebenso ineffektiv. Insbesondere in den letzten Wochen vor ihrem Tod, nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, litt die Patientin sehr unter paranoiden Wahnvorstellungen, Angst und Verwirrungszuständen. Infolgedessen war sie motorisch sehr unruhig, weshalb es in der letzten Woche vor ihrem Tod noch zu mehreren Stürzen kam, obwohl sie rund um die Uhr versorgt wurde. Eine Verbesserung ihrer Situation war nicht mehr möglich.

Das Leiden der Patientin, der ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit immer sehr wichtig gewesen waren, bestand vorrangig aus schlecht behandelbaren Schmerzen sowie aus der Tatsache, dass sie infolge der Verschlechterung ihres Zustands nicht mehr mobil war. Außerdem litt die Patientin unter ihrer fortschreitenden Demenz. Sie wusste, wie der Prozess des geistigen Verfalls verlaufen würde, da sie in der Vergangenheit ihren demenzkranken Ehemann über Jahre hinweg intensiv gepflegt hatte. Sie hatte Angst davor, dass es ihr genauso ergehen würde wie ihrem Mann und dass sie ebenfalls in ein Pflegeheim müsse. Das wollte sie nicht erleben.

Darüber hinaus litt die Patientin sehr unter den paranoiden Wahnvorstellungen, die sie – insbesondere in den letzten Wochen – sehr verängstigten. Für die Patientin war ihr Leiden unerträglich.

Abgesehen von den bereits ergriffenen palliativen Maßnahmen gab es keine für die Patientin annehmbare Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Die Patientin wollte nicht in ein Pflegeheim. Auch in einem Pflegeheim würden sich Stürze der Patientin nicht verhindern lassen. Für den Einsatz einer Morphinpumpe war die Patientin zu unruhig und misstrauisch.

Ersuchen

Als die Patientin 2004 zum ersten Mal in die Praxis der Ärztin kam, sprach sie allgemein über Sterbehilfe. Anfang 2011 übergab sie der Ärztin eine Patientenverfügung, in der sie nachdrücklich erklärte, Sterbehilfe zu wünschen, wenn sie in die gleiche Situation zu geraten drohe wie ihr Ehemann in der Vergangenheit.

Etwa drei Monate vor ihrem Tod hatte die Patientin der Ärztin zu verstehen gegeben, dass sie Sterbehilfe wünsche, wenn ihr Leiden unerträglich werde. Zu jenem Zeitpunkt empfand sie ihr Leiden noch nicht als unerträglich. Sie verwies erneut auf den Prozess, den ihr Ehemann durchlaufen hatte. So etwas wollte sie auf keinen Fall erleben.

Ungefähr zwei Wochen vor ihrem Tod wurde die Ärztin von den Kindern der Patientin um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Zu jener Zeit hatte die Patientin durch Aussagen wie »dass sie so nicht mehr leben wollte« und »dass sie es nicht mehr aushalte« indirekt erklärt, dass sie sterben wolle. Außerdem verweigerte sie zu einem bestimmten Zeitpunkt die Einnahme ihrer Medikamente, »da sie doch sterben wolle«.

Bezüglich der *Freiwilligkeit* des Ersuchens verwies die Ärztin in erster Linie auf die Gespräche, die sie mehrfach mit der Patientin über deren Sterbehilfewunsch geführt hatte. Der Ärztin zufolge hatte die Patientin ihre Bitte um Sterbehilfe nicht unter Druck oder dem Einfluss von anderen geäußert.

In Bezug auf die Frage, ob die Bitte *nach reiflicher Überlegung* geäußert wurde, erklärte die Ärztin, dass die Patientin in einer Zeit, als sie noch bei klarem Bewusstsein gewesen war, mehrfach über ihren Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen hatte und sich zu jener Zeit über die Konsequenzen ihres Ersuchens und über ihren körperlichen Zustand im Klaren gewesen sei.

In den letzten Wochen war es nicht mehr möglich, ein intensives Gespräch mit der Patientin zu führen. Allerdings hatte die Ärztin am Tag vor dem Tod der Patientin in einem Gespräch mit ihr das Wort »Sterbehilfe« verwendet und den Eindruck gehabt, dass die Patientin begriffen hatte, wovon sie sprach. Die Patientin hatte damals erklärt, dass sie lang genug gelebt und ein schönes Leben gehabt habe. Die Ärztin hatte sich darüber hinaus an den Äußerungen und dem Verhalten der Patientin in den letzten Wochen vor ihrem Tod orientiert. Die Patientin hatte sich ausführlich bei der Ärztin für alles bedankt, was diese für sie getan habe, und sich von Freunden und Familie verabschiedet. Außerdem hatte die Ärztin sich auf die Aussagen des SCEN-Arztes und der Pflegekraft, die die Patientin in den letzten zwei Tagen versorgt hatte, verlassen. Der SCEN-Arzt hatte in den Gesprächen mit der Patientin den Eindruck gewonnen, dass diese einen Sterbewunsch hatte. Die Pflegekraft erachtete den Leidensdruck der Patientin als sehr hoch.

Der SCEN-Arzt besuchte die Patientin zwei Mal. In seinem Bericht kam er uneingeschränkt zu dem Schluss, dass alle gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen

Bei der Beurteilung von Fällen von Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, zieht die Kommission in Betracht, dass bei solchen Patienten auf den Wunsch nach Sterbehilfe mit größerer Behutsamkeit reagiert werden muss. Angesichts der Art der Krankheit können nämlich Zweifel daran bestehen, ob ein Demenzpatient willensfähig ist und ob er seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz kann ein Arzt einem in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegten Ersuchen um Sterbehilfe nachkommen, wenn der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, zuvor aber seine Interessen noch richtig einschätzen konnte. Die Sorgfaltskriterien gelten bei Vorliegen einer Patientenverfügung entsprechend.

Fest steht, dass die Patientin in den Jahren, in denen sie noch bei klarem Bewusstsein war, mehrfach mit der Ärztin über ihren Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen und der Ärztin Anfang 2011 eine Patientenverfügung übergeben hatte. Dabei hatte sie erklärt, Sterbehilfe zu wünschen, wenn die Unterbringung in einem Pflegeheim drohe. Drei Monate vor ihrem Tod hatte die Patientin im Beisein der Ärztin geäußert, Sterbehilfe zu wünschen, wenn ihr Leiden unerträglich werde. Dabei verwies sie auch auf die Krankheit ihres verstorbenen Mannes, der aufgrund seiner Demenzerkrankung in ein Pflegeheim eingewiesen worden war. So etwas wollte sie auf keinen Fall erleben. In den folgenden Monaten hatten Patientin und Ärztin nicht mehr über Sterbehilfe gesprochen.

In den letzten Wochen vor ihrem Tod, nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, konnte die Patientin ihren Sterbehilfewunsch nicht mehr klar formulieren. In dieser

Zeit machte sie auf verschiedene Arten deutlich, dass sie sterben wollte. Der Ärztin zufolge erklärte die Patientin, »dass sie so nicht mehr leben wolle« und »dass sie es nicht mehr aushalte«. Außerdem verweigerte sie die Einnahme von Medikamenten, »weil sie doch sterben wolle«. In den letzten Wochen vor ihrem Tod hatte die Patientin sich ausführlich bei der Ärztin bedankt und sich von Freunden und Familie verabschiedet. Am Abend der Durchführung der Sterbehilfe war die Patientin auffällig ruhig gewesen. Auf die Mitteilung der Ärztin, dass sie ihr nun eine Spritze geben werde, hatte die Patientin erklärt: »Es ist gut so.«

Mit Blick auf die *Freiwilligkeit und die reifliche Überlegung* des Ersuchens erwägt die Kommission, dass die Patientin zwar nicht mehr konkret um Sterbehilfe bitten konnte, dass jedoch aus ihrem Verhalten und ihren Äußerungen bis kurz vor ihrem Tod, wie im Vorstehenden beschrieben, deutlich wurde, dass sie sterben wollte, weil sie Schmerzen hatte, weil sie wusste, dass sie vergesslich war und weil sie nicht in ein Pflegeheim wollte. Die Ärztin konnte glaubhaft machen, dass sie zu der Überzeugung gelangt war, dass der Todeswunsch der Patientin vollkommen im Einklang mit ihrem in der Vergangenheit sowohl mündlich als auch schriftlich geäußerten Wunsch nach Sterbehilfe stand.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin mit Blick auf ihren in einer Patientenverfügung niedergelegten Sterbehilfewunsch *willensfähig* war und dass sie ihre Bitte um Sterbehilfe *freiwillig und nach reiflicher Überlegung* geäußert hatte.

Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

In Bezug auf die Aspekte des *unerträglichen Leidens* und des *aussichtslosen Zustands*, der Information und der Alternativen erwägt die Kommission Folgendes.

Es steht fest, dass die Ärztin auf Empfehlung eines externen Spezialisten noch einige Tage lang versucht hat, die Beschwerden der Patientin mit Hilfe des Mittels Seroquel zu lindern. Die Ärztin war der Auffassung, eventuelle positive Ergebnisse dieser Behandlung nicht länger abwarten zu müssen, da sich der Zustand der Patientin in der letzten Zeit sehr verschlechtert hatte. Die Patientin hatte nicht nur starke Schmerzen, sondern war auch sehr verängstigt und litt sehr unter Panikanfällen. Dazu war sie außerdem sehr unruhig und sturzgefährdet. Zugleich wurde sie stuhlinkontinent.

Die Ärztin hat glaubhaft machen können, dass das Leiden der Patientin unerträglich war. Auch der Konsiliararzt war zu dem Schluss gekommen, das Leiden der Patientin sei nachvollziehbar unerträglich. Die Unterbringung in einem Pflegeheim schien keine reelle Alternative zu sein, da die Patientin auch dort noch sturzgefährdet gewesen wäre und in der Vergangenheit, als sie sich noch klar ausdrücken konnte, mehrfach erklärt hatte, dass die Aufnahme in einem Pflegeheim für sie unerträgliches Leiden bedeuten würde.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass für ihren Zustand keine Aussicht auf Besserung bestand. Die Ärztin hatte die Patientin über ihre Situation und ihre Prognose hinreichend informiert. Sie konnte mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für deren Situation keine andere annehmbare Lösung gab.

b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

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

Keine Aussicht auf Besserung liegt dann vor, wenn eine Krankheit 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 die Aussicht auf Linderung der Symptome als realistisch eingestuft werden kann, hängt davon ab, ob mit einer palliativen oder einer anderen Behandlung eine Besserung erreicht werden kann und davon, welche Belastung diese Behandlung für den

Patienten darstellt. In dieser Bedeutung bezieht sich »ohne Aussicht auf Besserung« auf die Krankheit 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.

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 sowie durch seine Persönlichkeit und seine Lebensgeschichte.

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 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 5 (nicht aufgenommen)

Erfordernis einer medizinischen Begründung des Leidens

Wie aus der Entstehungsgeschichte des Sterbehilfegesetzes hervorgeht, beschreibt der Ausdruck »fertig mit dem Leben« die Situation von in der Regel hochbetagten Menschen, die,

ohne dass sie in medizinischer Hinsicht an einer unbehandelbaren und mit schwerwiegenden Beschwerden einhergehenden Krankheit bzw. Gesundheitsstörung leiden, für sich selbst zu dem Schluss gekommen sind, dass für sie das Leben derart an Wert verloren hat, dass sie lieber sterben als weiterleben möchten. Außerdem wird aus der Entstehungsgeschichte klar, dass das Leiden eine medizinische Dimension aufweisen muss und dass ein Leiden, das sich nur aus einem anderen Kontext als dem medizinischen ergibt, vom Arzt nicht beurteilt werden darf. Ein derartiges Leiden liegt außerhalb des Fachgebiets des Arztes. Die Kommission muss also die Frage ergründen, ob der Arzt zu der Überzeu-

gung gelangen konnte, dass das unerträgliche Leiden und die Aussichtslosigkeit des Zustands auf eine medizinisch erfasste Krankheit oder Gesundheitsstörung zurückging bzw. dass eine medizinische Begründung vorlag. Es muss jedoch keine schwerwiegende (lebensbedrohliche) Krankheit gegeben sein. Eine Kumulation verschiedener Altersbeschwerden kann unerträgliches Leid verursachen und damit einhergehen, dass es keine Aussicht auf Besserung gibt (Fall 7 beschreibt eine solche Situation).

Fall 6 (nicht aufgenommen)

Fall 7 (gekürzt)

Beurteilung: sorgfältig

Zusammenfassung: Das unerträgliche Leiden hat seinen Ursprung in einer Kumulation von Altersbeschwerden; es gibt also eine medizinische Begründung.

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren hatte verschiedenartige Beschwerden, darunter die Verschlechterung des Allgemeinzustands, eine geringe Anstrengungstoleranz und schwere Müdigkeit. Diese Beschwerden waren eine Folge ihres hohen Alters. Die Patientin litt an einer Herzschwäche, derentwegen sie medikamentös behandelt wurde. Außerdem hatte sie Rücken- und Gelenkbeschwerden, die auf Osteoporose zurückgingen. Es war bereits zu mehreren Stürzen gekommen. Die Patientin litt sehr unter einem chronischen Kribbeln in den Händen, trotz Injektionen und einer Operation, der sie sich deswegen bereits unterzogen hatte. Außerdem sah und hörte sie schlecht. Sie wollte keine Behandlung mehr. Sie erklärte, sie habe ein gutes Leben gehabt, sie wolle jedoch nicht noch älter werden und keinen weiteren körperlichen Verfall erleben. Es machte ihr Angst, dass ihr etwas zustoßen könnte, etwa eine Gehirnblutung oder ein Sturz mit Knochenbrüchen, wodurch sie die Kontrolle über ihr Leben verlieren würde. Die Patientin war immer sehr aktiv gewesen und hatte viel Kontakt zu anderen gehabt. Infolge ihrer körperlichen Einschränkungen war sie zu fast nichts mehr in der Lage. Sie wollte nicht von anderen abhängig werden; insbesondere wollte sie nicht in ein Pflegeheim. Für die Patientin war ihr Leiden unerträglich. Sie war nicht niedergeschlagen und hatte durchaus noch Humor. Sie war nicht depressiv. Anfänglich hatte sie sich darauf vorbereitet, Suizid zu begehen. Sie hatte jedoch Angst davor, dass dies nicht gelingen würde. Der Arzt empfand es als menschenunwürdig, die Patientin dies allein ausführen zu lassen.

In ihrer schriftlichen Patientenverfügung beschrieb die Patientin ihren Alltag und legte dar, wie viel Mühe und Anstrengung er sie kostete. Sie fühlte sich unsäglich müde und erklärte, dass sie so nicht weiterleben wolle. Einige Monate vor ihrem Tod hatte die Patientin den Arzt um konkrete Hilfe bei der Selbsttötung gebeten.

Die Kommission bat den Arzt um nähere Auskünfte bezüglich der medizinischen Begründung des Leidens der Patientin sowie in Bezug auf die Begründung der Nachvollziehbarkeit des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands.

Der Arzt gab folgende Erläuterung. Die Patientin sprach bereits seit 2009 von ihrem infolge der Altersbeschwerden empfundenen Leid. Sie hatte bei ihrem Vater miterlebt, wie sich dessen Zustand aufgrund von Altersbeschwerden immer weiter verschlechterte. Das wollte sie nicht durchmachen müssen. Anfänglich versuchte sie, so gut wie möglich mit ihren

Beschwerden zu leben. Sie war nicht niedergeschlagen oder depressiv und versuchte, ihr Leben wie gewohnt weiterzuführen, was ihr aber wegen des körperlichen Verfalls immer weniger gelang. Sie sah und hörte schlecht, und fühlte sich nach der geringsten Anstrengung extrem erschöpft. Sie hatte Angst davor, zu stürzen und dadurch ihre Autonomie zu verlieren. Sie dachte darüber nach, Suizid zu begehen und hatte schon entsprechende Vorbereitungen getroffen. Sie hatte letale Medikamente im Haus, die sie selbst bestellt hatte und deren Wirksamkeit sie hatte testen lassen. Der Arzt wusste von der Absicht der Patientin. Er empfand das Leiden der Patientin als authentisch, ging aber davon aus, dass Sterbehilfe unter diesen Umständen gesetzlich verboten sei. 2011 veröffentlichte die KNMG ein Positionspapier mit dem Titel »Die Rolle des Arztes beim selbstgewählten Lebensende«. Darin wurde erläutert, dass eine Kumulation verschiedener Altersbeschwerden (einschließlich Funktionsverlust), die einen fortschreitenden körperlichen Verfall zur Folge haben, unerträgliches Leiden und einen aussichtslosen Zustand im Sinne des Sterbehilfegesetzes verursachen können. In einem solchen Fall muss allerdings eine medizinische Begründung vorliegen; ein Zustand, der als Krankheit oder als Kombination verschiedener Krankheiten bzw. Beschwerden eingestuft werden kann. Aus dieser Richtlinie leitete der Arzt ab, dass Sterbehilfe im Falle seiner Patientin durchaus zulässig war. Er wollte sicher sein, dass es richtig war, bei der Patientin Sterbehilfe zu leisten. Nach und nach gewann er den Eindruck, dass das Leiden der Patientin, das von zunehmenden körperlichen Beschwerden infolge einer Kombination verschiedener Altersbeschwerden verursacht wurde, für sie unerträglich war. Er hatte noch geprüft, ob es Alternativen gab, die der Patientin das Leben angenehmer machen konnten. Es gab jedoch nichts, was man gegen die Müdigkeit und den drohenden Autonomieverlust hätte tun können.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass das Leiden der Patientin von einer Kombination verschiedener Erkrankungen bedingt wurde, die eine Folge des hohen Alters der Patientin waren und einen zunehmenden körperlichen Verfall verursachten. Diese Altersbeschwerden, darunter schwere Müdigkeit und ein immer schwächer werdendes Herz, Rückgang der Hör- und Sehfähigkeit, sowie die reelle Angst vor Knochenbrüchen infolge eines möglichen Sturzes, fallen in den medizinischen Bereich. Mit Blick auf ihre Lebensgeschichte und ihre eigenen Werte konnte die Patientin infolge des Funktionsverlustes und der zunehmenden Abhängigkeit von anderen ihrem Leben nichts mehr abgewinnen. So zu leben war zu viel für sie. Der Arzt hat der Kommission hinreichend glaubhaft gemacht, dass die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin für ihn nachvollziehbar war. Ein angemessenes Eingreifen war nicht möglich, es gab keine annehmbaren Alternativen mehr.

Demenz

Im vorstehenden 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 sei-

ner Krankheit bereits bewusst erlebt und sich über seine Prognose im Klaren ist, kann ein großer, aktuell empfundener Leidensdruck entstehen. Darüber hinaus führt die reelle Einschätzung der zu erwartenden fortschreitenden Verschlechterung des Zustands zu »Angst vor zukünftigem Leiden«. Die spezifischen Umstände der Situation sind entscheidend dafür, ob das unerträgliche Leiden des Patienten für den Arzt nachvollziehbar ist.

Da beide Aspekte, die *Freiwilligkeit* und die *reifliche Überlegung* des Ersuchens sowie die *Unerträglichkeit des Leidens* und die *Aussichtslosigkeit des Zustands*, im Falle von Demenz in engen Zusammenhang miteinander stehen, ist Fall 4 als Beispiel für eine solche Situation im Abschnitt *Demenz unter a, Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen*, beschrieben.

Psychiatrische Krankheit oder Störung

Dass der Arzt dem Todeswunsch eines Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit oder Störung allgemein mit besonderer Umsicht begegnen 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, erfordert die Frage, ob für den Patienten keine Aussicht auf Besserung besteht und sein Leiden unerträglich ist, die Aufmerksamkeit des Arztes. Die zwei nachfolgend beschriebenen Fälle illustrieren diesen Sachverhalt.

Fall 8 (gekürzt)

Beurteilung: sorgfältig

Zusammenfassung: Die Patientin war bereits seit über dreißig Jahren ohne Erfolg gegen schwere, rezidivierende Depressionen behandelt worden. Der Arzt hat hinreichend glaubhaft gemacht, dass ein unerträgliches Leiden vorlag, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine andere annehmbare Lösung gab.

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt seit über dreißig Jahren immer wieder unter schweren, rezidivierenden Depressionen. In dieser Zeit wurde sie überwiegend ambulant betreut. Sie wurde aber auch einige Male zwecks umfangreicher (medikamentöser) Behandlungen stationär aufgenommen, allerdings mit sehr geringem Erfolg. Die Behandlungen konnten die Patientin nie wirklich und längerfristig von den Depressionen befreien. Neue Behandlungsmöglichkeiten, beispielsweise Elektrokonvulsionstherapie, lehnte die Patientin ab. Aufgrund früherer traumatischer Erfahrungen wollte sie nicht mehr stationär betreut werden. Sie hatte Angst davor, dass sich eine Änderung ihrer Medikation negativ auf ihre Depression auswirken könnte. Auf einige Medikamente hatte sie eine psychotische Reaktion entwickelt. Mehrfach – das letzte Mal einen Monat vor ihrem Tod – hatte sie versucht, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen. Ihr körperlicher Zustand hatte sich in der letzten Zeit verschlechtert. Zwei Wochen vor ihrem Tod hatte die Patientin die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingestellt, um den Tod herbeizuführen. Auf Anraten des Arztes hatte sie davon wieder abgesehen, um bei dem Gespräch mit dem Psychiater bei vollem Bewusstsein zu sein.

Das Leiden der Patientin bestand in erster Linie aus mentalem Leiden infolge der chronischen Depression. Außerdem litt sie unter einem Rückgang der Konzentrationsfähigkeit, der es ihr unmöglich machte, Kunst, Musik und Literatur zu genießen. Darüber hinaus hatte die Patientin den Kontakt mit ihrem sozialen Umfeld verloren. Die Verschlechterung ihres körperlichen Zustands ging einher mit eingeschränkter Mobilität, starker Müdigkeit, Lustlosigkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Handgelenken und dem Verlust der Autonomie. Sie hatte allerdings noch guten Kontakt zu ihrer Familie. Die Patientin konnte und wollte nicht mehr leben.

Für die Patientin war ihr Leiden unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Für die Patientin gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Sie hegte seit Jahren einen Todeswunsch. Einen Monat vor ihrem Tod hatte die Patientin den Arzt darum gebeten, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen.

Auf Ersuchen des Arztes hatte ein unabhängiger Psychiater zwei Wochen vor dem Tod der Patientin Untersuchungen zum Vorhandensein eines psychiatrischen Krankheitsbilds, zu möglichen Behandlungsoptionen, zur Prognose und zur Willensfähigkeit der Patientin mit Blick auf ihre Bitte um Sterbehilfe angestellt. Auf dieser Grundlage kam der Psychiater zu dem Schluss, dass bei der Patientin eine depressive Störung vorlag, die sich als behandlungs-

resistent erwiesen hatte. Er war der Überzeugung, dass die verbleibenden Behandlungsoptionen zu keinem für die Patientin annehmbaren Ergebnis führen würden. Er bezweifelte den Mehrwert einer Zwangseinweisung. Er konnte nicht ausschließen, dass die Bitte der Patientin um Sterbehilfe auf die Depression zurückging. Gleichwohl konnte die Patientin die Konsequenzen ihres Handelns und ihrer Entscheidungen überblicken. Der Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Patientin über ein Krankheitsverständnis und -bewusstsein verfügte und mit Blick auf ihre Bitte um Sterbehilfe willensfähig war.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu. Diese besuchte die Patientin einige Tage vor der Lebensbeendigung. Laut ihrem Bericht, der eine Zusammenfassung der Krankheitsgeschichte und eine Beschreibung des Leidens der Patientin enthielt, war die Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung getroffen worden. Die Patientin hatte einen klaren Todeswunsch. Sie hatte intensiv über ihre Situation und ihren Wunsch nachgedacht. Sie hatte ein realistisches Bild der (nicht vorhandenen) psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten. Die Konsiliarärztin stufte die Patientin als urteilsfähig ein.

Sie war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab.

Sie kam unter anderem aufgrund eines Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

In Bezug auf die Frage, ob der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass für die Patientin *keine Aussicht auf Besserung* bestand und dass es *keine andere annehmbare Lösung* gab, erwägt die Kommission Folgendes. Die Patientin wurde zwei Wochen vor ihrem Tod von einem Psychiater untersucht. Dieser stellte fest, dass die Patientin seit Jahren Antidepressiva nahm, jedoch trotz angemessener Dosierung immer wieder depressiv wurde. Des Weiteren stellte er fest, dass die Patientin eine Änderung der Medikation verweigern würde und dass die Möglichkeit einer Elektrokonvulsion nicht zur Diskussion stand. Dabei merkte er an, dass er angesichts der psychiatrischen Vorgeschichte und der Verschlechterung des körperlichen Zustands nicht davon überzeugt war, dass die verbleibenden Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich einer Zwangseinweisung, zu einem für die Patientin akzeptablen Ergebnis führen würden. Für die Kommission steht ausreichend fest, dass es für die Patientin keine Aussicht auf Besserung gab und dass der Arzt mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der sich die Patientin befand, keine andere annehmbare Lösung gab.

In Bezug auf den Aspekt des *unerträglichen* Leidens erwägt die Kommission Folgendes. Über dreißig Jahre lang war die Patientin (hauptsächlich ambulant) gegen ihre Depressionen behandelt worden, ohne dass dies zum Erfolg geführt hätte. Diese chronische Depression verursachte mentales Leid. Außerdem verschlechterte sich der körperliche Zustand der Patientin; sie litt unter eingeschränkter Mobilität, starker Müdigkeit, Lustlosigkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Handgelenken und dem Verlust der Autonomie. Die Patientin verlor den Kontakt zu ihrem sozialen Umfeld und konnte Aktivitäten, die ihr früher Spaß gemacht hatten, nicht mehr genießen.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war.

Fall 9 (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.

Gerät ein Patient spontan, etwa durch die Verabreichung von Medikamenten zur Schmerz- oder Symptombekämpfung, in einen Zustand verminderten Bewusstseins (kein komatöser Zustand, in dem das Bewusstsein vollständig ausgeschaltet ist), ist nicht ausgeschlossen, dass er (unerträglich) leidet. Der Arzt kann anhand von Reaktionen des Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass dies der Fall ist. Die Glasgow-Koma-Skala kann dabei helfen, das Ausmaß der Bewusstseinsminderung (und des damit möglicherweise verbundenen Leidens) bzw. des Komats zu bestimmen.

Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein

Die von der KNMG im Juni 2010 veröffentlichte Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein zielt auf die sehr spezielle Situation, in der der Arzt kurz davor steht, die Sterbehilfe durchzuführen, und der Patient dann spontan, ggf. unbeabsichtigt infolge der Verabreichung von Medikamenten zur Bekämpfung von Schmerzen oder Atemnot, in einen Zustand verminderten Bewusstseins fällt. Die Konsultation muss dann bereits stattgefunden haben. Ausgehend von der Richtlinie kann der Arzt dann Sterbehilfe leisten, wenn der Patient noch (unerträgliches) Leid empfinden kann, was anhand der Glasgow-Koma-Skala festzustellen ist. Außerdem kann der Arzt Sterbehilfe leisten, wenn der Patient *unbeabsichtigt* infolge der Verabreichung von Medikamenten zur Bekämpfung von Schmerzen oder Atemnot in ein Koma gefallen ist; dieses reversible Koma muss, auch wenn der Patient zu diesem

Zeitpunkt kein Leid empfinden kann, nicht aufgehoben werden, um den Patienten die Unerträglichkeit seines Leidens bestätigen zu lassen. In einer solchen Situation braucht der Arzt 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.

Richtlinie nicht anwendbar Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung

Auch in Situationen, in denen die Richtlinie nicht anwendbar ist, kann 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.

Es ist immerhin möglich, dass sich der Zustand des Patienten plötzlich verschlechtert, wodurch er spontan in einen Zustand verminderten Bewusstseins fällt, und noch kein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen wurde. Ebenso kann es vorkommen, dass sich der Zustand des Patienten plötzlich derart verschlechtert, dass der Arzt Medikamente zur Bekämpfung von Schmerzen und/oder Atemnot verabreichen muss, wodurch der Patient in einen Zustand verminderten Bewusstseins bzw. in ein reversibles Koma versetzt wird, wobei noch kein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen wurde. In beiden Fällen ist die genannte Richtlinie nicht anwendbar. In beiden Fällen kann der Konsiliararzt anhand der schriftlichen Patientenverfügung feststellen, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde. Auf der Grundlage eigener Beobachtungen (Besuch des Patienten), Informationen des Arztes, der Krankenakte und eventuell von Informationen der Angehörigen des Patienten kann sich der Konsiliararzt ein Urteil über das unerträgliche Leiden des Patienten und seinen aussichtslosen Zustand bilden. Auch hier kann die Glasgow-Koma-Skala dabei helfen, das Ausmaß der Bewusstseinsminderung (und des damit möglicherweise verbundenen Leidens) bzw. des Komats zu bestimmen.

Im Falle eines reversiblen Komats wird es in dieser Situation als unmenschlich angesehen, den Patienten aus dem Koma erwachen zu lassen, um ihn im Beisein des Konsiliararztes die Unerträglichkeit seines Leidens bestätigen zu lassen.

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 (siehe Fall 15).

Palliative Sedierung

Die palliative Sedierung wird als normales medizinisches Handeln angesehen, auf das das Sterbehilfegesetz nicht anwendbar ist. 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.⁵ 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 Alternative zu der vom Patienten gewünschten Sterbehilfe darstellt. Dass die Möglichkeit einer palliativen Sedierung gegeben ist, bedeutet also nicht zwangsläufig, dass sich die Bitte um Sterbehilfe erledigt hat.

Es kann auch vorkommen, dass ein Patient um Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen bittet. In einem solchen Fall kommt zunächst palliative Sedierung zum Einsatz und vereinbarungsgemäß wird eine Lebensbeendigung nur dann durchgeführt, wenn bestimmte Umstände eintreten. Diese Umstände können etwa darin bestehen, dass der Eintritt des Todes länger auf sich warten lässt als vom Patienten gewünscht oder der Patient trotz Verminderung des Bewusstseins Anzeichen von Leiden erkennen lässt, was er seinen Angehörigen ersparen möchte oder was seiner Meinung nach im Widerstreit mit seinem Wunsch nach einem menschenwürdigen Tod steht.

Die Kommissionen halten es für ausgesprochen wichtig, dass der Patient dem Arzt vorab ausdrücklich die Umstände darlegt, unter denen er Sterbehilfe wünscht.

c) Patientenaufklärung

Der Arzt hat den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Prognose 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 Diskussionen in den 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 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 derartigen Ablehnung kann es unter anderem eine Rolle spielen, dass bestimmte palliativmedizinische Behandlungen Nebenwirkungen haben, die für den betreffenden Patienten schwer zu ertragen bzw. nicht hinnehmbar sind. Manche Patienten lehnen etwa 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.

Es ist auch möglich, dass bestimmte Formen weiterführender Maßnahmen für den betreffenden Patienten schwer zu ertragen bzw. nicht hinnehmbar sind.

⁵: KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung, 2009.

Der Nutzen der Behandlung wiegt dann für ihn die damit verbundenen Nachteile nicht auf.

Die Ablehnung einer (palliativmedizinischen) Behandlung oder Versorgung muss zwischen Arzt und Patient ausführlich besprochen werden. Vom Arzt wird 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 10 (nicht aufgenommen)

e) Konsultation

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

Es wird verlangt, dass ein vom behandelnden Arzt hinzugezogener Konsiliararzt den Patienten vor der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung sieht und so prüft, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung durchführen wird, im Zusammenhang mit den Sorgfaltskriterien nichts übersehen hat. Der Konsiliararzt nimmt zu den unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien selbständig Stellung und erstattet über sein unabhängig gefälltes Urteil schriftlich Bericht. Gleiches gilt für einen zweiten oder weiteren vom behandelnden Arzt hinzugezogenen Konsiliararzt.

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.

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.

Hierbei 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.

Der Arzt muss dem Urteil des Konsiliararztes großes Gewicht beimessen. Fälschlicherweise wird manchmal angenommen, dass der Arzt für die Durchführung der Sterbehilfe die »Zustimmung« des Konsiliararztes benötigt. Kommt es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Arzt und dem Konsiliararzt, muss letztlich der Arzt die Entscheidung treffen. Schließlich ist es das Handeln des meldenden Arztes, das von den Kommissionen beurteilt wird.

Unabhängigkeit des Konsiliararztes

Ein Konsiliararzt muss sowohl dem Arzt als auch dem Patienten gegenüber unabhängig sein. Auch in der Stellungnahme des Verbandsvorstands der KNMG zur Sterbehilfe aus dem Jahr 2003 (S.15) wird explizit darauf hingewiesen, dass die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Arztes gewährleistet sein muss.

Die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Arzt beinhaltet, 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 hinzugezogen werden kann. Jeglicher Eindruck, die Unabhängigkeit sei nicht gegeben, ist zu vermeiden.

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.

Es kann vorkommen, dass der meldende Arzt und der Konsiliararzt einander kennen, etwa aufgrund privater Kontakte oder weil sie derselben Interventionsgruppe angehören.

Private Verbindungen bedeuten nicht automatisch, dass ein Arzt nicht mehr zu einem unabhängigen Urteil kommen kann; es könnte aber durchaus der Eindruck fehlender Unabhängigkeit entstehen. Bei einer persönlichen Verbindung über eine Interventionsgruppe – eine professionelle Aktivität – hängt es von den in der Interventionsgruppe bestehenden Umständen ab, ob dieser Sachverhalt einer unabhängigen Beurteilung seitens des Konsiliararztes im Wege steht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt der Situation bewusst sind und sich der Kommission gegenüber hierzu äußern.

Mit Blick auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes ist es üblich und darüber hinaus auch ratsam, über die regionale SCEN-Telefonnummer einen Arzt dieser Organisation zu kontaktieren.

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.

Wann muss erneut ein Konsiliararzt hinzugezogen werden?

Im Zusammenhang mit der Konsultation stellt sich die Frage, wie viel Zeit zwischen dem Besuch des Konsiliararztes und der Durchführung der Sterbehilfe liegen darf. Diese Frage lässt sich nicht mit Gewissheit eindeutig beantworten. Auch wenn grundsätzlich eher an einen Zeitraum von einigen Wochen statt einigen Monaten zu denken ist, hängt viel von den Ergebnissen der Konsultation und von nicht vorhersehbaren Entwicklungen etwa in Bezug auf den Zustand des Patienten nach dem Besuch des Konsiliararztes ab. Die folgenden Erläuterungen dienen der Illustration.

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 sind. 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.
- 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 wird.

Kommt der Konsiliararzt zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt sind, und treten anschließend weniger eindeutig vorhersehbare Entwicklungen auf und/oder liegt eine längere Zeit zwischen seinem Besuch beim Patienten und dem Zeitpunkt der geplanten Durchführung der Sterbehilfe, ist grundsätzlich ein zweiter Besuch des Konsiliararztes beim Patienten erforderlich.

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.

Konsultation bei nicht willensfähigen Patienten

Der Arzt muss einen unabhängigen Konsiliararzt hinzuziehen, der zum betreffenden Fall Stellung nehmen muss. Zu diesem Zweck muss der Konsiliararzt den Patienten **sehen** (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz). Die Kommissionen vertreten die Ansicht, dass der Konsiliararzt den Patienten unter »normalen« Umständen nicht nur sehen, sondern auch mit ihm sprechen sollte.

Es gibt jedoch Situationen, in denen der Arzt bei einem Patienten Sterbehilfe leisten will, der nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Dies ist nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz (schriftliche Patientenverfügung) zulässig.

Wenn es dem Konsiliararzt während des Entscheidungsprozesses, den Arzt und Patient gemeinsam durchlaufen, nicht möglich war, den Patienten zu besuchen, wird er mit einem Patienten konfrontiert, mit dem er kaum oder gar nicht kommunizieren kann. Diese Situationen wurden im Vorstehenden bereits erläutert. In den Abschnitten Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung bei Verlust der Willensfähigkeit, Koma und vermindertes Bewusstsein (nicht komatös) und Demenz wird auch auf die Position des Konsiliararztes eingegangen.

Nicht nur im Falle eines verminderten Bewusstseins bzw. Komas, sondern auch in Situationen, in denen ein Patient nur noch nonverbal »kommunizieren« kann, kann die Durchführung von Sterbehilfe durchaus gerechtfertigt sein.

In einer solchen Situation kann der Konsiliararzt nicht mehr mit dem Patienten sprechen. Er kann anhand der schriftlichen Patientenverfügung feststellen, dass der Patient die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Auf der Grundlage dieser Verfügung, der Krankenakte sowie von Informationen des Arztes und eventuell von Informationen der Angehörigen des Patienten kann er feststellen, dass sich dieses schriftliche Sterbehilfeersuchen auf den aktuellen Zustand (unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung) bezieht, in dem sich der Patient – inzwischen – befindet.

Schriftlicher Bericht des Konsiliararztes

Für die Beurteilung der Meldung ist der schriftlich verfasste Bericht des Konsiliararztes von großer Bedeutung. Dieser Bericht, in dem dargelegt wird, in welcher Situation sich der Patient zum Zeitpunkt des Besuchs befand und – soweit dies möglich ist – 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 mit Blick auf seine Unabhängigkeit 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.

SCEN

Im Rahmen des Projekts »Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden« (Steun en Consultatie

bij Euthanasie in Nederland/SCEN) werden Ärzte zu Konsiliarärzten ausgebildet. In der Mehrzahl der Fälle wird ein sogenannter SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen; dieser wird über die regionale SCEN-Telefonnummer kontaktiert. 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. Immer mehr Fachärzte lassen sich zu SCEN-Ärzten ausbilden.

SCEN-Ärzte haben auch eine unterstützende Funktion, beispielsweise indem sie beratend tätig sind. Wenn eine derartige Unterstützung geleistet wird, kann es jedoch unter Umständen zu Problemen kommen, was die Funktion des unabhängigen Konsiliararztes angeht.

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 Regel ein SCEN-Arzt – über die Art der Durchführung der geplanten Sterbehilfe zu beraten.

Den Kommissionen ist 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.

Fälle 11, 12, 13 und 14 (nicht aufgenommen)

Fall 15 (gekürzt)

Beurteilung: sorgfältig

Zusammenfassung: Die Konsiliarärztin hat den Patienten gesehen, jedoch nicht mit ihm gesprochen.

Aufgrund der Schmerzmedikation war der Patient schläfrig und reagierte nicht. Die Konsiliarärztin stellte fest, dass der Patient Schmerzen hatte. Aus der Fremdanamnese geht hervor, dass er einen Tag zuvor noch eindeutig um Sterbehilfe gebeten hatte.

Der schriftlichen Patientenverfügung kommt große Bedeutung zu. Die Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein ist nicht anwendbar.

Ein Patient im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt unter sehr weitreichenden orthopädischen Problemen. Im Sommer 1997 war eine totale Hüftprothese links eingesetzt worden, mit unkompliziertem Verlauf. Acht Jahre später (2005) war eine totale Hüftprothese rechts eingesetzt worden, wobei nach einem Monat eine tiefgehende Infektion in der Prothese festgestellt wurde. Aus diesem Grund verblieb der Patient für fünf Monate im Krankenhaus, wo er Schätzungen zufolge acht Operationen unterzogen wurde. Die Infektion wurde letztlich besiegt, danach war jedoch faktisch kein Hüftgelenk mehr vorhanden. Das Bein war dadurch deutlich verkürzt und kaum belastbar. Der Patient war stark beeinträchtigt, nicht nur infolge der geringen Belastbarkeit und beträchtlichen Verkürzung seines rechten Beins, sondern auch aufgrund kardialer und pulmonaler Probleme. Außerdem lag eine Hemiparese rechts und eine Niereninsuffizienz vor. Es stellte sich heraus, dass Sepsis eine wichtige Ursache der Herzrhythmusstörungen war, mit denen der Patient zu kämpfen hatte. Wegen der immer öfter auftretenden Abszesse wurde er in kurzer Zeit zwei Mal operiert. Trotz Maximalbehandlung blieb der Patient septisch; die Infektionen breiteten sich in seinen Gelenken und in der Lunge aus. Er hätte sich bald einer weiteren Operation unterziehen müssen. Am Tag der geplanten Operation erklärte der Patient jedoch den Pflegekräften, er lehne eine weitere Behandlung ab. Er wollte kein weiteres Mal operiert werden.

Der Patient hatte extreme Schmerzen, selbst bei oberflächlichen Berührungen. Diese Schmerzen waren wegen einer in der Vergangenheit unter Morphin aufgetretenen Atemdepression schwer zu behandeln. Der Patient, der immer ein Kämpfer gewesen war, empfand sein Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Abgesehen von den bereits ergriffenen palliativen Maßnahmen gab es keine für den Patienten annehmbare Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Arzt und Patient waren gemeinsam zu der Überzeugung gelangt, dass es für dessen unerträgliches Leiden und seinen aussichtslosen Zustand keine andere annehmbare Lösung gab.

Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und mehrere andere Fachärzte den Patienten hinreichend über seine Lage und die Prognose informiert haben.

Zwei Tage vor dem Tod des Patienten hatte dieser, nachdem er am selben Tag den Pflegekräften und anschließend einem Kollegen des Arztes mitgeteilt hatte, dass er nicht weiter behandelt werden wolle und Sterbehilfe wünsche, mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen und dabei konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung gebeten. Diese Bitte hat er danach mehrfach wiederholt.

Der Patient hatte seinen Wunsch nach Sterbehilfe mehrmals mit seiner Familie und seinem Hausarzt besprochen und schon einige Jahre zuvor eine schriftliche Patientenverfügung sowie ein Behandlungsverbot formuliert und unterzeichnet, da er seinem Hausarzt zufolge nicht »dahinvegetieren wolle«. Er hatte betont, dass er nicht wolle, dass sich sein Sterben lange hinziehe.

Dem Arzt zufolge wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich der Patient, an dessen Willensfähigkeit auch zum Zeitpunkt der wiederholt geäußerten Bitte keinerlei Zweifel bestand, der Folgen seiner Bitte und seines körperlichen Zustands bewusst.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu. Die Konsiliarärztin besuchte den Patienten einen Tag vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte.

Ihr Bericht enthielt eine Zusammenfassung der Krankheitsgeschichte und eine Beschreibung des Leidens des Patienten. Sie erklärte, dass sie den Patienten gesehen habe, jedoch nicht mehr mit ihm habe sprechen können. Am Tag vor ihrem Besuch war der Patient noch bei klarem Bewusstsein gewesen und hatte seinen Wunsch verständlich und angemessen formulieren können. Zum Zeitpunkt des Besuchs der Konsiliarärztin war er jedoch aufgrund seiner Beschwerden und der Schmerzmedikation in einem schläfrigen Zustand und reagierte nicht mehr auf ihre Fragen. Wenn er berührt wurde, stöhnte er. Die Konsiliarärztin legte dar, dass der Patient trotz guter Schmerzmedikation eindeutig unter Schmerzen litt.

Die Konsiliarärztin hat ausführlich mit den Angehörigen des Patienten gesprochen. Diese erklärten, dass der Patient in den letzten Tagen sehr gelitten und »Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr« gesagt habe. Dies hatte der Patient mehrfach gesagt, sowohl den Angehörigen gegenüber, als auch zu den Pflegekräften, die ihn versorgten. Ihrem Bericht zufolge kam die Konsiliarärztin zu dem Schluss, dass das Leiden des Patienten unerträglich war und keine Aussicht auf Besserung bestand. Obwohl sie nicht mehr selbst mit dem Patienten hatte sprechen können, war aus der schriftlichen Patientenverfügung, der Patientenakte sowie den Gesprächen mit den Ärzten und den Angehörigen des Patienten klar geworden, dass dieser nachdrücklich um Sterbehilfe gebeten hatte und dass diese Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Für die Konsiliarärztin war es sehr gut nachvollziehbar, dass der Patient, der gut über seine sehr schlechte Prognose und die Behandlungsmöglichkeiten informiert war, keine weitere Behandlung wünschte. Aufgrund ihres Besuchs bei dem Patienten, der Patientenakte, den Gesprächen mit den Ärzten und der Familie und der schriftlichen Patientenverfügung kam die Konsiliarärztin uneingeschränkt zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Am Tag der Lebensbeendigung war der Patient nicht mehr ansprechbar. Ihm war viel Morphium verabreicht worden, weshalb es nicht mehr möglich war, den Patienten nochmals zu fragen, ob er noch immer Sterbehilfe wünsche, und ihn die Unerträglichkeit seines Leidens bestätigen zu lassen. Auf der Grundlage der in der Vergangenheit nachdrücklich und wiederholt geäußerten Bitte des Patienten und der von ihm verfassten schriftlichen Patientenverfügung führte der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen durch.

Die Kommission erwägt in Bezug auf die Aspekte der *freiwillig* und *nach reiflicher Überlegung* geäußerten Bitte sowie des *unerträglichen* Leidens, wobei *keine Aussicht auf Besserung* besteht, Folgendes:

Wenn ein Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, zuvor aber – als er noch willensfähig war – in einer schriftlichen Patientenverfügung um Sterbehilfe gebeten hat, kann der Arzt nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz diese Bitte erfüllen.

In diesem Fall hatte der Patient einige Jahre zuvor, in willensfähigem Zustand, eine schriftliche Patientenverfügung sowie ein Behandlungsverbot formuliert und unterzeichnet, und diese mit seinem Hausarzt und seiner Familie besprochen. Dabei hatte er klar dargelegt, unter welchen Umständen er Sterbehilfe wünsche.

Der Patient, der mit mehreren Ärzten Gespräche geführt hatte, hatte ein klares Bild von seiner Situation und seiner schlechten Prognose. Der Arzt, dem der Patient gegenüber seine Bitte um Sterbehilfe mehrfach geäußert hatte, war mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab. Der Arzt konnte denn auch zu der Überzeugung gelangen, dass das Ersuchen des Patienten nicht nur freiwillig, sondern auch nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Die Kommission ist allgemein der Auffassung, dass der Bitte um Sterbehilfe eines Patienten, der in einen Zustand verminderten Bewusstseins gefallen ist, nachgekommen werden kann,

wenn der Patient unerträglich leidet. Wenn angenommen werden kann, dass ein derartiges Leiden vorliegt, darf Sterbehilfe geleistet werden.

Die Kommission merkt an, dass die Verabreichung von Medikamenten zur Schmerz- oder Symptombekämpfung im Zusammenhang mit dem unerträglichen Leiden eines Patienten dazu führen kann, dass dieser in einen Zustand verminderten Bewusstseins bzw. in ein Koma fällt. Den Patienten aus einem solchen (reversiblen) Zustand verminderten Bewusstseins/ Koma erwachen zu lassen, um ihn die Unerträglichkeit seines Leidens bestätigen zu lassen, hält die Kommission für unmenschlich.

In diesem Falle konnte der Arzt, ohne den Patienten aus seinem Zustand verminderten Bewusstseins erwachen zu lassen, zu der Überzeugung gelangen, dass der Patient unerträglich litt.

Hinsichtlich des Aspekts der *Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes* erwägt die Kommission, dass die Grundlage einer sorgfältigen Konsultation im Allgemeinen ein Gespräch des Konsiliararztes mit dem Patienten ist, das vorzugsweise unter vier Augen geführt werden sollte, damit sich der Konsiliararzt ein Urteil über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien bilden kann.

Die Kommission ist der Auffassung, dass der Konsiliararzt, wenn er nicht mehr mit dem Patienten sprechen kann, etwa weil sich dieser – wie im vorliegenden Fall – in einem Zustand verminderten Bewusstseins befindet, den Patienten sehen muss und sich auf anderen Wegen als durch ein Gespräch mit dem Patienten, anhand der Tatsachen und Umstände, ein Urteil über die Sorgfaltskriterien bilden muss.

Im vorliegenden Fall hat die Konsiliarärztin den Patienten besucht und gesehen; es war jedoch nicht mehr möglich, mit dem Patienten zu kommunizieren. Sie konnte allerdings feststellen, dass der Patient trotz einer guten Schmerzmedikation unter Schmerzen litt. Die Konsiliarärztin hat mit den behandelnden Ärzten gesprochen und außerdem umfangreiche Gespräche mit den Angehörigen des Patienten geführt. Auf der Grundlage ihres Besuchs bei dem Patienten, der Patientenakte, den Gesprächen mit den Ärzten und der Familie und der schriftlichen Patientenverfügung kam die Konsiliarärztin uneingeschränkt zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die genannten Gespräche und die übrigen Informationen, die die Konsiliarärztin erhalten hatte, einen Ausgleich dafür boten, dass ein Gespräch mit dem Patienten nicht mehr möglich war, und dass die Konsiliarärztin sich dadurch ein Urteil darüber bilden konnte, ob das Sterbehilfeersuchen des Patienten freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, ob der Patient unerträglich litt und ob keine Aussicht auf Besserung bestand.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Tatsachen und Umstände ist die Kommission der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

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.

Im Falle der Hilfe bei der Selbsttötung übergibt der Arzt dem Patienten das Sterbemittel und dieser nimmt das Mittel selbst ein. Der Arzt muss so lange bei dem Patienten oder in dessen Nähe bleiben, bis der Tod eingetreten ist. So ist

sicherzustellen, dass er unmittelbar eingreifen kann, wenn sich Komplikationen ergeben. Schließlich 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 von einem Dritten verabreichen oder übergeben lassen, ebensowenig darf er das Sterbemittel beim Patienten zurücklassen. Das kann gefährlich sein – für den Patienten, aber auch für andere.

Der Arzt muss das Sterbemittel persönlich und unmittelbar vom Apotheker in Empfang nehmen.

Bei der Prüfung der Frage, ob die Durchführung einer Lebensbeendigung auf Verlangen oder einer Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig geschehen ist, legt die Kommission, was die Methode, die Mittel und ihre Dosierung angeht, grundsätzlich die Empfehlungen⁶ der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) aus dem Jahr 2007 als Leitfaden zugrunde. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte diesen Empfehlungen entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden. In ihren Standards führt die KNMP aus, welche Mittel bei der Lebensbeendigung auf Verlangen verwendet werden sollten.⁻

Wenn ein Arzt ein anderes, nicht als Alternative aufgeführtes Mittel einsetzt oder ein Mittel, von dessen Verwendung abgeraten wird, und dieses Vorgehen nicht begründet, zieht dies eingehendere Fragen seitens der Kommissionen nach sich.

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.

Ein Mittel wie Midazolam kann als Prämedikation verabreicht werden, die dem Einsatz eines Mittels, das für die Herbeiführung eines Komats empfohlen wird, vorausgeht.

Es empfiehlt sich, dass der Arzt vor der Durchführung der Lebensbeendigung mit dem Patienten und den Angehörigen darüber spricht, wie die zu verwendenden Mittel wirken. Es ist wichtig, dass individuelle 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 verschiedenen 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. Es 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. Im Fall 17 verwendete der Arzt bei der Verabreichung des komaauslösenden Mittels eine geringere Dosierung als in den Empfehlungen der KNMP von 2007 beschrieben.

Im Fall 18 hatte sich der Arzt am Protokoll des Krankenhauses orientiert, nach dem das komaauslösende Mittel und das Muskelrelaxans mittels eines Infusionsbeutels gleichzeitig verabreicht werden. Die Kommission argumentierte, dass der Arzt – nicht der Apotheker – die Verantwortung für die sorgfältige Durchführung der Lebensbeendigung und für die Auswahl, die Dosierung und die Verabreichung der Mittel trägt. In diesem Fall sowie in den nachstehend beschriebenen Fällen 16 und 17 kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt 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.

Im August 2012 wurde eine überarbeitete Richtlinie der KNMP und der Ärztekammer KNMG zur Durchführung der Sterbehilfe veröffentlicht.

Die Fälle 16, 17 und 18, die auf der Grundlage der Standards aus dem Jahr 2007 beurteilt wurden, wurden deshalb nicht aufgenommen.

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

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.

Am 10. Oktober 2012 wurde das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung auch im karibischen Teil der Niederlande, also auf den Inseln Bonaire, Saba und St. Eustatius, für anwendbar erklärt. Die Prüfung der Sterbehilfe-Meldungen, die aus dem karibischen Teil der Niederlande eingehen, übernimmt die Kontrollkommission für die Region Groningen, Friesland und Drente.

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. Hierfür steht ein spezieller Musterbericht zur Verfügung, der vom Arzt (im Interesse der Lesbarkeit) nach Möglichkeit in digitaler Form – statt handschriftlich – ausgefüllt wird. Er ist unter www.euthanasiecommissie.nl abrufbar.

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 stellen sie dem betreffenden Arzt – ggf. auch dem Konsiliararzt – noch weitergehende Fragen, die dieser schriftlich beantwortet. Es kann auch vorkommen, dass der Arzt und/oder der Konsiliararzt telefonisch kontaktiert werden. Wenn der Kommission die vom Arzt bzw. Konsiliararzt vorgelegten Informationen nicht ausreichen, kann sie darum bitten, die Meldung bzw. den Konsiliarbericht

mündlich zu erläutern. Dies kann der Arzt vermeiden, indem er in seinem Bericht hinreichende Klarheit bietet. 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 im Prinzip 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. Aus diesem Grund kam es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung der Fälle. Die Kommissionsmitglieder haben 2012 alles darangesetzt, den entstandenen Verzug aufzuholen. Sie gehen davon aus, dass sie Mitte 2013 wieder in der Lage sein werden, die Meldungen innerhalb der gesetzlichen Frist zu bearbeiten. 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 ihres Urteils zunächst 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 10 Fällen kamen die Kommissionen 2012 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 müssen⁷. Die Gesundheitsbehörde entscheidet aufgrund ihrer eigenen Aufgabenstellung und Verantwortung, ob nach der abschließenden Beurteilung der Kommission wei-

tere 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. Seit dem 1. Dezember 2012 hat jedes Mitglied zwei 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. Dort finden die 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. Außerdem besuchen die Mitglieder einer Kommission manchmal – bei Bedarf – eine Interventionsgruppe von SCEN-Ärzten aus »ihrer Region«.

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.

7: 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.)

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

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

Anlage I
Übersicht der Meldungen

Übersicht der Meldungen insgesamt

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 4188 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 3965 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 185 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 38 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 3777 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 171 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 166 Fällen um einen Geriater, in 21 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt und in 53 Fällen um einen Arzt mit einem anderen Hintergrund (etwa einen sog. Basisarzt, einen nicht praktizierenden Arzt oder einen in einem Hospiz tätigen Arzt).

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	3251
Herz- und Gefäßkrankheiten	156
Erkrankungen des Nervensystems	257
Lungenerkrankungen	152
Demenz	42
psychiatrische Erkrankungen	14
sonstige Erkrankungen	144
Mehrfacherkrankungen	172

Orte der Lebensbeendigung

In 3335 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 194 Fällen in einem Krankenhaus, in 139 Fällen in einem Pflegeheim, in 206 Fällen in einem Altersheim, in 250 Fällen in einem Hospiz und in 64 Fällen an anderen Orten (z. B. bei Angehörigen).

Lebensende-Klinik

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 32 Meldungen der Sterbehilfe-Klinik ein.

Bonaire, Saba und St. Eustatius

In diesem Berichtsjahr ging bei den Kommissionen 1 Meldung aus dem karibischen Teil der Niederlande ein.

Zuständigkeit und abschließende Beurteilung

Die Kommissionen kamen in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. In 10 Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

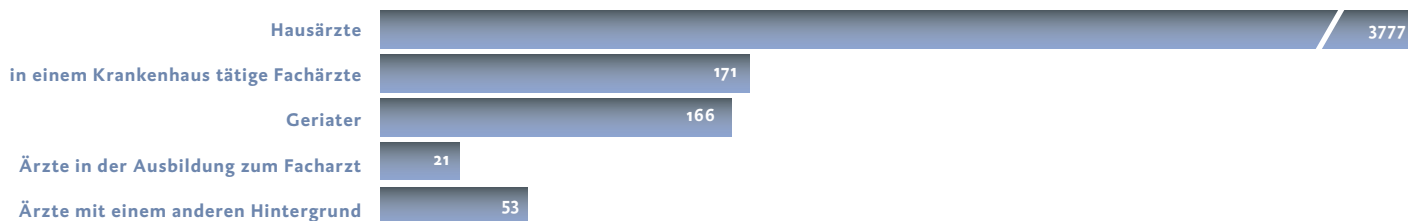
Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 127 Tage.

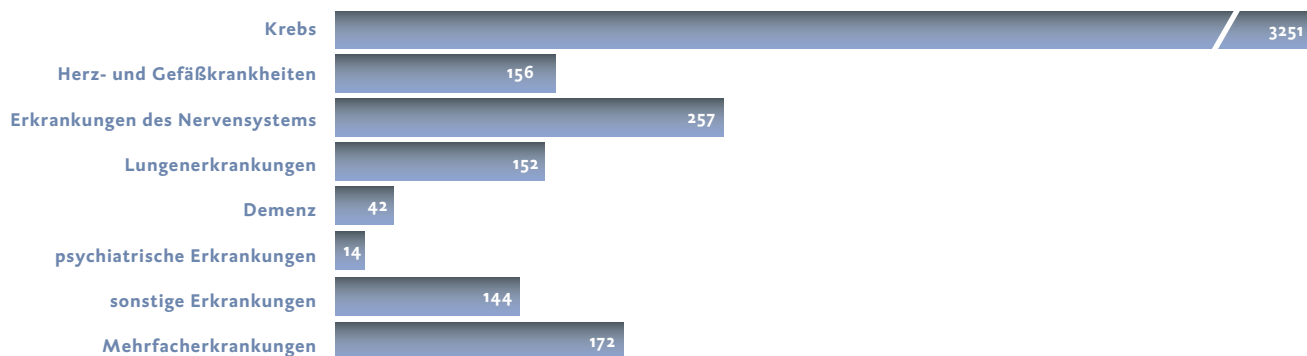
Zahlen 2012, 2011, 2010, 2009 und 2008



Meldende Ärzte 2012



Krankheitsarten 2012



Anlage II

*Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen
und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz)*

Gesetz vom 12. April 2001 über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung und zur Änderung des Strafgesetzbuchs und des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen (Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung)

Wir, Beatrix, von Gottes Gnaden Königin der Niederlande, Prinzessin von Oranien-Nassau usw. –

Allen, die dies lesen oder hören, Unseren Gruß! – fügen hiermit zu wissen:

In der Erwägung, dass es wünschenswert ist, im Strafgesetzbuch einen Strafausschließungsgrund für den Arzt aufzunehmen, der unter Berücksichtigung der gesetzlich zu verankernden

Sorgfaltskriterien Lebensbeendigung auf Verlangen vornimmt oder Hilfe bei der Selbsttötung leistet, und dazu gesetzliche Vorschriften für ein Melde- und Kontrollverfahren zu erlassen, haben Wir, nach Anhörung des Staatsrats und im Einvernehmen mit den Generalstaaten, beschlossen und verordnen wie folgt:

Kapitel I *Begriffsbestimmungen*

Artikel 1

Im Sinne dieses Gesetzes sind:

- a) Unsere Minister: der Minister der Justiz und der Minister für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport;
- b) Hilfe bei der Selbsttötung: die vorsätzliche Unterstützung eines anderen bei der Selbsttötung oder die Verschaffung der dazu erforderlichen Mittel im Sinne des Artikels 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch;
- c) der Arzt: der Arzt, der gemäß der Meldung Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat;
- d) der Konsiliararzt: der Arzt, der in Bezug auf das Vorhaben eines Arztes, Lebensbeendigung auf Verlangen vorzunehmen oder Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten, zu Rate gezogen wurde;
- e) die Behandelnden: Behandelnde im Sinne des Artikels 446 Absatz 1 von Buch 7 des Bürgerlichen Gesetzbuchs;
- f) die Kommission: eine regionale Kontrollkommission im Sinne des Artikels 3;
- g) Regionalinspektor: Regionalinspektor der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen der Staatlichen Aufsicht über die Volksgesundheit.

Kapitel II *Sorgfaltskriterien*

Artikel 2

1. Nach den in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten 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 bestand und der Patient unerträglich litt,
 - c) den Patienten über dessen Situation und über die 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.

2. Wenn ein Patient, der das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat, nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, jedoch vor Eintritt dieses Zustands als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden konnte und eine schriftliche Erklärung abgegeben hat, die eine Bitte um Lebensbeendigung beinhaltet, kann der Arzt dieser Bitte Folge leisten. Die in Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien gelten entsprechend.
3. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen sechzehn und achtzehn Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt einer Bitte des Patienten um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung Folge leisten, nachdem der Elternteil oder die Eltern, der oder die die Gewalt über ihn ausübt oder ausüben, beziehungsweise sein Vormund in die Beschlussfassung einbezogen worden ist beziehungsweise sind.
4. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen zwölf und sechzehn Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt, wenn der Elternteil oder die Eltern, der oder die die Gewalt über ihn ausübt oder ausüben, beziehungsweise sein Vormund mit der Lebensbeendigung oder der Hilfe bei der Selbsttötung einverstanden ist beziehungsweise sind, der Bitte des Patienten Folge leisten. Absatz 2 gilt entsprechend.

Kapitel III *Regionale Kontrollkommissionen für die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung*

Abschnitt 1: Einsetzung, Zusammensetzung und Ernennung

Artikel 3

1. Es gibt regionale Kommissionen für die Kontrolle der Meldungen von Fällen von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung im Sinne des Artikels 293 Absatz 2 beziehungsweise Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch.
2. Eine Kommission besteht aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern, darunter in jedem Fall ein Jurist, der zugleich Vorsitzender ist, ein Arzt und ein Sachkundiger in Ethik- oder Sinnfragen. Zu einer Kommission gehören auch stellvertretende Mitglieder aus jeder der in Satz 1 genannten Kategorien.

Artikel 4

1. Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder werden von Unseren Ministern für die Dauer von sechs Jahren ernannt. Eine Wiederernennung kann einmalig für die Dauer von sechs Jahren erfolgen.
2. Eine Kommission verfügt über einen Sekretär und einen oder mehrere stellvertretende Sekretäre, die alle Juristen sein müssen und von Unseren Ministern ernannt werden. Der Sekretär hat bei den Sitzungen der Kommission eine beratende Stimme.
3. Der Sekretär ist ausschließlich der Kommission Rechenschaft über seine Tätigkeiten schuldig.

Abschnitt 2: Entlassung

Artikel 5

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder können jederzeit auf eigenen Wunsch von Unseren Ministern entlassen werden.

Artikel 6

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder können von Unseren Ministern wegen mangelnder Eignung oder mangelnder Sachkenntnis oder aus anderen schwerwiegenden Gründen entlassen werden.

Abschnitt 3: Aufwandsentschädigung**Artikel 7**

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder erhalten Sitzungsgeld sowie eine Vergütung für die Reise- und Aufenthaltskosten gemäß den bestehenden staatlichen Regelungen, soweit nicht aus anderen Gründen eine Vergütung für diese Kosten aus öffentlichen Kassen geleistet wird.

Abschnitt 4: Aufgaben und Befugnisse**Artikel 8**

1. Die Kommission beurteilt aufgrund der Meldung im Sinne des Artikels 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, die in Artikel 2 genannten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.
2. Die Kommission kann den Arzt ersuchen, seine Meldung schriftlich oder mündlich zu ergänzen, wenn dies für eine angemessene Beurteilung des Handelns des Arztes erforderlich ist.
3. Die Kommission kann beim Leichenbeschauer der Gemeinde, beim Konsiliararzt oder bei den beteiligten Behandelnden Auskünfte einholen, wenn dies für eine angemessene Beurteilung des Handelns des Arztes erforderlich ist.

Artikel 9

1. Die Kommission setzt den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der in Artikel 8 Absatz 1 genannten Meldung schriftlich unter Angabe der Gründe von ihrer Beurteilung in Kenntnis.
2. Die Kommission setzt das Kollegium der Generalstaatsanwälte und den Regionalinspektor von ihrer Beurteilung in Kenntnis,
 - a) wenn der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht die in Artikel 2 genannten Sorgfaltskriterien eingehalten hat oder
 - b) wenn sich eine Situation im Sinne des Artikels 12 letzter Satz des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen ergibt.
Die Kommission setzt den Arzt hiervon in Kenntnis.
3. Die in Absatz 1 genannte Frist kann einmalig um höchstens sechs Wochen verlängert werden. Die Kommission setzt den Arzt hiervon in Kenntnis.
4. Die Kommission ist befugt, die von ihr abgegebene Beurteilung dem Arzt gegenüber mündlich zu erläutern. Diese mündliche Erläuterung kann auf Ersuchen der Kommission oder auf Ersuchen des Arztes stattfinden.

Artikel 10

Die Kommission ist verpflichtet, der Staatsanwaltschaft auf deren Ersuchen hin alle Informationen zu erteilen, die diese benötigt

- 1° für die Beurteilung des Handelns des Arztes in Fällen des Artikels 9 Absatz 2 oder
- 2° für ein Ermittlungsverfahren.

Die Kommission setzt den Arzt von der Erteilung von Informationen an die Staatsanwaltschaft in Kenntnis.

Abschnitt 6: Vorgehensweise

Artikel 11

Die Kommission sorgt für die Registrierung der zur Beurteilung gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung. Durch Ministerialverordnung Unserer Minister können hierzu nähere Vorschriften erlassen werden.

Artikel 12

1. Eine Beurteilung wird durch einfache Mehrheit der Stimmen festgestellt.
2. Eine Beurteilung kann von der Kommission nur dann festgestellt werden, wenn alle Mitglieder der Kommission an der Abstimmung teilgenommen haben.

Artikel 13

Die Vorsitzenden der regionalen Kontrollkommissionen beraten mindestens zweimal pro Jahr miteinander über die Arbeitsweise und das Funktionieren der Kommissionen. Zu den Beratungen werden ein Vertreter des Kollegiums der Generalstaatsanwälte und ein Vertreter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen der Staatlichen Aufsicht über die Volksgesundheit eingeladen.

Abschnitt 7: Geheimhaltung und Stimmhaltung

Artikel 14

Die Mitglieder und die stellvertretenden Mitglieder der Kommission sind zur Geheimhaltung der Informationen, von denen sie bei ihren Tätigkeiten Kenntnis erlangen, verpflichtet, es sei denn, dass eine gesetzliche Vorschrift sie zur Mitteilung verpflichtet oder dass sich die Notwendigkeit zur Mitteilung aus ihrer Aufgabe ergibt.

Artikel 15

Ein Mitglied der Kommission, das bei der Behandlung eines Falls Sitz in der Kommission hat, enthält sich und kann abgelehnt werden, wenn Tatsachen oder Umstände gegeben sind, durch die die Unparteilichkeit seines Urteils beeinträchtigt werden könnte.

Artikel 16

Ein Mitglied, ein stellvertretendes Mitglied und der Sekretär der Kommission enthalten sich der Abgabe eines Urteils über das Vorhaben eines Arztes, Lebensbeendigung auf Verlangen vorzunehmen oder Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten.

Abschnitt 8: Berichterstattung

Artikel 17

1. Die Kommissionen legen Unseren Ministern jährlich vor dem 1. April einen gemeinsamen Tätigkeitsbericht über das vergangene Kalenderjahr vor. Unsere Minister setzen hierfür durch Ministerialverordnung ein Muster fest.
2. Der Tätigkeitsbericht im Sinne des Absatzes 1 enthält in jedem Fall:
 - a) die Zahl der gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung, zu denen die Kommission eine Beurteilung abgegeben hat;
 - b) die Art dieser Fälle;
 - c) die Beurteilungen und die zugehörigen Erwägungen.

Artikel 18

Unsere Minister erstatten jährlich anlässlich der Einreichung des Haushalts den Generalstaaten Bericht über das Funktionieren der Kommissionen auf der Grundlage des Tätigkeitsberichts im Sinne des Artikels 17 Absatz 1.

Artikel 19

1. Auf Vorschlag Unserer Minister werden durch Rechtsverordnung in Bezug auf die Kommissionen Vorschriften erlassen über
 - a) ihre Zahl und ihre örtliche Zuständigkeit;
 - b) ihren Sitz.

2. Durch oder kraft Rechtsverordnung können Unsere Minister in Bezug auf die Kommissionen nähere Vorschriften erlassen über
 - a) ihren Umfang und ihre Zusammensetzung;
 - b) ihre Arbeitsweise und ihre Berichterstattung.

Kapitel IIIa Bonaire, Sint Eustatius und Saba**[Tritt zum 10.10.2012 in Kraft]****Artikel 19a [Tritt zum 10.10.2012 in Kraft]**

Dieses Gesetz gilt auch in den öffentlich-rechtlichen Körperschaften Bonaire, Sint Eustatius und Saba unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieses Kapitels.

Artikel 19b [Tritt zum 10.10.2012 in Kraft]

1. Für die Anwendung von
 - Artikel 1 Buchstabe b ist die Wortfolge »Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch« zu ersetzen durch: Artikel 307 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch von Bonaire, Sint Eustatius und Saba.
 - Artikel 1 Buchstabe f ist die Wortfolge »eine regionale Kontrollkommission im Sinne des Artikels 3« zu ersetzen durch: eine Kommission im Sinne des Artikels 19c.
 - Artikel 2 Absatz 1 Einleitung ist die Wortfolge »Artikel 293 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch« zu ersetzen durch: Artikel 306 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch von Bonaire, Sint Eustatius und Saba.
 - Artikel 8 Absatz 1 ist die Wortfolge »Artikel 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen« zu ersetzen durch: Artikel 1 Absatz 3 Gesetz über Totenscheine von Bonaire, Sint Eustatius und Saba.
 - Artikel 8 Absatz 3 entfällt: oder bei den beteiligten Behandelnden.
 - Artikel 9 Absatz 2 Einleitung ist die Wortfolge »das Kollegium der Generalstaatsanwälte« zu ersetzen durch: den Generalstaatsanwalt.
2. Artikel 1 Buchstabe e ist nicht anwendbar.

Artikel 19c [Tritt zum 10.10.2012 in Kraft]

Abweichend von Artikel 3 Absatz 1 gibt es eine von Unseren Ministern zu beauftragende Kommission, die befugt ist, Meldungen von Fällen von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung im Sinne des Artikels 306 Absatz 2 beziehungsweise im Sinne des Artikels 307 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch von Bonaire, Sint Eustatius und Saba zu kontrollieren.

Artikel 19d [Tritt zum 10.10.2012 in Kraft]

An den Beratungen nach Artikel 13 wird der Vorsitzende der Kommission im Sinne des Artikels 19c beteiligt. Außerdem werden der Generalstaatsanwalt oder ein von ihm zu benennender Vertreter sowie ein Vertreter der Gesundheitsinspektion beteiligt.

Kapitel IV *Änderungen in anderen Gesetzen*

Artikel 20

[Ändert das Strafgesetzbuch.]

Artikel 21

[Ändert das Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen.]

Artikel 22

[Ändert das Allgemeine Verwaltungsrechtsgesetz.]

Kapitel V *Schlussbestimmungen*

Artikel 23

Dieses Gesetz tritt zu einem durch Königlichen Erlass festzulegenden Zeitpunkt in Kraft.

Artikel 24

Auf dieses Gesetz wird Bezug genommen als: Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung.

Wir ordnen an, dass dieses Gesetz im Staatsblatt veröffentlicht wird und dass alle zuständigen Ministerien, Behörden, Gremien und Beamten für eine ordnungsgemäße Durchführung sorgen.

Gegeben zu Den Haag, 12. April 2001

Beatrix

Der Minister der Justiz

A. H. Korthals

Die Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

E. Borst-Eilers