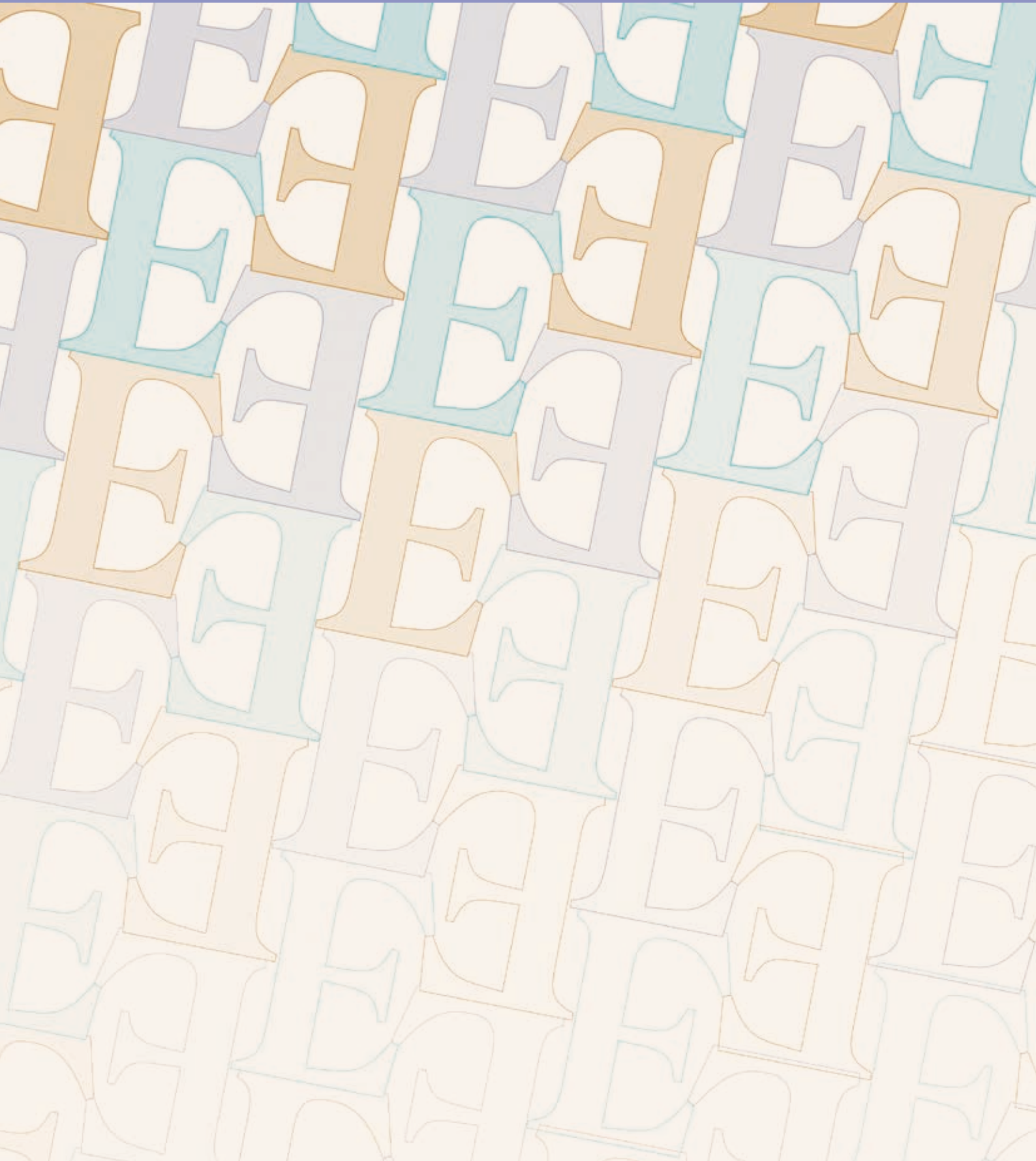


REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

JAHRESBERICHT 2014



INHALT

VORWORT

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2014

Praxisleitfaden	6
Meldungen	7
Zahl der Meldungen	8
Psychiatrische Erkrankungen	8
Demenz	10
Arbeitsweise der Kommissionen, Entwicklungen	10
Keine Fragen aufwerfende Meldungen	10
Harmonisierung	11
Integration der RTE-Sekretariate in ESTT	11
Sonstige Entwicklungen	12
Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung	12
Organspenden nach Sterbehilfe	12
Musterberichts digital ausfüllen	13

KAPITEL II ÜBERSICHT DER MELDUNGEN

Übersicht der 2014 eingegangenen Meldungen	14
Zahl der Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung, nach Regionen gegliedert	15

KAPITEL III KASUISTIK

Sorgfaltskriterien	16
Auswahl der Fälle	17
Keine Fragen aufwerfende Meldungen	17
Fall 2014-12	17
Fall 2014-16	19
Mit einer Begründung versehener Bericht	20
Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	20
Fall 2014-25	20
Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	22
Fall 2014-36	22
Aufklärung	24
Keine andere annehmbare Lösung	24
Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	25
Fall 2014-47	25
Medizinisch fachgerechte Durchführung	29
Psychiatrische Erkrankungen	29
Fall 2014-01	29
Fall 2014-70	32
Fall 2014-72	34
Demenz	36
Fall 2014-35	36

KAPITEL IV ÜBER DIE REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE

Gesetzlicher Rahmen	40
Rolle der Kommissionen	40
Gesetzliche Aufgaben, Befugnisse und Arbeitsweise	40
Zusammensetzung und Organisation der Kontrollkommissionen	42
Harmonisierung	42
Transparenz und Aufklärung	43

ANHANG I

Nicht aufgenommen

ANHANG II

Relevante Rechtsvorschriften

I Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz)	45
II Strafgesetzbuch	50
III Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen	51

VORWORT

Verehrte Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2014 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 Aufbau dieses Jahresberichts weicht von dem ab, was Sie bislang gewöhnt waren.

Im April 2015 haben die Kontrollkommissionen einen sog. Praxisleitfaden (Code of Practice) veröffentlicht. Der Praxisleitfaden bietet eine Übersicht über die Grundzüge der Aspekte, die die Kommissionen mit Blick auf die gesetzlich niedergelegten Sorgfaltskriterien für relevant erachten. Er ist als eine Zusammenfassung der Erwägungen zu betrachten, die die Kommissionen in den vergangenen Jahren im Rahmen der veröffentlichten Beurteilungen und Jahresberichte getroffen haben.

Die Kontrollkommissionen überprüfen das Handeln des meldenden Arztes nach dem Sterbehilfegesetz, dessen Gesetzesgeschichte und der einschlägigen Rechtsprechung; dabei berücksichtigen sie auch ihre eigenen früheren Beurteilungen sowie die in Anhang I der Jahresberichte genannten Entscheidungen der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Bislang enthielt der Jahresbericht eine ausführliche Erläuterung der Art und Weise, wie die Kontrollkommissionen die im Sterbehilfegesetz verankerten Sorgfaltskriterien interpretieren und anwenden; als Grundlage hierfür dienten ihre »Jurisprudenz« und die darin formulierten Abwägungen.

Das ist nun nicht mehr der Fall.

Nach der Beschreibung der relevanten Entwicklungen in Kapitel I und der Übersicht der 2014 eingegangenen – in ihrer Anzahl (5306) um 10 % angestiegenen – Meldungen in Kapitel II enthält Kapitel III, das der Kasuistik gewidmet ist, keine näheren Erläuterungen mehr. In den Fallbeschreibungen wird dargelegt, welches Sorgfaltskriterium mit dem betreffenden Fall illustriert wird, welche Probleme die Kommission jeweils gesehen hat und – selbstverständlich – zu welchem Urteil die Kommission letztlich gekommen ist. Alle im Rahmen von Fallbeispielen beschriebenen Beurteilungen wurden vollständig auf der Website veröffentlicht.

Daher wird bei den verschiedenen Fällen jetzt auf die einschlägigen Erläuterungen in den entsprechenden Abschnitten des Praxisleitfadens verwiesen, der auch in digitaler Form auf der Website der Kommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) eingesehen werden kann.

Auf der Website werden die Beurteilungen, die für die Entwicklung von Normen von Bedeutung sind, veröffentlicht. Grundsätzlich werden alle Beurteilungen veröffentlicht, in denen eine Kommission zu dem Schluss kam, dass der Arzt *nicht* im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

2014 war dies bei vier Meldungen der Fall, deren Beurteilungen wie üblich auch als Fallbeispiel im Jahresbericht beschrieben werden.

Meldungen über komplexere Fälle, etwa bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung oder in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, werden fast immer erst den

Mitgliedern aller Kommissionen vorgelegt, bevor die zuständige Kommission ein definitives Urteil abgibt. Die daraufhin häufig sehr lebhaft geführten internen Diskussionen dienen der Harmonisierung der Beurteilungen – unter Beachtung des Grundsatzes, dass jede Meldung grundsätzlich vor dem Hintergrund der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles zu beurteilen ist, sind die Kommissionen stets bestrebt, Einheitlichkeit zu schaffen.

Durch die Herausgabe des Praxisleitfadens sowie die Veröffentlichung von Beurteilungen und Jahresberichten auf der Website wollen die Kommissionen Klarheit darüber schaffen, was nach dem Sterbehilfegesetz möglich ist und was nicht. Damit richten sie sich an Ärzte, Konsiliarärzte, Patienten mit Sterbewunsch und andere Interessierte.

Mit der Ärztekammer KNMG, die ebenfalls um Klarheit bemüht ist, haben die Kontrollkommissionen in diesem Berichtsjahr mehrere konstruktive Gespräche geführt. Diese Zusammenkünfte, die von einer offenen Atmosphäre und der Bereitschaft zur Kooperation geprägt waren, wurden von den Kommissionsmitgliedern sehr geschätzt.

Abgesehen von den vorgenannten inhaltlichen Tätigkeiten haben die Kommissionen 2014 die Zeit und Energie in die Verwaltungsreorganisation, die Integration der Kommissionssekretariate in die neu gegründete Einheit Disziplinarausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate (ESTT), investiert.

Das Berichtsjahr 2014 war für die Kommissionen ein inspirierendes und – wieder einmal – ereignisreiches Jahr.

Ich möchte den Mitgliedern, der Generalsekretärin, den Sekretären und den Sekretariatsmitarbeitern der Kontrollkommissionen meinen Dank für ihr großes Engagement aussprechen. Mein besonderer Dank gilt dabei den Mitgliedern des Begleitausschusses Praxisleitfaden!

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).

Willie Swildens-Rozendaal
Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Den Haag, August 2015

ENTWICKLUNGEN 2014

PRAXISLEITFADEN

Die gemeinsamen Jahresberichte der Kontrollkommissionen und die auf ihrer Website veröffentlichten Beurteilungen bieten Einblicke in die Interpretation und Anwendung der Sorgfaltskriterien nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) durch die Kommissionen. Im Rahmen der zweiten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes (2012) wurde die Empfehlung ausgesprochen, in Ergänzung hierzu diese Informationen durch die Erstellung eines Praxisleitfadens besser zugänglich zu machen. Diese Empfehlung wurde von verschiedenen, mit dieser Thematik befassen gesellschaftlichen Organisationen – darunter die KNMG – unterstützt. Die Gesundheitsministerin und der Justizminister haben dem Abgeordnetenhaus mitgeteilt, dass sie die Erstellung eines Praxisleitfadens für wünschenswert halten.

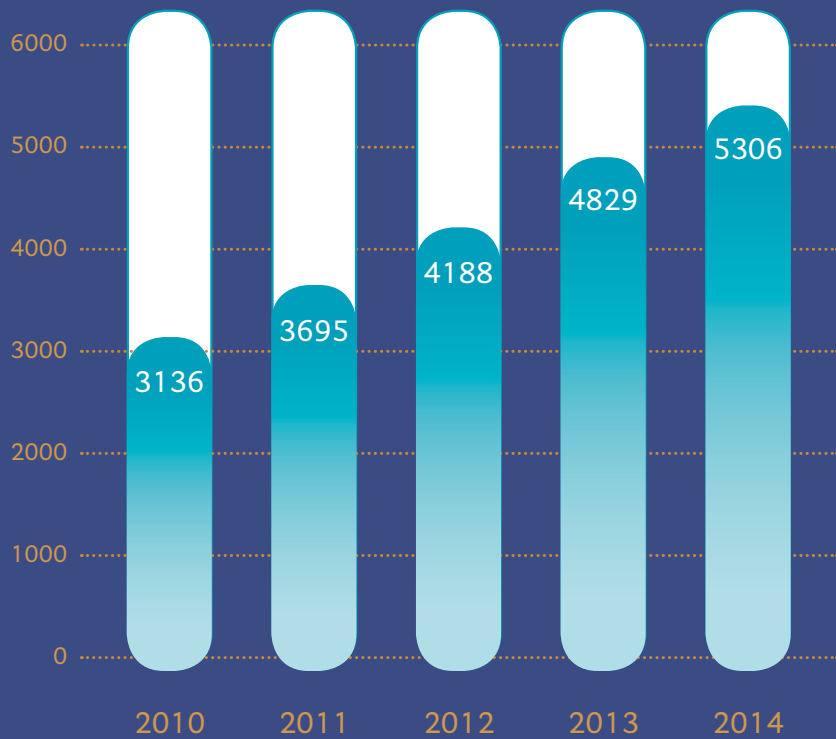
Prof. Dr. Johan Legemaate, Professor für Gesundheitsrecht an der Universität/ Universitätsklinik von Amsterdam hat sich bereit erklärt, den Kommissionen bei der Formulierung eines solchen Leitfadens behilflich zu sein. Dabei wurde er von einem Begleitausschuss unterstützt, dem die Kommissionsmitglieder Prof. Sjef Gevers (Vorsitzender), Dr. Eduard Veldhuis (Arzt) und Prof. Dr. Anne Ruth Mackor (Ethikerin) sowie die Generalsekretärin Nicole Visée angehörten. Der von ihnen erarbeitete Entwurf wurde allen Mitgliedern und Sekretären der Kommissionen zur Stellungnahme vorgelegt. Das erste Exemplar überreichte die koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen, Willie Swildens-Rozendaal, am 23. April 2015 auf dem KNMG-Symposium »Das Puzzle des SCEN-Arzt« im Domus Medica in Utrecht dem Präsidenten der KNMG, Herrn Prof. Dr. van der Gaag.

Der Praxisleitfaden bietet eine Übersicht über die Grundzüge der Aspekte und Erwägungen, die die Kommissionen mit Blick auf die gesetzlich niedergelegten Sorgfaltskriterien für relevant erachten. Dabei ging es nicht darum, jede denkbare Situation zu beschreiben, vielmehr ist der Leitfaden als eine Darstellung der Erwägungen zu verstehen, die die Kommissionen in den vergangenen Jahren in den veröffentlichten Beurteilungen und Jahresberichten formuliert haben. So konzentriert er sich denn auch auf diese Erwägungen und nicht auf Fallbeispiele.

Der Praxisleitfaden ist in erster Linie für Sterbehilfe leistende Ärzte sowie für Konsiliarärzte relevant, kann aber auch für Patienten mit Sterbewunsch und andere Interessierte nützlich sein, die sich mit dem Thema befassen. Er bietet ihnen Einblick in die Bedingungen, die für das Leisten von Sterbehilfe erfüllt sein müssen, und damit ein klares Bild des zu durchlaufenden Verfahrens. Alle Beteiligten müssen möglichst genau wissen, wie die Kontrollkommissionen das Sterbehilfegesetz anwenden.

Der Praxisleitfaden ist auf der Website der Kommissionen abrufbar.¹

¹ www.euthanasiecommissie.nl.



ZAHL DER MELDUNGEN

MELDUNGEN

Zahl der Meldungen

2014 gingen bei den Kommissionen 5306 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung ein. Damit ist die Zahl der eingegangenen Meldungen 2014 erneut angestiegen: gegenüber dem Jahr 2013 (4829) um 10 %. Eine detaillierte – sowohl landesweite als auch nach Regionen gegliederte – Übersicht über diese Meldungen enthält Kapitel II. Die Kommissionen haben alle Fälle mit Blick auf die Frage geprüft, ob der durchführende Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) gehandelt hat. In 4 Fällen, also bei weniger als 0,1 % aller Meldungen, kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien eingehalten hatte. Diese Beurteilungen werden in Kapitel III als Fallbeispiele dargelegt. In allen übrigen Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass allen Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Einige dieser Beurteilungen, die sich auf komplex gelagerte Fälle beziehen, werden ebenfalls in Kapitel III behandelt. Kapitel IV bietet eine Übersicht über die Tätigkeiten der Kontrollkommissionen.

Psychiatrische Erkrankungen

In 41 der gemeldeten Fälle ging das Leiden des Patienten auf eine psychiatrische Erkrankung zurück. In den Jahren 2012 und 2013 war dies bei 14 bzw. 42 Meldungen der Fall. Es kann also festgehalten werden, dass sich der zuvor festgestellte Anstieg solcher Meldungen 2014 nicht fortgesetzt hat. Von den 41 in diesem Berichtsjahr eingegangenen Meldungen haben die Kommissionen 36 noch im Jahr 2014 beurteilt; außerdem wurden noch 14 Meldungen aus dem Jahr 2013 beurteilt. Insgesamt wurden 2014 also 50 solcher Meldungen bearbeitet. In einem Fall kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte (*siehe Fall 2014-01*). In allen anderen Meldungen urteilten die Kommissionen, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt worden waren. Bei den 50 bearbeiteten Meldungen handelte es sich in 20 Fällen bei dem meldenden Arzt um einen Psychiater und in 30 Fällen um einen Hausarzt, einen Facharzt, einen Geriater oder einen anderen Arzt. In 19 Fällen war der Arzt für die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) tätig.

2014 stieß der Anstieg der Sterbehilfefälle bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung auf großes Interesse. Im Februar veröffentlichte die KNMG ein Informationsblatt zur Sterbehilfe bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung (»Euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening«). Fragen von Abgeordneten aufgreifend erklärte die Gesundheitsministerin, sie wolle sich dafür einsetzen, dass die Beurteilungen der Kommissionen von Fällen mit psychiatrischem Hintergrund auf der Website veröffentlicht werden².

Angesichts des anhaltenden Interesses in der Gesellschaft für die Thematik wurde eine große Zahl von Beurteilungen – in anonymisierter Form und mit einer kurzen Zusammenfassung versehen – auf der Website der Kommissionen³ veröffentlicht. 2014 wurden vorrangig alle im Jahr 2013 bearbeiteten Meldungen auf der Website veröffentlicht⁴.

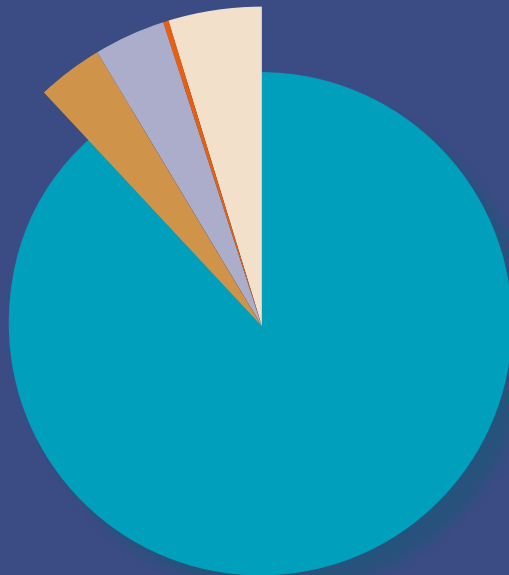
Außerdem fand am 4. Juni 2014 ein Rundtischgespräch zum Thema »Sterbehilfe und Psychiatrie« statt⁵.

2 Parlamentsdrucksachen II, 2013/14, 32647, 20.

3 Siehe Fußnote 1.

4 Siehe Fußnote 1.

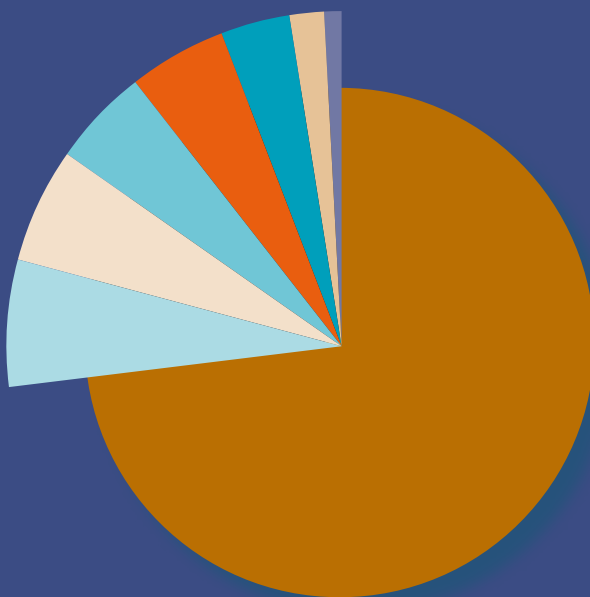
5 Parlamentsdrucksachen II, 2013/14, 32647, 28



MELDENDE ÄRZTE 2014

● Hausärzte	4678
● in einem Krankenhaus tätige Fachärzte	175
● Geriater	191
● Ärzte in der Ausbildung zum Facharzt	25
● Ärzte mit einem anderen Hintergrund (etwa einen sog. Basisarzt oder einen nicht praktizierenden Arzt)	237

Lebensende-Klinik 227



ERKRANKUNGEN 2014

● Krebs	3888
● Erkrankungen des Nervensystems	317
● Andere	291
● Kumulation von Altersbeschwerden	257
● Herz- und Gefäßkrankheiten	247
● Lungenerkrankungen	184
● Demenz	81
● Psychiatrische Erkrankungen	41

In den Ausschussberatungen zwischen der Regierung und dem Abgeordnetenhaus vom November 2014 hat die Gesundheitsministerin den Wunsch geäußert, die Richtlinie des Niederländischen Verbands für Psychiatrie (NVvP) solle auf alle Ärzte für anwendbar erklärt und psychiatrische Fachkenntnis in den Kontrollkommissionen verankert werden.

Die Kontrollkommissionen haben im Frühjahr 2015 im Zuge einer Vakanz einen Psychiater als Mitglied in die Kommissionen berufen.

Auf ihrem jährlichen Thementag am 3. April 2014, zu dem auch externe Sachverständige eingeladen waren, haben sich die Kommissionen ausführlich mit dem Thema »Sterbehilfe und Psychiatrie« beschäftigt.

In Kapitel III werden anhand von drei Fällen Meldungen beschrieben, bei denen das Leiden der Patienten auf eine psychiatrische Problematik zurückging: *Fälle 2014-1, 2014-70 und 2014-72*. Im *Fall 2014-37* hatte neben der Somatik auch der psychiatrische Kontext Einfluss auf das Leiden des Patienten.

Demenz

In 81 der 2014 bei den Kommissionen gemeldeten Fälle handelte es sich bei der Krankheit, auf die das Leiden des Patienten zurückzuführen war, um eine Demenz-Erkrankung. 2013 war dies bei 97 Meldungen der Fall. In den allermeisten Fällen handelte es sich um Patienten, die sich im Anfangsstadium der Demenz befanden, die sich also über ihre Krankheit und die Symptome, wie den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, noch im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte (noch) überblicken konnten. In 14 Fällen handelte es sich beim meldenden Arzt um einen SLK-Arzt. Alle 81 Demenz-Fälle wurden von den Kommissionen als »sorgfältig« beurteilt. Zusätzlich zu diesen 81 Fällen lag bei 12 weiteren Meldungen zusätzlich zur Demenz noch eine weitere Erkrankung vor, z. B. Krebs oder Morbus Parkinson. Auch in diesen Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. In Kapitel III werden zwei derartige Fälle beschrieben (*Fälle 2014-3 und 2014-35*).

ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN, ENTWICKLUNGEN

Keine Fragen aufwerfenden Meldungen

2014 handelte es sich bei 80 % aller gemeldeten Fälle um Meldungen, die keine Fragen aufwarfen.

Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wenn der Sekretär der Kommission zu der Einschätzung gelangt, dass die erteilten Informationen vollständig sind und es sehr wahrscheinlich ist, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, sodass die Kommission diese Meldung auf elektronischem Wege beurteilen kann. Die so eingestuften Fälle konnten fast alle von der Kommission digital bearbeitet und beurteilt und damit – ohne Verzögerung – erledigt werden. Siehe beispielsweise die *Fälle 2014-12 und 2014-16*. Einige wenige als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldungen wurden im nachhinein doch noch als »Fragen aufwerfend« umklassifiziert und im Rahmen der Kommissionssitzung besprochen.

Die übrigen 20 % der eingegangenen Meldungen, die Fragen aufwarfen und daher mündlich besprochen werden mussten, wurden im Rahmen der monatlichen Kommissionssitzungen beurteilt.

Dank der 2012 eingeführten neuen Arbeitsweise sowie der Aufstockung der Zahl der Kommissionsmitglieder und der Sekretariatsmitarbeiter konnten die in den Jahren 2013 und 2014 entstandenen Rückstände bei der Bearbeitung von Meldungen aufgeholt werden. Inzwischen vergehen zwischen dem Eingang der Meldung und dem Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt im Durchschnitt 47 Tage⁷.

Bei den Kontrollkommissionen sind 2014 keine Beschwerden über die Bearbeitung von Meldungen eingegangen. Wie bereits im letzten Jahresbericht erwähnt, haben die Kommissionen den Beschluss gefasst, einen unabhängigen Beschwerdeausschuss einzurichten. Aktuell wird letzte Hand an eine Beschwerderegulierung gelegt, in der das einschlägige Verfahren sowie die Zuständigkeiten und die Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses konkretisiert werden. Diese Regelung wird voraussichtlich in diesem Herbst durch Einstellung auf der Website der Kontrollkommissionen veröffentlicht.

Harmonisierung

2014 haben die Kommissionen, wenn sie bei der Prüfung einer Meldung zu dem Schluss neigten, dass der Arzt *nicht* im Einklang mit einem oder mehreren Sorgfaltskriterien gehandelt hat, den Entwurf ihrer Beurteilung einschließlich der zugehörigen Unterlagen immer – in digitaler Form – allen Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Kommissionen zur Stellungnahme vorgelegt. Außerdem wurden Beurteilungsentwürfe verschiedener Meldungen, die sich auf komplex gelagerte Fälle bezogen, bei denen die zuständige Kommission zu dem Schluss gekommen war, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien *eingehalten* hatte, ebenfalls allen Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Kommissionen vorgelegt. In all diesen Fällen war es der betreffenden Kommission ein Bedürfnis, die Meinung der anderen Kommissionsmitglieder zu ihrer Einschätzung und ihren Erwägungen einzuholen. Dieser interne Austausch von Argumenten und Abwägungen hat sich in der Praxis als wertvolles Instrument für die Harmonisierung der Beurteilungen erwiesen. So wird innerhalb der Kommissionen die Einheitlichkeit der Entscheidungen in komplexer gelagerten Fällen gefördert. Nach Abschluss einer solchen Diskussion ist es Aufgabe der *betreffenden Kommission, bestehend aus drei Mitgliedern* (Arzt, Ethiker, Jurist), unter Berücksichtigung aller Aspekte zu einer abschließenden Beurteilung zu kommen. Auch die Fallberichte der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen und die darin vorgenommenen Abwägungen (siehe Anhang I) tragen zur Harmonisierung der Beurteilungen bei. Zusätzlich zu den vorgenannten internen Diskussionen einzelner Fälle veranstalten die Kommissionen auch Treffen zu aktuellen Themen, auf denen in allgemeinerer Form die Entwicklungen in der Praxis besprochen werden.

Integration der RTE-Sekretariate in ESTT

Zum 1. Juli 2014 wurden innerhalb des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport die Kommissionssekretariate und das Sekretariat der Expertenkommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (LZA-LP) in eine neue Direktion integriert. Dieser Direktion »Einheit Disziplinausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate« (ESTT) gehören außerdem die Sekretariate der Disziplinausschüsse im Gesundheitswesen an (die allerdings gesondert organisiert sind).

Die Unabhängigkeit der Beurteilung durch die Kontrollkommission, der Expertenkommission und der Disziplinausschüsse bleibt gewährleistet.

Die Direktorin, Iris van den Hauten-Hinnen, und der stellvertretende Direktor, Rik Poelstra, bilden das Managementteam der Direktion ESTT.

⁷ Artikel 9 des Sterbehilfegesetzes: Die Kommission setzt den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der Meldung unter Angabe der Gründe von ihrer Beurteilung in Kenntnis; diese Frist kann einmalig um höchstens sechs Wochen verlängert werden.

SONSTIGE ENTWICKLUNGEN

Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung

Aufgrund der öffentlichen Diskussion über die Bedeutung und den Wert der schriftlichen Patientenverfügung für die Leistung von Sterbehilfe hat die Gesundheitsministerin Mitte 2013 die Arbeitsgruppe »Schriftliche Patientenverfügung bei Sterbehilfe« eingesetzt, der Vertreter des Gesundheitsministeriums, des Justizministeriums und der KNMG angehören⁸. Die Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, rechtliche und praktische Klarheit hinsichtlich der Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung bei nicht willensfähigen Patienten zu schaffen, wie in Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes verankert⁹.

Die Tätigkeiten der Arbeitsgruppe gliedern sich in drei Phasen. In ihrem Schreiben vom 4. Juli 2014¹⁰ hat die Gesundheitsministerin das Abgeordnetenhaus über die Ergebnisse der ersten und zweiten Phase der Untersuchung – eine Analyse der parlamentarischen Beratung, der Gesetzesgeschichte von Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes und der Jurisprudenz¹¹ – informiert. Die Analyse der Gesetzesgeschichte wurde von der Arbeitsgruppe selbst vorgenommen, die Analyse der Jurisprudenz von der Fachgruppe Strafrecht der Erasmus-Universität Rotterdam (im Auftrag des Wissenschaftlichen Forschungs- und Dokumentationszentrums (WODC) des Ministeriums für Sicherheit und Justiz). In der dritten Phase der Untersuchung wurde eine Bestandsaufnahme der in der Praxis auftretenden Probleme durchgeführt, und zwar vom Kooperationsverbund ZonMw. Sowohl an den beiden Analysen als auch an der Bestandsaufnahme haben die Kontrollkommissionen mitgewirkt.

Das eigentliche Ziel besteht in der Formulierung zweier Leitfäden – einen für Ärzte und andere Fachkräfte aus den Bereichen Medizin und Pflege und einen für Interessierte und Patienten. Auch zu der Formulierung dieser beiden Leitfäden werden die Kommissionen auf Wunsch einen Beitrag leisten.

Der Leitfaden für Interessierte und Patienten wird voraussichtlich im Herbst 2015 veröffentlicht.

Organspenden nach Sterbehilfe

Mit gewisser Regelmäßigkeit werden Ärzte mit Patienten konfrontiert, die ihre Organe nach erfolgter Sterbehilfe spenden wollen. Die meisten Patienten, die infolge von Sterbehilfe versterben, kommen aufgrund ihrer Erkrankung (häufig eine Malignität) nicht als Organspender in Frage. In einigen Fällen ist eine Organspende aber doch möglich, insbesondere bei Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen wie amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder multipler Sklerose (MS) oder mit psychiatrischen Erkrankungen. Bislang kam es in den Niederlanden in gut zehn Fällen zu Organspenden nach Sterbehilfe. In Belgien hat man mehr Erfahrung mit derartigen Fällen.

Das Sterbehilfegesetz enthält keine Bestimmungen darüber, was nach der Sterbehilfe mit dem Leichnam geschehen darf, und steht einer Organspende nach erfolgter Sterbehilfe grundsätzlich nicht entgegen. Um zu verhindern, dass eine Bitte um Sterbehilfe von der Möglichkeit der Organspende beeinflusst wird, sollte der Antrag auf Organspende erst dann

8 Parlamentsdrucksachen II, 2012/2013, 32 647, Nr. 16.

9 Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes lautet wie folgt: »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.«

10 Parlamentsdrucksache II, 2013/14, 32 647, Nr. 20.

11 Mit »Jurisprudenz« werden im Rahmen der Untersuchung des WODC/EUR sowohl die Rechtsprechung der straf-, zivil- und medizinrechtlichen Disziplinarstellen als auch die Beurteilungen der Regionalen Kontrollkommissionen bezeichnet.

vom Arzt beurteilt werden, wenn klar ist, dass die für Sterbehilfe geltenden Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

Bei Organspenden nach erfolgter Sterbehilfe müssen komplexe Verfahren aufeinander abgestimmt werden. So ist es in einem solchen Fall unter anderem erforderlich, dass die Sterbehilfe in einem Krankenhaus geleistet wird. Das bedeutet in der Regel, dass der Patient zur Durchführung der Sterbehilfe ins Krankenhaus verbracht werden muss. Außerdem müssen beide Verfahren strikt voneinander getrennt bleiben, während sie andererseits – aufgrund der beim Handeln gebotenen Schnelligkeit – gut aufeinander abgestimmt werden müssen. Das macht eine gute Zusammenarbeit und Koordination erforderlich.

Um eine solche Koordination und die nötige Sorgfalt in den Verfahren zu gewährleisten, bereitet eine Arbeitsgruppe verschiedener Universitäten derzeit einen Leitfaden für Ärzte vor. In diesem Leitfaden wird beschrieben, welche Handlungsmöglichkeiten Ärzte haben, wenn ein Patient erklärt, er wolle seine Organe nach erfolgter Sterbehilfe spenden. Die Kontrollkommissionen haben zum Entwurf dieses Leitfadens Stellung genommen.

Musterbericht digital ausfüllen

Im Kontext der steigenden Zahl der Meldungen und damit der Zahl der Meldungen, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft und digital (und somit schneller) beurteilt werden können, ist es wichtig, dass der Arzt der Meldung hinreichende und klar lesbare Informationen beifügt.

2014 haben die Kommissionen mehrere Ärzte bitten müssen, den Musterbericht noch einmal auszufüllen, da ihr eingereichter Bericht schlecht lesbar war und/oder nicht hinreichend mit Informationen versehen war, um die Einhaltung aller Sorgfaltskriterien überprüfen zu können. *Fall 2014-23* illustriert diesen Sachverhalt.

Außerdem haben sie Ärzte, die bislang die Möglichkeit noch nicht genutzt haben, den Musterbericht digital auszufüllen, im Beurteilungsbericht darum gebeten, bei einer eventuellen nächsten Meldung den Musterbericht zu nutzen und digital auszufüllen. Der Musterbericht steht auf den folgenden Websites zum Download bereit: www.euthanasiecommissie.nl und www.knmg.nl.

K.II

ÜBERSICHT DER MELDUNGEN

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014

MELDUNGEN In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 5306 Meldungen ein.

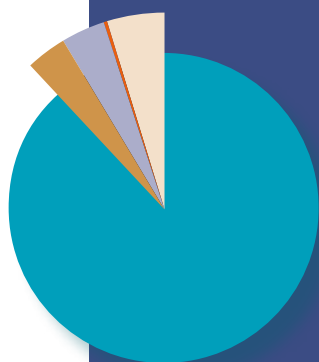
LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN UND HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG In 5033 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 242 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 31 Fällen um eine Kombination aus beiden.

ORTE DER LEBENSBEENDIGUNG In 4309 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 171 Fällen in einem Krankenhaus, in 184 Fällen in einem Pflegeheim, in 239 Fällen in einem Altersheim, in 326 Fällen in einem Hospiz und in 77 Fällen an einem anderen Ort (z. B. bei Angehörigen).

KARIBISCHER TEIL DER NIEDERLANDE In diesem Berichtsjahr ging bei den Kommissionen keine 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 4 Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

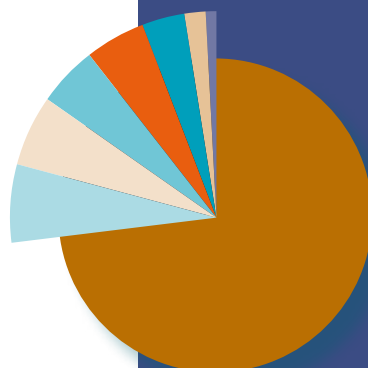
DAUER DER BEURTEILUNG Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 47 Tage.



MELDENDE ÄRZTE

● Hausärzte	4678
● in einem Krankenhaus tätige Fachärzte	175
● Geriater	191
● Ärzte in der Ausbildung zum Facharzt	25
● Ärzte mit einem anderen Hintergrund (etwa einen sog. Basisarzt oder einen nicht praktizierenden Arzt)	237

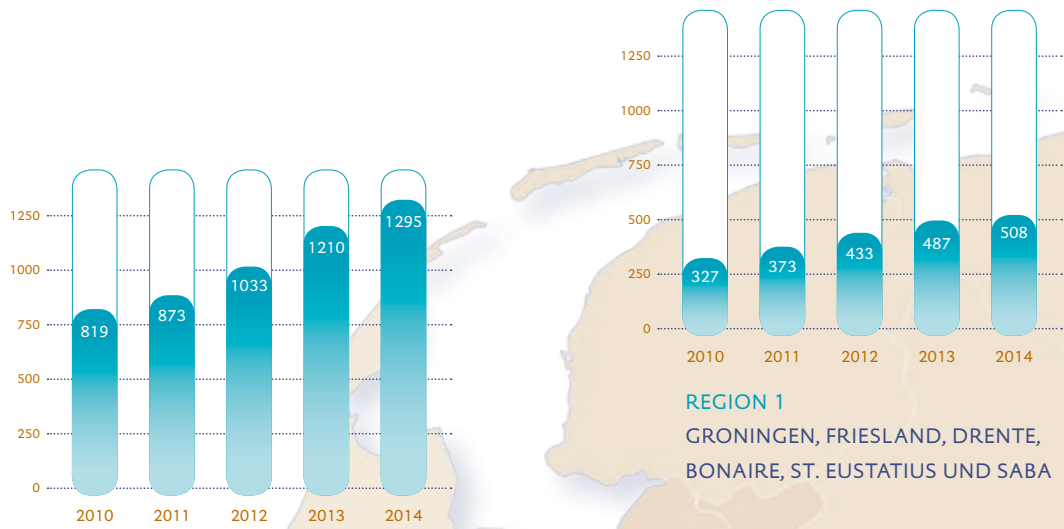
Lebensende-Klinik 227



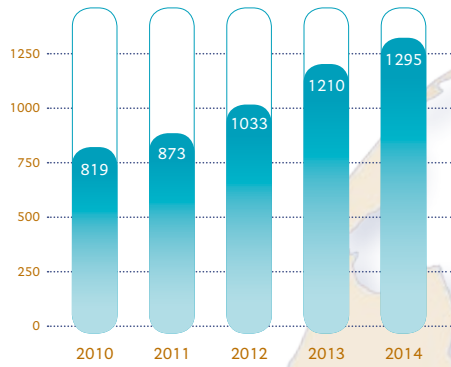
ERKRANKUNGEN

● Krebs	3888
● Erkrankungen des Nervensystems	317
● Andere	291
● Kumulation von Altersbeschwerden	257
● Herz- und Gefäßkrankheiten	247
● Lungenerkrankungen	184
● Demenz	81
● Psychiatrische Erkrankungen	41

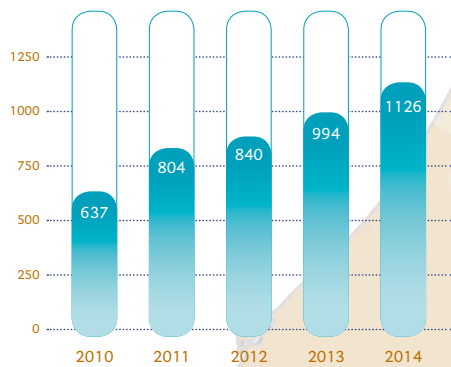
ÜBERSICHT DER MELDUNGEN JE REGION



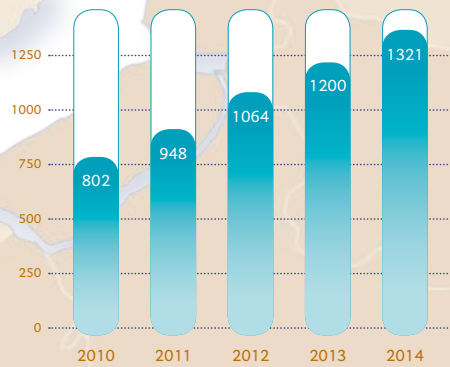
REGION 1
GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTE,
BONAIRE, ST. EUSTATIUS UND SABA



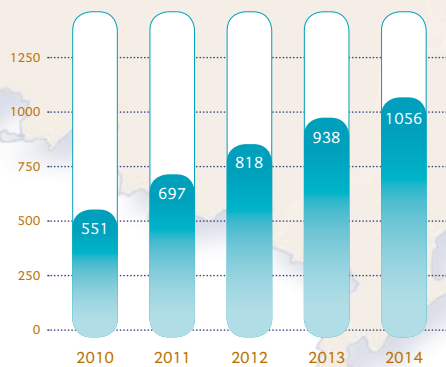
REGION 3
NORDHOLLAND



REGION 4
SÜDHOLLAND UND SEELAND



REGION 2
OVERIJSEL, GELDERN,
UTRECHT UND FLEVOLAND



REGION 5
NORDBRABANT UND LIMBURG

Übersicht der 2014 eingegangenen Meldungen nach Region (nicht aufgenommen)

SORGFALTSKRITERIEN

Bis einschließlich 2013 enthielt Kapitel II des Jahresberichts einen Überblick über die Interpretation und Anwendung der Sorgfaltskriterien nach dem Sterbehilfegesetz durch die Kommissionen sowie über die relevanten diesbezüglichen Entwicklungen; dies wurde anhand von Fallbeispielen illustriert. Da inzwischen der im April 2015 veröffentlichte Praxisleitfaden als »Handlungsleitlinie« für die Kommissionen gilt, enthält dieses Kapitel neben den Fallbeschreibungen lediglich Verweise auf den Praxisleitfaden.¹²

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 medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.

Die Kommissionen überprüfen, ob der meldende Arzt sorgfältig gehandelt hat; Grundlage hierfür sind das Sterbehilfegesetz, die Gesetzesgeschichte und die einschlägige Rechtsprechung. Außerdem berücksichtigen sie frühere Beurteilungen der Kontrollkommissionen sowie Entscheidungen der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen in Fällen, in denen die betreffende Kommission zu dem Schluss gekommen war, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Das bedeutet, dass feststehen muss, dass den vorgenannten Sorgfaltskriterien c, e, und f entsprochen wurde; der Arzt muss glaubhaft darlegen können, dass er, angesichts der spezifischen Umstände des Falles, bei verständiger Würdigung der Sachlage zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die unter a, b und d genannten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

¹² Siehe Fußnote 1.

Hierzu muss der Arzt seiner Meldung an den Leichenschauer einen mit einer Begründung versehenen Bericht beifügen (Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen).

AUSWAHL DER FÄLLE

Als erstes wurden zwei Beispiele von Meldungen aufgenommen, die keine Fragen aufwarfen. Die übrigen Fälle betreffen Meldungen, die Fragen aufwarfen. So geht es um die Anforderung an den Arzt, einen mit einer Begründung versehenen Bericht zu erstellen bzw. um die Einhaltung der verschiedenen Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes. Die Fallbeschreibungen enthalten Zusammenfassungen der jeweiligen Beurteilungen und konzentrieren sich auf die wichtigsten Aspekte der Meldungen und der Erwägungen der Kommissionen. Abschließend werden zwei Fälle beschrieben, in denen es um Sterbehilfe bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung bzw. Demenz geht; ein Grund hierfür ist das große öffentliche Interesse an solchen Fällen. Der vollständige Wortlaut der im Rahmen der Fallbeispiele beschriebenen Beurteilungen kann – unter derselben Nummer – auf der Website der Kommissionen, Beurteilungen 2014, (keine) Fragen aufwerfende Meldungen, eingesehen werden.

KEINE FRAGEN AUFWERFENDE MELDUNGEN

Die 2014 als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldungen konnten fast ausnahmslos von der Kommission auf digitalem Wege bearbeitet und beurteilt werden. Wie in Kapitel I erwähnt, geht es hierbei um etwa 80 % aller eingegangenen Meldungen. Um einen Einblick in diese Art von Meldungen zu vermitteln, werden nachstehend die Beurteilungen zweier solcher Meldungen wiedergegeben.

FALL 2014-12

*Vollständiger Wortlaut
unter Beurteilung
2014-12 auf der
Website*

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wusste um ihren Perikard- und Pleuraerguss, ihre Herzinsuffizienz und ihre Hypertonie. Das Leiden der Patientin bestand aus starker Atemnot, die bereits bei geringen Anstrengungen auftrat. Sie war zu nichts mehr in der Lage, vollständig bettlägerig und von der Pflege durch Dritte abhängig. Sie hatte mit dem Gefühl der Machtlosigkeit zu kämpfen. Die Patientin litt an mangelnder Lebensqualität, der Angst, zu ersticken und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.

Bei einem Patienten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren wurde zwei Jahre vor seinem Tod ALS diagnostiziert.

Seitdem hatte sich der Zustand des Patienten stetig verschlechtert, in den letzten Wochen vor seinem Tod sogar drastisch. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden des Patienten ergab sich aus dem Verlust über die Kontrolle der Muskeln, einer fortschreitenden Atemnot und aus Hypoventilation. Außerdem litt er unter übermäßiger Speichelbildung und zunehmenden Kommunikationsproblemen und Schluckbeschwerden. Der Patient war extrem müde und kämpfte mit einem Mangel an Energie. Er war vollständig

von seinem Rollstuhl und der Pflege durch Dritte abhängig geworden. Er litt unter der Verschlechterung der Symptome und der Angst zu ersticken. Der Patient erklärte, er sei »am Ende«. Er wollte die Kontrolle über sein Leben behalten und bewusst und auf würdige Weise Abschied nehmen.

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.

Es gab 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.

Gut eine Woche vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen.

Dem Arzt zufolge kam diese Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu. Die Konsiliarärztin besuchte den Patienten fünf Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Weil der Patient nicht mehr sprechen konnte, kommunizierte er mit Hilfe einer Sprachanwendung auf seinem Computer.

Der Bericht der Konsiliarärztin enthielt eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens des Patienten.

Darin kam die Konsiliarärztin auch aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 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 Medizinethik, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass er unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Der Arzt hat den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine 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.

FALL 2014-16

Vollständiger Wortlaut
unter Beurteilung
2014-16 auf der
Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wusste um ihren Perikard- und Pleuraerguss, ihre Herzinsuffizienz und ihre Hypertonie. Das Leiden der Patientin bestand aus starker Atemnot, die bereits bei geringen Anstrengungen auftrat. Sie war zu nichts mehr in der Lage, vollständig bettlägerig und von der Pflege durch Dritte abhängig. Sie hatte mit dem Gefühl der Machtlosigkeit zu kämpfen. Die Patientin litt an mangelnder Lebensqualität, der Angst, zu ersticken und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wusste bereits seit neun Jahren vor ihrem Tod um ihren Perikard- und Pleuraerguss. Acht Jahre vor ihrem Tod wurde eine Herzinsuffizienz diagnostiziert. Ihr Zustand verschlechterte sich nach und nach und ging mit einem rezidivierenden Pleuraerguss einher. Ein Jahr vor ihrem Tod wurde bei der Patientin außerdem eine pulmonale Hypertonie festgestellt. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich in den letzten Monaten vor ihrem Tod. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand aus starker Atemnot, die bereits bei geringen Anstrengungen auftrat. Sie war zu nichts mehr in der Lage und kämpfte mit dem Gefühl der Machtlosigkeit. Sie war vollständig bettlägerig und von anderen abhängig geworden. Die Patientin litt unter der mangelnden Lebensqualität, der Angst, zu ersticken und unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.

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.

Es gab keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die Fachärzte die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert haben. Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen.

Gut eine Woche vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen.

Dem Arzt zufolge kam diese Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

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

Sein Bericht enthielt eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens der Patientin.

In seinem Bericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 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 Medizinethik, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte

freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass sie unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Der Arzt hat die Patientin über die Situation, in der sie sich befand, und über ihre Prognose hinreichend informiert. Er konnte mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für deren Situation keine andere annehmbare Lösung gab. Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der die Patientin gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Der Arzt hat die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt.
Der Arzt hat im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt.

MIT EINER BEGRÜNDUNG VERSEHENER BERICHT

FALL 2014-23 (NICHT AUFGENOMMEN)

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

FALL 2014-25

*Vollständiger Wortlaut
unter Beurteilung
2014-16 auf der
Website.*

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIUM: Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte

BESONDERE ASPEKTE: vermindertes Bewusstsein

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 50 und 60 Jahren litt an Gebärmutterkrebs, der bereits metastasiert hatte. Sie kämpfte mit schwerer Atemnot. Sie hatte mündlich und schriftlich erklärt, dass sie Sterbehilfe wünsche, wenn sie wegen ihres Zustands sediert werden müsse. Am Tag der Lebensbeendigung hatte sich der Zustand der Patientin verschlechtert; sie bat um schnellstmögliche Durchführung der Sterbehilfe. Einige Stunden vor der Durchführung der Sterbehilfe verabreichte der Arzt der Patientin Midazolam, und die Patientin erklärte, dass nicht mehr aufwachen wolle. Letztlich fiel sie in einen unruhigen Schlaf. Gemäß dem Sterbewunsch der Patientin und ihrer unterzeichneten Verfügung hinsichtlich der erwünschten Sterbehilfe für den Fall des verminderten Bewusstseins führte der Arzt daraufhin die Sterbehilfe durch.

Neben Textextrahen: In diesem Fall war der Zustand des verminderten Bewusstseins der Patientin auf die Medikation zurückzuführen und damit grundsätzlich reversibel. Nach Auffassung der Kommissionen wäre es unmenschlich gewesen, die Patientin aus diesem Zustand des verminderten Bewusstseins erwachen zu lassen, um sie die Unerträglichkeit ihres Leides bestätigen zu lassen. In einer solchen Situation kann der Arzt die Sterbehilfe durchführen, wenn der Patient oder die Patientin zuvor mündlich oder mittels schriftlicher Patientenverfügung darum gebeten hat. Näheres zu vermindertem Bewusstsein enthält der Praxisleitfaden auf S. 29 ff. Vollständiger Wortlaut unter *Beurteilung 2014-25* auf der Website.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 50 und 60 Jahren wurde etwa ein Jahr vor ihrem Tod ein Leiomyosarkom des Uterus diagnostiziert. Die Patientin unterzog sich deshalb einer Operation. Dennoch wurden ein halbes Jahr vor ihrem Tod Metastasen in der Lunge und im Peritoneum festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand aus einer schweren Dyspnoe, die trotz maximaler Therapie infolge des Tumorwachstums in den Lungen auftrat. Die Patientin konnte nur noch gerade sitzen und kam nicht mehr zur Ruhe. Da sie viel husten musste, schlief sie schlecht. Ihre Erschöpfung nahm stetig zu. Außerdem kämpfte sie mit einem starken Ödem. Seit sie mehrfach Blut gehustet hatte, litt die Patientin unter der realen Angst vor einer fatalen Lungenblutung. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Sie wollte in Würde sterben. Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Etwa zweieinhalb Wochen vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Danach wiederholte sie ihre Bitte mehrmals. Dem Arzt zufolge kam diese Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt zweimal denselben unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Das erste Mal besuchte der Konsiliararzt die Patientin zwei Wochen 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 der Patientin enthielt, erklärte die Patientin zum Zeitpunkt seines Besuchs, noch nicht unerträglich zu leiden. Wenn allerdings die Atemnot und die Schmerzen schlimmer werden sollten und sie von Dritten abhängig würde, wäre für die Patientin die Grenze erreicht. Auch wenn sie infolge der Dyspnoe oder wegen einer Blutung sediert werden müsste, wünschte sie Sterbehilfe. In seinem ersten Konsiliarbericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien noch nicht erfüllt waren. Am Tag der Lebensbeendigung zog der Arzt den Konsiliararzt ein weiteres Mal zu Rate, diesmal telefonisch. Der Arzt informierte den Konsiliararzt darüber, dass sich der Zustand der Patientin verschlechtert hatte. Er legte dar, dass die Patientin nun bettlägerig sei und wegen der Dyspnoe nicht mehr sprechen oder schlafen konnte. Sie habe an diesem Tag um eine schnellstmögliche Durchführung der Sterbehilfe gebeten. In seinem zweiten Konsiliarbericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit dem Arzt zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Einige Stunden vor der Durchführung der Lebensbeendigung verabreichte der Arzt der Patientin wegen starker Atemnot 15mg Midazolam, und die Patientin erklärte, definitiv nicht mehr aufwachen zu wollen. Eine halbe Stunde später war die Patientin etwas betäubt, aber noch immer ansprechbar. Etwa 2 Stunden nach der ersten Dosis verabreichte der Arzt der Patientin weitere 15 mg Midazolam. Daraufhin fiel sie in einen unruhigen Schlaf. Die Patientin schnappte nach Luft, sah grau aus und saß in einer halb vornübergebeugten Haltung. Gemäß dem Sterbewunsch der Patientin und ihrer unterzeichneten Verfügung hinsichtlich der erwünschten Sterbehilfe für den Fall des verminderten Bewusstseins führte der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen etwa anderthalb Stunden nach der Verabreichung der zweiten Dosis Midazolam mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte. Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

FALL 2014-89 (NICHT AUFGENOMMEN)

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

FALL 2014-02 (NICHT AUFGENOMMEN)

FALL 2014-36

Wie im Praxisleitfaden auf den Seiten 13, 31 und 32 dargelegt, muss das Leiden des Patienten eine medizinische Ursache haben; es kann die Folge einer Kumulation leichterer und schwerwiegenderer Gesundheitsprobleme sein. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2014-36 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIUM: Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

BESONDERE ASPEKTE: Medizinische Begründung des Leidens

ZUSAMMENFASSUNG: Ein Patient im Alter zwischen 80 und 90 Jahren hatte das Gefühl, dass das Leben ihm nichts mehr zu bieten hatte. Ein hinzugezogener Psychologe kam zu dem Schluss, dass der Patient einen beständigen Sterbewunsch hatte. Das Leiden des Patienten ging auf Multimorbidität infolge des hohen Alters zurück, die zu einer zunehmenden Verschlechterung des Zustands des Patienten führte. Der Patient sah durch den Funktionsverlust und die erlebte Abhängigkeit von Dritten keinen Sinn mehr in seinem Leben. Das Leben wurde ihm zu viel. Der Arzt und der Konsiliararzt haben schlüssig dargelegt, dass das Leiden des Patienten auf eine medizinische Ursache zurückging und für sie nachvollziehbar unerträglich war. Annehmbare Alternativen gab es nicht.

Bei einem Patienten im Alter zwischen 80 und 90 Jahren trat infolge seines hohen Alters eine Kombination aus körperlichen Beschwerden auf; er hatte das Gefühl, dass das Leben ihm nichts mehr zu bieten hatte.

Er war mit seiner Frau über Jahrzehnte zusammen gewesen. Die Eheleute waren sehr eng miteinander verbunden, sie waren einander genug gewesen. Sie hatten keine Kinder bekommen. Der Patient hatte seine kranke Frau jahrelang gepflegt. Das war noch eine letzte Aufgabe in seinem Leben gewesen. Seine Frau war etwa ein halbes Jahr vor dem Tod des Patienten verstorben, danach hatte der Patient das Interesse an der Welt verloren. Er war immer ein Einzelgänger gewesen. Er hatte nie echte Freunde gehabt und fühlte sich als Außenseiter.

Der Patient konnte den Sendungen im Radio oder Fernsehen nicht mehr folgen. Auch den Inhalt von dem, was er las, konnte er nicht mehr aufnehmen. Der Patient war müde, kraftlos und hatte zu nichts mehr Lust. Seine Motorik wurde unter anderem aufgrund von Arthrose und Osteoporose immer schlechter; das Laufen fiel ihm schwer, und mit seinen Händen wurde er immer ungeschickter, weshalb er sich z. B. kein Brot mehr schmieren konnte. Der Patient hatte Angst davor, in einem Rollstuhl zu landen und noch abhängiger von Dritten zu werden. Außerdem hatte er Miktionsprobleme und musste immer Inkontinenzmaterial tragen.

Der Patient wünschte keine psychosoziale Begleitung oder andere Einmischung mehr. Eine Heilung war nicht möglich. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten mehr. Das Leiden des Patienten wurde von dem Gefühl bestimmt, dass es völlig sinnlos ist, auf diese Art und ohne Lebensqualität weiterzuleben.

Sein körperlicher Zustand verschlechterte sich durch sein hohes Alter, weshalb er vieles nicht mehr konnte. Die Unerträglichkeit seines Leidens wurde jedoch vor allem von dem Gefühl verursacht, dass er vom Leben nichts mehr zu erwarten hatte. Der Patient betrachtete sein Leben als abgeschlossen. Für ihn war sein Leiden unerträglich.

Der Patient hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Gut zwei Monate vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Der Arzt kannte den Patienten bereits seit Jahrzehnten und konnte dessen Sicht der Dinge gut nachvollziehen. Auf Anraten des Konsiliararztes sprach der Patient noch mehrmals mit einem Psychologen, der zu dem Schluss kam, dass der Sterbewunsch des Patienten beständig war.

Auf Ersuchen der Kommission erläuterte der Arzt mündlich die Frage, ob die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten in hinreichendem Maße auf eine medizinisch erfasste Krankheit oder Gesundheitsstörung zurückging.

Der Patient war in den letzten Jahren zu fast nichts mehr in der Lage. Er litt an Osteoporose und an Schmerzen infolge von Wirbeleinbrüchen. Er stürzte immer wieder, woraufhin große Hämatome auftraten. Nach einem Schlaganfall ein Jahr vor seinem Tod war er linksseitig teilweise gelähmt. Er hatte häufig Kopfschmerzen. Seine Nieren funktionierten nur noch schlecht, was eine medikamentöse Schmerzbehandlung erschwerte. Der Patient hatte Probleme mit Inkontinenz. Er konnte nur noch wenige Schritte gehen, auch aufgrund seiner Gonarthrose. Er litt an Vorhofflimmern. Der Patient konnte nicht mehr gut sehen, weshalb er nicht mehr lesen konnte. Er war geistig noch fit.

Seine Ehefrau hatte seinem Leben noch Sinn gegeben. Seine Treue und Hingabe ihr gegenüber hatten ihn trotz all seiner körperlichen Beschwerden durchhalten lassen. So lange er es konnte, hatte er sie gepflegt, selbst als sie ihn wegen ihrer Alzheimer-Erkrankung nicht mehr erkannte. Nach ihrem Tod empfand der Patient sein Leben und sein Leiden als sinnlos.

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

Die Unerträglichkeit des Leidens, die für den Arzt ausgesprochen nachvollziehbar war, wurde von unbehandelbaren Schmerzen, Inkontinenz, einer sehr hohen Sturzgefahr, zunehmender Invalidität, dem Verlust von Autonomie und der Abhängigkeit von der Pflege durch Dritte bestimmt. Dieses Leiden empfand der Patient schon seit längerer Zeit, aber seit dem Tod seiner Frau (das Paar hatte keine Kinder) wollte und konnte er nicht mehr weitermachen.

Auf Ersuchen der Kommission erläuterte der Konsiliararzt seinen Bericht mündlich.

Er beschrieb den Patienten als sehr netten Mann, mit dem man gut reden konnte. Dennoch wollte der Patient keine engeren sozialen Kontakte unterhalten, was unter anderem mit seinen körperlichen Einschränkungen wie der Schwerhörigkeit und der Sehbehinderung zusammenhing. Seine Motorik wurde immer schlechter und er konnte kaum noch laufen, weshalb er fast gar nicht mehr das Haus verließ. Zu seinen schwerwiegenden Einschränkungen zählte außerdem Inkontinenz. Nachdem seine Frau verstorben war, bat der Patient um Sterbehilfe. Beim ersten Besuch des Konsiliararztes hatte der Patient erklärt, noch seinen nächsten Geburtstag erleben zu wollen, bevor er starb. Der Konsiliararzt wollte damals wissen, wie beständig der Sterbewunsch des Patienten eigentlich war. Der Patient hatte noch einige Gespräche mit einem Psychologen geführt. Bei seinem zweiten Besuch beim Patienten gelangte der Konsiliararzt zu der Überzeugung, dass der Patient wirklich Sterbehilfe wünschte. Er schätzte den Patienten ganz klar als willensfähig ein. Nach dem Tod seiner Frau wünschte der Patient keinen weiteren Kontakt mit anderen in Form von Betreuung, Therapie oder Verwandtenbesuch mehr. Er wollte nicht abhängig sein. Der Konsiliararzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten eine körperliche Komponente hatte, dass aber auch die Persönlichkeit zum empfundenen Leid beitrug.

Bei der Kommission kam die Frage auf, ob die Unerträglichkeit des Leidens in hinreichendem Maße auf eine medizinisch erfasste Krankheit bzw. Gesundheitsstörung zurückging. Nach der Durchsicht der Unterlagen und den Gesprächen mit dem Arzt und

dem Konsiliararzt kam die Kommission zu dem Schluss, dass das Leiden des Patienten durch Multimorbidität infolge des hohen Alters verursacht wurde, die zu einer zunehmenden Verschlechterung von dessen Zustand führte. Diese Altersbeschwerden wie beispielsweise Gonarthrose, Schmerzen aufgrund von Wirbelsbrüchen infolge von Osteoporose, Kopfschmerzen, schlecht funktionierende Nieren, Inkontinenz, Sehbehinderung, Vorhofflimmern und eine halbseitige Lähmung infolge eines Schlaganfalls standen in engem Zusammenhang mit dem medizinischen Kontext. Nachdem die Frau des Patienten verstorben war, sah der Patient keinen Sinn mehr im Leben. Er empfand sein Leiden schon länger als unerträglich, hatte aber, weil er seiner kranken Frau beistehen wollte, noch durchgehalten.

Mit Blick auf seine Lebensgeschichte und seine eigenen Werte konnte der Patient infolge des Funktionsverlustes und der zunehmenden Abhängigkeit von anderen seinem Leben nichts mehr abgewinnen. So zu leben war zu viel für ihn. Der Arzt und der Konsiliararzt haben der Kommission gegenüber hinreichend schlüssig dargelegt, dass das Leiden des Patienten auf eine medizinische Ursache zurückging und für sie nachvollziehbar unerträglich war. Annehmbare Alternativen gab es nicht mehr.

AUFKLÄRUNG

Es wurden keine gesonderten Fallbeispiele zur Illustration dieses Sorgfaltskriteriums aufgenommen. Siehe hierzu etwa *Fall 2014-02*.

KEINE ANDERE ANNEHMBARE LÖSUNG

FALL 2014-05 (NICHT AUFGENOMMEN)

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

FALL 2014-56 (NICHT AUFGENOMMEN)

FALL 2014-47

Bei den Kommissionen gingen in diesem Jahr, ebenso wie im Vorjahr, siehe Fall 9 im Jahresbericht 2013, einige Meldungen über gleichzeitig durchgeführte Sterbehilfe bei einem (Ehe-)Paar ein. In all diesen Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Zum Aspekt der freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte siehe S. 11, des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands S. 13 und der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes S. 16 des Praxisleitfadens. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2014-47 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIEN: Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung, Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes

BESONDERE ASPEKTE: gleichzeitig durchgeführte Sterbehilfe bei einem (Ehe-)Paar, freiwillige Bitte, medizinische Begründung, Beurteilung durch einen unabhängigen Konsiliararzt

ZUSAMMENFASSUNG: Ein Ehepaar bat um gleichzeitige Hilfe bei der Selbsttötung. Die Patientin kämpfte mit schwerwiegenden medizinischen Problemen und körperlichen Einschränkungen. Sie war abhängig von der Pflege, die bislang stets ihr Mann übernommen hatte. Der Ehemann hatte selbst schwere gesundheitliche Probleme und sollte in Kürze Sterbehilfe erhalten. Der Arzt konnte zu der Überzeugung gelangen, dass für diese Patientin – angesichts ihrer Lebensgeschichte, der engen Beziehung zu ihrem Mann und des Fehlens eines eigenen sozialen Netzwerks – ein Leben bzw. die Aussicht auf ein Leben, in dem sie mit Blick auf ihre körperliche Versorgung von anderen abhängig wäre und wahrscheinlich in einem Pflegeheim untergebracht würde, unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung bedeutete. Dieses Leiden war überwiegend auf eine medizinische Ursache zurückzuführen.

Im Falle einer gleichzeitig geäußerten Bitte um Sterbehilfe eines (Ehe-)Paares muss der Arzt abwägen, ob ein Konsiliararzt für beide Patienten hinzuzuziehen ist oder ob für jeden der beiden Patienten gesondert ein Konsiliararzt eingeschaltet werden sollte. Wenn nur ein Konsiliararzt hinzugezogen wird, muss dieser besondere Aufmerksamkeit auf die Frage verwenden, ob er in der Lage ist, in beiden Fällen ein unabhängiges Urteil abzugeben. Grundsätzlich sollte der Konsiliararzt mit beiden Patienten gesondert sprechen. In diesem Fall hat der Arzt für beide Sterbehilfeersuchen denselben Konsiliararzt eingeschaltet. Der Konsiliararzt hielt sich für in der Lage, in beiden Fällen ein unabhängiges Urteil abzugeben. Er hat nicht gesondert mit den Eheleuten gesprochen. Insbesondere angesichts der Abhängigkeit der Patientin von ihrem Mann hätte der Konsiliararzt das aber tun sollen. Dennoch besteht, auch mit Blick auf die Ergebnisse eines hinzugezogenen Psychiaters, kein Anlass, an der Korrektheit der Schlussfolgerungen des Konsiliararztes zu zweifeln.

Hierbei geht es um zwei Einzelmeldungen, die gesondert von der Kommission beurteilt wurden. In diesem Fallbeispiel wird ausschließlich die Meldung über die Hilfe bei der Selbsttötung bei der Ehefrau beschrieben.

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren erlitt über 25 Jahre vor ihrem Tod eine Hirnstammischämie. Trotz langwieriger Rehabilitationsmaßnahmen blieben Probleme beim Laufen zurück, auch bei Zuhilfenahme eines Rollators. Fünf Jahre vor ihrem Tod wurden bei der Patientin Osteoporose mit diversen Wirbelkörperbrüchen, eine umfangreiche Gonarthrose und eine Rotatorenmanschettenruptur in der rechten Schulter festgestellt. Dies erschwerte ihr das Laufen noch mehr. Zwei Jahre vor ihrem Tod wurden Herzklappenfehler festgestellt; es bestand der Verdacht auf eine Sklerose der Aorta. Im Laufe der Jahre erlitt die Patientin darüber hinaus verschiedene TIAs und verlor immer

mehr an Gewicht. Letztlich wog sie nur noch 45 kg. Die Patientin wusste außerdem um ihre Hypertonie und ihre Altersschwerhörigkeit. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patienten ergab sich, neben ihren zahlreichen medizinischen Problemen und ihren körperlichen Einschränkungen, aus dem Wissen, dass sie sich selbst nicht mehr versorgen konnte und nach dem zu erwartenden Tod ihres Mannes – der mit schweren Gesundheitsproblemen kämpfte und in Kürze Sterbehilfe erhalten sollte – von anderen abhängig und voraussichtlich in einem Pflegeheim untergebracht werden würde. Die Patientin war bereits seit vielen Jahren, was auch mit den verbliebenen Symptomen der Hirnstammischämie zusammenhing, (teilweise) von der Pflege ihres Mannes abhängig und hatte eine symbiotische Beziehung mit ihm aufgebaut. Die Patientin hatte aus dem Elternhaus heraus geheiratet und lange Zeit mit ihrem Mann im Ausland gelebt. Sie hatten immer alles zusammen gemacht. Als die Patientin einmal einige Wochen allein war, was die Arbeit ihres Mannes mit sich brachte, hatte sie dies als Katastrophe empfunden. So etwas wollte sie nicht noch einmal erleben. Ein Leben ohne ihren Mann, bei dem sie von der Pflege von anderen abhängig wäre, war für sie unvorstellbar. Die Patientin, die keine Kinder und kein eigenes soziales Netzwerk hatte, empfand ihr aktuelles und bevorstehendes Leiden als unerträglich.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mehrfach mit dem Arzt darüber gesprochen, dass sie Sterbehilfe wünsche, wenn ihr Mann sterben sollte.

Einen Tag vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Sterbehilfe nun durchzuführen, fast unmittelbar nachdem ihr Mann selbst um Sterbehilfe gebeten hatte. Danach wiederholte die Patientin ihre Bitte.

Ein durch den behandelnden Arzt eingeschalteter Psychiater untersuchte die Frage, ob der Sterbewunsch der Patientin mit einer psychiatrischen Erkrankung oder mit Demenz zusammenhing und ob die Patientin hinsichtlich ihrer Bitte um Sterbehilfe willensfähig war. Der Psychiater stellte fest, dass der Sterbewunsch der Patientin gut nachvollziehbar war und sich aus der intensiven und abhängigen Beziehung erklärte, die sie mit ihrem Mann verband, sowie aus der Lebensperspektive, die ihr aufgrund ihrer schwerwiegenden motorischen Einschränkungen ohne ihren Mann noch blieb. Der Sterbewunsch war nicht aus einer unrealistischen Angst vor der Zukunft oder aus einer Depression heraus entstanden. Ebenso wenig ging er auf Loyalität gegenüber dem Ehemann der Patientin zurück; sie wurde nicht von ihrem Mann beeinflusst. Dem Psychiater zufolge kam die Patientin von sich aus zu dem Schluss, dass sie nicht mehr weitermachen wollte; sie war in diesem Wunsch stets konsistent gewesen. Der Psychiater kam zu dem Schluss, dass bei der Patientin keine psychiatrischen Symptome vorlagen und dass die Patientin mit Blick auf ihre Bitte um Sterbehilfe willensfähig war. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Er stellte fest, dass die Patientin nicht depressiv war und auch nicht von ihrem Mann beeinflusst wurde. Der Arzt fühlte sich diesbezüglich von den Ergebnissen des Psychiaters bestätigt.

In seinem Bericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Auf Ersuchen der Kommission erläuterte der Arzt den Fall mündlich; dabei erklärte er Folgendes. Er führte aus an, dass das Sterbehilfeverfahren extrem schnell durchlaufen worden sei. Während seines Urlaubs hatte sich der Gesundheitszustand des Ehemanns der Patientin sehr schnell verschlechtert. Der Mann war, wahrscheinlich mit einer Sepsis, ins Krankenhaus gekommen. Als sich sein Zustand etwas verbessert hatte, hatten ihm seine behandelnden Ärzte mitgeteilt, dass sein Unterschenkel amputiert werden müsse. Andernfalls könne sich sehr bald, innerhalb von ein bis zwei Wochen, erneut eine Sepsis entwickeln. Der Mann der Patientin lehnte eine Unterschenkelamputation jedoch ab. Als der Arzt der Patientin aus seinem Urlaub zurückkam, stellte der Fuß des Ehemanns sozusagen eine tickende Zeitbombe dar.

Der Mann der Patientin war es gewohnt, die Zügel in der Hand zu halten. Die Patientin hatte im Laufe der Jahre wiederholt erklärt, dass sie nicht alleine zurückbleiben wolle, und den Arzt gebeten, ihr zu helfen, wenn der Fall einzutreten drohte. Der Arzt hatte zum Ausdruck gebracht, dass er dann wahrscheinlich nichts für sie tun könne. Er hoffte, dass sie vor ihrem Mann sterben würde. Als der Arzt aus seinem Urlaub zurückkam, teilte die Patientin mit, dass sie die neu entstandene Situation nicht aushalte. Sie hatte bei ihren Eltern gesehen, wie es dem zurückbleibenden Ehepartner nach dem Tod des anderen erging.

Dem Arzt zufolge lagen bei der Patientin eigene, schwerwiegende medizinische Probleme vor. Wenn ihr Mann nicht mehr da wäre, hätte die Patientin keine Hilfe mehr. Aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden war sie jetzt bereits so gut wie pflegebedürftig. Diese Abhängigkeit von anderen empfand die Patientin als Schreckensvision.

In Bezug auf die symbiotische Beziehung zwischen der Patientin und ihrem Mann merkte der Arzt an, dass es nicht so gewesen sei, dass ein Partner den anderen dominiert hätte. Der Ehemann hätte die Patientin nicht beeinflusst.

Auf Nachfrage erläuterte der Arzt, dass keine Zeit dafür gewesen sei, für die Patientin und ihren Mann jeweils einen eigenen Konsiliararzt einzuschalten. Er hätte dies auch nicht erwogen. Der Arzt war der Ansicht, dass es nur in besonderen Fällen erforderlich sei, zwei verschiedene Konsiliarärzte einzuschalten. Es sei die Aufgabe des Konsiliararztes, darauf hinzuweisen, wenn dies nötig sei. Der Arzt vertrat die Auffassung, dass es für den Konsiliararzt nicht unmöglich gewesen sei, sowohl die Situation der Patientin, als auch jene des Ehemanns zu beurteilen und ggf. in Bezug auf einen der beiden Ehepartner eine negative Empfehlung auszusprechen. Er selbst wäre jedenfalls dazu in der Lage gewesen. Als der Arzt auf dem Weg zum Ehepaar gewesen sei, habe er gedacht: »Es ist gut.«

Auch der Konsiliararzt erläuterte den Fall auf Ersuchen der Kommission mündlich; dabei erklärte er unter anderem Folgendes. Auf Nachfrage gab der Konsiliararzt an, dass die symbiotische Beziehung zwischen der Patientin und ihrem Mann die Basis des Leidens der Patientin gewesen sei. Er habe die Patientin und ihren Mann in dem Krankenhaus, in das der Mann eingewiesen wurde, besucht. Er habe nicht mit beiden Eheleuten gesondert gesprochen, da das Krankenzimmer sich dafür nicht geeignet habe. Der Ehemann habe das Wort geführt. Die Patientin habe den Eindruck gemacht, völlig von ihm abhängig zu sein. Die Eheleute haben sich ihr gesamtes Leben lang sehr aufeinander konzentriert. Sie hätten beide eine vor Jahren verfasste und unterzeichnete Patientenverfügung gehabt. Ihre Bitten um Hilfe bei der Selbsttötung waren miteinander verknüpft. Der Konsiliararzt merkte an, dass sich die Patientin während des Gesprächs auf ihren Mann konzentriert habe, dem Konsiliararzt aber geantwortet habe, ohne ihren Mann dabei einzubeziehen. Es war leicht, ihre Aufmerksamkeit zu bekommen. Der Konsiliararzt hatte nicht erwogen, einen zweiten Konsiliararzt einzuschalten.

Er beschrieb die Hilfsbedürftigkeit der Patientin. Die Patientin sei infolge der Langzeitfolgen des Schlaganfalls somatisch pflegebedürftig gewesen.

Der Konsiliararzt bestätigte, dass der Sterbewunsch der Patientin aus freiem Willen heraus und ohne Beeinflussung von außen entstanden sei. Dieser Sterbewunsch sei sehr deutlich gewesen. Der Konsiliararzt war davon überzeugt, dass die Patientin die Entscheidung für Sterbehilfe selbst treffen könne. Auslöser sei die Krankheit ihres Mannes gewesen. Er habe nicht für sie beschlossen, dass sie ebenfalls sterben solle. Im Rahmen seiner Krankheit sei dies ihre eigene Entscheidung gewesen.

Auf Nachfrage erklärte der Konsiliararzt, dass er in einem anderen, vergleichbaren Fall wieder die gleichen Schlussfolgerungen ziehen würde. Allerdings würde er die Beteiligten einzeln sprechen wollen; in diesem Fall sei das aber nicht möglich gewesen.

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

darüber gesprochen, dass sie Sterbehilfe wünschte, wenn ihr Mann sterben sollte; in diesem Wunsch war sie immer sehr beständig gewesen. Auch mit Blick auf die Schlussfolgerungen des Psychiaters hält die Kommission die Annahme für hinreichend gerechtfertigt, dass die Patientin eigenständig entschieden hat und nicht von ihrem Mann beeinflusst wurde. Darüber hinaus erwägt die Kommission mit Blick auf das Leiden der Patientin, dass aus den vorgelegten Unterlagen und den mündlichen Erläuterungen des Arztes und des Konsiliararztes in ausreichendem Maße hervorgeht, dass die Patientin mit schwerwiegenden medizinischen Problemen und körperlichen Einschränkungen zu kämpfen hatte. Infolgedessen war sie in wesentlichem Maße von der Versorgung durch Dritte abhängig. Diese Versorgung hatte bislang stets ihr Ehemann übernommen. Vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der Patientin, der engen Beziehung zu ihrem Mann und des nicht vorhandenen eigenen sozialen Netzwerks konnte der Arzt nach Auffassung der Kommission zu der Überzeugung gelangen, dass für die Patientin (die Aussicht auf) ein Leben, in dem sie hinsichtlich ihrer körperlichen Versorgung in wesentlichem Maße von Dritten abhängig und wahrscheinlich in einem Pflege- oder Altersheim untergebracht wäre, unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung bedeuten würde. Dieses Leiden geht in den Augen der Kommission auch überwiegend auf eine medizinische Ursache zurück. Der Arzt hat die Patientin über ihre Situation und über ihre Aussichten ausreichend aufgeklärt. Der Arzt konnte mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für deren Situation keine andere annehmbare Lösung gab. Mit Blick auf das Kriterium, dass der Arzt mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzuziehen muss, erwägt die Kommission Folgendes. Die Kommission hält es für wichtig, dass der Arzt im Falle zweier gleichzeitig geäußelter Bitten um Sterbehilfe eines (Ehe-) Paares sorgfältig abwägt, ob *ein* Konsiliararzt für *beide* Patienten hinzuzuziehen ist oder ob für jeden der beiden Patienten gesondert ein Konsiliararzt eingeschaltet werden sollte. Wenn letztlich entschieden wird, nur einen Konsiliararzt für die Beurteilung beider Ersuchen hinzuzuziehen, muss der Konsiliararzt besondere Aufmerksamkeit auf die Frage verwenden, ob er in der Lage ist, in beiden Fällen ein unabhängiges Urteil abzugeben. Eine derartige Situation kann kompliziert sein – so kann etwa der Konsiliararzt in eine schwierige Lage geraten, wenn er im Falle eines Patienten der Ansicht ist, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt sind, während er sie beim anderen Patienten nicht für erfüllt hält. Grundsätzlich sollte der Konsiliararzt mit beiden Patienten gesondert sprechen, um festzustellen, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Der Kommission hat zur Kenntnis genommen, dass der Arzt ein und denselben Konsiliararzt zur Beurteilung der Sterbehilfeersuchen der Patientin und ihres Ehemannes eingeschaltet hat. Dieser besuchte die Patientin und ihren Mann zur gleichen Zeit. Es fand lediglich *ein* Gespräch zwischen dem Konsiliararzt und den Eheleuten statt, anhand dessen der Konsiliararzt in zwei gesonderten Berichten zu dem Schluss gekommen ist, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Konsiliararzt hat nicht gesondert mit den Eheleuten gesprochen. Aus seiner mündlichen Erläuterung schlussfolgert die Kommission, dass sich der Konsiliararzt für in der Lage hielt, in beiden Fällen ein unabhängiges Urteil abzugeben. Angesichts des Vorstehenden und insbesondere mit Blick auf die Abhängigkeit der Patientin von ihrem Mann und die Möglichkeit, dass ihr Sterbewunsch unter Beeinflussung durch ihren Mann entstanden sein könnte, hätte der Konsiliararzt nach Auffassung der Kommission besser daran getan, zwei Einzelgespräche mit den Eheleuten zu führen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des eingeschalteten Psychiaters, der die Patientin in Abwesenheit ihres Mannes gesprochen hat und in seinem Bericht auf die mögliche Beeinflussung durch den Ehemann eingegangen ist, sieht die Kommission in diesem Fall dennoch keinen Anlass, an der Korrektheit der Schlussfolgerungen des Konsiliararztes zu zweifeln. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium, dass mindestens ein anderer unabhängiger Arzt einzuschalten ist, erfüllt hat.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

FALL 2014-04 (NICHT AUFGENOMMEN)

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

FALL 2014-01

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der Praxisleitfaden auf S. 26 ff. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2014-01 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIEN Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung, Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung, Hinzuziehung eines Konsiliararztes

BESONDERE ASPEKTE: Psychiatrische Erkrankung

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt seit etwa 30 Jahren an Depressionen. Sie wurde mit Elektrokonvulsion und Antidepressiva behandelt. Als diese Behandlungen nicht mehr halfen, sah die Patientin von weiteren Therapien ab. Der Hausarzt wollte nicht auf die Bitte der Patientin um Sterbehilfe eingehen. Der meldende Arzt, der ebenfalls als Hausarzt tätig war, hat innerhalb eines kurzen Zeitraums und relativ kurz vor ihrem Tod zwei Gespräche mit der Patientin geführt, die in Anwesenheit ihrer Kinder stattfanden. Als unabhängigen Konsiliararzt zog er einen anderen Hausarzt hinzu, der gleichzeitig SCEN-Arzt war.

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt nicht mit der erforderlichen Behutsamkeit vorgegangen ist, mit der einer Bitte um Hilfe bei der Selbsttötung bei einem psychiatrischen Patienten begegnet werden sollte. Der Arzt hätte sich in diesem Fall mehr Zeit für Gespräche mit der Patientin nehmen und auch ohne die Kinder mit ihr sprechen sollen. Da es sowohl dem meldenden Arzt als auch dem Konsiliararzt an psychiatrischer Fachkenntnis fehlte, hatte der Arzt zusätzlich einen Experten einschalten müssen.

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt seit etwa 30 Jahren an Depressionen. Zunächst wechselten sich noch depressive mit manischen Phasen ab, später lag lediglich noch eine chronische vitale Depression vor, die sich in den letzten zwei bis drei Jahren verschlimmerte. Zweimal – im Zeitraum zehn bis acht Jahre bzw. drei bis zwei Jahre vor ihrem Tod – wurde die Patienten intensiv mit einer Elektrokonvulsionstherapie und mit Antidepressiva behandelt. Anfänglich zeigten die Behandlungen Erfolg. Als die Elektrokonvulsionstherapie nicht mehr half und außerdem Gedächtnisstörungen hervorrief und später auch die Antidepressiva nicht mehr anschlugen, verzichtete die Patientin auf eine Fortsetzung dieser Behandlungen. Sie nahm nur noch Paracetamol und ein Schlafmittel ein. Die Patientin war kurzzeitig in einem Pflegeheim untergebracht, was ihr allerdings überhaupt nicht gefiel. Sie hatte das Gefühl, sich dort durchboxen zu müssen, was ihr nicht gelang. Außerdem sollte das Heim in der Zukunft abgerissen werden, was kein erhebender Gedanke war. Das Leiden der Patientin ergab sich aus der Tatsache, dass sie keine Freude mehr am Leben hatte, auch keinen Besuch von Kindern oder Enkelkindern wünschte und vor allem Angst hatte. Sie hatte Angst, morgens aufzustehen und abends ins Bett zu gehen, fühlte sich den ganzen Tag erschöpft und hatte keine Energie, um irgendetwas zu tun. Sie hatte keine Hobbys, saß eigentlich nur auf dem Sofa. Wenn sie den Fernseher anmachte, konnte sie der laufenden Sendung nicht folgen. Abgesehen von ihren Kindern sah sie niemanden. Sie traute sich nicht, aus dem Haus zu gehen, da sie Angst vor den Fragen hatte, die man ihr stellen könnte. Sie grübelte nur noch, hatte Kopfschmerzen (ihr Kopf fühlte sich

an, als sei er aus Beton), Herzrasen und kaum Appetit. In den letzten drei Jahren vor ihrem Tod hatte sie 26 kg abgenommen. Die Patientin fühlte sich in ihrem Haus und in ihrem Körper gefangen. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen und eine schriftliche Patientenverfügung unterzeichnet. Da ihr Hausarzt ihren Sterbewunsch nicht erfüllen wollte, meldete sich die Patientin etwa ein Jahr vor ihrem Tod bei der Stiftung Lebensende-Klinik an. Der dortige Arzt hat mit dem betreffenden Hausarzt Kontakt gehabt. Etwa drei Wochen vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Diese Bitte hat sie danach wiederholt.

In einem Gespräch mit der Kommission erläuterte der Arzt den Fall mündlich, wobei er unter anderem Folgendes erklärte.

In der Krankenakte befand sich Korrespondenz eines klinischen Geriaters aus dem Jahr, in dem die Patientin starb, ein Brief, den eine Pflegekraft eines psychiatrischen Zentrums zwei Jahre vor dem Tod der Patientin geschrieben hatte, sowie ein Brief, den ein Psychiater aus demselben psychiatrischen Zentrum acht Jahre vor dem Tod der Patientin geschrieben hatte, die der Arzt allesamt einsehen konnte. Die Patientin litt seit den Wechseljahren an Depressionen. Dagegen wurde sie von Psychiatern viele Jahre mit Medikamenten und Elektrokonvulsionstherapie behandelt. In den letzten drei Jahren zeigten diese Behandlungen keine Wirkung mehr. Allerdings traten bei der Patientin infolge der Elektrokonvulsionstherapie Gedächtnisstörungen auf. Aufgrund der ausbleibenden Wirkung sowie der aufgetretenen Nebenwirkungen wollte sich die Patientin keiner weiteren Behandlung mehr unterziehen. Basierend auf seinen eigenen Erfahrungen und den Ergebnissen der multidisziplinären Beratungen der Lebensende-Klinik hatte der Arzt keinerlei Zweifel daran, dass die Patientin austherapiert und willensfähig war und ihr Sterbewunsch somit erfüllt werden konnte.

Der Arzt hatte nicht erwogen, zusätzlich zum SCEN-Arzt einen weiteren Spezialisten hinzuzuziehen, da der SCEN-Konsiliararzt ebenfalls der Ansicht war, dass die Patientin austherapiert war, dass sie unerträglich litt, und dass sie nicht suizidal, aber sehr wohl willensfähig war. Der Arzt erklärte, dass er die Richtlinie »Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis« (Umgehen mit einer Bitte um Hilfe bei der Selbsttötung von Patienten mit einer psychiatrischen Störung) des Niederländischen Verbands für Psychiatrie nicht kenne. Er sah Depression als chronische Krankheit an und fand nicht, dass es nötig war, im Falle einer Depression einen weiteren Psychiater als Konsiliararzt hinzuzuziehen. Der Arzt erläuterte, dass er telefonischen Kontakt mit dem Hausarzt der Patientin gehabt hatte. In diesem Gespräch erfuhr er, dass der Kontakt zwischen dem Hausarzt und der Patientin nicht besonders gut war und dass der Hausarzt die Patientin als etwas theatralisch empfand. Für den Hausarzt war der Sterbewunsch der Patientin nicht hinreichend nachvollziehbar, weshalb er nicht bereit war, ihn zu erfüllen. Daraufhin war die Patientin von einem nahen Angehörigen bei der Stiftung Lebensende-Klinik angemeldet worden. Etwa ein halbes Jahr vor ihrem Tod war die Patientin von ihrem Hausarzt auf Empfehlung der Lebensende-Klinik an einen klinischen Geriater überwiesen worden. Der Kontakt zwischen dem klinischen Geriater und der Patientin hatte stattgefunden, bevor der meldende Arzt selbst in Kontakt mit der Patientin gekommen war. Er hatte allerdings mit dem klinischen Geriater telefoniert.

Auf Nachfrage erläuterte der Arzt, dass er zweimal mit der Patientin gesprochen hatte; das erste Mal gut drei Wochen vor ihrem Tod, das zweite Mal drei Tage später. Bei dem ersten Gespräch waren zwei der Kinder der Patientin anwesend, bei dem zweiten Gespräch zwei andere Kinder der Patientin. Während beider Gespräche hatte der Arzt nie allein mit der Patientin gesprochen. Die Kinder hatten sich jedoch nicht in das Gespräch eingeschaltet, es sei denn, der Arzt hatte darum gebeten.

Die Kommission erwog in Bezug auf die Aspekte der freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte, des unerträglichen Leidens ohne Aussicht auf Besserung und der Hinzuziehung eines Konsiliararztes Folgendes:

Wenn es um Sterbehilfe bei einem psychiatrischen Patienten geht, ist es sehr wichtig, zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt einen oder mehrere weitere Sachverständige, vorzugsweise einen Psychiater, hinzuzuziehen, die unter anderem die Willensfähigkeit des Patienten und die Unerträglichkeit des Leidens ohne Aussicht auf Besserung fundiert beurteilen können. Für die Beurteilung der Willensfähigkeit eines solchen Patienten – also auch eines Patienten, wie in diesem Fall, mit chronischer vitaler Depression – ist besonderer Sachverstand vonnöten. Das gleiche gilt für die Beantwortung der Frage, ob es angesichts der Vorgeschichte des Patienten noch Behandlungsmöglichkeit gibt.

Aufgrund der Meldung des Arztes sowie seiner mündlichen Erläuterung der Kommission gegenüber kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt sich dieser Tatsache nicht hinreichend bewusst war. Die Richtlinie des Niederländischen Verbands für Psychiatrie kannte er nicht. Zwar hat er die Korrespondenz eines Psychiaters, die acht Jahre vor dem Tod der Patientin, sowie eines psychiatrischen Zentrums, die zwei Jahre vor ihrem Tod verfasst worden war, eingesehen, aber nicht selbst einen Psychiater eingeschaltet, damit dieser überprüfe, ob es aktuell noch Behandlungsmöglichkeiten geben könnte und ob der Sterbewunsch der Patientin möglicherweise auf eine vitale Depression zurückging. Die aktuellste Korrespondenz aus der Krankenakte stammte von einem klinischen Geriater; dabei handelte es sich um eine Behandlungsempfehlung. Der telefonische Kontakt, den der Arzt zwei Wochen vor dem Tod der Patientin mit diesem Geriater gehabt hat, kann nur zum Teil als Konsultation eines Sachverständigen im Rahmen des Sterbehilfe-Verfahrens angesehen werden. Die Erklärung des Arztes, dass er die Hinzuziehung eines zweiten Konsiliararztes nicht erwogen hatte, weil der SCEN-Arzt – ebenso wie er selbst – zu dem Schluss gekommen war, dass die Patientin willensfähig war, macht deutlich, dass der Arzt die Anforderungen, denen eine angemessene Beurteilung eines von einem psychiatrischen Patienten geäußerten Sterbehilfeersuchens genügen muss, unterschätzt, schließlich handelte es sich sowohl beim meldenden Arzt als auch beim SCEN-Arzt um einen Hausarzt ohne spezifische Fachkenntnis auf dem Gebiet der Psychiatrie. In diesem spezifischen Fall ist der Kommission darüber hinaus aufgefallen, dass der Arzt innerhalb sehr kurzer Zeit nur zweimal mit der Patientin gesprochen hat; auch zwischen den Gesprächen und der Hilfe bei der Selbsttötung lag nur wenig Zeit. Außerdem fanden die Gespräche in Anwesenheit der Kinder der Patientin statt, der Arzt sprach nicht allein mit der Patientin.

Aufgrund seiner Vorgehensweise konnte der Arzt die Kommission nicht davon überzeugen, dass er sich ein hinreichend fundiertes Urteil bilden konnte – nicht nur mit Blick auf die Frage, ob es vielleicht doch noch Behandlungsmöglichkeiten gab, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Beständigkeit, die reife Überlegung und die Freiwilligkeit der Bitte bei einer Patientin wie dieser, die offenbar viele Schwankungen in ihren Stimmungen und Emotionen durchlebt hat (in jüngerer Vergangenheit war sie suizidal gewesen, hatte andererseits zwei Jahre vor ihrem Tod noch ihren Urlaub in vollen Zügen genossen).

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt nicht mit der erforderlichen Behutsamkeit vorgegangen ist, mit der einer Bitte um Hilfe bei der Selbsttötung bei einem psychiatrischen Patienten begegnet werden sollte. Er hätte sich mehr Zeit für Gespräche mit der Patientin (auch in Abwesenheit ihrer Kinder) nehmen und – vor allem, da es sowohl ihm selbst als auch dem Konsiliararzt an psychiatrischer Fachkenntnis mangelte – noch einen weiteren Sachverständigen hinzuziehen müssen, insbesondere um sich von der Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf ihre Bitte um Hilfe bei der Selbsttötung überzeugen zu lassen. Der Arzt hat *nicht* im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt.

FALL 2014-70

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der Praxisleitfaden auf S. 26 ff. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2014-70 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIEN: Freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung, Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung

BESONDERE ASPEKTE: Psychiatrische Erkrankung

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 30 und 40 Jahren litt an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer mit ihrer Persönlichkeitsstruktur zusammenhängenden Neigung zur Dissoziation und Selbstverletzung. Außerdem lagen depressive Verstimmungen vor, allerdings keine klinische Depression. Im Zusammenhang mit Suizidversuchen, Selbstverletzung, depressiven Verstimmungen, Depersonalisation und Ohnmacht war die Patientin jahrelang in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. Sie unterzog sich allen vorgeschlagenen Behandlungen, ihre Beschwerden wurden jedoch nicht weniger. Der Arzt, ihr behandelnder Psychiater, holte eine zweite Meinung bei einem Kollegen, ebenfalls Psychiater, ein. Der Arzt kam zu dem Schluss, dass die Bitte der Patientin um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, dass die Patientin unerträglich litt und es keine Aussicht auf Besserung gab. Der Konsiliararzt bestätigte den Arzt in seinem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Eine Patientin im Alter zwischen 30 und 40 Jahren litt an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer mit ihrer Persönlichkeitsstruktur zusammenhängenden Neigung zur Dissoziation und Selbstverletzung. Außerdem lagen depressive Verstimmungen vor, allerdings wurde keine klinische Depression festgestellt.

In den 20 Jahren vor ihrem Tod war die Patientin im Zusammenhang mit Suizidversuchen, Selbstverletzung, starken Gefühlen von Depression, Depersonalisation und Ohnmacht 14 Jahre lang in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. Während dieser Zeit hatten sich ihre Beschwerden nicht wesentlich verbessert, ihre soziale Situation hatte sich sogar eher verschlechtert als verbessert. Danach lebte sie in einer betreuten Wohnform, wo sie von einem klinischen Psychologen/Psychotherapeuten, einer sozial-psychiatrischen Pflegekraft und dem Arzt, einem Psychiater, behandelt wurde. In dieser Zeit erhielt sie eine EMDR-Therapie, ein Training gegen emotionale Fehlregulation, einen Stabilisierungskurs und auf die Schaffung von Struktur ausgerichtete Tagesbehandlungen. Außerdem wurde sie verschiedentlich eingewiesen, unter anderem um die medikamentöse Behandlung optimal einzustellen. Sie nahm alle Behandlungen, die ihr angeboten wurden, wahr und arbeitete aktiv mit, ihre Beschwerden nahmen jedoch nicht ab.

Etwa ein Jahr vor ihrem Tod unternahm die Patientin einen Selbstmordversuch. Danach bat sie bei ihren behandelnden Fachleuten, darunter der Arzt, um Sterbehilfe.

Anschließend wurde die Patientin noch einer Behandlung mit Lithium und Quetiapin unterzogen. Auch diese Behandlung zeigte nicht den gewünschten Effekt. Darüber hinaus wurde eine Intensivtherapie für ihre Persönlichkeitsstörung vorgeschlagen. Es fand sich jedoch kein Rahmen, in dem sich die Patientin dieser Behandlung hätte unterziehen können. Dem Arzt zufolge hatte die Patientin alle erforderlichen Behandlungen durchlaufen, die auf die Verringerung oder eine bessere Kontrollierbarkeit ihrer Beschwerden abzielten; allerdings hätten sie keinen Erfolg gebracht und nicht zu einer Verringerung des Leidensdrucks geführt.

Der Arzt hat eine Zweitmeinung von einem anderen Psychiater eingeholt, der bestätigte, dass die relevanten Behandlungen durchgeführt worden waren.

Das Leiden der Patientin bestand aus ständiger Anspannung, großen Schwierigkeiten mit ihrer Emotionsregulation und darin, dass sie immer wieder von vergangenen Erlebnissen überwältigt wurde, mit denen sie nicht umgehen konnte, etwa Erinnerungen an Mobbing. Sie fühlte sich leer und erlebte Dissoziationen. Sie litt unter inneren Schmerzen und durchlebte tiefe und heftige Traumata immer wieder neu. Außerdem litt sie unter Alpträumen und ständigem Lärm in ihrem Kopf, weshalb sie nie zur Ruhe kam und erschöpft war. Die Patientin fühlte sich minderwertig und war nicht in der Lage, ihr Selbstbild korrigieren. Sie erlebte Kontakte mit Dritten schnell als Bedrohung, die Bewältigung des Alltags war für sie eine ständige, fast unmögliche Aufgabe. Sie fühlte sich ohnmächtig und nicht in der Lage, etwas an ihrer Situation zu verändern. Spannungen und Gefühle von Leere regulierte sie mittels Selbstverletzungen. Außerdem hatte sie Schwierigkeiten mit dem Essen und Probleme mit Zwangsgedanken und -handlungen.

Die Patientin hatte seit sehr langer Zeit einen Sterbewunsch, den sie in den vergangenen Jahren immer wieder geäußert hatte. Nachdem sie beschlossen hatte, keinen Selbstmord zu begehen, hat sie – acht Monate vor ihrem Tod – zum ersten Mal mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen.

Anderthalb Monate vor ihrem Tod hat die Patientin den Arzt darum gebeten, die Lebensbeendigung durchzuführen. Gut einen Monat vor dem Tod der Patientin hat der Arzt eine Zweitmeinung von einem anderen Psychiater eingeholt. Nachdem er die Patientin untersucht hatte, kam der Psychiater zu dem Schluss, dass ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und konsistent war und aufgrund eines als unerträglich empfundenen Leidens, das sich aus einer psychischen Erkrankung ergab, für die es keine Behandlungsoption gab, geäußert worden war. Dem Psychiater zufolge konnte die Patientin die Konsequenzen ihrer Bitte überblicken. Nach Durchsicht der Krankenakte war der Psychiater davon überzeugt, dass die relevanten Behandlungen durchgeführt worden waren. Die Familie der Patientin stand hinter ihrer Bitte, und auch der Psychiater konnte der Durchführung der Sterbehilfe zustimmen.

Dem Arzt zufolge war die Patientin willensfähig und wurde die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Außerdem war er davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Die Kommission erwägt, dass im Falle von Patienten mit psychiatrischen Störungen dem Sterbewunsch mit großer Behutsamkeit begegnet werden muss. Nach Auffassung der Kommission hat der Arzt das in diesem Fall auch getan. Schließlich hat der Arzt zusätzlich zu dem unabhängigen SCEN-Arzt einen weiteren Psychiater hinzugezogen, der die Willensfähigkeit der Patientin beurteilte und zu dem Schluss kam, dass es keine relevanten Behandlungsoptionen mehr gab. Die Patientin war in der Lage, die Folgen ihrer Entscheidung zu überblicken; ihr Sterbewunsch war konsistent und bereits seit längerer Zeit gegeben.

Der Arzt wurde vom Konsiliararzt in seinem Urteil bestätigt, dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt waren und dass es für die Patientin insbesondere nach einem dauerhaften Aufenthalt in der Psychiatrie keine Aussicht auf Besserung gab, dass ihr Sterbewunsch bereits seit sehr langer Zeit bestand und reiflich überlegt war.

FALL 2014-72

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der Praxisleitfaden auf S. 26 ff. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2014-72 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIEN: Freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung, Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung

BESONDERE ASPEKTE: Psychiatrische Erkrankung

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren hatte in ihrer Jugend eine traumatische Erfahrung durchlebt; sie war affektiv vernachlässigt und seelisch misshandelt worden. Sie erhielt die Diagnose Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Merkmalen. Die Patientin befand sich deswegen bei einem Psychiater und einem Psychologen in Behandlung. Acht Jahre vor ihrem Tod traten bei der Patientin heftige Schmerzen infolge eines Bandscheibenvorfalls auf, die nach einer Operation nicht vollständig zurückgingen. In den Jahren danach kam es zu rezidivierenden Depressionen und Suizidalität. Die Patientin unterzog sich allen bei Depressionen empfohlenen Behandlungen, die keinen dauerhaften Erfolg zeigten. Ihre behandelnden Fachleute gingen nicht auf ihren Sterbewunsch ein. Der Arzt, der für die SLK tätig und selbst kein Psychiater war, zog als Konsiliararzt eine Psychiaterin, die zugleich SCEN-Ärztin war, und einen nicht praktizierenden Hausarzt, ebenfalls SCEN-Arzt, hinzu. Der Arzt ist mit großer Behutsamkeit vorgegangen, indem er sich einerseits von den verschiedenen behandelnden Parteien (Hausarzt, Psychiater und Psychologe) und den Angehörigen der Patientin informieren ließ und andererseits eine unabhängige Psychiaterin hinzuzog, die prüfen sollte, ob es noch eine reelle Behandlungsmöglichkeit gab, und die die Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf ihren Sterbewunsch feststellen sollte.

Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren hatte in ihrer Jugend eine traumatische Erfahrung durchlebt; sie war affektiv vernachlässigt und seelisch misshandelt worden. 23 Jahre vor ihrem Tod hatte sie die Diagnose Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Merkmalen erhalten. Zu jener Zeit wurde die Patientin über Jahre hinweg ambulant von einem Psychiater und einem Psychologen behandelt. Außerdem nahm sie Medikamente. Diese Behandlungen zeigten einen gewissen Erfolg. Anschließend verlebte die Patientin zehn relativ ruhige Jahre, in denen sie – trotz wiederkehrender Wutausbrüche und Selbstverletzungen – keine psychiatrische Hilfe suchte. Acht Jahre vor ihrem Tod traten bei der Patientin heftige Schmerzen infolge eines lumbalen Bandscheibenvorfalls auf. Die Patientin wurde operiert und erhielt Schmerzmedikamente. Die Schmerzen gingen jedoch nicht vollständig weg. Seit dieser Zeit fühlte sich die Patientin nie mehr wirklich gut. In den folgenden Jahren hat die Patientin unter dem Einfluss starker rezidivierender Depressionen insgesamt vier Selbstmordversuche mit Tabletten unternommen. All diese Versuche wurden jedoch – gegen ihren Willen – vereitelt. Ein Jahr vor ihrem Tod wurde bei der Patientin eine chronische und anhaltende Suizidalität bei schwerwiegender Persönlichkeitspathologie in Kombination mit rezidivierenden depressiven Episoden festgestellt. Die Patientin unterzog sich alle möglichen bei Depressionen empfohlenen Behandlungen, einschließlich einer Elektrokonvulsionstherapie, allerdings ohne dauerhaften Erfolg. Danach erhielt sie eine Gesprächstherapie. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Zwei Jahre vor ihrem Tod ergab die weitere Anamnese der Patientin Hautkarzinome auf einem Bein, für die sie angemessen behandelt wurde. Das Leiden der Patientin bestand aus vollständiger Erschöpfung infolge schwerer Depressionen und Schmerzen sowie aus Einschränkungen, die von dem Bandscheibenvorfall herrührten. Für nichts konnte sie mehr Interesse aufbringen. Zum Fernsehen und Lesen

konnte sie sich nicht mehr aufraffen. Aufgrund ihrer Erschöpfung und der Schmerzen musste sie viel ruhen. Während dieser Ruhephasen begann sie zu grübeln. Jeder neue Tag war ihr zuviel. Sie litt außerdem unter dem Wissen, dass es keinerlei Aussicht auf Besserung ihres Zustands gab.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mit verschiedenen behandelnden Akteuren über Sterbehilfe gesprochen und sie auch konkret um Sterbehilfe gebeten. Diese wollten ihre Bitte aus persönlichen Gründen nicht erfüllen. Daraufhin meldete sich die Patientin etwa ein Jahr vor ihrem Tod bei der SLK an. Vier Monate vor ihrem Tod äußerte die Patientin ihre Bitte gegenüber einem Psychiater der SLK. Gut anderthalb Monate vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, der selbst kein Psychiater war, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Diese Bitte wiederholte sie bei den folgenden zwei Besuchen des Arztes und in den telefonischen Kontakten mehrfach.

Als Konsiliarärzte zog der Arzt zwei unabhängige SCEN-Ärzte hinzu, darunter eine unabhängige Psychiaterin.

Die erste Konsiliarärztin, die unabhängige Psychiaterin, besuchte die Patientin vier Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte.

Laut ihrem Bericht, der eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens der Patientin enthielt, konnte sie im Gespräch mit der Patientin Merkmale einer Depression feststellen.

In ihrem Bericht kam die erste Konsiliarärztin auch aufgrund des Gespräches mit der Patientin zu dem Schluss, dass es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten mehr gab, die eine reelle Chance auf ein für die Patientin positives Ergebnis boten. Die Patientin war im Hinblick auf ihren Sterbewunsch willensfähig.

Der zweite Konsiliararzt, ein nicht praktizierender Hausarzt, besuchte die Patientin zwei Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen, einschließlich des Berichts der ersten Konsiliarärztin, eingesehen hatte.

Seinem Bericht zufolge, der eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens der Patientin enthielt, reagierte die Patientin angemessen; ihre Antworten waren klar verständlich. Die Patientin war im Hinblick auf ihren Sterbewunsch willensfähig.

In seinem Bericht kam der zweite Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Im Falle von Sterbehilfe bei einem psychiatrischen Patienten ist es sehr wichtig, zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt einen oder mehrere weitere Sachverständige, vorzugsweise einen Psychiater, hinzuzuziehen, die unter anderem die Willensfähigkeit des Patienten und die Unerträglichkeit des Leidens ohne Aussicht auf Besserung fundiert beurteilen können. Aus den vom Arzt vorgelegten Unterlagen war es für die Kommission hinreichend ersichtlich, dass der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgegangen ist. Der Arzt hat sich einerseits von den verschiedenen behandelnden Parteien (Hausarzt, Psychiater und Psychologe) und den Angehörigen der Patientin informieren lassen und andererseits eine unabhängige Psychiaterin hinzugezogen, die prüfte, ob die Patientin im Hinblick auf ihren Sterbewunsch willensfähig war und ob es noch eine reelle Behandlungsmöglichkeit für sie gab.

FALL 2014-37 (NICHT AUFGENOMMEN)

DEMENZ

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der Praxisleitfaden auf S. 27 ff.

FALL 2014-03 (NICHT AUFGENOMMEN)

FALL 2014-35

Näheres zur freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte auf S. 11, zu Patienten mit Demenzsymptomen auf S. 27, zur Rolle der schriftlichen Patientenverfügung auf S. 23 und zur Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes auf S. 16 ff. des Praxisleitfadens. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2014-35 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

SORGFALTSKRITERIEN: freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, Hinzuziehung eines Konsiliararztes

BESONDERES ASPEKTE: Demenz, Rolle der schriftlichen Patientenverfügung

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt an Alzheimer-Demenz. Der Arzt hatte seit der Diagnose mit der Patientin Gespräche über Sterbehilfe geführt. Die Patientin war im Besitz einer detaillierten und aktualisierten schriftlichen Patientenverfügung, in der auch das Thema Demenz geregelt wurde. Sie konnte bis zuletzt ihren Sterbewunsch – wenn auch nicht immer verbal – dem Arzt gegenüber deutlich machen. Das Leiden, das der Arzt bei der Patientin feststellte, entsprach dem, was sie in der Vergangenheit mündlich wie auch in der schriftlichen Patientenverfügung als unerträglich beschrieben hatte. Die Patientin konnte dem Konsiliararzt gegenüber ihre Bitte um Sterbehilfe nicht mündlich äußern; der Konsiliararzt konnte sich jedoch auf die schriftliche Patientenverfügung stützen. Der Arzt konnte zu der Überzeugung gelangen, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte und dass ihr Leiden unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde etwa ein Jahr vor ihrem Tod die Diagnose Alzheimer gestellt. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Sie erhielt Medikation. Die Patientin und ihre Angehörigen wurden von einem Case-Manager für Demenz unterstützend begleitet (derartige Case-Managers bieten auf professionelle Weise Informationen und Beratung und begleiten Demenzpatienten und deren Angehörige). Die Kognition und Handlungsfähigkeiten der Patienten verschlechtern sich rasch. Zwei Monate vor dem Tod der Patientin wurde ein Heimpflegedienst eingeschaltet, der die persönliche Versorgung der Patientin übernahm. Von diesem Zeitpunkt an war die Patientin außerdem in einer Tagesbetreuung untergebracht.

Das Leiden der Patientin bestand aus der Tatsache, dass sie nicht mehr selbständig leben konnte und bei allem Hilfe benötigte. Sie war immer eine autonome Person gewesen und war über den Verlust der Kontrolle über ihr Leben sehr betroffen. Als die Tagesbetreuung und der Heimpflegedienst ins Auge gefasst wurden, war für die Patientin das Maß voll. Die Patientin hatte in ihrem Umfeld den Verfall von Alzheimer-Patienten mitangesehen; diesen Prozess wollte sie selbst nicht durchlaufen. Der Arzt kannte die Patientin bereits seit Jahren und auch angesichts ihrer prämorbidem Persönlichkeit war er davon überzeugt, dass das Leiden für sie unerträglich war. Nach herrschender medizinischer Auffassung war ihr Zustand aussichtslos.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Etwa zehn Monate vor der Lebensbeendigung übergab die Patientin dem Arzt eine schriftliche Patientenverfügung, die auch eine sog. Demenzklausel enthielt.

Einen Monat vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt konkret um Sterbehilfe. Im Gespräch mit dem Arzt zeigte sich, dass die Patientin über ein Krankheitsverständnis verfügte. Sie konnte die von ihr geäußerte Bitte um Sterbehilfe begründen.

In der Zeit danach wiederholte sie ihre Bitte dem Arzt gegenüber mehrfach.

Der Arzt war davon überzeugt, dass die Patientin bis zuletzt klar verstand, was Sterbehilfe beinhaltet, und dass die Lebensbeendigung ihr ausdrücklicher Wunsch war.

Der Arzt zog zwei Konsiliarärzte hinzu, die beide Hausärzte und zugleich unabhängige SCEN-Ärzte waren.

Der erste Konsiliararzt besuchte die Patientin zwei Monate vor der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Zu diesem Zeitpunkt wurde kein aktueller Sterbewunsch geäußert. Der erste Konsiliararzt war der Meinung, dass der Moment für eine Prüfung der Einhaltung der Sorgfaltskriterien noch nicht gekommen war.

Die zweite Konsiliarärztin besuchte die Patientin einen Monat vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte.

Ihrem Bericht zufolge, der eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens der Patientin enthielt, verstand die Patientin, was Sterbehilfe beinhaltet, und war die Demenz der Grund dafür, um Sterbehilfe zu bitten. Die Konsiliarärztin zweifelte jedoch an der Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf ihren aktuellen Sterbewunsch. Die Patientin konnte in jenem Moment nicht konsistent angeben, zu welchem Zeitpunkt sie Sterbehilfe wünschte. Außerdem war ihr Krankheitsverständnis aufgrund ihrer Müdigkeit, des Drucks und der damaligen Phase ihres Krankheitsverlaufs, nicht gleichbleibend gegeben.

Die Konsiliarärztin empfahl dem Arzt, einen Sozial-Geriater hinzuzuziehen, um die Willensfähigkeit der Patientin beurteilen zu lassen.

Drei Tage nach dem Besuch der zweiten Konsiliarärztin besuchte ein Sozial-Geriater die Patientin. Ihm zufolge verstand die Patientin, was Sterbehilfe bedeutet, und sie konnte darlegen, dass eine Situation eintreten könnte, in der sie um Sterbehilfe bitten würde. Wie diese Situation aussehen könnte, konnte die Patientin nicht erklären. Allerdings reagierte sie heftig, erobert und ablehnend, als ihre Kinder darüber sprachen, dass sie die Einschaltung des Heimpflegedienstes und der Tagesbetreuung akzeptieren müsse. Die Patientin äußerte keine konkrete Bitte um Sterbehilfe und konnte sich nicht daran erinnern, in der Vergangenheit darum gebeten zu haben. Sie erzählte jedoch, dass es Momente gebe, in denen sie das Leben nicht mehr lebenswert finde und lieber sterben würde. Sie konnte sich vorstellen, in der Zukunft um Sterbehilfe zu bitten.

Auch gestützt auf die Ergebnisse des Geriaters war die zweite Konsiliarärztin der Ansicht, dass die Patientin wegen ihres gestörten Zeitverständnisses keinen konkreten Zeitpunkt für die Lebensbeendigung mehr benennen konnte. Die gut dokumentierte schriftliche Patientenverfügung könnte nach Auffassung der Konsiliarärztin die mündliche Zustimmung der Patientin ersetzen. In ihrem Bericht kam die Konsiliarärztin auch aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Aus den Meldungsunterlagen ging für die Kommission nicht hinreichend hervor, wie der Arzt sich vergewissert hatte, dass das Leiden der Patientin zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe unerträglich war.

Außerdem hatte die Kommission Fragen zur Freiwilligkeit und zur reiflichen Überlegung der Bitte der Patientin, auch angesichts der Berichte des Sozial-Geriaters und der SCEN-Ärzte.

Der Arzt gab unter anderem folgende mündliche Erläuterung.
Die Patientin sei eine vornehme Dame gewesen, die sehr genau gewusst habe, was sie wolle und was nicht. Nach dem Erhalt ihrer Diagnose sei dem Arzt bereits klar gewesen, dass die Patientin irgendwann um Sterbehilfe bitten würde. Er erklärte, dass das Komplizierte im Fall dieser Patientin darin bestünde, dass ihr Zeitverständnis zum Ende hin immer geringer geworden sei. Ihr Sterbewunsch sei deutlich gewesen, aber der Zeitpunkt, zu dem die Patientin die Durchführung der Sterbehilfe wünschte, sei nicht immer ebenso klar gewesen. In klaren Momenten habe sie gewusst, wann ihr Geburtstag war und äußerte sie den Wunsch, dass sie an ihrem Geburtstag sterben wolle. In weniger klaren Momenten sei sie verwirrt gewesen und habe diesen Wunsch nicht äußern können. Außerdem habe die Patientin die Neigung gehabt, vor Fremden so zu tun, als sei alles in Ordnung. Für ihn sei der Fall letztlich klar gewesen; er war selbst davon überzeugt, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Auch nach der mündlichen Erläuterung des Arztes und der Durchsicht der Unterlagen gab es noch einige Aspekte, die für die Kommission unklar waren.
So wollte die Kommission die zweite Konsiliarärztin zu den Ergebnissen ihres zweiten Besuchs befragen, bei dem auch der behandelnde Arzt zugegen war.
Insbesondere wollte die Kommission erfragen, wie die Konsiliarärztin nach ihrem zweiten Besuch die Willensfähigkeit der Patientin, die Freiwilligkeit und die reife Überlegung ihrer Bitte und die Unerträglichkeit ihres Leidens beurteilte.

Die Konsiliarärztin gab unter anderem folgende mündliche Erläuterung.
Der Kommission war bei der Durchsicht der Krankenakte aufgefallen, dass die Konsiliarärztin die Patientin gemeinsam mit einem Kollegen, einem anderen SCEN-Arzt, besucht hatte. Dies war aus dem Konsiliarbericht nicht hervorgegangen. Die Konsiliarärztin erläuterte auf Nachfrage, dass der Kollege, der sie begleitet hatte, in der gleichen Praxisgemeinschaft arbeite wie sie.
Obwohl sie eine SCEN-Ärztin der ersten Stunde sei, habe sie bisher noch nie die Einhaltung der Sorgfaltskriterien bei einem Demenzpatienten beurteilen müssen. Sie habe mit größtmöglicher Sorgfalt vorgehen wollen und habe es als Unterstützung empfunden, dass ihr Kollege, der über spezifische Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Sterbehilfe bei Demenzpatienten verfüge, sie begleitet habe. Der Kollege habe nicht an dem Gespräch mit der Patientin teilgenommen, aber den Fall im nachhinein mit ihr besprochen. Sie habe dies nicht in ihrem Bericht erwähnt, weil sie nicht gedacht hätte, dass es für den Fall relevant sein könnte.
Letztlich basiere ihr Urteil auf dem Gespräch mit der Patientin, dem Gespräch mit dem behandelnden Arzt, den Unterlagen des Arztes, der Untersuchung durch den Sozialgeriater und der Patientenverfügung.
In der Demenzklausel (die zehn Monate vor dem Tod der Patientin formuliert wurde) sei klar angegeben gewesen, was die Patientin auf keinen Fall wolle und was für sie unerträgliches Leiden bedeute. Übrigens sei das Zeitverständnis der Patientin, so habe man es ihr erzählt, zu dem Zeitpunkt bereits gestört gewesen.
Sie habe sehen können, dass die Patientin leide; die Unerträglichkeit dieses Leidens habe sie unter anderem am Verlauf des gesamten Prozesses ableiten können. Der Zustand der Patientin habe mit dem übereingestimmt, was die Patientin laut ihrer Verfügung nie durchleben wollte. Die Abhängigkeit und der Verlust von Autonomie bildeten die wichtigsten Komponenten ihres unerträglichen Leidens. Was ebenfalls dazu beigetragen habe, sei die Angst vor zukünftigem Leiden gewesen, da die Beschwerden nur immer weiter zunehmen würden.

Die Kommission stellte sich anfangs die Frage, wie der Arzt zu der Überzeugung gelangt war, dass die Patientin freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten

hatte und dass sie unerträglich litt. Aus den Unterlagen ging nämlich hervor, dass die Patientin gegen Ende – unter anderem wegen des von ihrer Krankheit verursachten mangelnden Zeitverständnisses – nicht mehr wirklich in der Lage war, ihre Bitte verbal zu äußern und zu begründen.

Dank der mündlichen Erläuterungen des Arztes und der zweiten Konsiliarärztin wurde der Verlauf für die Kommission nachvollziehbar.

Die Freiwilligkeit und reife Überlegung der Bitte wird vor allem durch die Tatsache belegt, dass der Arzt mit der Patientin über Sterbehilfe gesprochen hatte, seit diese ihre Diagnose erhalten hatte. Diesen Prozess hat der Arzt in der Krankenakte gut dokumentiert. Außerdem hatte die Patientin in einem früheren Stadium eine detaillierte schriftliche Patientenverfügung unterzeichnet und dem Arzt übergeben. Der Arzt erklärte außerdem, dass die Patientin ihm gegenüber ihre Bitte bis zuletzt, wenn auch nicht verbal, deutlich machen konnte. Dies komme dem Arzt zufolge bei Demenzpatienten häufiger vor; Spannungen, sozialer Druck und ein wechselndes Symptombild hätten Auswirkungen darauf, wie solche Patienten ihre Willensfähigkeit und kommunikativen Fähigkeiten zum Ausdruck bringen können.

Der Arzt habe es verschiedentlich miterlebt, dass die Patientin verärgert und erschüttert reagiert habe, als ihr klar wurde, dass sie ihre Autonomie verloren hatte und abhängig geworden war. Dieses Leiden habe dem entsprochen, was die Patientin zuvor nachdrücklich, sowohl mündlich als auch in ihrer Patientenverfügung, als unerträglich beschrieben hatte.

Die Konsiliarärztin basierte ihr Urteil auf ihren eigenen Eindruck, der während des Gesprächs mit der Patientin entstanden war, aber auch darauf, wie der gesamte Prozess seit Erhalt der Diagnose verlaufen war, wie er aus den medizinischen Unterlagen als auch aus Gesprächen mit den Beteiligten erkenntlich wurde. Die Konsiliarärztin fühlte sich in ihrem Urteil durch den Bericht des Sozial-Geriaters bestätigt. Die Patientin hatte der Konsiliarärztin gegenüber ihre Bitte um Sterbehilfe zwar nicht mündlich äußern können; die Konsiliarärztin konnte sich jedoch auf die schriftliche Patientenverfügung stützen. Diese Patientenverfügung enthielt den Namen der Patientin, das Datum und eine Unterschrift; sie war aktualisiert worden und regelmäßig Gegenstand von Gesprächen mit dem Arzt gewesen. Darin war klar formuliert, was die Patientin als unerträgliches Leiden empfinden würde.

ÜBER DIE REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE

GESETZLICHER RAHMEN

In den Niederlanden und auf den Inseln Bonaire, Saba und St. Eustatius sind die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung nach Artikel 293 und 294 des Strafgesetzbuches grundsätzlich strafbar, es sei denn, sie werden von einem *Arzt* ausgeführt, der die gesetzlich festgelegten *Sorgfaltskriterien* einhält und sein Handeln dem örtlichen Leichenschauer *meldet*. In die vorgenannten Strafgesetzbuchartikel (Artikel 293 Absatz 2 und Artikel 294 Absatz 2) wurde dies als *besonderer Strafausschließungsgrund* aufgenommen. Die Sorgfaltskriterien sind in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz) niedergelegt; die Meldepflicht ist in Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen verankert.

Der Mitteilung an den Leichenschauer fügt der Arzt einen *mit einer Begründung versehenen Bericht* bei, in dem er darlegt, warum er seiner Meinung nach den Sorgfaltskriterien entsprochen hat (siehe *Fall 2014-23* und Anhang 1 Fall 19 Jahresbericht 2013). Für die Erstellung eines solchen Berichts steht ein Muster¹⁴ zur Verfügung, das – nach Möglichkeit digital – vom Arzt ausgefüllt wird.

Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise und mit welchen Mitteln das Leben des Patienten beendet worden ist. Außerdem überprüft er, ob der Bericht des Arztes vollständig ist. Er meldet die Sterbehilfe, also die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung, der Kommission und fügt seiner Meldung den Bericht des Arztes, die Beurteilung der Sorgfaltskriterien durch den hinzugezogenen (SCEN-)Arzt und, wenn vorhanden, die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen bei. Außerdem übergibt er der Kommission weitere relevante vom Arzt vorgelegte Unterlagen, z. B. ein Patiententagebuch und Facharztberichte.

ROLLE DER KOMMISSIONEN

Gesetzliche Aufgaben, Befugnisse und Arbeitsweise

Mit Artikel 3 des Sterbehilfegesetzes wurde eine Rechtsgrundlage für die Kontrollkommissionen geschaffen. Sie haben die Aufgabe, im nachhinein zu beurteilen, ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Diese Beurteilung erfolgt auf der Grundlage des Berichts des Arztes und aller anderen der Meldung beigefügten Unterlagen. Der Arzt muss der Kommission gegenüber schlüssig darlegen, dass er im Einklang mit diesen Kriterien gehandelt hat.

14 Siehe Fußnote 1.

Unmittelbar nach Eingang der Meldung und der ersten Durchsicht der eingereichten Unterlagen wird durch einen erfahrenen Sekretär der Kommission eine Einschätzung vorgenommen, ob die Meldung bei den Kommissionsmitgliedern voraussichtlich Fragen aufwerfen wird oder nicht. Bei Meldungen, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft werden, geht man davon aus, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden und die erteilten Informationen entsprechend vollständig sind.

Diese Meldungen werden den Mitgliedern der betreffenden Kommission (Jurist, Arzt und Ethiker) in digitaler Form zwecks Beurteilung übermittelt und grundsätzlich von der Kommission in digitaler Form beurteilt und somit schnellstmöglich bearbeitet. Wenn eines der Kommissionsmitglieder der Ansicht ist, dass die Meldung doch Fragen aufwirft, wird die Meldung auf der monatlichen Kommissionssitzung besprochen, auf der auch die anderen Fragen aufwerfenden Meldungen behandelt werden.

Meldungen, die bei der ersten Durchsicht oder im Verlauf des weiteren Prüfungsprozesses Fragen in Bezug auf ein oder mehrere Sorgfaltskriterien aufwerfen, werden entsprechend als »Fragen aufwerfende Meldungen« eingestuft. Dies kann auch bei Meldungen der Fall sein, bei denen die Kommissionen vereinbart haben, dass sie eingehender diskutiert werden sollen, z. B. Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit Demenz, psychiatrischen Erkrankungen oder einer Kumulation von Altersbeschwerden.

Wenn die Kommission zu einer Meldung Fragen hat oder eingehendere Informationen oder Erläuterungen benötigt, wendet sie sich dafür an den Arzt und/oder den Konsiliararzt. Dies kann sowohl auf telefonischem als auch auf schriftlichem Wege erfolgen. Reichen die daraufhin erteilten Informationen für eine gründliche Beurteilung des ärztlichen Handelns nicht aus, können der Arzt und/oder der Konsiliararzt aufgefordert werden, die Meldung mündlich zu erläutern und Fragen der Kommission zu beantworten (Artikel 8 Sterbehilfegesetz i. V. m. Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe c der Verordnung vom 6.3.2002 (Staatsgesetzblatt 2002, Nr. 141) und Richtlinien zur Arbeitsweise der Kontrollkommissionen vom 21.11.2006).

Bei dieser Gelegenheit befragt die Kommission den Arzt und bittet ihn gegebenenfalls, seine Meldung mündlich zu erläutern, bevor sie ihre endgültige Beurteilung feststellt. Von dieser mündlichen Erläuterung wird ein Bericht erstellt. Ein Konzept des Berichts wird dem Arzt vorgelegt mit der Frage, ob der Inhalt der vom Arzt vorgebrachten Erläuterung korrekt wiedergegeben wurde.

In allen Fällen, in denen die Kommission auf der Grundlage der vorgelegten Unterlagen zu dem Schluss kommen würde, dass der Arzt *nicht* im Einklang mit einem oder mehreren Sorgfaltskriterien gehandelt hat, wird der Arzt zu einem Gespräch mit der Kommission geladen.

Die Kommissionen geben zu den Meldungen eine schriftliche Beurteilung ab.

Im Prinzip geht dem Arzt die Beurteilung der Kommission innerhalb der gesetzlichen Frist von sechs Wochen zu. Diese Frist kann einmalig um sechs Wochen verlängert werden. Die Fristen können unter Umständen überschritten werden, wenn die Kommissionen eine eingehendere schriftliche und/oder mündliche Erläuterung oder Information des meldenden Arztes oder des Konsiliararztes benötigen. Auch lässt es sich mitunter nicht vermeiden, dass interne Diskussionen im Rahmen der im Nachstehenden besprochenen *Harmonisierung* eine Überschreitung der genannten Fristen mit sich bringen. In der Empfangsbestätigung der Meldung, in der erwähnt wird, dass die Meldung *im Prinzip* innerhalb der gesetzlichen Frist von (zweimal) sechs Wochen bearbeitet wird, wird der meldende Arzt auf diesen Sachverhalt hingewiesen.

Kommt die Kommission in ihrer Beurteilung zu dem Schluss, dass der Arzt bei der Erfüllung der Bitte um Sterbehilfe im Einklang mit den gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt hat, ist die Beurteilung endgültig, der Fall ist somit de facto abschließend bearbeitet.

Kommt die Kommission in ihrer Beurteilung jedoch zu dem Schluss, dass der Arzt *nicht* im Einklang mit einem oder mehreren Sorgfaltskriterien gehandelt hat, wird die Beurteilung nicht nur dem Arzt, sondern aufgrund des Sterbehilfegesetzes, zusammen mit den Unterlagen des Falls, auch der Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen übersandt. Die Generalstaatsanwaltschaft entscheidet dann, ggf. nach einem Gespräch mit dem Arzt, ob strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet werden. Die Aufsichtsbehörde beschließt, ebenso ggf. nach einem Gespräch mit dem Arzt, ob ein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet oder eine andere Maßnahme getroffen wird. Die Fallberichte der Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen und die darin vorgenommenen Abwägungen sind auch für die im Nachstehenden beschriebene Harmonisierung der Beurteilungen relevant.

Der koordinierende Vorsitzende, sein Stellvertreter und der Generalsekretär der Kommissionen kommen jährlich mit der Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde zu Gesprächen zusammen.

Zusammensetzung und Organisation der Kontrollkommissionen

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. Grundsätzlich stehen den Regionalen Kommissionen aus jeder Disziplin zwei Stellvertreter zur Verfügung; per Region gibt es also insgesamt neun Kommissionsmitglieder. Sie alle können als stellvertretendes Mitglied in anderen Kommissionen fungieren, und zwar sowohl bei der digitalen Beurteilung von Meldungen als auch bei der Bearbeitung und Beurteilung von Meldungen in der monatlichen Kommissions-sitzung. Jede Kommission wird von einem Sekretär unterstützt, der Jurist ist. Dieser bereitet die Prüfung der Meldung vor und hat in den monatlichen Kommissions-sitzungen eine beratende Stimme.

Die Sekretariate unterstützen die Kommissionen in ihren Tätigkeiten. Die Sekretariate haben ihren Sitz in Groningen, Arnheim und Den Haag, wo auch die Sitzungen der Kommissionen stattfinden. Sie ressortieren bei der Direktion Einheit Berufsgerichts- und Kontrollkommissions-Sekretariate, der auch die Sekretariate der Berufsgerichte im Gesundheitswesen angehören (die allerdings gesondert organisiert sind). Die Unabhängigkeit der Beurteilung durch die Kontrollkommission bleibt somit gewährleistet.

Harmonisierung

Wenn eine Kommission bei der Prüfung einer Meldung zu dem Schluss neigt, dass der Arzt *nicht* im Einklang mit einem oder mehreren Sorgfaltskriterien gehandelt hat, legt sie den Entwurf ihrer Beurteilung einschließlich der zugehörigen Unterlagen – in digitaler Form – allen Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Kommissionen zur Stellungnahme vor. Außerdem werden meist auch Beurteilungsentwürfe von Meldungen, die sich auf einen komplex gelagerten Fall beziehen, bei dem die zuständige Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien *eingehalten* hat, ebenfalls allen Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Kommissionen vorgelegt. In absoluten Ausnahmefällen wird der Entwurf einer Beurteilung aufgrund aller vorgetragene Argumente dem Gremium der Vorsitzenden zur Stellungnahme vorgelegt. Die Entscheidung liegt aber auch

dann noch – wenngleich die Empfehlung dieses Gremiums schwer wiegt – bei den drei Mitgliedern der zuständigen Kommission.

Jedes Jahr wird eine Themenkonferenz zu einem komplexen und aktuellen Thema veranstaltet, an der alle Kommissionsmitglieder und Sekretäre teilnehmen und zu der auch externe Sachverständige eingeladen werden.

Mindestens viermal pro Jahr tritt das Gremium der Vorsitzenden zusammen. Bei diesen Sitzungen sind grundsätzlich auch der Generalsekretär und die Sekretäre der Kommissionen zugegen. Auf diese Weise will man die Harmonisierung und Einheitlichkeit des Prüfverfahrens und der Beschlussfassung fördern.

Transparenz und Aufklärung

Um Ärzten und anderen Betroffenen ein deutliches und aktuelles Bild von den Auffassungen der Kommissionen vermitteln zu können und ihre Auslegung der Sorgfaltskriterien zugänglicher und transparenter zu gestalten, haben die Kommissionen im April 2015 einen Praxisleitfaden veröffentlicht, der, ebenso wie die Jahresberichte, auch in digitaler Form eingesehen werden kann.

Der 2013 eingesetzte Publikationsausschuss der Kontrollkommissionen hat die Aufgabe, jene Beurteilungen, die für die Entwicklung von Normen von Bedeutung sind, leicht zugänglich auf der Website der Kommissionen zu veröffentlichen. Darunter fallen grundsätzlich alle Beurteilungen, in denen eine Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass der Arzt *nicht* im Einklang mit einem oder mehreren Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Vorrangig diese Beurteilungen werden auf der Website der Kommissionen¹⁵ veröffentlicht.

Außerdem erfüllen die Kontrollkommissionen ihren Aufklärungsauftrag¹⁶, indem sie Vorträge z. B. bei Gesundheitsämtern, Hausärzteverbänden oder vor ausländischen Delegationen halten. Darin gehen die Kommissionsmitglieder und Sekretäre, häufig anhand von Beispielen aus der Praxis, auf die im Gesetz verankerten Sorgfaltskriterien und das geltende Prüfungsverfahren ein.

Die Kommissionen wirken im Rahmen des SCEN-Projekts (SCEN: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) der Königlich-Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Heilkunst (KNMG) auch an der Fortbildung zum Konsiliararzt mit. Darüber hinaus nehmen die Kommissionsmitglieder auf Anfrage auch an Interventionsveranstaltungen von SCEN-Ärzten in ihrer Region teil.

Anmerkungen zu Konsiliarberichten werden grundsätzlich direkt von den Kommissionen dem betreffenden Konsiliararzt und hin und wieder, verallgemeinert formuliert und damit anonym, an die SCEN-Organisation übermittelt.

Anhang I (nicht aufgenommen)

¹⁵ Siehe Fußnote 1.

¹⁶ Siehe Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung vom 6. März 2002 über den Erlass von Vorschriften in Bezug auf Kommissionen im Sinne von Artikel 19 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung.

ANHANG II

RELEVANTE
RECHTSVORSCHRIFTEN



Staatsgesetzblatt 2001, Nr. 194

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 1)

GESETZ ÜBER DIE KONTROLLE DER LEBENS- BEENDIGUNG AUF VERLANGEN UND DER HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG (STERBEHILFEGESETZ)

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 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 medizinisch 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 Stimmenthaltung

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 III. A) BONAIRE, SINT EUSTATIUS UND SABA

Artikel 19a

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

Artikel 19b

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 Todesbescheinigungen 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

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

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.

STRAFGESETZBUCH (WETBOEK VAN STRAFRECHT)

Artikel 293

1. Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.
2. Die Handlung nach Absatz 1 ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die Sorgfaltskriterien im Sinne von Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung eingehalten und dem Leichenschauer der Gemeinde gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat.

Artikel 294

1. Wer einen anderen vorsätzlich zur Selbsttötung anstiftet, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.
2. Wer einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Artikel 293 Absatz 2 gilt entsprechend.

GESETZ ÜBER DAS LEICHEN- UND BESTATTUNGSWESEN

Artikel 7

1. Wer die Leichenschau vorgenommen hat, stellt eine Todesbescheinigung aus, wenn er davon überzeugt ist, dass der Tod infolge einer natürlichen Ursache eingetreten ist.
2. Wenn der Tod die Folge von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung nach Artikel 293 Absatz 2 beziehungsweise Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch war, stellt der behandelnde Arzt keine Todesbescheinigung aus und teilt die Ursache des Todes mittels eines auszufüllenden Formulars unverzüglich dem Leichenschauer der Gemeinde oder einem der Leichenschauer der Gemeinde mit.
Dieser Mitteilung fügt der Arzt einen mit einer Begründung versehenen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung bei.
3. Wenn der behandelnde Arzt in anderen als den in Absatz 2 genannten Fällen der Auffassung ist, keine Todesbescheinigung ausstellen zu können, teilt er dies mittels eines auszufüllenden Formulars unverzüglich dem Leichenschauer der Gemeinde oder einem der Leichenschauer der Gemeinde mit.

Artikel 9

1. Die Form und der Aufbau der Muster für die vom behandelnden Arzt und vom Leichenschauer der Gemeinde auszustellenden Todesbescheinigung werden durch Rechtsverordnung geregelt.
2. Die Form und der Aufbau der Muster für die Mitteilung und den Bericht nach Artikel 7 Absatz 2, für die Mitteilung nach Artikel 7 Absatz 3 und für die Formulare nach Artikel 10 Absätze 1 und 2 werden auf Vorschlag Unseres Ministers der Justiz und Unseres Ministers für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport durch Rechtsverordnung geregelt.

Artikel 10

1. Wenn der Leichenschauer der Gemeinde der Auffassung ist, keine Todesbescheinigung ausstellen zu können, erstattet er mittels eines auszufüllenden Formulars dem Staatsanwalt unverzüglich Bericht und setzt den Standesbeamten hiervon unverzüglich in Kenntnis.
2. Unbeschadet des Absatzes 1 erstattet der Leichenschauer der Gemeinde, wenn eine Mitteilung nach Artikel 7 Absatz 2 vorliegt, mittels eines auszufüllenden Formulars der regionalen Kontrollkommission im Sinne von Artikel 3 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung unverzüglich Bericht. Zugleich damit übersendet er den mit einer Begründung versehenen Bericht nach Artikel 7 Absatz 2.

Artikel 81

Mit Freiheitsentzug bis zu einem Monat oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie wird bestraft:

- 1° Verstoß gegen die Bestimmungen in oder nach Artikel (...) 7 Absätze 1 und 2 (...)