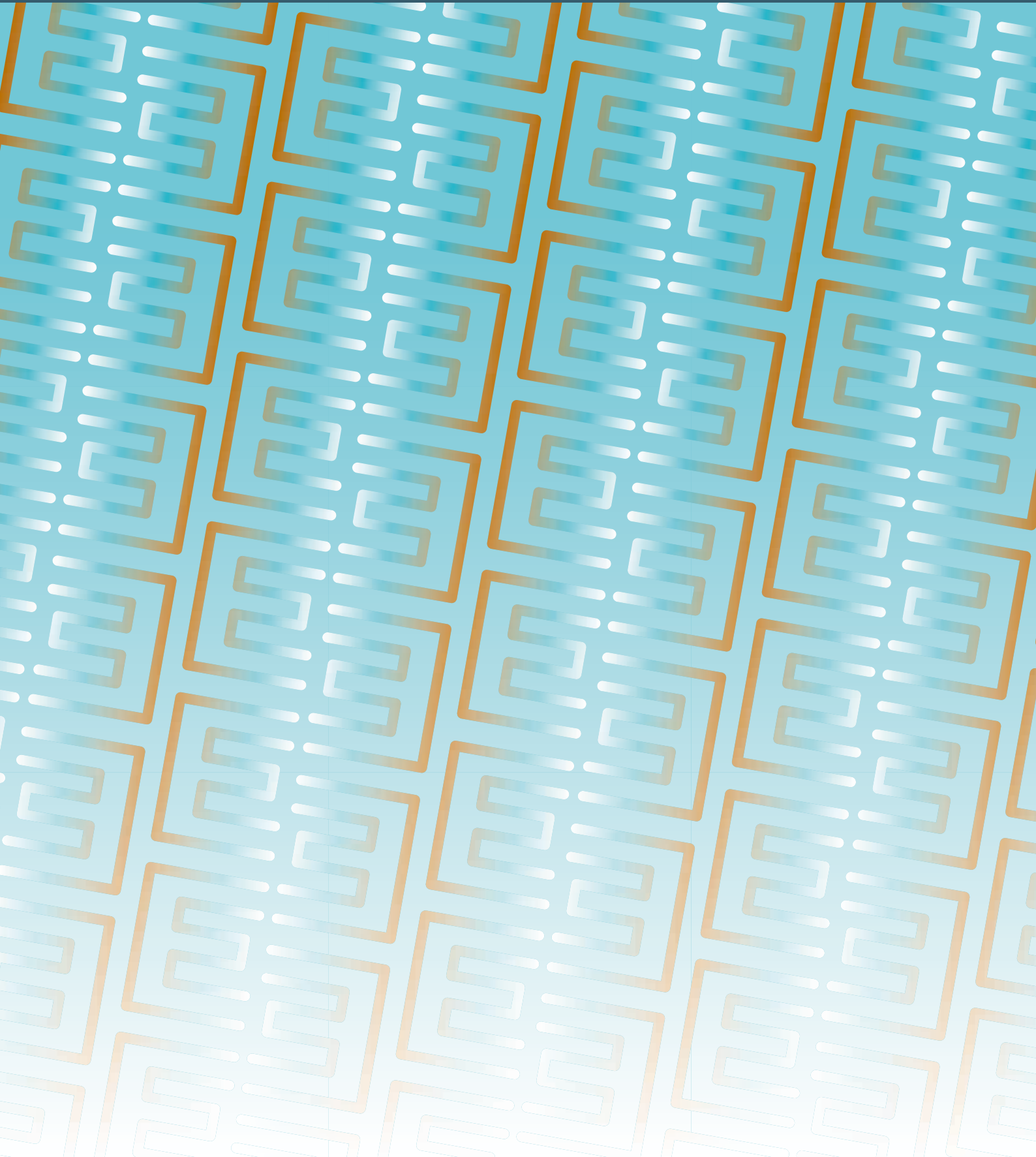


REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2015



INHALT

VORWORT

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2015

Meldungen	6
Zahl der Meldungen	6
Psychiatrische Erkrankungen	6
Demenz	8
Willensfähigkeit	8
Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung	9
Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen	9
Praxisleitfaden	9
Harmonisierung	11
Fragen aufwerfende und keine Fragen aufwerfende Meldungen	12
Beschwerderegulung	12
Stiftung Lebensende-Klinik	13
Sonstige Entwicklungen	13
Ernennung eines koordinierenden Vorsitzenden	13
Minderjährige	14
Organ- und Gewebespenden nach Sterbehilfe	14

KAPITEL II LANDESWEITE ÜBERSICHT DER MELDUNGEN

Landesweite Übersicht über die 2015 eingegangenen Meldungen	16
Zahl der Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung, nach Regionen gegliedert	17

KAPITEL III KASUISTIK

Sorgfaltskriterien	18
Auswahl der Fälle	19
Meldungen, die keine Fragen aufwerfen	19
Fall 2015-15	20
Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	21
Fall 2015-59	21
Fall 2015-52	22
Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	24
Fall 2015-82	24
Aufklärung	25
Keine andere annehmbare Lösung	25
Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	25
Fall 2015-56	25
Medizinisch fachgerechte Durchführung	27
Fall 2015-29	27
Fall 2015-22	29
Psychiatrische Erkrankungen	30
Fall 2015-21	30

Demenz	31
Fall 2015-107	31

KAPITEL IV ÜBER DIE REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE

Gesetzlicher Rahmen	35
Rolle der Kommissionen	35
Gesetzliche Aufgaben, Befugnisse und Arbeitsweise	35
Zusammensetzung und Organisation der Kontrollkommissionen	37
Harmonisierung	37
Transparenz und Aufklärung	38

ANHANG I

Nicht aufgenommen

ANHANG II

Relevante Rechtsvorschriften

I Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung	40
II Strafgesetzbuch	45
III Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen	46

VORWORT

Verehrte Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2015 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.

Die Kontrollkommissionen überprüfen das Handeln des meldenden Arztes nach dem Sterbehilfegesetz, dessen Hintergründen 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.

Nach einer Beschreibung der relevanten Entwicklungen in Kapitel I werden in Kapitel II Art und Zahl (5516; ein Anstieg von 4 % gegenüber 2014) der im Jahr 2015 eingegangenen Meldungen in einer Übersicht dargestellt. Kapitel III ist der Kasuistik gewidmet – anhand von 19 Beispielen wird aufgezeigt, mit welcher Art von Fällen sich die Kontrollkommissionen befassen. Alle im Rahmen von Fallbeispielen beschriebenen Beurteilungen wurden vollständig auf der Website veröffentlicht. In Kapitel IV werden der gesetzliche Rahmen sowie die Rolle und Arbeitsweise der Kommissionen näher erläutert.

Anfang 2016 wurde die komplett überarbeitete Website (www.euthanasiecommissie.nl) mit einer verbesserten, leichter zugänglichen Suchfunktion freigeschaltet. Dort wurden ungefähr 80 vom Publikationsausschuss der Kontrollkommissionen ausgewählte Beurteilungen aus dem Jahr 2015, die für die Entwicklung von Normen als wichtig erachtet werden, in vollem Umfang veröffentlicht. 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. 2015 war dies bei vier Beurteilungen der Fall, die 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 zum Teil sehr lebhaft geführten internen Diskussionen dienen der Harmonisierung der Beurteilungen der verschiedenen Kommissionen – unter Beachtung des Grundsatzes, dass jede Meldung grundsätzlich vor dem Hintergrund der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles zu beurteilen ist.

Mit dem im April 2015 vorgelegten Praxisleitfaden sowie der Veröffentlichung einer Auswahl relevanter Beurteilungen auf der Website und im Jahresbericht wollen die Kommissionen einen möglichst umfassenden Einblick in die Themen und Aspekte gewähren, die sie für die Ausübung ihrer Prüfungstätigkeit, die ihnen gemäß dem Sterbehilfegesetz obliegt, für relevant erachten. Außerdem wollen sie auf diese Weise Klarheit darüber schaffen, was das Sterbehilfegesetz für Ärzte, Konsiliarärzte, Patienten und andere Interessierte genau bedeutet. Zurzeit findet die 2015 begonnene dritte Evaluierung des Sterbehilfegesetzes statt, bei der die Arbeit der Kontrollkommissionen ein ganz wesentlicher Aspekt ist. Die Ergebnisse werden voraussichtlich 2017 vorliegen.

Die Beurteilung einer Meldung erfolgte 2015 im Durchschnitt innerhalb von 39 Tagen (2014 waren es durchschnittlich noch 47 Tage) und blieb somit im Rahmen der gesetzlichen Bearbeitungsfrist von 42 Tagen, die einmalig um sechs Wochen verlängert werden kann.

An dieser Stelle möchte ich auf verschiedene Ereignisse eingehen, die Anfang 2016 zahlreiche Diskussionen auslösten.

Etwa auf den Bericht der Beratungskommission »Voltooid Leven« (Abgeschlossenes Leben), der im Februar 2016 erschien.

Die Kommissionen haben diesen Bericht mit Interesse zur Kenntnis genommen. Die Gesundheitsministerin und der Justizminister haben angekündigt, die Regierung werde noch vor dem Sommer eine Stellungnahme vorlegen.

Mit der Veröffentlichung dieses Berichts ist die gesellschaftliche Debatte zum Thema Sterbehilfe mitnichten verstummt. Davon zeugten nicht nur die zahlreichen, sehr unterschiedlichen Reaktionen auf den Bericht, sondern auch das Echo auf den kurz darauf im Fernsehen ausgestrahlten Dokumentarfilm über die Lebensende-Klinik. Dieser Dokumentarfilm, in dem drei komplexe Fälle dargestellt wurden, in denen Ärzte der Lebensende-Klinik Sterbehilfe geleistet hatten, hat für viel Wirbel gesorgt.

In diesem Zusammenhang sollte darauf hingewiesen werden, dass den Kontrollkommissionen – anders als im begrenzten Rahmen des Dokumentarfilms zum Ausdruck gebracht werden konnte – die vollständigen Unterlagen der meldenden Ärzte, der hinzugezogenen SCEN-Ärzte und anderer Spezialisten vorliegen. Auf der Grundlage dieser Informationen wurden die drei im Film behandelten Meldungen als »sorgfältig« beurteilt. Die anonymisierten Beurteilungen der betreffenden drei Meldungen wurden in vollem Umfang auf der Website veröffentlicht.

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 Frau Willie Swildens-Rozendaal, die ihre Tätigkeit nach Ablauf ihrer maximal zulässigen Amtszeit zum 31. Dezember 2015 beendet hat. Zwölf Jahre lang hatte sie den Vorsitz der Kommission Nordholland inne; in den vergangenen fünf Jahren war sie außerdem als nationale koordinierende Vorsitzende aller Kommissionen tätig. In diesen fünf Jahren hat sie sich mit Leib und Seele und viel Sachverstand für die Kommissionen eingesetzt. Dafür sind wir ihr sehr verbunden. Nach einem sorgfältig durchgeführten öffentlichen Bewerbungsverfahren haben die Gesundheitsministerin und der Justizminister Jacob Kohnstamm mit Wirkung vom 1. April 2016 zum neuen nationalen koordinierenden Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission Nordholland ernannt. Wir begrüßen diese Ernennung und sehen der Zukunft der Kontrollkommissionen unter seinem Vorsitz vertrauensvoll entgegen.

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

Paul van Wersch

Stellvertretender koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Den Haag, April 2016

ENTWICKLUNGEN 2015

MELDUNGEN

Zahl der Meldungen

2015 gingen bei den Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 5516 Meldungen über Sterbehilfe, also Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung, ein. Damit ist die Zahl der eingegangenen Meldungen 2015 erneut angestiegen: gegenüber dem Jahr 2014 (5306) um 4 %. Eine detaillierte – sowohl landesweite als auch nach Regionen gegliederte – Übersicht über diese Meldungen enthält Kapitel II. Zahlen zum Verhältnis der Sterbehilfefälle zu allen Todesfällen in den Niederlanden (durchschnittlich 140 000 pro Jahr) sind auf der Website der Ärztekammer KNMG einsehbar.¹

Die Kommissionen haben alle Meldungen über Sterbehilfe daraufhin geprüft, ob der durchführende Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 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 (in drei Fällen ging es um das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung, in einem Fall betraf es mehrere Sorgfaltskriterien). Diese Beurteilungen werden in Kapitel III als Fallbeispiele dargelegt. In allen übrigen Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Einige dieser Beurteilungen, die sich auf komplexer gelagerte Fälle beziehen, werden ebenfalls in Kapitel III behandelt. In Kapitel IV werden der gesetzliche Rahmen sowie die Rolle und Arbeitsweise der Kommissionen näher erläutert.

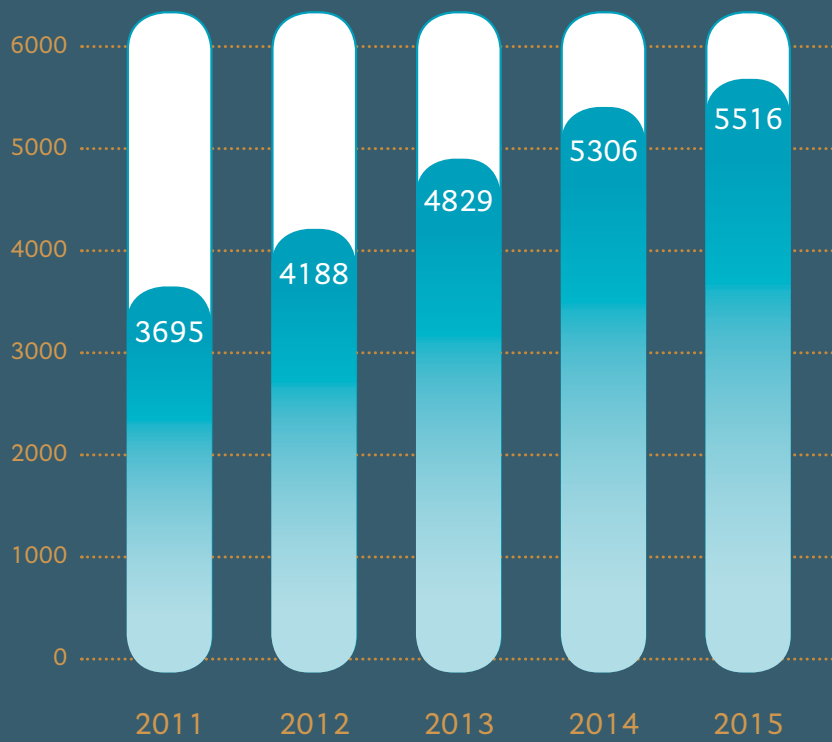
Psychiatrische Erkrankungen

In 56 der gemeldeten Fälle ging das Leiden des Patienten auf eine psychiatrische Erkrankung zurück. In den Jahren 2013 und 2014 war dies bei 42 bzw. 41 Meldungen der Fall. Bei diesen 56 Meldungen handelte es sich in 25 Fällen bei dem meldenden Arzt um einen Psychiater, in 16 Fällen um einen Hausarzt, in 2 Fällen um einen Facharzt, in 4 Fällen um einen Geriater und in 9 Fällen um einen anderen Arzt. In 33 dieser 56 Fälle wurde die Sterbehilfe von einem für die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) tätigen Arzt geleistet.

Angesichts des anhaltenden Interesses in der Gesellschaft für die Thematik wurde eine verhältnismäßig große Zahl von Beurteilungen (15) – in anonymisierter Form und mit einer kurzen Zusammenfassung versehen – auf der Website der Kommissionen² veröffentlicht.

¹ Siehe KNMG-Infografik zur Sterbehilfe auf www.KNMG.nl.

² www.euthanasiecommissie.nl



GESAMTZAHL DER MELDUNGEN VON STERBEHILFE UND HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

Bei einer wachsenden Zahl von Meldungen, die einen Patienten mit psychiatrischer Erkrankung betrafen, lagen auch somatische Probleme vor, die für das Leiden des Patienten mitbestimmend waren. Da das unerträgliche Leiden der Patienten in diesen Fällen in erster Linie auf die psychiatrische(n) Erkrankung(en) zurückging, wurden diese Meldungen auch als psychiatrische Fälle registriert (siehe etwa *Fall 2015-46* in Kapitel III, Beurteilung 2015-46).

In den Ausschussberatungen zwischen der Regierung und dem Abgeordnetenhaus vom November 2014 hat die Gesundheitsministerin unter anderem den Wunsch geäußert, dass psychiatrische Fachkenntnis in den Kontrollkommissionen verankert werden solle. Die Kontrollkommissionen haben im Frühjahr 2015 im Zuge einer Vakanz einen Psychiater als Mitglied in die Kommissionen berufen.

Auf den Seiten 26 und 27 des im April 2015 von den Kommissionen veröffentlichten Praxisleitfadens wird näher darauf eingegangen, dass in Fällen, in denen das Sterbehilfeersuchen von einem Patienten mit psychiatrischer Erkrankung geäußert wird, ein unabhängiger Psychiater hinzuzuziehen ist, der die Willensfähigkeit des Patienten, die Aussichtslosigkeit seines Zustands und das Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung beurteilt.

2015 wurde vom Niederländischen Verband für Psychiatrie eine Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der Richtlinie »Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis« (Umgang mit einem Ersuchen um Hilfe bei der Selbsttötung von Patienten mit einer psychiatrischen Störung) ins Leben gerufen.

In Kapitel III wird im Rahmen von *Fall 2015-21* eine Meldung beschrieben, bei der das Leiden der Patientin auf eine psychiatrische Problematik zurückging.

Demenz

In 109 der 2015 bei den Kommissionen gemeldeten Fälle handelte es sich bei der Krankheit, auf die das Leiden des Patienten zurückzuführen war, um Demenz. 2013 und 2014 war dies bei 97 bzw. 81 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, etwa 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 einigen Fällen ging es um Patienten, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz befanden. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel III im Rahmen von *Fall 2015-107* beschrieben. In 28 dieser 109 Demenz-Fälle wurde die Sterbehilfe von einem Arzt der Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) geleistet. Alle 109 Demenz-Fälle wurden von den Kommissionen als »sorgfältig« beurteilt.

Zusätzlich zu diesen 109 Fällen lag bei 8 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. Auf der Website der Kommissionen können 10 Beurteilungen von Fällen eingesehen werden, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Demenzerkrankung zurückging. In Kapitel III werden zwei derartige Fälle beschrieben (*Fälle 2015-66 und 2015-107*).

Willensfähigkeit bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen und Demenz

Die Beurteilung eines Sterbehilfewunsches von einem Patienten, dessen Leiden auf eine psychiatrische Erkrankung zurückzuführen ist, erfordert große Behutsamkeit seitens des Arztes. Er muss ausschließen, dass das Urteilsvermögen des Patienten durch dessen Erkrankung beeinträchtigt ist. Andernfalls kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Für die Feststellung

der Willensfähigkeit eines solchen Patienten ist besonderer Sachverstand vonnöten. Daher ist vom durchführenden Arzt in einem solchen Fall ein unabhängiger Psychiater hinzuzuziehen. Auch bei einem Sterbehilfeersuchen, das von einem Demenz-Patienten geäußert wird, erfordert die Beurteilung von dessen Willensfähigkeit besondere Aufmerksamkeit. Stammt das Ersuchen von einem Patienten, der sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz befindet, muss der durchführende Arzt einen entsprechend fachkundigen Arzt hinzuziehen. Ist der Demenzprozess so weit fortgeschritten, dass der Patient nicht mehr willensfähig ist und auch nicht mehr kommunizieren kann (oder lediglich noch mittels einfacher Äußerungen oder Gebärden), ist die Erfüllung des Sterbehilfewunsches nur dann möglich, wenn der Patient eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat, als er noch willensfähig war.

Die Verfügung muss sich auf die eingetretene Situation beziehen (eine detaillierte Beschreibung von Sterbehilfe bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung bzw. Demenz enthalten die Abschnitte 4.3 und 4.4 des Praxisleitfadens, S. 26, 27 und 28).

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 angehören.³ 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 verankert.⁴ Auf Ersuchen der Arbeitsgruppe wurden Mitglieder der Kontrollkommissionen an den in diesem Rahmen durchgeführten Analysen und Untersuchungen beteiligt. Das eigentliche Ziel der Beratungen der Arbeitsgruppe bestand darin, zwei Leitfäden zu formulieren – einen für Ärzte und andere Fachkräfte aus den Bereichen Medizin und Pflege sowie einen für die Öffentlichkeit. Die Leitfäden wurden im Dezember 2015 veröffentlicht.

ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN, ENTWICKLUNGEN

Praxisleitfaden

In ihrem Jahresbericht von 2014 sind die Kommissionen in Kapitel I ausführlich auf den Praxisleitfaden eingegangen. Das erste Exemplar überreichte die koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen, Willie Swildens-Rozendaal, am 23. April 2015 auf dem KNMG-Symposium »Das Puzzle des SCEN-Arztes« im Domus Medica in Utrecht dem Präsidenten der KNMG, Herrn Prof. Dr. van der Gaag. Der Praxisleitfaden bietet, wie im Jahresbericht 2014 dargelegt, eine Übersicht über die Grundzüge der Aspekte und Erwägungen, die die Kommissionen mit Blick auf die gesetzlichen Sorgfaltskriterien für relevant erachten. Im Leitfaden ging es nicht darum, jede denkbare Situation zu beschreiben, vielmehr ist er 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.

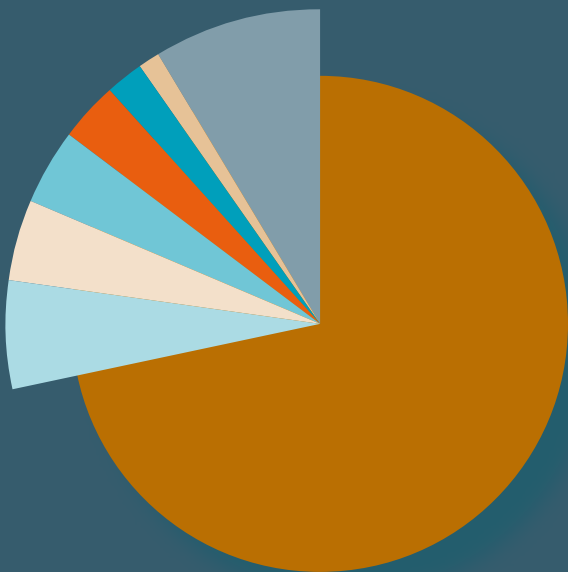
³ Parlamentsdrucksachen II, 2012/2013, 32 647, Nr. 16.

⁴ 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.«



MELDENDE ÄRZTE 2015

● Hausärzte	4730
● Im Krankenhaus tätige Fachärzte	180
● Geriater	216
● Ärzte in der Facharztausbildung	45
● Ärzte mit anderem Hintergrund (z. B. sog. Basisärzte oder nicht praktizierende Ärzte)	345
<i>darunter Ärzte der LebensendeKlinik</i>	<i>366</i>



KRANKHEITSARTEN 2015

● Krebs	4000
● Erkrankungen des Nervensystems	311
● Herz- und Gefäßerkrankungen	233
● Lungenerkrankungen	207
● Kumulation von Altersbeschwerden	183
● Demenz	109
● Psychiatrische Erkrankungen	56
● Andere	417

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

Der Praxisleitfaden ist auf der Website der Kommissionen abrufbar.⁵

Im Februar 2016 wurde mit Unterstützung der KNMG eine anonyme Kurzumfrage unter meldenden Ärzten und SCEN-Ärzten zu ihren Erfahrungen mit dem Leitfaden durchgeführt. Der Leitfaden wird zu einem noch festzulegenden Zeitpunkt überarbeitet.

Harmonisierung

Auch 2015 haben die Kontrollkommissionen der Harmonisierung ihrer Beurteilungen viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet. Unter Beachtung des Grundsatzes, dass jede Meldung grundsätzlich vor dem Hintergrund der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles zu beurteilen ist, waren die Kommissionen nach wie vor bestrebt, Einheitlichkeit zu schaffen. So haben die Kommissionen, wenn sie bei der Behandlung einer Meldung zu dem Schluss neigten, dass der Arzt nicht im Einklang mit einem oder mehreren Sorgfaltskriterien gehandelt hatte, 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. In absoluten Ausnahmefällen wird der Entwurf einer Beurteilung aufgrund aller vorgetragenen Argumente dem Gremium der Vorsitzenden zur Stellungnahme vorgelegt; wenngleich die Empfehlung der Vorsitzenden schwer wiegt, liegt die letztliche Entscheidung auch dann bei der zuständigen Kommission. Auch die Fallberichte der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen und die darin getroffenen Abwägungen (siehe Anhang I) tragen zur Harmonisierung der Beurteilungen bei.

Zusätzlich zu den vorgenannten internen Diskussionen über einzelne Fälle veranstalten die Kommissionen auch Treffen zu aktuellen Themen, auf denen in allgemeinerer Form die Entwicklungen in der Praxis besprochen werden.

So wurde 2015 auf einer Ganztagesveranstaltung, die im Zeichen der weiteren Professionalisierung sowie der Weitergabe und Aneignung von Wissen stand, gemeinsam mit externen Sachverständigen die Prüfung komplexerer Fälle besprochen.

Auch die Zweckmäßigkeit des Vorhabens, zusätzlich zu den internen Diskussionen ein »Reflexionsgremium« für die weitere Harmonisierung einzurichten, wurde besprochen (und wird inzwischen eingehender geprüft).

Auch wenn es Aufgabe des Gremiums der Vorsitzenden ist, die Harmonisierung der Beurteilungen – wie auch die Arbeit der Kommissionen im Allgemeinen – zu überwachen

5 www.euthanasiecommissie.nl

(Artikel 13 des Sterbehilfegesetzes), kommt es doch auch ganz entscheidend darauf an, dass sich *alle* Mitglieder (Vorsitzende/Juristen, Ärzte und Ethiker) sowohl in inhaltlicher als auch in verfahrenstechnischer Hinsicht einbringen und dasselbe Ziel verfolgen. Aktuell wird geprüft, wie das Engagement und die Verantwortlichkeit der Ärzte und Ethiker besser in der Organisationsstruktur der Kontrollkommissionen verankert werden können.

Fragen aufwerfende und keine Fragen aufwerfende Meldungen

2015 handelte es sich bei 79 % aller gemeldeten Fälle um Meldungen, die keine Fragen aufwarfen. Diese Meldungen werden den Mitgliedern der betreffenden Kommission in digitaler Form zwecks Beurteilung übermittelt.

Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wenn der Sekretär/Jurist der Kommission zu der Einschätzung gelangt, dass die erteilten Informationen vollständig sind, und es sehr wahrscheinlich ist, dass die Kommission zu dem Schluss kommen wird, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Die so eingestuften Fälle konnten fast alle von der Kommission digital bearbeitet und beurteilt und damit – ohne Verzögerung – erledigt werden (siehe beispielsweise *Fall 2015-15* und *Fall 2015-22*).

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 21 % 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 beträgt die Zeit, die zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt liegt, im Durchschnitt 39 Tage (2014 belief sich die durchschnittliche Bearbeitungszeit noch auf 47 Tage).⁶

Beschwerderegulung

Bei den Kontrollkommissionen sind 2015 keine Beschwerden von meldenden Ärzten oder Konsiliarärzten über die Bearbeitung von Meldungen eingegangen.

Wie bereits in vergangenen Jahresberichten erwähnt, haben die Kommissionen den Beschluss gefasst, einen unabhängigen Beschwerdeausschuss für die Bearbeitung eingehender Beschwerden einzurichten. Inzwischen wurde eine Beschwerderegulung erarbeitet, in der das Verfahren sowie die Zuständigkeiten und die Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses konkretisiert werden. Diese Regelung wurde durch Einstellung auf der Website der Kontrollkommissionen veröffentlicht.⁷

Gegenstand der Beschwerderegulung ist die Bearbeitung von Beschwerden, die von Ärzten, insbesondere von meldenden Ärzten und Konsiliarärzten, eingereicht werden.

Die Beschwerden können sich lediglich auf den persönlichen Umgang der Kommission mit dem Beschwerdeführer beziehen. Beschwerden über Inhalt und Begründung der Beurteilung einer Kommission sind nicht möglich.

⁶ 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.

⁷ www.euthanasiecommissie.nl.

Jedes Jahr erreichen die Kommissionen mehrere Anfragen von Bürgern, die gern die Unterlagen eines Falles oder eine Beurteilung einsehen möchten. Aufgrund von Artikel 14 des Sterbehilfegesetzes sind die Kommissionen zur Geheimhaltung der ihnen erteilten Informationen verpflichtet. Davon kann nur in besonderen (gesetzlich vorgesehenen) Fällen abgewichen werden.

Daher kann diesen Anfragen nicht entsprochen werden.

Stiftung Lebensende-Klinik (SLK)

2012 gingen bei den Kommissionen erste Meldungen über Sterbehilfe ein, die von einem Arzt der Lebensende-Klinik durchgeführt worden waren. Hierdurch wurden sie mit einem neuen Phänomen konfrontiert. Die Kommissionen beschlossen, die ersten zehn dieser Meldungen – die übrigens auf dieselbe Weise wie die Meldungen anderer Ärzte geprüft werden – im Plenum zu beurteilen. Nach der Bearbeitung dieser ersten zehn Meldungen wurde vereinbart, von SLK-Ärzten eingereichte Meldungen als »Fragen aufwerfend« einzustufen und somit im Rahmen der Kommissionssitzungen zu behandeln.

Ende 2015 beschlossen die Kommissionen, nachdem sie geraume Zeit Erfahrung mit Fällen gesammelt hatten, die von SLK-Ärzten gemeldet worden waren, diese Meldungen künftig als »keine Fragen aufwerfend« einzustufen, sofern der erfahrene Sekretär/Jurist bei der ersten Durchsicht der Ansicht war, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Eine Kommission kann jederzeit beschließen, eine solche Meldung doch als »Fragen aufwerfend« einzustufen und auf der Kommissionssitzung zu behandeln.

Übrigens werden regelmäßig Fälle, die von SLK-Ärzten gemeldet wurden, von den Kommissionen im Plenum behandelt, da SLK-Ärzte häufig in komplex gelagerten Fällen eingeschaltet werden. Das geht unter anderem aus der relativ großen Zahl von Meldungen über Sterbehilfe hervor, die bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen oder Demenz geleistet wurde (die Zahlen zu derartigen Fällen wurden bereits in diesem Kapitel behandelt). Es kommt auch vor, dass ein Arzt einen Patienten in dringlichen Fällen an die SLK überweist, siehe etwa *Fall 2015-35* in Kapitel III.

SONSTIGE ENTWICKLUNGEN

Ernennung eines koordinierenden Vorsitzenden

Da das Mandat der amtierenden koordinierenden Vorsitzenden der Kommissionen, Willie Swildens-Rozendaal, zum 1. Januar 2016 auslief, erarbeiteten und veröffentlichten die Kommissionen Mitte 2015 ein Funktionsprofil, auf dessen Grundlage im Rahmen eines umfassenden Anwerbungs- und Ernennungsverfahrens ein neuer Vorsitzender gesucht wurde.⁸ Ein Auswahlausschuss und ein sog. Akzeptanzausschuss, denen Kommissionsmitglieder aus allen Disziplinen angehörten, waren Teil des Anwerbungs- und Ernennungsverfahrens.

Nach sorgfältiger Durchführung des Anwerbungs- und Ernennungsverfahrens haben die Gesundheitsministerin und der Justizminister, auf gemeinsamen Vorschlag der Vorsitzenden der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, Jacob Kohnstamm zum 1. April 2016 zum koordinierenden Vorsitzenden der Kontrollkommissionen und zugleich zum stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission Nordholland ernannt.

Herr Kohnstamm verfügt über viel Erfahrung als Vorsitzender und Entscheidungsträger. Im Laufe des Verfahrens zeigte sich, dass er eine klare Vorstellung von der unparteiischen

Position und Rolle der Kommissionen sowie des koordinierenden Vorsitzenden bei der Ausführung ihrer gesetzlichen Aufgaben innerhalb der dafür geltenden Rahmenbedingungen hat. Damit kann er als Vorsitzender auf umfassende Akzeptanz in den Kommissionen zählen. Die Mitglieder der Kontrollkommissionen sind denn auch zuversichtlich, dass Herr Kohnstamm die Rolle des koordinierenden Vorsitzenden mit Erfolg ausüben wird.

Minderjährige

Das Sterbehilfegesetz gilt für Sterbehilfe bei Personen im Alter von mindestens 12 Jahren; jüngere Kinder sind gesetzlich ausgeschlossen. Für die unter das Gesetz fallenden Minderjährigen gelten zusätzliche Kriterien:

- Bei minderjährigen Patienten im Alter von 12 bis 15 Jahren bedarf es zusätzlich zum Ersuchen des Patienten auch der Zustimmung der Eltern bzw. eines Elternteils oder des Vormunds (Artikel 2 Absatz 4 Sterbehilfegesetz).
- Bei minderjährigen Patienten im Alter von 16 oder 17 Jahren sind die Eltern bzw. ein Elternteil oder der Vormund in die Beschlussfassung einzubeziehen; ihre Zustimmung ist nicht erforderlich (Artikel 2 Absatz 3 Sterbehilfegesetz).

Meldungen über Sterbehilfe bei Minderjährigen sind äußerst selten. Im Zeitraum 2002 bis 2015 gingen bei den Kommissionen sieben solcher Meldungen ein, zwei davon im Jahr 2015. In fünf Fällen handelte es sich um einen minderjährigen Patienten im Alter von 17 Jahren; eine Meldung (aus dem Jahr 2005) bezog sich auf einen minderjährigen Patienten im Alter von 12 Jahren (siehe den Jahresbericht 2005, S. 15 f.).

Eine der im Jahr 2015 eingegangenen Meldungen betraf den Fall eines minderjährigen Patienten im Alter von 16 Jahren (siehe *Fall 2015-59*).

In all diesen Fällen waren die Angehörigen der Patienten in die Beschlussfassung einbezogen worden und verstanden und respektierten den Sterbewunsch der Patienten.

Um das Kriterium der freiwilligen Bitte um Sterbehilfe erfüllen zu können, muss der Patient diesbezüglich willensfähig sein. Willensfähigkeit bedeutet, dass der Patient in der Lage ist, die relevanten Informationen über seine Situation und seine Prognose zu verstehen, eventuelle Alternativen abzuwägen und die Folgen seiner Entscheidung einzuschätzen. Bestehen begründete Zweifel an der Willensfähigkeit des Patienten, ist es angezeigt, dass der Arzt sich speziell zu dieser Frage von einem Sachverständigen beraten lässt. Das kann im Rahmen der Hinzuziehung des Konsiliararztes geschehen; die Willensfähigkeit des Patienten kann aber auch im Vorfeld durch einen entsprechend fachkundigen Arzt beurteilt werden.

Auch im Jahr 2015 war das politische Interesse an Sterbehilfe bei Minderjährigen groß.

Bei einem Rundtischgespräch des Abgeordnetenhauses im Januar 2016 waren die Kontrollkommissionen vertreten.

Organ- und Gewebespenden nach Sterbehilfe

Mit gewisser Regelmäßigkeit werden Ärzte mit Patienten konfrontiert, die ihre Organe oder ihr Gewebe 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 degenerativen Erkrankungen wie amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder multipler Sklerose (MS).

Die Zahl der Organspenden nach Sterbehilfe wird nicht formell registriert. Soweit bekannt, gab es seit 2012 fünfzehn solcher Fälle, davon neun im Jahr 2015.

Das Sterbehilfegesetz enthält keine Bestimmungen darüber, was nach der Sterbehilfe mit dem Leichnam geschehen darf, und benennt auch keine Hindernisse für Organspenden nach Sterbehilfe. Um zu verhindern, dass eine Bitte um Sterbehilfe von der Möglichkeit der Organspende beeinflusst wird, kann der Antrag auf Organspende erst dann 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 vor 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, hat eine Arbeitsgruppe verschiedener Universitäten einen Leitfaden formuliert, der Ärzte bei der Beschlussfassung unterstützen soll. Auf Bitten der Arbeitsgruppe haben die Kontrollkommissionen an der Erarbeitung des Leitfadens mitgewirkt. Im Leitfaden wird beschrieben, welche Handlungsmöglichkeiten Ärzte haben, wenn ein Patient darum bittet, seine Organe nach erfolgter Sterbehilfe zu spenden. Ärzte können den Leitfaden beim Transplantationskoordinator einer Universitätsklinik in ihrer Region anfordern.⁹

⁹ Nähere Informationen: <http://www.transplantatiestichting.nl/donor-woorden/wie-kan-donor-woorden/orgaan-en-weefsel-donatie-na-euthanasie>.

K.II

LANDESWEITE ÜBERSICHT ÜBER DIE 2015 EINGEGANGENEN MELDUNGEN

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2015

MELDUNGEN In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 5516 Meldungen ein.

STERBEHILFE UND HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG In 5277 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 208 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 31 Fällen um eine Kombination aus beiden.

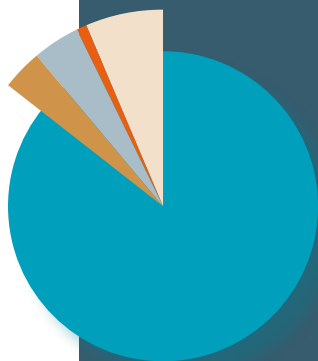
EINRICHTUNGEN In 4409 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 191 Fällen in einem Krankenhaus, in 224 Fällen in einem Pflegeheim, in 239 Fällen in einem Altersheim, in 354 Fällen in einem Hospiz und in 99 Fällen an einem anderen Ort (z. B. bei Angehörigen).

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

ZUSTÄNDIGKEIT UND ENDGÜLTIGE 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 BEARBEITUNG Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 39 Tage.

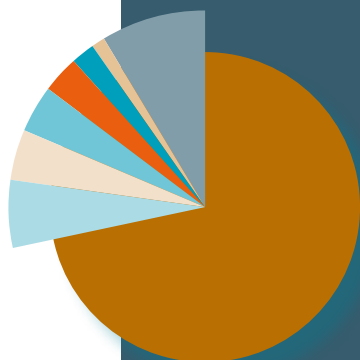
MELDENDE ÄRZTE



● Hausärzte	4730
● Im Krankenhaus tätige Fachärzte	180
● Geriatrer	216
● Ärzte in der Facharztausbildung	45
● Ärzte mit anderem Hintergrund (z. B. sog. Basisärzte oder nicht praktizierende Ärzte)	345

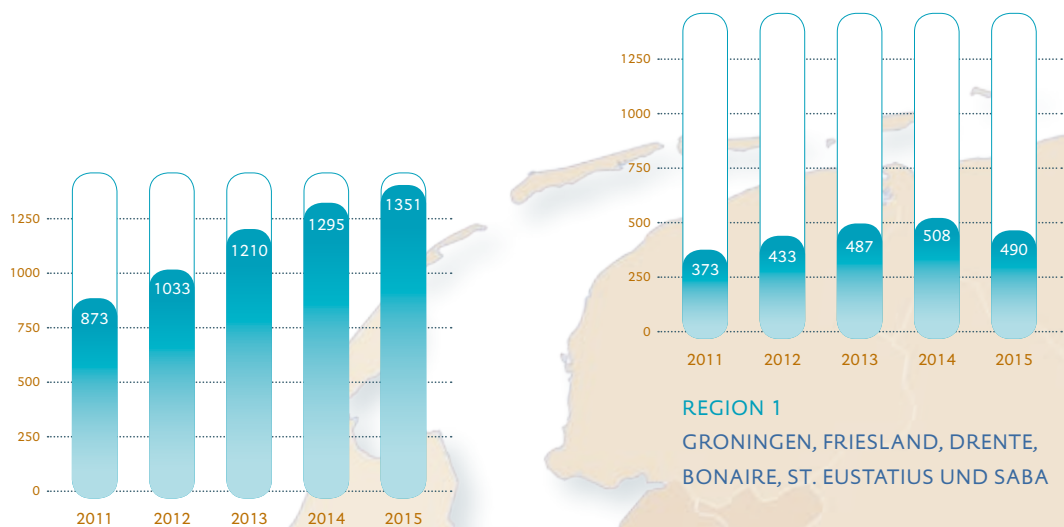
darunter Ärzte der LebensendeKlinik 366

KRANKHEITSARTEN

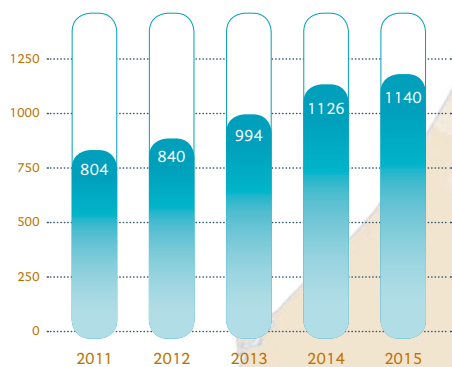


● Krebs	4000
● Erkrankungen des Nervensystems	311
● Herz- und Gefäßerkrankungen	233
● Lungenerkrankungen	207
● Kumulation von Altersbeschwerden	183
● Demenz	109
● Psychiatrische Erkrankungen	56
● Andere	417

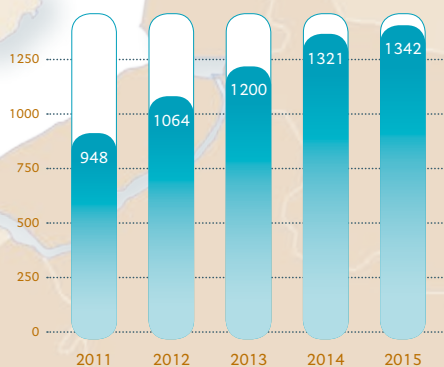
GESAMTZAHL DER MELDUNGEN ÜBER STERBEHILFE
UND HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG, NACH REGIONEN
GEGLIEDERT



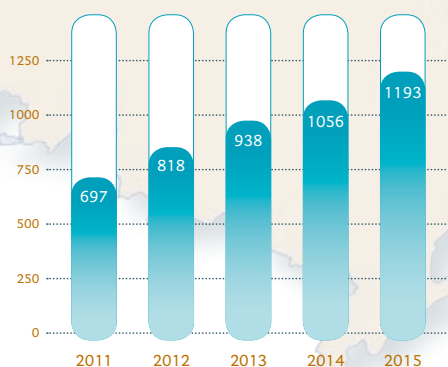
REGION 3
NORDHOLLAND



REGION 4
SÜDHOLLAND UND SEELAND



REGION 2
OVERIJSEL, GELDERN,
UTRECHT UND FLEVOLAND



REGION 5
NORDBRABANT UND LIMBURG

Übersicht der 2015 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 mit Fallbeispielen illustriert. Da inzwischen der 2015 veröffentlichte Praxisleitfaden als »Handlungsleitlinie« für die Kommissionen gilt, enthält dieses Kapitel neben den Fallbeschreibungen lediglich Verweise auf den Praxisleitfaden.¹⁰

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 Sorgfalts-kriterien c) Aufklärung, e) Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes und f) medizinisch fachgerechte Durchführung 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 (freiwillig und nach reiflicher Überlegung

¹⁰ www.euthanasiecommissie.nl

geäußerte Bitte), b (unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand) und d (keine andere annehmbare Lösung) genannten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. 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 erster Fall wurde eine Meldung aufgenommen, die keine Fragen aufwarf. Zur Illustration des Kriteriums der medizinisch fachgerechten Durchführung wurde ebenfalls eine Meldung aufgenommen, die keine Fragen aufwarf. Die übrigen Fälle betreffen Meldungen, die Fragen aufwarfen. Nach einem allgemeiner gehaltenen Fallbeispiel, in dem eine zügige Durchführung des Verfahrens im Mittelpunkt steht, werden nacheinander die verschiedenen Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes behandelt. Abschließend werden zwei Fälle beschrieben, in denen es um Sterbehilfe bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung bzw. mit Demenz geht; ein Grund hierfür ist das große öffentliche Interesse an solchen Fällen. Die Fallbeschreibungen enthalten Zusammenfassungen der jeweiligen Beurteilungen und konzentrieren sich auf die wichtigsten Aspekte der Beurteilung und der Erwägungen der Kommission.

Es wird dargelegt, welches Sorgfaltskriterium mit dem betreffenden Fall illustriert wird, welche Fragen sich der Kommission stellten und natürlich zu welchem Urteil die Kommission letztlich gekommen ist. Der vollständige Wortlaut der im Rahmen der Fallbeispiele beschriebenen Beurteilungen kann – unter derselben Nummer – auf der Website der Kommissionen, Publikationsjahr 2015, eingesehen werden.¹¹

MELDUNGEN, DIE KEINE FRAGEN AUFWERFEN

Die 2015 als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldungen konnten fast ausnahmslos von der Kommission auf digitalem Wege behandelt und beurteilt werden. Wie in Kapitel I erwähnt, geht es hierbei um 79 % aller eingegangenen Meldungen. Um einen Einblick in diese Art von Meldungen zu vermitteln, wird nachstehend die Beurteilung einer solchen Meldung in vollem Umfang wiedergegeben. Eine weitere Meldung, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurde, *Fall 2015-22*, wird unter dem Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung beschrieben. Auf der Website der Kontrollkommissionen können unter »Uitspraken & Uitleg, Niet vragen oproepende meldingen« weitere Fallbeschreibungen nachgelesen werden, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurden.

¹¹ www.euthanasiecommissie.nl

FALL 2015-15

*Siehe auch die
Beurteilung 2015-15
auf der Website.*

BEURTEILUNG: IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf, ärztliche Vertretung

ZUSAMMENFASSUNG: In vorübergehender Abwesenheit des Hausarztes bat eine schwer leidende Patientin einen Vertretungsarzt um Sterbehilfe. Der Vertretungsarzt leitete das Sterbehilfeverfahren ein und nahm Kontakt zu einer SCEN-Konsiliarärztin auf. Als der Hausarzt seinen Dienst wieder aufnahm, richtete die Patientin ihre Bitte um Sterbehilfe an ihn, woraufhin der Hausarzt die Lebensbeendigung durchführte.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde etwa ein halbes Jahr vor ihrem Tod ein Pankreaskarzinom mit Metastasen in der Lunge festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich; die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand aus einer schnell fortschreitenden schweren Kurzatmigkeit, die trotz Sauerstoffgabe auftrat. Die Patientin konnte nur noch mit Mühe sprechen und musste häufig husten. Sie war erschöpft. Außerdem litt sie unter der Angst vor einer weiteren Verschlechterung ihres Zustands und vor zunehmendem körperlichen Verfall.

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.

Acht Tage vor ihrem Tod hatte sie einen anderen Arzt aus der Praxisgemeinschaft ihres Hausarztes, der diesen vorübergehend vertrat, gebeten, die Lebensbeendigung durchzuführen. Als der Arzt einen Tag vor dem Tod der Patientin seinen Dienst wieder aufnahm, wiederholte die Patientin ihre Bitte um Sterbehilfe ihm gegenüber. Am nächsten Tag äußerte sie ihre Bitte ein weiteres Mal im Beisein des Arztes.

Dem Arzt zufolge kam diese Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Der Vertretungsarzt hatte im Auftrag des Hausarztes eine unabhängige SCEN-Ärztin als Konsiliararzt hinzugezogen. Die Konsiliarärztin besuchte die Patientin vier Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom Vertretungsarzt 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, kam die Konsiliarärztin 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 obengenannten 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 auf Verlangen fachgerecht durchgeführt.

Das Urteil der Kommission lautet, dass der Arzt im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

FALL 2015-35 NICHT AUFGENOMMEN

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

FALL 2015-01 NICHT AUFGENOMMEN

FALL 2015-59

*In Bezug auf
minderjährige Patienten
siehe den
Praxisleitfaden, S. 25.
Vollständiger Wortlaut
unter Beurteilung
2015-59.*

BEURTEILUNG: IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

SORGFALTSKRITERIUM: Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte

BESONDERE ASPEKTE: Willensfähigkeit einer Patientin im Alter zwischen 16 und 18 Jahren im Hinblick auf ihren Sterbewunsch (Artikel 2 Absatz 3 Sterbehilfegesetz)

ZUSAMMENFASSUNG: Bei der Patientin wurde zum zweiten Mal akute myeloische Leukämie (AML) festgestellt. Beim ersten Mal wurde bei ihr eine Stammzellentransplantation durchgeführt.

Dieser Behandlung wollte sie sich kein zweites Mal unterziehen.

Die Patientin litt unerträglich unter Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit und dem Verlust der Kontrolle über ihr Leben. Sie bat um Sterbehilfe.

Der Kommission zufolge war deutlich zu erkennen, dass die Patientin im Hinblick auf ihren Sterbewunsch willensfähig war. Ihre Eltern waren in die Beschlussfassung einbezogen worden. Damit war im Einklang mit Artikel 2 Absatz 3 des Sterbehilfegesetzes (betreffend minderjährige Patienten im Alter zwischen 16 und 18 Jahren) gehandelt worden.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 16 und 18 Jahren wurde im Frühjahr 2015 zum zweiten Mal akute myeloische Leukämie (AML) festgestellt. 2013 hatte die Patientin diese Diagnose zum ersten Mal erhalten; sie unterzog sich daraufhin einer Stammzellentransplantation.

Angesichts der sehr geringen Erfolgchancen und der äußerst schweren Belastung, die mit dieser Behandlung verbunden ist, sah die Patientin von der Möglichkeit einer erneuten Stammzellentransplantation ab. Das Leiden der Patientin bestand aus Schmerzen, Müdigkeit und Übelkeit. Vor allem aber litt die Patientin unter dem Verlust der Kontrolle über ihr Leben. Da inzwischen klar war, dass sie nur noch wenige Wochen zu leben hatte, war es ihr Wunsch, selbst zu bestimmen, auf welche Weise ihr Leben zu Ende gehen sollte.

Zwei Tage vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung durchzuführen.

In Bezug auf das Sterbehilfeersuchen der Patientin erwog die Kommission Folgendes. Gemäß Artikel 2 Absatz 3 des Sterbehilfegesetzes kann ein Arzt der Bitte eines minderjährigen Patienten – der 16 oder 17 Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann – um Sterbehilfe 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 bzw. sind. Nach Auffassung der Kommission konnte der Arzt im vorliegenden Fall der Bitte um Sterbehilfe Folge leisten. Aus den vom

Arzt erteilten Informationen war deutlich erkennbar, dass die Patientin im Hinblick auf ihren Sterbewunsch willensfähig war. Ihre Eltern waren in die Beschlussfassung im Zusammenhang mit ihrem Sterbewunsch einbezogen worden.

FALL 2015-26 NICHT AUFGENOMMEN

FALL 2015-40 NICHT AUFGENOMMEN

FALL 2015-52

Zu besonderen Aspekten der schriftlichen Patientenverfügung siehe auch den Praxisleitfaden, S. 23 ff. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2015-52 auf der Website.

BEURTEILUNG: IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

SORGFALTSKRITERIUM: Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte

BESONDERE ASPEKTE: Bedeutung einer schriftlichen Patientenverfügung, Aussichtslosigkeit des Zustands und Unerträglichkeit des Leidens, Aufklärung, Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung, Beurteilung durch den Konsiliararzt

ZUSAMMENFASSUNG: Die Patientin war nach einem schweren Schlaganfall nicht mehr in der Lage, mit anderen zu kommunizieren. Sie hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen und eine Patientenverfügung verfasst. Die Konsiliarärztin kam auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung, der Krankenakte, der vom behandelnden Arzt erteilten Informationen sowie von Gesprächen mit den Angehörigen zu dem Schluss, dass die Bitte der Patientin freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Für die Konsiliarärztin war die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin erkennbar und nachvollziehbar. Es gab keine Aussicht auf Besserung. Aus den vom Arzt erteilten Informationen konnte die Konsiliarärztin ersehen, dass der Arzt in der Vergangenheit umfassend mit der Patientin über die eingetretene Situation gesprochen hatte. Dabei waren Arzt und Patientin gemeinsam zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbaren Alternativen mehr gab.

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren erlitt zwei Wochen vor der Lebensbeendigung einen sehr schweren Schlaganfall. Daraufhin kam es zu einer vollständigen halbseitigen Lähmung und einer vollständigen Aphasie. Es trat eine schwere Verständnisstörung auf. Im vergangenen Jahr hatte sich der Zustand der Patientin nach und nach verschlechtert; infolge multipler Schlaganfälle und TIAs stellte sich eine beginnende vaskuläre Demenz ein. Es gab keine Rehabilitationsmöglichkeiten mehr, da das Gehirn zu stark geschädigt war. Eine Heilung war nicht möglich.

Das Leiden der Patientin ergab sich aus der Tatsache, dass sie zu nichts mehr in der Lage und vollständig von anderen abhängig war. Aufgrund ihrer mangelhaften Rumpfbalance »hing« sie mehr in ihrem Rollstuhl, als dass sie darin saß. Sie konnte beinahe nichts mehr verstehen und war kaum noch in der Lage, zu kommunizieren. Ihr Leidensdruck kam in ihrer Haltung zum Ausdruck. Dies wurde auch von ihrem behandelnden Geriater bestätigt. Sie hätte in ein Pflegeheim aufgenommen werden müssen, wo sie lediglich noch vor sich hin vegetiert hätte. Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Sie hatte in den letzten Monaten vor der Lebensbeendigung mehrfach und nachdrücklich dem Arzt (ihrem Hausarzt), ihrem Geriater und ihren Angehörigen gegenüber erklärt, dass sie nicht – wie es ihrer Mutter ergangen war – völlig dement werden wolle. Sie machte mit Nachdruck deutlich, dass sie in dem Moment, in dem sie von anderen abhängig würde und in ein Pflegeheim müsste, Sterbehilfe wünsche.

Einige Tage vor ihrem Tod konnte die Patientin in einem klaren Moment ihrer Tochter im Beisein von Dritten noch zu verstehen geben, dass sie einen konkreten Sterbehilfewunsch habe.

Die schriftliche Patientenverfügung, in der klar formuliert war, in welcher Situation die Patientin Sterbehilfe wünschte, war einige Monate vor der Lebensbeendigung noch aktualisiert worden.

Die hinzugezogene unabhängige SCEN-Ärztin besuchte die Patientin zwei Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom meldenden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Die Patientin war während des Besuchs der Konsiliarärztin somnolent. Die Konsiliarärztin sprach mit den Angehörigen der Patientin, die deren Sterbewunsch, wie er in der Patientenverfügung formuliert war, bestätigten und erläuterten. An der Haltung der Patientin konnte die Konsiliarärztin ablesen, dass sie sich in einem Zustand befand, den sie laut ihrer Patientenverfügung nie erleben wollte. Es bestand keine begründete Aussicht darauf, dass die Patientin wieder einen durch sie als würdig empfundenen Zustand erreichen könnte.

Die Konsiliarärztin kam unter anderem aufgrund des Gesprächs mit den Angehörigen der Patientin und den behandelnden Ärzten sowie anhand der Krankenakte zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Mit Blick auf die Freiwilligkeit und die reife Überlegung der Bitte erwägt die Kommission Folgendes:

Der Arzt war davon überzeugt, dass die Patientin sich nun in genau der Situation befand, von der sie im Vorfeld erklärt hatte, sie nicht selbst erleben zu wollen. Er wollte dem Versprechen, das er der Patientin gegeben hatte, nachkommen und sie von ihrem Leiden erlösen. Auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung, der Gespräche, die er in der Vergangenheit mit der Patientin geführt hatte, und der einige Tage vor der Lebensbeendigung geäußerten konkreten Bitte der Patientin war der Arzt davon überzeugt, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Aufgrund der vorgenannten Informationen hielt die Kommission die Annahme für gerechtfertigt, dass der Arzt von der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte überzeugt sein konnte.

Aus den Unterlagen ging hervor, dass der Schlaganfall derart schwerwiegend war, dass eine Rehabilitation nicht mehr möglich war. Für die Patientin bestand aus objektiver medizinischer Sicht keine Aussicht auf Besserung.

Der Arzt, die Konsiliarärztin und der behandelnde Geriater waren davon überzeugt, dass die Patientin unerträglich litt. Dies wurde aus ihrer Haltung und ihrer Mimik erkenntlich. Auch war deutlich, dass das Leben für die Patientin keinen Sinn mehr hatte. Das Leiden der Patientin entsprach dem, was sie in der Vergangenheit – sowohl mündlich als auch schriftlich – als für sie unerträglich beschrieben hatte. Auf der Grundlage der vorgenannten Informationen hielt die Kommission die Annahme für gerechtfertigt, dass der Arzt von der Unerträglichkeit des Leidens der Patientin und der Aussichtslosigkeit ihres Zustands überzeugt sein konnte.

Die Kommission hält die Annahme für gerechtfertigt, dass der Arzt, basierend auf den in der Vergangenheit mit der Patientin geführten Gesprächen, ihrer schriftlichen Patientenverfügung, ihrem Gesundheitszustand und den Gesprächen mit ihren Kindern, zu der Überzeugung kommen konnte, dass dem Kriterium der Aufklärung entsprochen worden war wie auch dem Kriterium, dass es für die Situation, in der die Patientin sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab.

Die Konsiliarärztin konnte nicht mehr mit der Patientin kommunizieren. Auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung, der Krankenakte, der vom behandelnden Arzt erteilten Informationen sowie von Gesprächen mit den Angehörigen kam die Konsiliarärztin zu dem Schluss, dass die Bitte der Patientin um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Nach Auffassung der Konsiliarärztin war die Unerträglichkeit des Leidens

der Patientin erkennbar und nachvollziehbar und gab es keine Aussicht auf Besserung der Situation. Aus den vom Arzt erteilten Informationen ging hervor, dass er in der Vergangenheit umfassend mit der Patientin über die nun eingetretene Situation gesprochen hatte. Arzt und Patientin waren gemeinsam zu dem Schluss gekommen, dass es für eine derartige Situation keine annehmbaren Alternativen mehr gab. Die Konsiliarärztin gelangte zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

FALL 2015-82

In diesem Fall ist der Zustand des verminderten Bewusstseins der Patientin auf die Medikation zurückzuführen und damit grundsätzlich reversibel. Zu verschiedenen allgemeinen Aspekten des unerträglichen Leidens siehe den Praxisleitfaden, S. 13. Für Informationen zum verminderten Bewusstsein siehe den Praxisleitfaden, S. 29 ff. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2015-82 auf der Website.

BEURTEILUNG: IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

SORGFALTSKRITERIUM: Unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung

BESONDERE ASPEKTE: Vermindertes Bewusstsein, keine wahrnehmbaren Anzeichen für Leiden

ZUSAMMENFASSUNG: Bei einer Patientin mit schwerwiegenden Lungenbeschwerden wurde das Sterbehilfeverfahren eingeleitet. Einen Tag vor ihrem Tod verschlechterte sich ihr Zustand allerdings derart, dass sie sediert wurde. Obwohl sie sich dadurch in einem Zustand verminderten Bewusstseins befand, wurde Sterbehilfe geleistet. Die Kommission ist der Meinung, dass die Durchführung der Sterbehilfe gerechtfertigt war.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren war 20 Jahre vor ihrem Tod eine Lungenfibrose diagnostiziert worden. Seitdem litt sie bis zu ihrem Tod mehrmals unter Atemwegsinfektionen. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich anfänglich nur langsam; nach jeder neuen Atemwegsinfektion beschleunigte sich die Verschlechterung jedoch. Das Leiden war für die Patientin unerträglich. Eine Heilung war nicht mehr möglich; die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Die Patientin hatte bereits in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen und ihn ungefähr einen Monat vor ihrem Tod gebeten, die Lebensbeendigung nunmehr durchzuführen. Der hinzugezogene Konsiliararzt war der Meinung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Einen Tag vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe verschlechterte sich der Zustand der Patientin rapide und ihre Kurzatmigkeit nahm zu. Der Patientin wurde Morphin verabreicht, damit sie besser schlafen konnte. Einige Stunden später trat bei der Patientin Cheyne-Stokes-Atmung auf; sie war somnolent, allerdings teilweise unruhig und reagierte auf äußere Reize. Nach Rücksprache mit den Angehörigen der Patientin wurde beschlossen, die geplante Sterbehilfe durchzuführen, da der Arzt und die Familie davon überzeugt waren, dass die Patientin nicht in diesem Zustand bleiben wolle.

Die Kommission erwägt Folgendes: Die Patientin hatte im Vorfeld bereits konkret um Sterbehilfe gebeten, und zwei Tage vor der Durchführung der Lebensbeendigung hatte ein Konsiliararzt die Patientin besucht. Aus dem Bericht des Arztes ging hervor, dass die Patientin zum Zeitpunkt der Sterbehilfe infolge der Verabreichung von Morphin somnolent war. Sie befand sich in einem Zustand verminderten Bewusstseins, was eine unbeabsichtigte Nebenwirkung der zur Symptombekämpfung im Rahmen der palliativen Behandlung verabreichten Medikamente war. Möglicherweise wäre der Zustand des verminderten Bewusstseins reversibel gewesen, wenn die Verabreichung des Medikaments eingestellt worden wäre. Die Patientin wäre dann erneut in einen Zustand des unerträglichen Leidens versetzt worden. Die mögliche Reversibilität der Bewusstseinsverminderung war unter den gegebenen Umständen daher kein

Grund, die Patientin wieder zu Bewusstsein zu bringen; dies wird auch als nicht wünschenswert erachtet. Unter derartigen Umständen hält die Kommission die Durchführung der Sterbehilfe für gerechtfertigt, auch wenn es keine wahrnehmbaren Anzeichen für Leiden gibt (siehe auch die KNMG-Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein, Abschnitt 3.3, S. 31).

FALL 2015-84 NICHT AUFGENOMMEN

AUFKLÄRUNG

Zur Illustration dieses Sorgfaltskriteriums wurden keine gesonderten Fallbeispiele aufgenommen. Siehe beispielsweise die *Fälle 2015-01* und *2015-52*.

KEINE ANDERE ANNEHMBARE LÖSUNG

Das Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung, ein Sorgfaltskriterium, das im Kontext der Aussichtslosigkeit des Zustands eines Patienten zu betrachten ist, wird im Praxisleitfaden auf den Seiten 13 und 15 näher erläutert. Zur Illustration dieses Sorgfaltskriteriums wurden keine gesonderten Fallbeispiele aufgenommen. Siehe beispielsweise die *Fälle 2015-26*, *2015-52* und *2015-01*.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

FALL 2015-56

BEURTEILUNG: IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

SORGFALTSKRITERIUM: Hinzuziehung eines Konsiliararztes

BESONDERE ASPEKTE: Gleichzeitige Sterbehilfe bei einem Ehepaar, Beurteilung des Falls durch einen unabhängigen Konsiliararzt

ZUSAMMENFASSUNG: Der Patient litt an einem Lungenkarzinom, das bereits metastasiert hatte. Er bat seinen Arzt um Sterbehilfe – einige Tage nachdem seine Ehefrau ihren Arzt ebenfalls um Sterbehilfe gebeten hatte. Beide Ärzte zogen denselben Konsiliararzt hinzu, der mit beiden Patienten gleichzeitig sprach. Die Ärzte und der Konsiliararzt erklärten, sich hierüber zuvor ausführlich beraten zu haben. Die Kommission ist der Auffassung, dass der Konsiliararzt in einem solchen Fall grundsätzlich mit beiden Patienten ein individuelles Gespräch führen muss. In diesem Fall hat die Kommission jedoch keinen Zweifel bezüglich der Unabhängigkeit des Urteils des Konsiliararztes.

Bei den Kommissionen gingen in diesem Jahr, ebenso wie in den Vorjahren, mehrere Meldungen über gleichzeitig durchgeführte Sterbehilfe bei (Ehe-) Paaren ein. In all diesen Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen worden war. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2015-56 auf der Website.

Bei einem Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren war etwas über ein Jahr vor seinem Tod ein Lungenkarzinom diagnostiziert worden, das bereits metastasiert hatte. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Neun Tage vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung durchzuführen. Die Ehefrau des Patienten hatte ihren Arzt bereits einige Tage zuvor um die konkrete Durchführung der Lebensbeendigung gebeten.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten und seine Frau fünf Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Er sprach nicht mit dem Patienten unter vier Augen. In seinem Bericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die durchführenden Ärzte und der Konsiliararzt legten in einer schriftlichen Erläuterung dar, dass sie sich über diese besondere Situation in einem Vorgespräch ausführlich beraten hätten. In beiden Fällen handelte es sich um einen Patienten bzw. eine Patientin in der terminalen Phase der jeweiligen Krankheit mit einer Lebenserwartung von maximal einigen Wochen. Beide Ärzte, die jeweils ihren eigenen Prozess mit ihren Patienten durchlaufen hatten, waren davon überzeugt, dass die Patienten unabhängig voneinander um Sterbehilfe baten. Es bestanden keinerlei Zweifel an der Unerträglichkeit des Leidens sowie an der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Ersuchen. Der Konsiliararzt hatte sich bei seinem Besuch stets demjenigen zugewandt, der gerade das Wort ergriff; er hatte nach seinem Empfinden zwei Gespräche geführt. Der Konsiliararzt war von der Unabhängigkeit seines Urteils überzeugt.

Die Kommission hält es für wichtig, dass der Arzt bzw. die Ärzte im Falle einer gleichzeitig geäußerten Bitte um Sterbehilfe eines (Ehe-)Paares sorgfältig abwägt bzw. abwägen, 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.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Konsiliararzt in einem solchen Fall mit beiden Patienten gesondert sprechen sollte, um festzustellen, ob eventuell Druck ausgeübt und die Bitte wirklich freiwillig geäußert wurde. Es sind allerdings auch Umstände denkbar, unter denen ein individuelles Gespräch mit beiden Patienten weniger naheliegend ist.

Auf der Grundlage der Berichte der Ärzte und des Konsiliararztes und der übrigen Unterlagen des Falls bestehen bei der Kommission (in beiden Fällen) keine Zweifel am unabhängigen Urteil des Konsiliararztes bezüglich der Sorgfaltskriterien.

FALL 2015-23 NICHT AUFGENOMMEN

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

FALL 2015-28 NICHT AUFGENOMMEN

FALL 2015-29

*Vollständiger Wortlaut
unter Beurteilung
2015-29 auf der
Website.*

BEURTEILUNG: NICHT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

SORGFALTSKRITERIUM: Medizinisch fachgerechte Durchführung

BESONDERE ASPEKTE: KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung, angemessene Überprüfung der Komatiefe

ZUSAMMENFASSUNG: Bei der Durchführung der Sterbehilfe verabreichte der Arzt zur Herbeiführung eines Komas nicht die in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 empfohlenen 1000 mg Propofol, sondern setzte die Verabreichung bereits nach 200 mg aus, weil er meinte, dass sich die Patientin zu diesem Zeitpunkt bereits im Koma befand. Da der Arzt die Komatiefe nicht hinreichend überprüft hat, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Patientin in einem unzureichend tiefen Koma befand und damit möglicherweise die Wirkung des Muskelrelaxans spüren konnte. Angesichts dieser Umstände hat der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen nicht auf medizinisch fachgerechte Weise durchgeführt.

Der Arzt hat die Sterbehilfe bei der Patientin, bei der zuvor akute myeloische Leukämie diagnostiziert worden war, durch intravenöse Verabreichung von 200 mg Propofol und 100 mg Rocuronium durchgeführt, woraufhin die Patientin verstarb.

In einer schriftlichen Erläuterung legte der Arzt dar, dass er die Komatiefe bei der Patientin nicht überprüft habe. Er war der Ansicht, dies wäre im Beisein des Ehemanns und der vier Kinder taktlos und ethisch nicht korrekt gewesen. Einem Patienten, der sich klar in einem tiefen Koma befände, mehr als 200 mg Propofol zu verabreichen, empfand er als unnötig und ethisch nicht korrekt. Außerdem wollte er den instabilen intravenösen Zugang nicht mit noch mehr reizender Flüssigkeit belasten.

Die Kommission lud den Arzt zu einem Gespräch vor. Sie fragte ihn, warum er bei der Durchführung der Sterbehilfe nicht die in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 empfohlenen 1000 mg Propofol, sondern nur 200 mg Propofol verabreicht habe. Der Arzt erklärte, dass er der Überzeugung gewesen sei, die Patientin habe sich nach Verabreichung der 200 mg Propofol bereits in einem sehr tiefen Koma befunden, weshalb die Verabreichung von mehr Propofol nicht nötig gewesen sei. Er sagte, dass er nur so viel Propofol verabreiche, wie er für nötig halte. Während der Durchführung der Sterbehilfe prüfe er Schritt für Schritt, ob mehr Propofol verabreicht werden müsse; wenn er der Meinung sei, das Ziel sei erreicht, stelle er die Verabreichung ein. Auf Nachfrage erklärte der Arzt, dass er eine übermäßige Verabreichung für unethisch halte. Außerdem habe bei dieser Patientin auch die Tatsache eine Rolle gespielt, dass das betroffene Blutgefäß sehr instabil war, weshalb bei einer zusätzlichen Verabreichung von Propofol die Verabreichung von Rocuronium gefährdet gewesen sei. Dem Arzt zufolge befand sich die Patientin in einem tiefen Koma, da sie bei eingeschränkter Atmung und schwachem Puls tief geschlafen habe. Die Patientin sei absolut nicht mehr ansprechbar gewesen. Auf Nachfrage erklärte der Arzt, dass er keine Überprüfung der Schutzreflexe wie des Lidschlussreflexes durchgeführt oder einen starken Schmerzreiz wie Druck auf das Nagelbett oder Kneifen des Trapezmuskels ausgelöst habe, sondern einen vorsichtigen Schmerzreiz an der Hand der

Patientin ausgelöst habe, auf den sie nicht mehr reagiert habe. Der Arzt erläuterte, dass er dies in seiner früheren Stellungnahme zu den schriftlichen Fragen der Kommission nicht dargelegt habe, dass er den Schmerzreiz an der Hand aber sehr wohl ausgelöst habe. Darüber hinaus habe er keine Tests durchgeführt. Als Grund gab er an, dass er dann hätte aufstehen und um das Bett herum hätte laufen müssen, was er der Familie nicht habe zumuten wollen.

Hinsichtlich der Durchführung der Lebensbeendigung erwägt die Kommission Folgendes. Aufgrund der Unterlagen und des Gesprächs mit dem Arzt stellt die Kommission fest, dass der Arzt anstelle der in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 empfohlenen 1000 mg Propofol nur 200 mg Propofol verabreicht hat. Damit hat der Arzt das komaauslösende Mittel in zu geringer Dosis verabreicht. Die Kommission weist darauf hin, dass der Einsatz eines koma-auslösenden Mittels, dessen Verwendung in der Richtlinie empfohlen wird, sowie die korrekte Dosierung dieses Mittels wichtig ist, damit sichergestellt ist, dass der Patient die Wirkung des Muskelrelaxans (Erstickungstod) nicht spürt. Aus diesem Grund schreibt die Richtlinie vor, dass das medikamentös herbeigeführte Koma festgestellt werden muss, bevor das Muskelrelaxans verabreicht wird. Nach der Verabreichung der 200 mg Propofol hat der Arzt laut seiner schriftlichen Stellungnahme zu zuvor gestellten Fragen der Kommission festgestellt, dass sich die Patientin in einem tiefen Koma befand; ihre Atmung sei flach gewesen und die Patientin habe leicht geröchelt. Andere Tests zur Feststellung der Komatiefe hat der Arzt nicht durchgeführt. Da der Arzt lediglich in seiner mündlichen Erläuterung dargelegt hat, dass er einen vorsichtigen Schmerzreiz an der Hand der Patientin ausgelöst habe, nicht aber in seiner schriftlichen Stellungnahme zu den zuvor gestellten Fragen der Kommission, ist festzustellen, dass diese zwei Aussagen nicht übereinstimmen. Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt, selbst wenn er einen vorsichtigen Schmerzreiz an der Hand der Patientin ausgelöst hat, die Komatiefe nicht hinreichend überprüft hat, da feststehe, dass er keine Überprüfung der Schutzreflexe wie des Lidchlussreflexes durchgeführt und auch nicht geprüft habe, ob die Patientin auf einen Schmerzreiz wie beispielsweise ein Kneifen des Nagelbetts oder des Trapezmuskels reagiere. Die Kommission kommt daher zu dem Schluss, dass der Arzt die Komatiefe nicht hinreichend überprüft hat. Die Bedeutung einer korrekt durchgeführten Überprüfung der Komatiefe kommt hier noch stärker zum Tragen, da der Arzt die empfohlene Dosis Propofol unterschritten hat. Der Kommission zufolge kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Patientin nicht in einem hinreichend tiefen Koma befunden hat und dass sie möglicherweise die Wirkung des Muskelrelaxans, sprich einen Erstickungstod, habe spüren können. Die Kommission kommt aufgrund des Vorstehenden und unter Berücksichtigung aller Aspekte zu dem Schluss, dass der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen nicht auf medizinisch fachgerechte Weise durchgeführt hat. Die vom Arzt abgegebene Erklärung, dass das Propofol wegen eines schlechten Zugangs zum Blutgefäß nicht in voller Dosis verabreicht wurde, berührt diese Schlussfolgerung nicht. Die Tatsache, dass der Arzt zu wenig Rocuronium verabreicht hat, spielt in dieser Beurteilung keine Rolle.

FALL 2015-81 NICHT AUFGENOMMEN

FALL 2015-22

*Vollständiger Wortlaut
unter Beurteilung
2015-22 auf der
Website.*

BEURTEILUNG: IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

SORGFALTSKRITERIUM: Medizinisch fachgerechte Durchführung

BESONDERE ASPEKTE: Notfall-Set, »keine Fragen aufwerfend«

ZUSAMMENFASSUNG: Bei der Durchführung der Sterbehilfe verabreicht der Arzt der Patientin intravenös 2000 mg Thiopental und anschließend 150 mg Rocuronium. Da die Patientin in der Folge nicht stirbt, verabreicht der Arzt nach ca. 20 Minuten die Reservemedikamente, woraufhin die Patientin verstirbt. Der Arzt hat die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt.

Die Patientin, eine Frau im Alter von über 95 Jahren, wusste seit Jahren um ihre Diagnosen Angina pectoris, Osteoporose und Wirbelkörperbrüche. Die Krankheiten schritten fort. Außerdem wusste sie, dass sie an fortschreitendem Asthma und rezidivierenden Lungenentzündungen litt. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich in den letzten Monaten vor ihrem Tod. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Für die Patientin war ihr Leiden unerträglich.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Sechs Tage vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nunmehr durchzuführen.

Der Arzt führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er 2000 mg Thiopental und 150 mg Rocuronium intravenös verabreichte. Als die Patienten nach ungefähr 20 Minuten noch nicht verstorben war, wahrscheinlich deshalb, weil die Infusion nicht intravenös, sondern subkutan lief, verabreichte der Arzt über einen anderen intravenösen Zugang die Reservemedikamente, noch einmal 2000 mg Thiopental und anschließend 150 mg Rocuronium, woraufhin die Patientin verstarb.

Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen fachgerecht durchgeführt.

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

FALL 2015-21

Zu besonderen Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung siehe den Praxisleitfaden, S. 26 ff. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2015-21 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 mit schwerwiegenden psychischen Problemen, bei der keine Behandlung hinreichende Erfolge zeigte, bat um Sterbehilfe. Da ihr behandelnder Psychiater ihre Bitte um Sterbehilfe nicht erfüllen konnte, wendete sie sich an die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK). Nach Rücksprache mit ihren behandelnden Psychiatern und Hinzuziehung von zwei unabhängigen Psychiatern kam der SLK-Arzt zu der Überzeugung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Patientin, eine Frau im Alter zwischen 40 und 50 Jahren, wusste bereits seit Jahren, dass bei ihr ein starker Verdacht auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Merkmalen bestand; sie litt an einer chronischen Depression und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit dissoziativen Störungen, was schwere Selbstverletzungen nach sich zog. In ihrer Jugend war sie stark traumatisiert worden.

Die Patientin unterzog sich umfassenden Behandlungen, darunter Medikation, ambulante Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Gruppentherapie und Traumabehandlung. Sie probierte alle vorgeschlagenen Behandlungen aus. Allerdings hatten sie keine nachhaltige positive Wirkung auf ihre Beschwerden.

Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand daraus, ihr Trauma immer wieder zu durchleben, sowie aus den Dissoziationen, die schwerwiegendes selbstverletzendes Verhalten nach sich zogen.

Die Patientin war den ganzen Tag in ihren Gedankenkreisen gefangen, sie konnte den Gedankenstrom nicht abstellen. Sie war müde und einsam, verspürte keinerlei Zuversicht mehr und konnte den Gedanken, ihr ganzes Leben depressiv zu sein und unter Dissoziationen zu leiden, die zu schweren Selbstverletzungen führen, nicht ertragen. Sie litt unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.

Für die Patientin war ihr Leiden unerträglich.

Vier Monate vor ihrem Tod sprachen die Patientin und der SLK-Arzt zum ersten Mal über Sterbehilfe. Dabei bat die Patientin den Arzt direkt, die Lebensbeendigung durchzuführen. Seitdem haben der Arzt und die Patientin noch fünf weitere Gespräche geführt. Außerdem sprach der Arzt mit ihren behandelnden Fachärzten.

Auf Bitten des Arztes haben zwei unabhängige Psychiater mit der Patientin über ihren Sterbewunsch gesprochen und auf dieser Grundlage eine Zweitmeinung formuliert.

Beide Psychiater urteilten, dass die Patientin willensfähig war und ihren Sterbewunsch freiwillig und wiederholt geäußert hat. Die Patientin überzeugte sie von der Unerträglichkeit ihres Leidens. Sie kamen zu dem Schluss, dass es aufgrund des heutigen Erkenntnisstandes der Medizinwissenschaft keine reelle Aussicht auf Verbesserung ihrer Lebensqualität gab.

Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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.

Er hat, in Rücksprache mit den behandelnden Psychiatern der Patientin, über einen Zeitraum

von ungefähr vier Monaten sechs Gespräche mit der Patientin geführt und genau geprüft, ob es noch Behandlungsalternativen für die Patientin gab.

Dabei hat er zwei unabhängige Psychiater um eine zweite Meinung gebeten und einen unabhängigen Konsiliararzt hinzugezogen. Unter Berücksichtigung ihrer Einschätzungen ist der Arzt zu der Überzeugung gelangt, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren, insbesondere dass die Patientin willensfähig war und unerträglich litt und dass es keine realen Behandlungsmöglichkeiten mehr gab.

FALL 2015-46 NICHT AUFGENOMMEN

DEMENZ

FALL 2015-66 NICHT AUFGENOMMEN

FALL 2015-107

Zum Thema freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte siehe S. 11, zu Patienten mit Demenz S. 27 und zur Rolle der schriftlichen Patientenverfügung S. 23 des Praxisleitfadens. Für Informationen zum (kürzlich veröffentlichten) Leitfaden zum schriftlichen Sterbehilfesuchen siehe K.1, sonstige Entwicklungen. Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2015-107 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: Fortgeschrittene Demenz, Rolle der schriftlichen Patientenverfügung

ZUSAMMENFASSUNG: Eine Alzheimer-Patientin litt unerträglich unter dem Rückgang ihrer kognitiven Fähigkeiten, unter phatischen, praktischen und exekutiven Störungen und unter der zunehmenden Abhängigkeit von anderen. Als die Unterbringung in einem Pflegeheim notwendig zu werden schien, bat sie um Sterbehilfe. Es lag eine aktualisierte schriftliche Patientenverfügung vor. Die Ärztin der Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) betreute die Patientin über einen langen Zeitraum und zog eine Geriaterin und zwei SCEN-Ärzte hinzu. Für die zweite SCEN-Ärztin, die zugleich Fachärztin für Geriatrie war, war klar, dass ein aktueller Sterbewunsch gegeben war. Die Ärztin konnte zu der Überzeugung gelangen, dass die Bitte der Patientin freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, dass die Patientin unerträglich litt und dass es keine annehmbare Alternative gab.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde etwa drei Jahre vor ihrem Tod Demenz (Alzheimer-Krankheit) diagnostiziert. Die Patientin verweigerte eine Tagesbetreuung, die Einschaltung eines Case-Managers für Demenz und geriatrische Kontrolluntersuchungen. Das Leiden der Patientin ergab sich aus dem Rückgang ihrer kognitiven Fähigkeiten, aus phatischen, praktischen und exekutiven Störungen, aus dem Verlust der Kontrolle über ihr Denken und Handeln sowie aus der zunehmenden Abhängigkeit von ihrem Ehemann. Ein Elternteil der Patientin war aufgrund von Demenz in einem Pflegeheim untergebracht worden und weinte dort oft. Die Patientin hatte immer gesagt, dass sie dies erniedrigend und menschenunwürdig finde und dass sie selbst nie in eine solche Situation der Pflegebedürftigkeit und des Kummers geraten und nie in einem Pflegeheim untergebracht werden wolle. Da ihr Mann mit der Pflege überfordert war, stand die Aufnahme in ein Pflegeheim an. Sie litt unerträglich unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation, unter Angst und Unsicherheit, und

es widerstrebte ihr, einen Krankheitsverlauf wie bei ihrem Elternteil erleben und in einem Pflegeheim untergebracht werden zu müssen.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. Da der Hausarzt ihr ihren Sterbewunsch nicht erfüllen konnte, meldete sich die Patientin bei der SLK an. Mehr als zweieinhalb Jahre begleitete eine SLK-Ärztin die Patientin im Hinblick auf ihren Sterbewunsch. Sie besuchte die Patientin mehrmals und unterhielt E-Mail-Kontakt mit deren Ehemann.

Die Ärztin zog eine Geriaterin hinzu, die die Patientin etwa einen Monat vor ihrem Tod untersuchte, um ihre Willensfähigkeit mit Blick auf ihren Sterbewunsch zu beurteilen. Die Geriaterin stellte fest, dass die Patientin an Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium litt und dass es keine Anhaltspunkte für eine zugrunde liegende affektive Störung gab. Allerdings konnte sie die Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf ihren Sterbewunsch nicht beurteilen, da die Patientin zu keinem Zeitpunkt spontan einen Sterbewunsch äußerte. Dreieinhalb Wochen vor ihrem Tod bat die Patientin die Ärztin, die Lebensbeendigung nun bald durchzuführen. Ihr Ehemann konnte ihre Pflege nicht länger übernehmen, weshalb sie in einem Pflegeheim hätte untergebracht werden müssen. Sie erklärte, dass sie dies nicht wolle und deshalb sterben wolle.

Der Ärztin zufolge war die Patientin willensfähig und kam diese Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

Als Konsiliararzt zog die Ärztin zwei unabhängige SCEN-Ärzte hinzu. Der erste Konsiliararzt untersuchte die Patientin drei Wochen vor der Lebensbeendigung.

Er stellte bei der Patientin Symptome von Demenz in einem weit fortgeschrittenen Stadium fest. Ihre Bitte um Sterbehilfe für den Fall, dass sie in einem Pflegeheim untergebracht werden müsse, stellte sich als konsistent heraus und konnte von ihr begründet werden. Die Patientin war aber auch konsistent in ihrer Auffassung, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht um Sterbehilfe bitten wollte. Der erste Konsiliararzt kam unter anderem aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren, weil sie keinen aktuellen Sterbewunsch hatte. Er empfahl der Ärztin, einen für einen solchen Fall fachkundigen SCEN-Arzt hinzuzuziehen, und wandte sich an eine Kollegin aus seiner Interventionsgruppe, eine Fachärztin für Geriatrie, die bereit war, kurzfristig als Konsiliarärztin zu fungieren. Die Ärztin folgte seiner Empfehlung.

Die zweite Konsiliarärztin, eine Fachärztin für Geriatrie, besuchte die Patientin elf Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem sie von der behandelnden Ärztin über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Dieser Konsiliarärztin zufolge erklärte die Patientin, dass sie ständig alles vergesse und immer mehr Hilfe benötige; sie habe dies als schwerwiegende Beeinträchtigung empfunden. Als die Konsiliarärztin und die Patientin daraufhin über die Zukunft sprachen, erklärte die Konsiliarärztin, dass sich der Zustand der Patientin wegen ihrer Demenz – dieses Wort kannte die Patientin – aller Voraussicht nach weiter verschlechtern werde: es handele sich um eine Nervenerkrankung, bei der es keine Aussicht auf Besserung gebe. In diesem Moment sagte die Patientin aus eigenem Antrieb heraus: »Es reicht« und »Ich will nicht mehr«. Auf die Frage der Konsiliarärztin, was genau sie mit »Es reicht« meine, sagte sie: »Alles. Nichts geht mehr, und es wird immer schlimmer.« Auf die Frage, was sie damit meine, dass sie nicht mehr wolle, antwortete sie: »Ich will sterben.« Als die Konsiliarärztin wiederholte, ob sie jetzt sterben wolle, sagte sie: »Ja, ich will sterben.« Sie habe dies auf bestimmte und überzeugte Art und Weise geäußert, von sich aus und ohne Zutun ihres Mannes. Es sei klar gewesen, dass sie ernsthaft litt und dass für sie der Moment des »Sterben-Wollens« gekommen sei.

Die Konsiliarärztin war davon überzeugt, dass der Sterbewunsch von der Patientin ausging, auch angesichts der Überzeugung, mit der die Patientin ihren Sterbewunsch aus eigener Initiative ansprach. Der Konsiliarärztin zufolge war dieser Wunsch angesichts der in der

Vergangenheit geführten und dokumentierten Gespräche und der langen Begleitung, die die Patientin von der Ärztin erbeten und erhalten hatte, nach reiflicher Überlegung geäußert worden.

Die zweite Konsiliarärztin kam unter anderem aufgrund des Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Ärztin leistete Hilfe bei der Selbsttötung. Die Patientin nahm selbst den ihr von der Ärztin gereichten Becher mit dem Barbiturat an und trank ihn aus, obwohl sie die Flüssigkeit offensichtlich nicht als wohlschmeckend empfand.

Die Kommission erwägt bezüglich der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte Folgendes. Die Krankenakte enthält eine Patientenverfügung mit einer besonderen Klausel für den Fall einer Demenzerkrankung, unterzeichnet im August 2009 und danach noch mehrfach bekräftigt.

Im Januar 2013, acht Monate nach ihrer Demenzdiagnose, hat die Patientin eine schriftliche Patientenverfügung verfasst, in der sie darlegte, dass ihr vor allem die Demenzerkrankung ihres Elternteils sehr zugesetzt habe, die sie niemals vergessen habe und die ihre Meinungsbildung zum Thema Alt-Werden und Alt-Sein sehr beeinflusst habe. Seit dieser Zeit hat sie erklärt, auch schriftlich, dass sie nicht wolle, dass ihr Leben so ende. Der Verlust ihrer Würde und des Kontakts mit ihren Angehörigen, abhängig zu sein, abgeschoben zu werden – das ertragen zu müssen stelle für sie unerträgliches Leiden dar. Sie wolle so lange wie möglich in ihrer Wohnung bleiben, wo ihr Mann sie versorgen solle. Wenn er das wegen einer Verschlechterung seiner mentalen oder körperlichen Konstitution nicht mehr könne, sei für sie der Zeitpunkt gekommen, freiwillig und selbstbestimmt ihr Leben auf würdige Weise zu beenden.

Im Januar 2013 wandte sich die Patientin an die SLK, woraufhin die Ärztin sie zum ersten Mal besuchte. Sie vereinbarte mit der Patientin, dass ihr Mann darüber wachen solle, wann der Zeitpunkt der Sterbehilfe gekommen sei, und dass die Ärztin mit ihm Kontakt per E-Mail pflegen würde. Im Laufe von zweieinhalb Jahren hat die Ärztin die Patientin mehrfach besucht und mit ihr und ihrem Mann in E-Mail-Kontakt gestanden. Gut sieben Wochen vor ihrem Tod sagte der Ehemann der Patientin, dass die Pflege seiner Frau angesichts der Verschlechterung ihres Zustands seine Kräfte zu übersteigen drohe.

Die Ärztin begann, die Sterbebitte und die aktuelle Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf diese Bitte zu prüfen. Sie zog eine Geriaterin hinzu. Diese konnte die Willensfähigkeit der Patientin nicht beurteilen, da diese zu diesem Zeitpunkt keinen Sterbewunsch äußerte. Dreieinhalb Wochen vor ihrem Tod bat die Patientin die Ärztin, die Lebensbeendigung bald durchzuführen. Ihr Ehemann konnte ihre Pflege nicht länger übernehmen, weshalb sie in einem Pflegeheim hätte untergebracht werden müssen. Sie erklärte, dass sie dies nicht wolle und deshalb sterben wolle. Der Ärztin zufolge war die Patientin willensfähig und es lag eine freiwillige und wohlüberlegte Bitte vor. Die Ärztin hat dieses Gespräch mit ihrem iPad aufgezeichnet und von der Aufnahme eine Ausschrift angefertigt.

Die Ärztin zog daraufhin einen SCEN-Arzt hinzu, der zu dem Schluss kam, die Bitte der Patientin um Sterbehilfe, sollte die Unterbringung in einem Pflegeheim notwendig werden, sei konsistent und könne von der Patientin begründet werden. Die Patientin war aber auch konsistent in ihrer Auffassung, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht um Sterbehilfe bitten wollte. Er empfahl der Ärztin, einen für einen solchen Fall fachkundigeren Arzt hinzuzuziehen. Diese daraufhin konsultierte Ärztin, eine Fachärztin für Geriatrie, die zugleich SCEN-Ärztin ist, besuchte die Patientin elf Tage vor ihrem Tod. Dieser Ärztin gegenüber erklärte die Patientin aus eigenem Antrieb heraus deutlich, dass es ihr reiche und dass sie sterben wolle. Die Konsiliarärztin war davon überzeugt, dass der Sterbewunsch von der Patientin ausging, auch angesichts der Überzeugung, mit der die Patientin aus eigener Initiative ihren Sterbewunsch ansprach. Dieser Konsiliarärztin zufolge war dieser Wunsch angesichts der in der Vergangenheit geführten und dokumentierten Gespräche und der langen Begleitung, die die Patientin von der SLK-Ärztin erbeten und erhalten hatte, nach reiflicher Überlegung geäußert worden.

Die Kommission urteilt auf der Grundlage des Vorstehenden, dass die Ärztin nach vernünftiger Einschätzung zu dem Schluss kommen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde. Zwar hat es im Laufe der Zeit Momente gegeben, in denen die Patientin keinen klaren Sterbewunsch äußerte, aber in den Gesprächen, die die Ärztin und die zweite Konsiliarärztin – eine Fachärztin für Geriatrie – mit der Patientin geführt haben, brachte die Patientin ihren Sterbewunsch klar zum Ausdruck: sie hat klar mitgeteilt, dass sie sterben wolle, da nun der Zeitpunkt gekommen sei, da ihr Mann ihre Pflege nicht mehr übernehmen könne und sie, angesichts ihrer umfassenden Pflegebedürftigkeit, nicht mehr in ihrer Wohnung wohnen bleiben könne.

Mit Blick auf die Unerträglichkeit des Leidens erwägt die Kommission Folgendes. In ihrer schriftlichen Patientenverfügung hat die Patientin klar dargelegt, unter welchen Umständen sie ihr Leiden als unerträglich empfinden und Sterbehilfe wünschen würde. Außerdem hat sie in den vielen Gesprächen, die sie und ihr Mann mit der Ärztin über ihren Sterbewunsch geführt haben, ausführlich erklärt, was unerträgliches Leiden für sie bedeutet. In dem Moment, in dem die Patientin um die Durchführung der Sterbehilfe bat, war ein tatsächliches, aktuelles Leiden gegeben, das aus dem Verlust der Kontrolle über ihr Denken und Handeln, aus Ängsten und Unsicherheit und aus völliger Abhängigkeit bestand. Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt in jene Situation geraten, die sie in der Vergangenheit in ihrer schriftlichen Verfügung und in den vielen Gesprächen mit der Ärztin als unerträgliches Leiden beschrieben hatte.

Die Kommission ist daher der Ansicht, dass die Ärztin nach vernünftigem Ermessen zu der Überzeugung kommen konnte, dass die Patientin zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe unerträglich litt.

Die Kommission hat sich darüber hinaus die Frage gestellt, ob es noch andere angemessene Lösungen gab: schließlich hätte durch die Einschaltung eines Heimpflegedienstes der Ehemann entlastet werden können, was die Aufnahme in ein Pflegeheim hinausgezögert hätte.

Allerdings hat die Patientin selbst in ihrer schriftlichen Verfügung klar dargelegt, dass ihr Mann ihre Pflege übernehmen solle und dass, wenn dies nicht mehr möglich sei, der Moment für ein selbstgewähltes Lebensende aus freien Stücken gekommen sei. Sowohl für die Patientin als auch für ihren Mann war die Inanspruchnahme von Hilfe von Dritten keine annehmbare Alternative: sie wollten sich keine Hilfe/Betreuung ins Haus holen.

Die Durchführung der Sterbehilfe in dem Moment, da ihr Mann ihre Pflege nicht länger übernehmen konnte, entsprach somit dem Inhalt ihrer zuvor verfassten Patientenverfügung. Die Ärztin konnte mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für deren Situation keine andere annehmbare Lösung gab.

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 Absatz 1 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. Für die Erstellung eines solchen Berichts steht auf der Website der Kontrollkommissionen¹² ein Muster zur Verfügung, der – 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, einer der Regionalen Kontrollkommissionen 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

Nach dem Sterbehilfegesetz haben die Kommissionen die Aufgabe zu beurteilen, ob der Arzt im Einklang mit den in Artikel 2 des Gesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Der Arzt muss der Kommission gegenüber darlegen, dass den in Artikel 2 Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien c (Aufklärung), e (Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes) und

¹² www.euthanasiecommissie.nl

f (medizinisch fachgerechte Durchführung) entsprochen wurde; der Arzt muss glaubhaft darlegen können, dass er, angesichts der Umstände des Falles, *bei verständiger Würdigung der Sachlage* zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die unter a (freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte), b (unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand) und d (keine andere annehmbare Lösung) genannten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. (Niederländische Juristen sprechen, wenn, wie bei den drei letztgenannten Sorgfaltskriterien, auf eine verständige Würdigung der Sachlage abgehoben wird, von einer »marginalen Prüfung«.)

Die Beurteilung des Handelns des Arztes erfolgt auf der Grundlage des Berichts des Arztes und aller anderen der Meldung beigefügten Unterlagen.

Unmittelbar nach Eingang der Meldung und der ersten Durchsicht der eingereichten Unterlagen wird durch einen erfahrenen Sekretär/Juristen 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 gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten wurden und die erteilten Informationen 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. So können sie schnellstmöglich bearbeitet werden. 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, deren Leiden auf Demenz, psychiatrische Erkrankungen oder eine Kumulation von Altersbeschwerden zurückgeht.

Wenn die Kommission zu einer Meldung Fragen hat oder eingehendere Informationen oder Erläuterungen benötigt, wendet sie sich 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). 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. Danach beurteilt die Kommission den Fall abschließend.

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 Kommission eine eingehendere schriftliche und/oder mündliche Erläuterung oder Information des meldenden

Arztes oder des Konsiliararztes benötigt. 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, in der ausgeführt wird, dass die Meldung im Prinzip innerhalb der gesetzlichen Frist von (zwei mal) sechs Wochen bearbeitet wird, wird der meldende Arzt auf diesen Sachverhalt hingewiesen.

Kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt alle Sorgfaltskriterien eingehalten hat, endet damit das Prüfungs- und Beurteilungsverfahren. 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, zusammen mit den Unterlagen des Falls, auch der Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen übersandt (Artikel 9 Absatz 2 Sterbehilfegesetz). 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 finden Eingang in den Jahresbericht der Kontrollkommissionen.

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 der Kommission aus jeder Disziplin zwei Stellvertreter zur Verfügung; per Region gibt es also insgesamt neun Kommissionsmitglieder. Sie alle können – was auch regelmäßig vorkommt – als stellvertretendes Kommissionsmitglied in anderen Regionen fungieren, sowohl bei der digitalen Beurteilung von Meldungen als auch bei der Beratung und Beurteilung von Meldungen in der monatlichen Kommissionssitzung. Jede Kommission wird von einem Sekretär unterstützt, der Jurist ist. Dieser bereitet die Prüfung der Meldung vor und hat in den monatlichen Kommissionssitzungen eine beratende Stimme.

Die Sekretariate unterstützen die Kommissionen bei 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 vorgetragenen Argumente dem Gremium der Vorsitzenden zur Stellungnahme vorgelegt. Die Entscheidung liegt aber auch dann noch – wenngleich die Empfehlung dieses Gremiums schwer wiegt – bei der zuständigen Kommission.

Jedes Jahr wird eine Themenkonferenz zu einem komplexen und aktuellen Thema organisiert, 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. Mindestens einmal pro Jahr kommen die den Kommissionen angehörenden Ärzte zusammen; auch die Ethiker der Kommissionen treffen sich einmal pro Jahr unter sich. Diese Treffen sollen die Harmonisierung und Einheitlichkeit des Prüfverfahrens und der Beschlussfassung fördern.

Transparenz und Aufklärung

Um Ärzten und anderen Beteiligten ein deutliches und aktuelles Bild von den Beurteilungen 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 hat. Vorrangig diese Beurteilungen werden auf der Website der Kommissionen¹³ veröffentlicht.

Außerdem erfüllen die Kontrollkommissionen ihren Aufklärungsauftrag,¹⁴ 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. Dabei geht es auch um die Bedeutung einer guten Berichterstattung durch die SCEN-Ärzte. Für die Erstellung des Konsiliarberichts wurde ein »Leitfaden für Berichte von SCEN-Ärzten« formuliert.¹⁵

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

Anhang 1 (nicht aufgenommen)

13 www.euthanasiacommissie.nl

14 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.

15 Leidraad Verslag van een SCEN-arts, www.KNMG.nl/diensten/SCEN/richtlijn-en-downloads.htm.

ANHANG 2

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 Bestattungswesen¹⁶

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.

¹⁶ Wegen der Beratung in den Generalstaaten siehe: Parlamentsdrucksachen II, 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Sitzungsberichte II 2000/2001, S. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375. Parlamentsdrucksachen I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (Nachdr.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Sitzungsberichte I 2000/2001, siehe Sitzung vom 10. April 2001.

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 sechs¹⁷ 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.

¹⁷ Aufgrund einer Vereinbarung, die die Kontrollkommissionen 2007 mit dem Gesundheits- und dem Justizminister getroffen haben, gilt seit dem 1. Januar 2008 eine Amtszeit von vier Jahren. Eine Wiederernennung kann einmalig für die Dauer von vier Jahren erfolgen.

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 (...)

IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

Übersetzung:
Ministerium für auswärtige Angelegenheiten der Niederlande,
Sprachendienst

Gestaltung:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druck:
Xerox/OBT, Den Haag

April 2016