REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2016

INHALT

VORWORT

Einführung 4
Ergebnisse 5

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2016

1 Der neue Jahresbericht 9
2 Meldungen 11
Zahl der Meldungen 11
Verhältnis Männer/Frauen 11
Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/ Hilfe bei der Selbsttötung 11
Krankheitsarten 13
Demenz 13
Psychiatrische Erkrankungen 13
Kumulation von Altersbeschwerden, Mehrfacherkrankungen und sonstige Erkrankungen 15
Alter 15
Meldende Ärzte 15
Sorgfaltskriterien nicht eingehalten 17
Kontrollpraxis 17
Ort der Lebensbeendigung 19
3 Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen 20
Keine fragen aufwerfende und Fragen aufwerfende Meldungen 20
Praxisleitfaden 20
Reflexionsgremium 21
Organisation 22

KAPITEL II KASUISTIK

1 Einleitung 23
2 Der Arzt hat im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 26
2.1 Vier repräsentative Fälle 26
Fall 2016-90 Krebs 27
Fall 2016-95 Erkrankungen des Nervensystems 28
Fall 2016-92 Herz- und Gefäßkrankheiten 29
Fall 2016-91 Lungenerkrankung 30
2.2 Nach vier gesetzlichen Sorgfaltskriterien geordnete Fälle 31
Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte 31
Fall 2016-03 31
Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand 32
Fall 2016-34 32
Keine annehmbare andere Lösung 33
Fall 2016-01 33
Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes 34
Fall 2016-52 35

2.3 Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von Altersbeschwerden 37
Psychiatrische Erkrankung 37
Fall 2016-41 37
Kombination aus psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen 39
Fall 2016-11 39
Demenz 41
Fall 2016-94 41
Fall 2016-62 42
Kumulation von Altersbeschwerden 45
Fall 2016-96 45
Fall 2016-44 46

3 Der Arzt hat *nicht* im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 47
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt 47
Fall 2016-57 48
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung von mindestens einem anderen, unabhängigen Arzt gehandelt 50
Fall 2016-45 50
Nicht im Einklang mit den Kriterien des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung gehandelt 52
Fall 2016-21 52
Nicht im Einklang mit den Kriterien der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte sowie der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt 54
Fall 2016-85 55

VORWORT

EINFÜHRUNG

Am 15. Februar 2016 war im niederländischen Fernsehen ein Dokumentarfilm des Senders NPO zu sehen, in dem drei Menschen porträtiert wurden, die kurz vor der Beendigung ihres Lebens standen. Es handelte sich um komplizierte Fälle, wodurch die Dokumentation in der öffentlichen Diskussion über das Thema Sterbehilfe viel Aufmerksamkeit erhielt. Wann darf Sterbehilfe bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung oder mit fortgeschrittener Demenz geleistet werden? Wann ist ein Leben »abgeschlossen«? Wann liegt eine Kumulation von Altersbeschwerden vor, bei der sich das Leiden auf eine medizinische Ursache zurückführen lässt? Nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) muss dann unter anderem die Frage beantwortet werden, ob der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde und dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war. Konnte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab?

Eine Entscheidung über die Erfüllung oder Ablehnung einer Bitte um Sterbehilfe ist immer einschneidend, da es ganz konkret um Leben oder Tod geht. Die Meldungen, die bei den Regionalen Kontrollkommission für Sterbehilfe im Jahr 2016 eingingen, zeigten erneut, dass Ärzte, die mit einer derartigen Bitte konfrontiert werden, mit großer Sorgfalt vorgehen. Nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der meldende Arzt nicht alle gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hatte.

Einige statistische Angaben zu den Meldungen aus dem Jahr 2016:*

2016 sind bei den Kontrollkommissionen 6091 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen. Dabei handelte es sich um 4 % aller Sterbefälle in den Niederlanden in diesem Jahr (148 973). In 83 % der Fälle (5077) ging es um Patienten, die an einer unheilbaren Krebserkrankung, an einer Erkrankung des Nervensystems (z. B. Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, ALS), einer Herz- und Gefäßkrankheit oder an einer

* Zu den vollständigen Zahlen für 2016 siehe Kapitel 1.

Lungenkrankheit litten. In ca. 2 % der Fälle handelte es sich bei der Erkrankung um Demenz; bei etwa 1 % um eine psychiatrische Erkrankung. 4 % der Fälle lag eine Kumulation von Altersbeschwerden zugrunde.

Wie schon in den vorangegangenen Jahren war es in der überwiegenden Mehrheit der Fälle der Hausarzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen durchführte oder Hilfe bei der Selbsttötung leistete (2016: 85 %). Vier von fünf Patienten starben zu Hause. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der Fälle – der Zeitraum vom Eingang einer Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kontrollkommissionen an den Arzt – verringerte sich auf 37 Tage (2015 waren es noch 39 Tage). In 10 der 6091 im Jahr 2016 gemeldeten Fälle kam die jeweilige Kommission zu dem Schluss, dass die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien nicht eingehalten worden waren (0,16 % der gesamten Meldungen).

ERGEBNISSE

Auch diesmal stieg die Zahl der Meldungen wieder an. Es wurden 575 Fälle mehr gemeldet als im Vorjahr; häufig ging es dabei um Krebspatienten oder Patienten, die an einer Erkrankung des Nervensystems oder an Herz- und Gefäßkrankheiten litten. Außerdem nahm auch die Zahl der Meldungen zu, die sich auf Patienten mit Demenz (32), einer psychiatrischen Erkrankung (4) oder einer Kumulation von Altersbeschwerden (61) bezogen.

Dieser Meldungsanstieg ist nicht einfach zu erklären. Es stellen sich Fragen wie: Hat die Meldebereitschaft der Ärzte zugenommen? Üben die Ärzte weniger Zurückhaltung, wenn es um die Erfüllung eines Sterbewunsches geht? Wenden sich die Patienten mit ihrem Wunsch nach Lebensbeendigung mit mehr Entschlossenheit an den Arzt? Ist der in der Regel glückliche Umstand, dass die Menschen in den Niederlanden länger leben bzw. älter werden, eine mögliche Erklärung für die Zunahme der Meldungen? Oder liegt es auch an der demographischen Zusammensetzung der niederländischen Bevölkerung? Mitte 2017 werden die Ergebnisse der dritten fünfjährlichen Evaluierung des Sterbehilfegesetzes veröffentlicht, die möglicherweise die Fragen im Zusammenhang mit dem stetigen Anstieg der Zahl der Meldungen beantworten.

Die Kennzahlen und die Kontrollpraxis gewähren einen guten Einblick in den aktuellen Sachstand. Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung erfolgen in nahezu allen Fällen im Rahmen der Grenzen, die der Gesetzgeber durch die Sorgfaltskriterien gesetzt hat. Die von

den Sterbehilfe leistenden Ärzten eingereichten Berichte und zugehörigen Unterlagen, darunter die Berichte der Konsiliarärzte, genügen in den allermeisten Fällen hohen Qualitätsansprüchen, was der Transparenz und der Überprüfbarkeit der Sterbehilfepraxis zugutekommt.
Trotz alledem wird in der Öffentlichkeit nach wie vor eine lebhafte Diskussion über das Thema Sterbehilfe geführt. Das zeigte sich etwa nach der Ausstrahlung des bereits erwähnten Dokumentarfilms Anfang 2016.
Nachdem die Kontrollkommission um den Jahreswechsel 2016/2017 die Beurteilungen zweier Fälle von Sterbehilfe bei Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz veröffentlicht hatte, lebte die Diskussion ein weiteres Mal auf.
Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz kann der Arzt dem Ersuchen eines solchen Patienten um Lebensbeendigung nachkommen, wenn der Patient zuvor in einer schriftlichen Patientenverfügung darum gebeten hat, sein Leben bei unerträglichem Leiden in einem weit fortgeschrittenen Stadium seiner Demenz zu beenden. Die im Gesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien gelten dann nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz »entsprechend«. Die Erfüllung einer Bitte um Sterbehilfe, die in der Vergangenheit in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt wurde, kann in der Praxis zu schwierigen Situationen führen. Was muss der Arzt beispielsweise tun, wenn ein Patient in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, der – als er noch vollständig willensfähig war, schriftlich und mit eindeutigen Formulierungen erklärt hat, in dieser Situation Sterbehilfe erhalten zu wollen – im Moment der Injektion seinen Arm zurückzieht? Ist dieses Zurückziehen ein Zeichen des Erschreckens und des Einstichschmerzes oder muss die Bewegung als ein Signal verstanden werden, dass sich der Patient der Lebensbeendigung widersetzt?

Auch bei der Frage, ob es möglich werden sollte, Hilfe bei der Selbsttötung im Falle eines »abgeschlossenen Lebens« zu erhalten, wenn das Leiden nicht auf eine medizinische Ursache zurückgeht (was aktuell im Gesetz nicht vorgesehen ist), gehen die Meinungen auseinander. In vielen Fällen, in denen der Patient an einer Kumulation von Altersbeschwerden leidet, wird der Wunsch nach Sterbehilfe häufig so ausgedrückt, dass man »fertig mit dem Leben« sei oder sein Leben als »abgeschlossen« betrachte. Gibt es für Ärzte und Patienten eine klare Abgrenzung zwischen einer »Kumulation von Altersbeschwerden« und einem »abgeschlossenen Leben«? Bringt es die Unklarheit über diese Abgrenzung möglicherweise mit sich, dass Ärzte und Konsiliarärzte beim Umgang mit dem Sterbewunsch eines Patienten, der an einer Kumulation von Altersbeschwerden leidet,

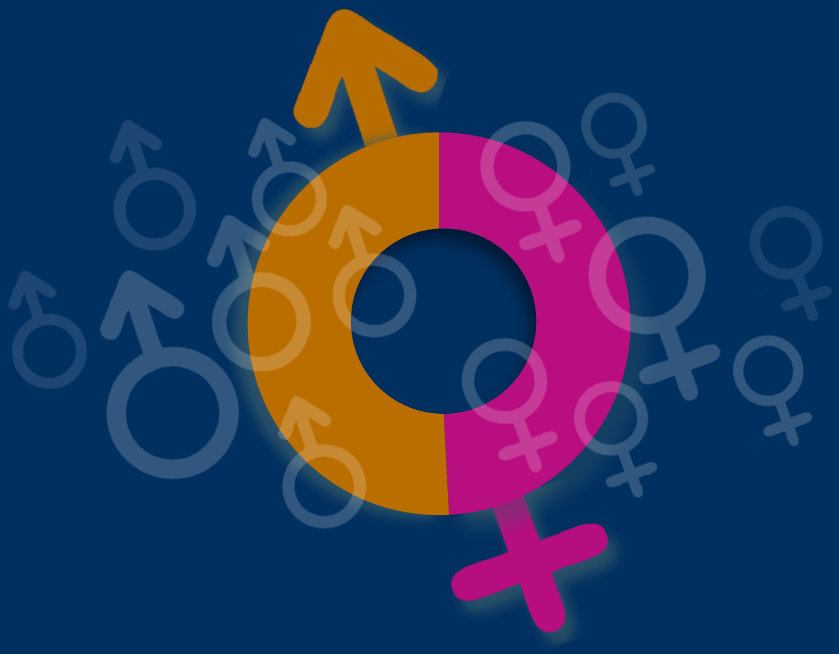
** Siehe Beurteilungen 2016-38 und 2016-85 auf der Website.

mehr Zurückhaltung üben als man mit dem Sterbehilfegesetz angestrebt hatte?
Diese Fragen werden auch im Zuge der Prüfung der Meldungen durch die Kontrollkommission intensiv behandelt, wobei alle – häufig sehr spezifischen – Tatsachen und Umstände des jeweiligen Falles berücksichtigt werden. Die Kontrollkommissionen sind jedoch Expertengremien und keine gerichtlichen Instanzen. Dadurch ist die rechtsfortbildende Funktion der Kommissionen sehr begrenzt, während es für die Patienten und ihre Angehörigen, Ärzte, Konsiliarärzte und die Gesellschaft sehr wichtig wäre, mehr Rechtssicherheit über diese und andere Fragen zu erhalten. Wenn eine Kommission zu dem Schluss kommt, dass ein Arzt gegen eines der gesetzlichen Sorgfaltskriterien verstoßen hat, haben die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen die Möglichkeit, den Fall einem (Disziplinar-)Gericht vorzulegen. Das ist übrigens seit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes vonseiten der Staatsanwaltschaft noch nie und vonseiten der Aufsichtsbehörde erst wenige Male vorgekommen.

Ein anderer Weg zur Förderung der Rechtsfortbildung und -sicherheit besteht darin, »Kassation im Interesse des Rechts« zu ermöglichen, und zwar auch in Fällen, in denen die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. So könnten rechtlich relevante Fragen über die Auslegung des Sterbehilfegesetzes dem Hohen Rat vorgelegt werden, ohne dass der in gutem Glauben handelnde Arzt einem langwierigen und oft als belastend empfundenen Verfahren unterworfen wird.

Jacob Kohnstamm
Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Den Haag, März 2017



VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Männer	3130
Frauen	2961

KAPITEL I
ENTWICKLUNGEN 2016

I

1 DER NEUE JAHRESBERICHT

Für nähere Informationen über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen etc. siehe auch den Praxisleitfaden, S. 6 ff.

In ihrem Jahresbericht erstatten die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe Bericht über ihre Prüfungstätigkeit im zurückliegenden Kalenderjahr, womit sie gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über die Aufgabe ablegen, die ihnen gemäß dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) obliegt. In diesem Jahresbericht werden sowohl die Lebensbeendigung auf Verlangen als auch die Hilfe bei der Selbsttötung übergreifend als Sterbehilfe bezeichnet. Ein Unterschied zwischen diesen beiden Formen der Sterbehilfe wird nur dann gemacht, wenn es erforderlich ist.

Für Informationen über die Arbeitsweise der Kommissionen (in niederländischer und englischer Sprache) siehe auch https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies.

Der Jahresbericht zielt außerdem darauf ab, (SCEN[1]-)Ärzten und anderen Interessierten einen Einblick in die Art und Weise zu bieten, in der die Kommissionen konkrete Meldungen geprüft und beurteilt haben. Im Einklang damit werden im Bericht auch mehrere Fallbeispiele ausführlich beschrieben.
Um den Jahresbericht einem breiteren Publikum zugänglich zu machen, wurde weitestmöglich auf juristische oder medizinische Begriffe verzichtet bzw. wurden diese näher erläutert. Außerdem hat man in diesem Jahr ein handlicheres Format gewählt.

Anfang 2016 wurde die komplett überarbeitete Website (www.euthanasiecommissie.nl) freigeschaltet. Dank der neuen Suchfunktion sind die Beurteilungen der Kontrollkommissionen besser zugänglich und auffindbar. Im diesjährigen Jahresbericht wurde die Beschreibung der Fallbeispiele auf eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte reduziert, wobei auf die vollständige Fassung der Beurteilung auf der Website und die relevanten Passagen im Praxisleitfaden der Kontrollkommissionen verwiesen wird. Dieser Praxisleitfaden, der im April 2015 veröffentlicht wurde, wird derzeit überarbeitet.

1 SCEN steht für »Unterstützung und Beratung auf dem Gebiet der Sterbehilfe in den Niederlanden«. Die SCEN-Organisation samt dem SCEN-Ausbildungsinstitut ist der Ärztekammer KNMG angeschlossen. 2011 gab die KNMG unter dem Titel »Gute Unterstützung und Beratung bei Sterbehilfe« eine Richtlinie für SCEN-Ärzte heraus.

VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen	5856
Hilfe bei der Selbsttötung	216
Kombination aus beiden	19

Der Wortlaut des Sterbehilfegesetzes und anderer relevanter Bestimmungen aus dem Strafgesetzbuch und dem Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen sind einsehbar unter https://www.euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen.

Darüber hinaus sind auch die Übersichten über die Zahl der Sterbehilfemeldungen in den fünf verschiedenen Regionen nicht mehr im Jahresbericht enthalten; sie können aber weiterhin auf der Website eingesehen werden (https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/p-2016). Dasselbe gilt für allgemeine Informationen über den gesetzlichen Rahmen, die Rolle der Kommissionen und die relevanten Rechtsvorschriften.

Nach Rücksprache mit der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen wurde beschlossen, im Jahresbericht nicht mehr zu erläutern, wie diese beiden Institutionen mit Meldungen umgehen, bei denen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss gekommen sind, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz gehandelt hat. Es ist nicht angezeigt, dass die Kontrollkommissionen darüber berichten, wie die beiden Stellen bei derartigen Meldungen handeln.

2 MELDUNGEN

Zahl der Meldungen

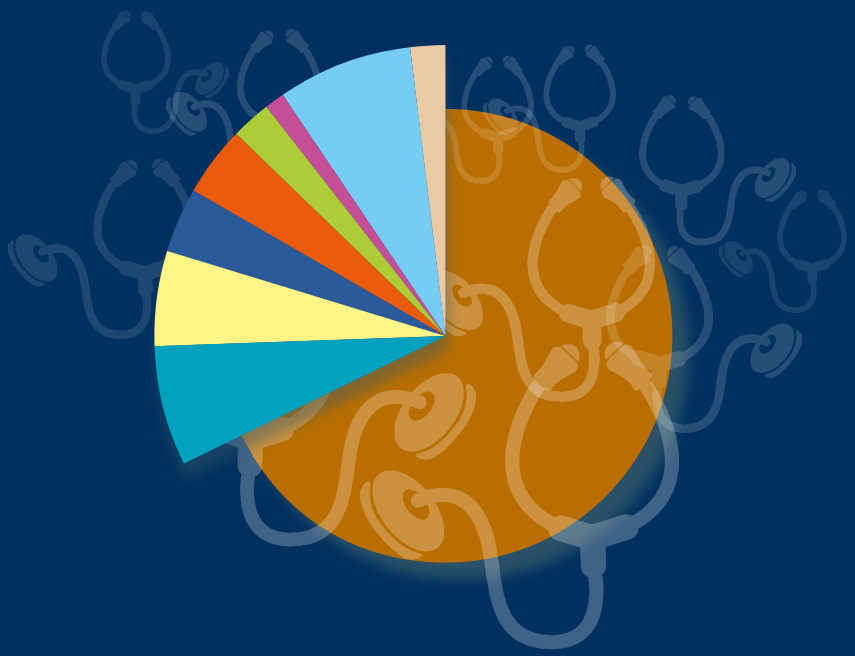
2016 gingen bei den Kontrollkommissionen insgesamt 6091 Meldungen über Sterbehilfe ein. Dabei handelte es sich um 4 % aller Sterbefälle in den Niederlanden in diesem Jahr (148 973). Im Vorjahr waren bei den Kommissionen 5516 Meldungen eingegangen, was 3,75 % aller Sterbefälle entsprach. Der absolute Anstieg der Sterbehilfe-Meldungen im Jahr 2016 im Verhältnis zur Gesamtzahl der Sterbefälle in den Niederlanden bleibt somit relativ klein. 2016 erreichte die Kommissionen 1 Meldung aus dem karibischen Teil der Niederlande.

Verhältnis Männer/Frauen

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in der Zahl der Meldungen ist nahezu ausgeglichen: 3130 Männer (51 %) und 2961 Frauen (49 %).

Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung

In 5856 Fällen (gut 96 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 216 Fällen (3,5 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 19 Fällen (0,3 %) um eine Kombination aus beiden.



KRANKHEITSARTEN

Krebserkrankung	4137
Erkrankung des Nerven-systems	411
Herz- und Gefäßkrankheit	315
Lungenerkrankungen	214
Kumulation von Altersbeschwerden	244
Demenz	141
Psychiatrische Erkrankungen	60
Kombination aus Erkrankungen	465
Andere	104

Krankheitsarten

In 83 % der Fälle (5077) handelte es sich um Patienten, die an einer unheilbaren Krebserkrankung, an einer Erkrankung des Nervensystems (z. B. Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, ALS), einer Herz- und Gefäßkrankheit oder an einer Lungenkrankheit litten. In Zahlen ausgedrückt: 4137 Krebsfälle, 411 Fälle von Erkrankungen des Nervensystems, 315 Fälle von Herz- und Gefäßkrankheiten und 214 Fälle von Lungenerkrankungen.

Demenz

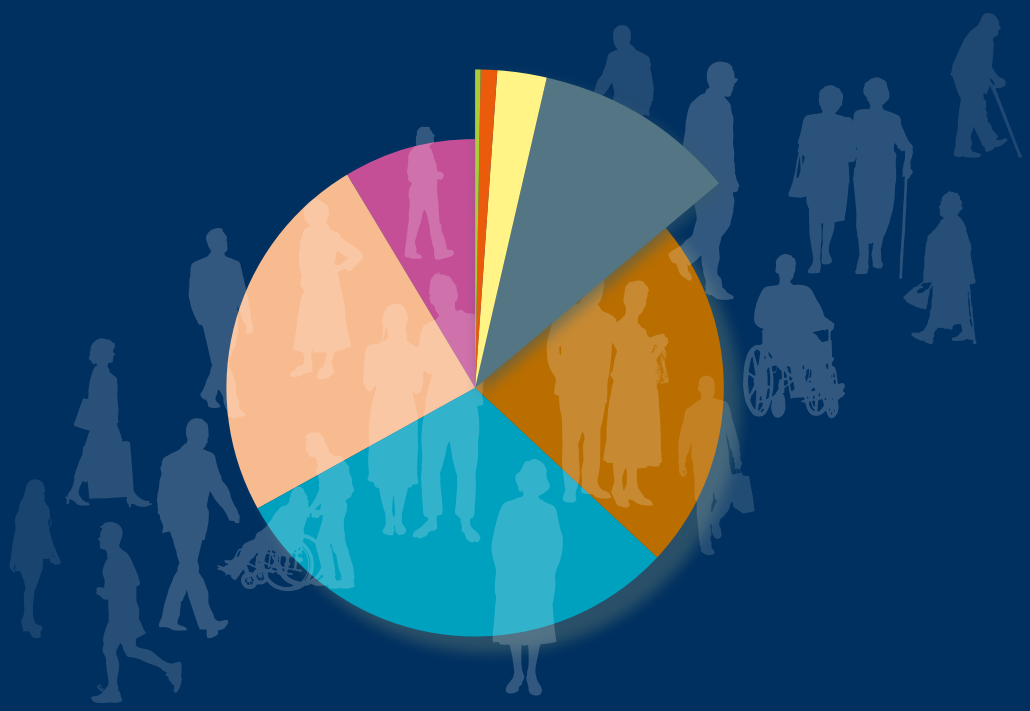
Näheres zu Aspekten bei Demenzpatienten enthält der Praxisleitfaden, S. 27 und 28.

Bei 141 Meldungen war das Leiden des Patienten auf Demenz zurückzuführen. 2015 war dies bei 109 Meldungen der Fall. In den allermeisten Fällen handelte es sich um Patienten, die sich im Anfangsstadium der Demenz befanden, die sich also über ihre Krankheit und die Symptome, wie den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, noch im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte noch überblicken konnten. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel II (Fall 2016-94) beschrieben. In einigen Fällen ging es um Patienten, die sich in einem (weit) fortgeschrittenen Stadium der Demenz befanden. Siehe hierzu die Fälle 2016-62 und 2016-85 (ebenfalls in Kapitel II). Im letztgenannten Fall kam die Kontrollkommission zu dem Schluss, dass der Arzt »nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien« gehandelt hatte.

Psychiatrische Erkrankungen

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung enthält der Praxisleitfaden, S. 26 und 27.

In 60 gemeldeten Sterbehilfefällen war eine psychiatrische Erkrankung Ursache des Leidens des Patienten. 2015 war dies bei 56 Meldungen der Fall. 28 dieser 60 Fälle wurden von einem Psychiater, ein Fall von einem Geriater und 11 Fälle von einem anderen Arzt (z. B. ein Arzt in der Facharztausbildung zum Psychiater) gemeldet. Ein Beispiel für eine derartige Meldung wird in Kapitel II im Rahmen von Fall 2016-41 beschrieben.
In einigen Fällen geht das Leiden auf eine Kombination aus somatischen und psychiatrischen Erkrankungen zurück. Siehe hierzu Fall 2016-11 in Kapitel II.



ALTER

Bis 30 Jahren*	16
30-40 Jahren	44
40-50 Jahren	152
50-60 Jahren	631
60-70 Jahren	1408
70-80 Jahren	1831
80-90 Jahren	1487
90 Jahren oder älter	522

** einem minderjährigen Patienten*

Kumulation von Altersbeschwerden, Mehrfacherkrankungen und sonstige Erkrankungen

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden kann unerträgliches Leiden und einen aussichtslosen Zustand herbeiführen. Siehe in diesem Zusammenhang den Praxisleitfaden, S. 13, 31 und 32.

In 244 Fällen lag eine »Kumulation von Altersbeschwerden«, in 465 Fällen eine sogenannte »Mehrfacherkrankung« vor. In die Kategorie »Mehrfacherkrankungen« fallen alle Meldungen, bei denen eine Kombination von Erkrankungen aus den vorgenannten Kategorien vorliegt, etwa wenn das Leiden sowohl auf eine Krebserkrankung als auch auf eine Herz- und Gefäßkrankheit oder auf Demenz oder eine psychiatrische Erkrankung in Kombination mit der chronischen Lungenerkrankung COPD zurückgeht. Leiden, die in keine der vorgenannten Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom, werden von den Kommissionen als »sonstige Erkrankung« registriert. Dies betraf 104 Fälle.

Alter

Die meisten Sterbehilfemeldungen betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren (1831 Fälle, 30,1 %), gefolgt von den Alterskategorien 80 bis 90 Jahre (1487 Fälle, 24,4 %) und 60 bis 70 Jahre (1408 Fälle, 23,1 %). 2016 ging bei den Kontrollkommissionen eine Meldung über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Patienten ein (zwischen 12 und 17 Jahren). Dabei handelt es sich um Fall 2016-58, nachzulesen auf der Website.

Näheres zu Aspekten bei minderjährigen Patienten siehe den Praxisleitfaden, S. 25.

Es wurden 59 Fälle gemeldet, die sich auf Patienten im Alter zwischen 18 und 40 Jahre bezogen. In 7 dieser Fälle ging das Leiden des Patienten auf eine psychiatrische Erkrankung zurück.
In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« betrafen die meisten Meldungen Patienten im Alter von 90 Jahren oder älter. In den Kategorien »Demenz« und »psychiatrische Erkrankungen« waren die meisten Patienten zwischen 80 und 90 Jahre bzw. zwischen 50 und 60 Jahre alt.

Meldende Ärzte

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle (5167) handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt (85 % aller Meldungen). Darüber hinaus meldeten Geriater (216), Fachärzte (179) und Fachärzte in der Ausbildung (43) Sterbehilfe. Außerdem gibt es bei den meldenden Ärzten noch eine große Gruppe von Ärzten mit einem anderen Hintergrund, etwa Ärzte, die für die Stiftung Lebensendeklinik (SLK) tätig sind, oder sogenannte Basisärzte.

2016 verzeichneten die Kommissionen einen Anstieg der durch SLK-Ärzte gemeldeten Fälle – von 366 im Vorjahr auf nun 487. Das entspricht einer Steigerung um 33 % gegenüber 2015. Aus den Meldungsunterlagen geht hervor, dass SLK-Ärzte häufig bei

MELDENDE ÄRZTE

Hausarzt	5167
Geriater	216
Fachärzte	179
Fachärzte in der Ausbildung	43
Ärzten mit einem anderen Hintergrund (etwa Ärzte, die für die Stiftung Lebensendeklinik (SLK) tätig sind, oder sogenannte Basisärzte)	486

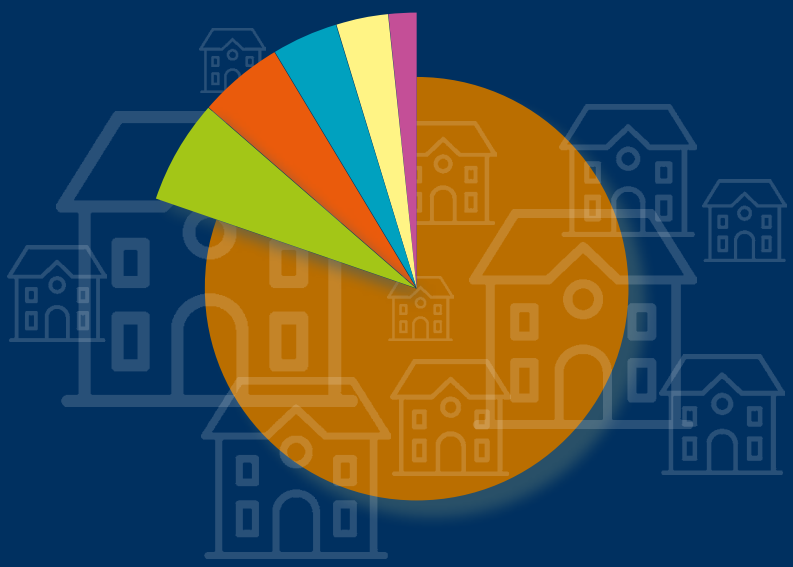
komplexen Fällen eingeschaltet werden. Ein Großteil der Meldungen, bei denen es um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung ging, stammte von SLK-Ärzten: 37 der 60 Meldungen (fast 62 %). Von den Meldungen, bei denen sich das Leiden des Patienten aus einer Form der Demenz ergab, kamen 46 (also fast 33 %) von einem SLK-Arzt. Außerdem gingen bei den Kommissionen 66 Meldungen (27 %) von SLK-Ärzten ein, die Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden zum Gegenstand hatten. Aus den Meldungsunterlagen geht hervor, dass diese Fälle von Ärzten als komplex empfunden oder grundsätzlich an die SLK verwiesen werden. Darüber hinaus sind manche Ärzte nur bei Patienten im Terminalstadium bereit, Sterbehilfe zu leisten; auch sie überweisen manche Patienten an die SLK.

Sorgfaltskriterien *nicht* eingehalten

In 10 der 6091 gemeldeten Fälle kamen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss, dass der durchführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz eingehalten hat: das entspricht 0,16 % aller Meldungen. In fünf Fällen urteilte die Kommission, dass ausschließlich das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung nicht erfüllt worden war. In drei Fällen war das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines anderen, unabhängigen Arztes nicht eingehalten worden. Bei einer Meldung kam die Kommission zu dem Schluss, der Arzt habe nicht schlüssig dargelegt, dass er zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war und dass es keine annehmbare andere Möglichkeit gab, dessen Leiden zu lindern. Bei der letzten Meldung urteilte die Kommission, dass der Arzt nicht zu der zweifelsfreien Überzeugung gelangen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war und dass das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung nicht erfüllt war.

Kontrollpraxis

Die Kontrollpraxis würde nicht hinreichend nuanciert wiedergegeben, wenn im Bericht nur Fälle beschrieben würden, in denen die Kommissionen zu dem Urteil kamen, dass der Arzt nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Außerdem gibt es in der Kontrollpraxis nicht nur Richtig und Falsch, sondern auch viele Zwischentöne: einschließlich der vorgenannten 10 Fälle haben die Kommissionen in 77 Fällen den meldenden Arzt und in einigen wenigen Fällen den Konsiliararzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten. In 40 Fällen baten die Kommissionen den meldenden Arzt und in einigen wenigen Fällen den Konsiliararzt bzw. den ehemaligen Hausarzt des Patienten um eine mündliche Erläuterung zu den Fragen der Kommission im Rahmen einer



ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Zu Hause	4904
Hospiz	367
Altersheim	300
Pflegeheim	233
Krankenhaus	199
Anderen Ort (etwa die Wohnung von Verwandten oder ein Pflegehotel)	88

Kommissionssitzung. In der Regel waren diese mündlichen und schriftlichen Erläuterungen der Ärzte und Konsiliarärzte für die Kommissionen sehr erhellend und sie konnten zu der abschließenden Beurteilung kommen, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Kommission nicht regelmäßig Ärzte darauf hingewiesen haben, wie sie ihr Handeln in der Zukunft verbessern können.

Darüber hinaus beraten sich die Kommissionen untereinander intensiv über komplexe Fälle, bei denen man es für notwendig hält, dass alle 45 Kommissionsmitglieder sich dazu äußern können. So werden beispielsweise immer, wenn eine Kommission der Ansicht ist, dass in einem Fall nicht alle Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, die entsprechende Meldung und der Beurteilungsentwurf in das Intranet der Kommissionen eingestellt. Nach Kenntnisnahme der Stellungnahmen anderer Kommissionsmitglieder formuliert die zuständige Kommission ihre abschließende Beurteilung. Ebenso wird auch in allen anderen Fällen vorgegangen, in denen die behandelnde Kommission Bedarf an einer breiten internen Diskussion hat. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die bestmögliche Qualität und eine möglichst einheitliche Linie bei der Beurteilung dieser sehr unterschiedlichen Fälle zu gewährleisten. 2016 wurden 20 Fälle auf diese Art und Weise diskutiert.

Ort der Lebensbeendigung

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle (4904 bzw. 80,5 %) fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt. In den übrigen Fällen handelte es sich um ein Hospiz (367 bzw. 6 %), ein Altersheim (300 bzw. 4,9 %), ein Pflegeheim (233 bzw. 3,8 %), ein Krankenhaus (199 bzw. 3,3 %) oder einen anderen Ort, etwa die Wohnung von Verwandten oder ein Pflegehotel (88 bzw. 1,4 %).

3 ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN, ENTWICKLUNGEN

»Keine Fragen aufwerfenden« und »Fragen aufwerfende« Meldungen

Seit 2012 bewerten die Kommissionen die Meldungen unmittelbar nach Eingang als »keine Fragen aufwerfende Meldungen« und »Fragen aufwerfende Meldungen«. Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden den Kommissionsmitgliedern samt den dazugehörigen Unterlagen wöchentlich in digitaler Form vorgelegt und innerhalb der gesetzten Frist auf elektronischem Wege beurteilt. 2016 warfen 80 % aller eingegangenen Meldungen keine Fragen auf.

Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wenn der erfahrene Sekretär der Kommission, ein Jurist, zu der Einschätzung gelangt, dass die erteilten Informationen vollständig sind und es sehr wahrscheinlich ist, dass der Arzt die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten hat, so dass die Kommission diese Meldung gut auf elektronischem Wege beurteilen kann. Als Beispiel für derartige Meldungen, die keine Fragen aufwarfen, werden in Kapitel II die Fälle 2016-90, 2016-91, 2016-92 und 2016-95 beschrieben.

Einige der als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldungen (1 %) wurden im Nachhinein doch noch als »Fragen aufwerfend« bewertet und im Rahmen der Kommissionssitzung besprochen. Wenn nämlich auch nur eines der Kommissionsmitglieder zu einer als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldung doch Fragen hat, muss diese im Rahmen der monatlichen Kommissionssitzung behandelt werden. Die übrigen 20 % der Meldungen, die als »Fragen aufwerfend« eingestuft wurden (etwa im Zusammenhang mit einer komplexen Problematik wie einer psychiatrischen Erkrankung und Demenz oder weil die vom meldenden Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren), wurden von den Kommissionen auf ihren monatlichen Sitzungen beurteilt.

Praxisleitfaden

Der Praxisleitfaden ist auf der Website der Kommissionen abrufbar: https://www.eutanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/code-of-practice.

Der im April 2015 von den Kommissionen veröffentlichte Praxisleitfaden bietet eine Übersicht über die Aspekte, die die Kommissionen bei der Ausübung ihrer gesetzlichen Aufgabe – Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung – für wichtig halten. Ziel des Praxisleitfadens ist es, insbesondere für den durchführenden Arzt und den Konsiliararzt auf verständliche Weise darzulegen, wie die Kommissionen die im Gesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien auslegen und anwenden.

Um Einblick in die Vertrautheit und die Erfahrungen der (SCEN-) Ärzte mit dem Leitfaden zu erhalten, wurde im Februar 2016 eine kurze Umfrage durchgeführt. Es wurden über 1000 Fragebögen an Ärzte, die eine Sterbehilfe-Meldung gemacht hatten, sowie an die hinzugezogenen Konsiliarärzte verschickt. 70 % der angeschriebenen Ärzte haben den Fragebogen ausgefüllt – eine unerwartet hohe Beteiligung. Die Auswertung des Fragebogens hat ergeben, dass der Praxisleitfaden sehr positiv beurteilt wird, dass er aber einem Großteil der Ärzte nicht bekannt war: fast 80 % der meldenden Ärzte gaben an, den Leitfaden nicht zu kennen. Dagegen war er der Mehrheit der SCEN-Ärzte (89 %) bekannt. Es stellte sich heraus, dass der Praxisleitfaden vor allem bei Fragen über das Leiden, über Demenz, ein »abgeschlossenes Leben« und psychiatrische Erkrankungen herangezogen wird. Ein Redaktionsgremium prüft momentan, welche Teile des Leitfadens verbessert, überarbeitet oder umformuliert werden können. Dabei wurden unter anderem die Ärztekammer KNMG und die SCEN-Intervisionsgruppe um Stellungnahme gebeten.

Der Praxisleitfaden wurde inzwischen auch in englischer Übersetzung veröffentlicht, um die niederländische Prüfungspraxis auch für Interessierte aus dem Ausland zugänglich zu machen. Die englischsprachige Fassung ist auf der Website der Kontrollkommissionen zu finden.

Reflexionsgremium

Die Kontrollkommissionen haben kürzlich die Einrichtung eines internen Reflexionsgremiums beschlossen, das unter anderem die Aufgabe hat, die Abstimmung der Kommissionen untereinander und die Harmonisierung der Beurteilungen weiter zu fördern. Dem Reflexionsgremium gehören zwei Juristen, zwei Ethiker, zwei Ärzte und ein Sekretär der Kommissionen an. Es kann von einer Kommission bei komplexen Fragen eingeschaltet werden. Das Gremium wird weniger eine Meldung in Gänze beurteilen, sondern sich mit einer oder mehreren konkreten, von der einschaltenden Kommission formulierten Fragen befassen. Angesichts der Zeit, die die Einschaltung des Reflexionsgremiums möglicherweise in Anspruch nehmen wird, wird der meldende Arzt in einem solchen Fall über die Verzögerung der Bearbeitung informiert.
Das Gremium wird im Laufe von 2017 seine Arbeit aufnehmen; nach zwei Jahren wird eine Evaluierung durchgeführt.

Organisation

Die fünf regionalen Kontrollkommissionen arbeiten selbständig und unabhängig. Jede Kommission besteht aus drei Mitgliedern: einem Juristen, der zugleich Vorsitzender ist, einem Arzt und einem Ethiker. Grundsätzlich gehören der Kommission außerdem aus jeder Disziplin zwei Stellvertreter an; somit gibt es insgesamt 45 Kommissionsmitglieder. Jede Kommission wird von einem Sekretär unterstützt, einem Juristen, der eine beratende Stimme hat. Die Kommissionsmitglieder werden vom Gesundheitsminister und dem Justizminister für einen Zeitraum von vier Jahren ernannt, der einmalig um weitere vier Jahre verlängert werden kann.
Aus Gründen der Effizienz wurden die Sekretariate der Regionalen Kontrollkommissionen im Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport untergebracht. Sie gehören der Einheit Disziplinarausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate (ESTT) an. Die Sekretariatsmitarbeiter der Kontrollkommissionen sind aber ausschließlich für die Kommissionen tätig.
Die Sekretariate der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe beschäftigen 27 Mitarbeiter (insgesamt 19,25 Vollzeitäquivalente). Sie sind für die Vor- und Nachbereitung der Kontrolle der Meldungen durch die Kommissionen zuständig. Außerdem unterstützen sie die Kommissionen bei kommissionsübergreifenden Fragen, etwa der Aktualisierung des Praxisleitfadens oder der Erstellung der Jahresberichte.

Vor dem Hintergrund des stetigen Anstiegs der gemeldeten Sterbehilfefälle wurde die Organisation und Zukunftsfähigkeit der Kommissionen überprüft. Eine von den Kommissionen eingesetzte Arbeitsgruppe hat dafür ein externes Beratungsbüro eingeschaltet. Im Zuge dieser Überprüfung wurden vier Kernthemen identifiziert, zu denen Lösungen und Vorschläge formuliert wurden: Optimierung des Kontrollprozesses, Verbesserung der internen Konsultationsstrukturen, Formulierung einer Mission für die Kontrollkommissionen und Einsetzung eines Pressesprechers. Die zu diesen Themen vorgelegten Vorschläge wurden Ende 2016 auf einer Plenarsitzung besprochen.

KAPITEL II
KASUISTIK

II

1 EINLEITUNG

Das Sterbehilfegesetz und andere relevante Bestimmungen aus dem Strafgesetzbuch und dem Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen sind einsehbar unter: https://www.euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen.

In diesem Kapitel werden einzelne Beurteilungen der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe dargelegt. Im Kern besteht die Arbeit der Kommissionen aus der Beurteilung von ärztlichen Unterlagen zur Lebensbeendigung auf Verlangen und zur Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfe[2]). Ein Arzt, der Sterbehilfe geleistet hat, ist gesetzlich dazu verpflichtet, dies dem Leichenschauer der Gemeinde zu melden. Der Leichenschauer leitet die Meldung und die zugehörigen Unterlagen anschließend an die Kontrollkommissionen weiter. Die vom Arzt einzureichenden Unterlagen umfassen auf jeden Fall den Bericht des meldenden Arztes, einen Bericht des hinzugezogenen Konsiliararztes (in fast allen Fällen ein SCEN-Arzt), Teile der Krankenakte des Patienten, die schriftliche Patientenverfügung (soweit vorliegend; eine solche Verfügung ist keine Voraussetzung für die Leistung von Sterbehilfe) und eine Bescheinigung des Leichenschauers der Gemeinde. Die Kommission prüft, ob der meldende Arzt die sechs in Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

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 annehmbare andere Lösung gab,
e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.

2 Wie in Kapitel 1 dargelegt, werden in diesem Jahresbericht beide Formen der Lebensbeendigung unter dem Oberbegriff »Sterbehilfe« zusammengefasst. Ein Unterschied zwischen diesen beiden Formen der Sterbehilfe wird nur dann gemacht, wenn es erforderlich ist.

Bei ihrer Prüfung orientieren sich die Kommissionen am Sterbehilfegesetz, an dessen Gesetzesgeschichte und an der einschlägigen Rechtsprechung. Dabei berücksichtigen sie außerdem ihre eigenen früheren Beurteilungen sowie Entscheidungen der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Kommissionen beurteilen, ob *feststeht*, dass die Sorgfaltskriterien c) Aufklärung, e) Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes und f) medizinisch fachgerechte Durchführung erfüllt wurden. In Bezug auf die anderen drei Kriterien – a) freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, b) unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand und d) keine annehmbare andere Lösung – muss der Arzt *schlüssig darlegen* können, dass er, angesichts der spezifischen Umstände des Falles, *bei verständiger Würdigung der Sachlage zu der Überzeugung gelangen konnte*, dass die genannten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Hier sprechen Juristen von einer »marginalen Prüfung«. Das bedeutet, dass die Kommissionen diese Sorgfaltskriterien nicht »umfassend prüfen« und daher nicht dieselben Fragen beurteilen wie der Arzt, der den Beschluss gefasst hat, Sterbehilfe zu leisten. Dazu wären die Kommissionen auch gar nicht in der Lage, da der Patient inzwischen verstorben ist. Damit sind dies klassischerweise die Aspekte, die der Konsiliararzt beurteilt.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Fälle sind untergliedert in Fälle, bei denen die Kommissionen die Sorgfaltskriterien für »eingehalten« (Abschnitt 2) bzw. »nicht eingehalten« hielten (Abschnitt 3). In Abschnitt 3 werden also Fälle behandelt, in denen der Arzt nach Auffassung der zuständigen Kommission ein oder mehrere Sorgfaltskriterien nicht erfüllt hat.

Abschnitt 2 ist noch einmal in drei Unterabschnitte untergliedert. In Unterabschnitt 2.1 werden vier Beurteilungen dargelegt, die für die überwiegende Mehrheit der Meldungen, die bei den Kommissionen eingehen, repräsentativ sind. Es handelt sich um Fälle, in denen der Patient an Krebs, einer Erkrankung des Nervensystems, an einer Herz- und Gefäßkrankheit oder einer Lungenerkrankung litt.
Anschließend geht es in Unterabschnitt 2.2 um einzelne Sorgfaltskriterien. Dabei wird insbesondere auf die freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte (a), den aussichtslosen Zustand und das unerträgliche Leiden (b), das Fehlen einer anderen annehmbaren Lösung (d) und die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes (e) eingegangen.
Zwei Sorgfaltskriterien werden an dieser Stelle nicht explizit behandelt: die Aufklärung des Patienten über seine Aussichten (c) und die medizinisch fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe (f). Das Kriterium der Aufklärung des Patienten ist im Allgemeinen eng mit anderen Sorgfaltskriterien verflochten, darunter das der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte. Letztere kann nur

dann geäußert werden, wenn der Patient umfassend über seine gesundheitliche Situation und seine Aussichten informiert wurde (siehe auch S. 14 des Praxisleitfadens). Diese Information ist ebenfalls relevant, wenn beurteilt werden muss, ob es tatsächlich keine annehmbare andere Lösung gab – zu dieser Auffassung müssen Arzt und Patient gemeinsam kommen (siehe S. 15 und 16 des Praxisleitfadens). Das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung (f) wird anhand von Fällen erläutert, bei denen die Beurteilung »Sorgfaltskriterien nicht eingehalten« lautete.
Im Anschluss (Unterabschnitt 2.3) werden einige Sterbehilfefälle beschrieben, in denen die Patienten an einer psychiatrischen Erkrankung, an Demenz oder an einer Kumulation von Altersbeschwerden litten. In all diesen Fällen waren die Kommissionen zu dem Schluss gekommen, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hatte.

Gegenstand von Abschnitt 3 sind vier Fälle, in denen nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Konkret geht es um das Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte, des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung, der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes und der medizinisch fachgerechten Durchführung.

Alle Fälle sind mit einer Nummer versehen; unter dieser können die jeweiligen Beurteilungen auf der Website der Kontrollkommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) im Gesamtwortlaut nachgelesen werden.

2 DER ARZT HAT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

2.1 Vier repräsentative Fälle

Wie in Kapitel 1 dargelegt, bezieht sich die überwiegende Mehrheit der Sterbehilfe-Meldungen auf Patienten, die an Krebs, an Erkrankungen des Nervensystems, an Herz- und Gefäßkrankheiten und an Lungenerkrankungen leiden. Beispielhaft dafür werden die nachstehenden vier Fälle beschrieben (allesamt Meldungen, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurden).

Die Beschreibung des ersten Falls enthält fast die gesamte Beurteilung der Kommission. Daten, die Rückschlüsse auf Personen zulassen, wurden entfernt. Die Fallbeschreibung zeigt, wie eine Beurteilung durch die Kommissionen aufgebaut ist. Zusammengenommen vermitteln die vier Fälle ein Bild der Problematik, mit der sich die Kommissionen am häufigsten konfrontiert sehen.

FALL 2016-90
KREBS

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf

SACHVERHALT UND UMSTÄNDE

Aus den Berichten des Arztes und des Konsiliararztes sowie den übrigen angelieferten Informationen ging mit Blick auf die nachstehenden Aspekte Folgendes hervor:

a) Art des Leidens, Aufklärung und Alternativen

Ein Patient im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wusste seit 2010 um seine Diagnose eines Kolonkarzinoms (bösartiger Tumor im Dickdarm) mit Metastasen in der Leber. Ab 2013 verschlechterte sich sein Zustand infolge der Lebermetastasen und der Entstehung weiterer Metastasen im Abdomen und in der Lunge zusehends. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung war ausschließlich noch palliativ (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Das Leiden des Patienten bestand aus ständiger Übelkeit, häufigem Erbrechen, Müdigkeit, Lustlosigkeit und dem Verlust von Energie und Kraft.
Er konnte nahezu keiner Beschäftigung mehr nachgehen und war auch nicht mehr in der Lage, irgendetwas zu genießen. Der Patient litt unter dem Wissen, dass sich sein Zustand weiter verschlechtern würde, unter dem bevorstehenden körperlichen Verfall. Für ihn war sein Leiden unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die Fachärzte den Patienten hinreichend über seine Lage und die Prognose informiert haben.

b) Bitte um Lebensbeendigung

Der Patient hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen.
Ungefähr zwei Wochen vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen.
Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

c) Hinzuziehung eines Konsiliararztes

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten gut eine Woche vor

der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte.
In seinem Bericht, der eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens des Patienten enthielt, kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

d) Ausführung

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.

BEURTEILUNG

Die Kommission überprüft im Nachhinein das Handeln des Arztes anhand der in Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien. Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass er unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Der Arzt hat den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Prognose hinreichend informiert. Er konnte mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gab. Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen fachgerecht durchgeführt.

ENTSCHEIDUNG

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

FALL 2016-95
ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-95 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren erhielt Anfang 2013 die Diagnose Amyotrophe Lateralsklerose bzw. ALS (eine unheilbare Krankheit, bei der Nerven absterben, was zu einer Muskelschwäche

führt). Nach und nach traten Paresen (Minderung der Muskelkraft) an Armen und Beinen sowie Schluck- und Sprachprobleme auf, und die Kommunikation wurde immer schwieriger. In der letzten Zeit vor ihrem Tod verschlechterte sich der Zustand der Patientin drastisch. ALS ist nicht heilbar. Die Behandlung war ausschließlich noch palliativ (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Die Patientin kämpfte mit schwerer Müdigkeit und zunehmender Atemnot. Dies empfand sie als beängstigend und bedrohlich. Sprechen konnte sie fast gar nicht mehr. Sie wurde über eine PEG-Sonde ernährt (ein dünner Katheter, der über einen kleinen Schnitt in der Bauchwand in den Magen geführt wird), über die auch Medikamente in flüssiger Form verabreicht werden können. Sie war komplett von Dritten abhängig und zu keinerlei Beschäftigung mehr in der Lage. Die Patientin, die immer aktiv und voller Energie gewesen war, wusste, dass eine Verbesserung ihrer Situation nicht mehr möglich war und dass ihr Zustand sich lediglich verschlechtern würde. Sie hatte ihre Grenze erreicht. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich.
Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Er zog einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen fachgerecht durchgeführt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt alle Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

FALL 2016-92
HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEITEN

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-92 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf

Ein Patient im Alter von 80 bis 90 Jahren litt schon seit Jahren an Herz- und Gefäßkrankheiten. Zwei Monate vor seinem Tod entwickelte er ein abdominelles Aortenaneurysma (Erweiterung einer Schlagader im Bauch).
Eine weitere Behandlung lehnte er ab. Eine Heilung war nicht mehr möglich.
Die Behandlung war ausschließlich noch palliativ (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend).
Der Patient war geschwächt und litt an Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Schwindel. Außerdem hatte er nachts Schmerzen, insbesondere im Rücken. Er, der immer aktiv gewesen war, konnte sich nicht mehr bewegen und war bettlägerig. Er litt unter der Sinnlosigkeit und Aussichtslosigkeit der Situation, dem Kontrollverlust und der weiteren

Verschlechterung seines Zustands. Für ihn war sein Leiden unerträglich. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Er zog einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen fachgerecht durchgeführt.
Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt alle Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

FALL 2016-91 LUNGENERKRANKUNG

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-91 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf

Ein Patient im Alter von 70 bis 80 Jahren litt bereits seit Jahren an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD (eine unheilbare Krankheit, die die Atemwege permanent verengt und in ihrer Funktion beeinträchtigt). Die Krankheit schritt fort, es traten zunehmende akute Verschlechterungen des Zustands des Patienten auf. Dies war vor allem im letzten Lebensmonat des Patienten infolge eines Blutgerinnsels in der Lunge der Fall. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung war ausschließlich noch palliativ (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Die Beschwerden des Mannes bestanden aus zunehmender Atemnot, Husten, Erschöpfung und einer Verringerung der Bewegungsmöglichkeiten. Darüber hinaus hatte er mehrfach das Gefühl zu ersticken. Er konnte sich kaum noch bewegen und war lediglich noch in der Lage, in einem Stuhl zu sitzen. Der Patient war vollkommen von der Betreuung und Versorgung durch Dritte abhängig geworden. Er litt unter der Angst vor dem Ersticken und der Aussichtslosigkeit seiner Situation. Für ihn war sein Leiden unerträglich. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Er zog einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen fachgerecht durchgeführt.
Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt alle Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

2.2 Nach vier gesetzlichen Sorgfaltskriterien geordnete Fälle

Zu einigen allgemeinen Aspekten der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte siehe S. 11 ff. des Praxisleitfadens.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Der nachstehende Fall soll verdeutlichen, dass Sterbehilfe bei Patienten mit geistiger Behinderung möglich ist und die Beurteilung »im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt« erhalten kann, wenn der Arzt schlüssig darlegen konnte, dass er bei verständiger Würdigung der Sachlage zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der betreffende Patient im Hinblick auf seine Bitte um Sterbehilfe willensfähig war.

FALL 2016-03

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-03 auf der Website.

Näheres zu besonderen Aspekten bei Patienten mit geistiger Behinderung enthält der Praxisleitfaden S. 28.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Patient mit geistiger Behinderung

Bei einem Patienten wurde in seiner frühen Jugend tuberöse Sklerose festgestellt (eine Erbkrankheit, bei der abnormale Zellen in verschiedenen Organen vorkommen, die zu einem Funktionsverlust führen). Im Laufe der Jahre traten Probleme bei einer Vielzahl von Organen und Epilepsie auf. Infolge seiner Erkrankung kam es nach einiger Zeit auch zu einer geistigen Behinderung. In einer späteren Lebensphase, einige Jahre vor seinem Tod, wurde bei dem Patienten außerdem eine Krebserkrankung festgestellt. Es wurden Metastasen in der Leber gefunden, außerdem ein wachsender Tumor im Bauch. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war ausschließlich noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend).
Der Patient, der nun zwischen 30 und 40 Jahre alt war, hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Zwei Wochen vor seinem Tod bat er den Arzt um die Durchführung der Sterbehilfe. Auf Bitten des behandelnden Arztes hatten ein Arzt, der auf geistige Behinderungen spezialisiert ist, und ein Psychologe die Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf seine Bitte um Sterbehilfe untersucht. Sie kamen zu dem Schluss, dass der Mann über seine Situation und seine Prognose Bescheid wusste. Außerdem waren sie der Ansicht, dass der Patient selbständig entscheiden und die Konsequenzen seiner Entscheidung überblicken konnte. Damit stellten sie die Willensfähigkeit des Patienten fest. Dem Arzt und den anderen Sachverständigen zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.
Da der Patient eine geistige Behinderung hatte, hat die Kommission ihrer Beurteilung zusätzliche Erwägungen beigefügt. Die Kommission erwägt, dass in diesem Fall, in dem zusätzlich zu einem ernsten somatischen

Leiden infolge der Erkrankung eine geistige Behinderung aufgetreten war, dem Aspekt der Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf seine Bitte um Sterbehilfe besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Sie kommt zu dem Schluss, dass der Arzt mit der erforderlichen Sorgfalt vorgegangen ist, indem er einen entsprechend fachkundigen Arzt und einen Psychologen hinzugezogen hat, die feststellten, dass der Patient hinsichtlich seiner Bitte um Sterbehilfe willensfähig war. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

FZu einigen allgemeinen Aspekten des unerträglichen Leidens und der Aussichtslosigkeit des Zustands siehe S. 13 ff. des Praxisleitfadens.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

Sterbehilfe wird auch bei Patienten geleistet, bei deren Beschwerden nicht eindeutig geklärt ist, was die Ursache ist. Auch derartige Beschwerden können unerträgliches Leiden und einen aussichtslosen Zustand nach sich ziehen. Ein Beispiel für eine solche Situation ist der nachstehend beschriebene Fall.

FALL 2016-34

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-34 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: somatoforme Körperbeschwerden

Eine Patientin im Alter von 60 bis 70 Jahren litt seit sieben Jahren an anhaltenden Bauchbeschwerden. Im Laufe der Jahre konsultierte sie Dutzende Fachärzte, darunter Chirurgen, Internisten, Reha-Spezialisten, Neurologen, Psychiater und Schmerzspezialisten. Außerdem unterzog sie sich verschiedenen alternativen Behandlungen. Ihre Beschwerden blieben bestehen; die Ursache konnte nicht geklärt werden. Die Frau litt an chronischen (Bauch-)
Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Muskelzuckungen im ganzen Körper, Muskelverhärtungen, Darmproblemen, Nackenschiefstand, Schluckproblemen, Inkontinenz, Problemen beim Laufen, Energieverlust und Müdigkeit. Sie empfand ihre Beschwerden als derart beeinträchtigend, dass sie kein normales Leben mehr führen konnte. Sie konnte das Haus nicht mehr verlassen, war zunehmend bettlägerig geworden und sozial isoliert. Sie empfand keinerlei Lebensqualität mehr und litt unter der Aussichtslosigkeit ihrer Situation.
Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihre Situation aussichtslos war. Der Konsiliararzt teilte diese Ansicht. Nachdem die Patientin um Sterbehilfe gebeten hatte, wurde noch ein unabhängiger Psychiater hinzugezogen. Dieser kam zu dem Schluss, dass die Beschwerden der Patientin psychiatrisch nicht behandelbar waren.

Die Kommission ist der Meinung, dass der Arzt mit Sorgfalt vorgegangen ist. Er hatte der Patientin empfohlen, sich mehreren langwierigen Behandlungen zu unterziehen, um ihren Beschwerden auf den Grund zu gehen. Als dies keinen Erfolg zeigte, gelangte der Arzt nach intensiven Gesprächen mit der Patientin zu der Überzeugung, dass sie unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt zu dieser Überzeugung kommen konnte. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

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 ff. näher erläutert.

KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Der Arzt muss gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gibt. Gäbe es weniger einschneidende Möglichkeiten, das Leiden des Patienten wesentlich zu lindern oder ihn von seinem Leiden zu befreien, wären diese zu bevorzugen. Im nachstehend beschriebenen Fall gab es diesbezüglich zunächst Zweifel.

FALL 2016-01

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-01 auf der Website.

Zu besonderen Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung siehe den Praxisleitfaden, S. 26 und 27.

Weitere von der Kontrollkommission veröffentlichte Urteile in Fällen von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung können auf der folgenden Website eingesehen werden: https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Anorexia nervosa mit depressiven Beschwerden und einer somatoformen Störung und Persönlichkeitsstörung, Fehlen von annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten, große Behutsamkeit bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung

Eine Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt bereits seit ihrer Jugend an Anorexia nervosa (Magersucht). Außerdem litt sie zunehmend unter rezidivierenden Depressionen, einer Persönlichkeitsstörung und einer somatoformen Schmerzstörung (bei einer solchen Störung leidet der Patient an zahlreichen körperlichen Beschwerden, für die es keine organische Ursache gibt; die Behandlung zielt auf den psychiatrischen Ursprung der Beschwerden). Wegen ihrer Ängste, Depressionen und starken Suizidalität wurde sie über lange Zeit stationär und ambulant psychiatrisch behandelt. So unterzog sie sich unter anderem einer Elektrokonvulsionstherapie (bei der das Gehirn Stromimpulsen ausgesetzt wird), medikamentösen Schmerztherapien, einer kognitiven Verhaltenstherapie (eine kurzfristige Psychotherapie, die auf die Gegenwart und die Zukunft ausgerichtet ist statt auf die Verarbeitung der Vergangenheit) und Behandlungen für somatoforme Körperbeschwerden. Diese Behandlungen erzielten kein nennenswertes Ergebnis. Letztlich gab es keine Behandlungen mehr, die eine

Perspektive auf Verbesserung boten. In den letzten Jahren vor ihrem Tod verschlechterte sich der Zustand der Patientin immer mehr. Eine Heilung war nicht mehr möglich.
Die Patientin empfand ihre Situation als aussichtslos und bat ihren Arzt um Sterbehilfe. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Frau unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Der Arzt zog eine unabhängige Psychiaterin hinzu, um bestätigen zu lassen, dass es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gab. Die konsultierte Psychiaterin war der Meinung, dass eine Behandlung theoretisch noch möglich sei. Sie hielt es jedoch außerdem für sehr fraglich, dass die Patientin eine solche Behandlung durchstehen würde und ob sie in der Lage sei, ein angemessenes Behandlungsverhältnis einzugehen und aufrechtzuerhalten. Diese Zweifel gründeten sich unter anderem auf die Tatsache, dass die Patientin selbst erklärte, keine Motivation für eine weitere Behandlung zu empfinden. Die Ärzte kamen somit zu dem Schluss, dass es keine für die Patientin annehmbare Möglichkeiten mehr gab, ihr Leiden zu lindern.
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 hatte zusätzlich zu dem unabhängigen SCEN-Arzt noch eine unabhängige Psychiaterin konsultiert. Diese war zu dem Schluss gekommen, dass es, auch angesichts der mangelnden Mitarbeit und Motivation der Patientin keine relevanten Behandlungsoptionen mehr gab. Durch den Konsiliararzt war der Arzt in der Auffassung bestätigt worden, dass von einer Weiterbehandlung der Patientin keine strukturelle Verbesserung zu erwarten war und dass es für sie keine reellen Alternativen mehr gab. Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für deren Situation keine annehmbare andere Lösung gab. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Zu besonderen Aspekten der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes siehe auch den Praxisleitfaden, S. 16 ff.

Nach dem Sterbehilfegesetz muss der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate ziehen, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung nimmt. Der nachstehend beschriebene Fall verdeutlicht, dass es Situationen gibt, in denen der Konsiliararzt der Meinung ist, dass die Sorgfaltskriterien (noch) nicht erfüllt sind. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass der Arzt nicht im Einklang mit den gesetzlichen Sorgfaltskriterien handelt, wenn er dennoch Sterbehilfe leistet. Allerdings ist es meistens so, dass die Kommission in einer solchen Situation dem Arzt weitergehende Fragen stellt.

FALL 2016-52

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-52 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Arzt führt Sterbehilfe aus, obwohl der Konsiliararzt der Auffassung ist, dass die Sorgfaltskriterien (annehmbare Alternativen) nicht erfüllt sind. Der Arzt hat klar begründet, warum er die Beurteilung des Konsiliararztes nicht beachtet hat.

Bei einer Patientin im Alter von 80 bis 90 Jahren lag eine Mehrfacherkrankung vor: sie litt unter Polyarthrose (Verschleiß an mehreren Gelenken) – in ihrem Fall waren Rücken, Hände, Schultern, Knie und Füße betroffen –, Neuropathie (und Sensibilitätsstörungen) und Schwerhörigkeit. Darüber hinaus hatte sie ihr ganzes Leben mit Depressionen zu kämpfen und litt an einer Zwangsstörung (Zwangsgedanken bzw. -handlungen und die Angst, dass etwas Schlimmes passiert, wenn diese Handlungen nicht verrichtet werden). Dagegen war sie unter anderem mit Medikamenten und einer Elektrokonvulsionstherapie (bei der das Gehirn Stromimpulsen ausgesetzt wird) behandelt worden. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung war ausschließlich noch palliativ (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Das Leiden der Patientin bestand aus Schmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Gehörverlust, Mobilitätsverlust, der zunehmenden Abhängigkeit von der Versorgung durch Dritte, Stimmungsschwankungen und Zwangsgedanken. Manchmal gehorchten ihr ihre Beine nicht mehr und sie benötigte einen Rollator. Sie hatte Angst zu stürzen; eine Angst, die – angesichts der Verformung ihrer Füße – nachvollziehbar war. In den letzten Wochen vor ihrem Tod verließ sie fast überhaupt nicht mehr das Haus; ihr sozialer Radius war sehr klein geworden. Ein Gespräch in einer Gruppe konnte sie nicht mehr führen. Sie war mit ihrem Latein am Ende. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Frau unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Der vom behandelnden Arzt hinzugezogene Konsiliararzt empfand es als nachvollziehbar, dass die Frau unter ihren Schmerzen, ihrer Angst zu stürzen und der zunehmenden Abhängigkeit von Dritten unerträglich litt. Er war jedoch nicht der Ansicht, dass alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft waren. Dabei dachte er an eine bessere Schmerzmedikation oder Physiotherapie zur Sturzprävention. Damit kam der Konsiliararzt zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Dennoch führte der Arzt die Sterbehilfe durch.
Die Kommission lud den Arzt zu einem Gespräch vor. Er wurde gefragt, warum er den Empfehlungen des Konsiliararztes nicht gefolgt sei und warum er zu der Überzeugung gelangt sei, dass es keine annehmbaren Behandlungsalternativen gab und die Situation der Patientin damit

aussichtslos war. Der Arzt antwortete, dass eine Anpassung der Schmerzmedikation aus der Perspektive der Patientin keine Veränderung für ihr Leiden bedeutet hätte. Man hatte bereits Versuche in dieser Richtung unternommen, die keine hinreichenden Resultate erzielt hatten, aber mit zahlreichen Nebenwirkungen einhergegangen waren. Die einzige Möglichkeit, die es noch gegeben hätte, wäre der Einsatz von Morphin zur Schmerzbekämpfung gewesen, was wiederum das Sturzrisiko erhöht und die von der Patientin als sehr unangenehm empfundene Verstopfung verschlimmert hätte. Ein Kurs zur Sturzprävention hätte dem Arzt zufolge viel früher absolviert werden müssen. Dieser stelle keine annehmbare Alternative dar, insbesondere weil die Patientin bereits seit Monaten von einem Physiotherapeuten betreut wurde. Die Verlegung in ein Pflegeheim hätte zwar das Versorgungsproblem der Patientin gelöst, allerdings nicht ihr Leiden gelindert. Vielmehr hätte der Verlust ihrer vertrauten Umgebung ihr Leiden noch verstärken können.
Die Kommission erwägt, dass der Arzt eine negative Beurteilung des Konsiliararztes nicht zwingend befolgen muss bzw. die Sterbehilfe dennoch durchführen kann. Der Arzt trägt nach dem Sterbehilfegesetz die Verantwortung; er muss gut begründen können, warum er der Empfehlung des Konsiliararztes nicht gefolgt ist. Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt in seinen Berichten und im Gespräch mit der Kommission umfassend und überzeugend begründet hat, warum er der Meinung war, dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihre Situation aussichtslos war und dass es keine anderen Möglichkeiten gab, das Leiden der Patientin zu lindern. Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt zu dieser Überzeugung kommen konnte. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

2.3 Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz und einer Kumulation von Alterbeschwerden

Zu besonderen Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung siehe den Praxisleitfaden, S. 26 und 27.

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

Wenn das Leiden des Patienten auf einer psychiatrischen Erkrankung basiert, muss in der Regel ein unabhängiger Psychiater oder anderer Sachverständiger hinzugezogen werden. Dieser muss vor allem beurteilen, inwiefern die Kriterien der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung sowie der Aussichtslosigkeit der Situation gegeben sind.

FALL 2016-41

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-41 auf der Website.

Weitere von den Kontrollkommissionen veröffentlichte Beurteilungen in Fällen von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung können eingesehen werden unter: https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Beurteilung der Willensfähigkeit, große Behutsamkeit bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung

Eine Frau im Alter von 40 bis 50 Jahren litt an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ständiges Wiedererleben traumatischer Erlebnisse in Gedanken oder im Traum) mit psychotischen Merkmalen (in einer Psychose wird die Umwelt verändert wahrgenommen; Betroffene hören beispielsweise Stimmen, meinen bestimmte Gerüche wahrzunehmen oder messen bestimmten Gedanken spezielle Bedeutung bei). Sie erlebte täglich Traumata aus ihrer Jugend wieder, wobei Dissoziationen (ein Zustand, in dem Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen und Erinnerungen außerhalb des Bewusstseins verlagert werden) und schwere Schlafstörungen auftraten. Sie wurde mehrmals in eine Fachklinik eingewiesen und verschiedenen Behandlungen unterzogen, darunter eine kognitive Verhaltenstherapie (eine Kurztherapie, die auf die Gegenwart und Zukunft abzielt statt auf die Bewältigung der Vergangenheit), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, eine Therapie, die insbesondere bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung zum Einsatz kommt) und andere Traumabehandlungen. Außerdem wurde sie mit Antidepressiva und Antipsychotika behandelt; zusätzlich nahm sie Schlafmittel. Die Behandlungen hatten nur vorübergehend Erfolg. Die Patientin hatte selbst aktiv versucht, ihre Zukunftsaussichten zu verbessern, indem sie eine Ausbildung begann, die sie jedoch wegen ihrer anhaltenden Beschwerden und ständigen Erschöpfung wieder abbrechen musste. Auf Ersuchen des Arztes prüfte ein klinischer Psychologe, ob es noch weitere Behandlungsmöglichkeiten gab. Eine erneute Behandlung hätte eine starke Motivation der Patientin erfordert, da sich ihr Zustand trotz der umfangreichen Behandlungsgeschichte nicht gebessert hatte. Die Patientin erklärte, sich einer weiteren Behandlung nicht gewachsen zu

fühlen. Der Arzt bat auch noch einen unabhängigen Psychiater festzustellen, ob es noch weitere Behandlungsmöglichkeiten gab. Dieser meinte, dass alle Möglichkeiten bereits ausgeschöpft seien. Der Arzt kam daraufhin zu der Überzeugung, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Die Kommission erwägt, dass im Falle von Patienten mit psychiatrischen Störungen dem Sterbewunsch mit großer Behutsamkeit begegnet werden muss. Der Arzt, selbst als Allgemeinarzt tätig, hatte einen klinischen Psychologen und einen klinischen Psychiater konsultiert. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihre Situation aussichtslos war und dass es sich um eine freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte handelte. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

FALL 2016-11

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-11 auf der Website.

Zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit einer Kombination somatischer und psychiatrischer Erkrankungen siehe S. 26 und 27 des Praxisleitfadens.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Unterschiedliche Auffassungen des Arztes und des Konsiliararztes bezüglich der reiflichen Überlegung des Ersuchens und der Schwere des Leidens; der Arzt hat einen weiteren Konsiliararzt hinzugezogen

Ein Mann im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt schon seit über 50 Jahren häufig an Migräne. Eine von einem Neurologen verordnete medikamentöse Behandlung blieb wirkungslos. Der Patient stellte die Medikation daraufhin ein. Von diesem Zeitpunkt an litt er nach eigener Auskunft stark unter Ängsten. Dreißig Jahre vor seinem Tod wurde er für vollständig erwerbsunfähig erklärt. In den letzten zehn bis vierzehn Jahren vor seinem Tod stellten sich weitere körperliche Beschwerden ein, darunter Bluthochdruck, Bauchschmerzen, Gelenkschmerzen, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Diese Beschwerden verstärkten sich im Laufe der Jahre. Ab fünfundzwanzig Jahren vor seinem Tod wurde der Patient von verschiedenen Psychiatern betreut, die Gespräche mit ihm führten und ihn mit Antidepressiva behandelten. Vier Jahre vor seinem Tod wurde er kurzzeitig in einer Klinik behandelt und zweieinhalb Jahre vor dem Tod befand er sich nach mehreren Suizidversuchen ein ganzes Jahr lang in stationärer Behandlung. Während dieses letzten Klinikaufenthalts wurde er mit Antidepressiva behandelt und fünf Mal einer Elektrokonvulsionstherapie unterzogen. Da keine spürbare Verbesserung eintrat, lehnte er weitere Elektrokonvulsionsbehandlungen ab. Zwei Jahre vor seinem Tod wurde die frühere Diagnose (Depression) zurückgenommen; die neue Diagnose lautete auf Dysthymie (eine leichtere Form der Depression), Persönlichkeitsstörung (nicht näher bezeichnet) und Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung war ausschließlich noch palliativer Art (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Eine weitere Behandlung mit Psychopharmaka lehnte der Patient wegen der unerwünschten Nebenwirkungen ab. Infolge seiner vielen körperlichen Beschwerden ging er nicht mehr aus dem Haus, und durch seine Persönlichkeitsstörung hatte er sein soziales Netz verloren. Er war auch nicht mehr in der Lage, fernzusehen oder einem Hobby nachzugehen. Er lag nur noch im Bett und wartete auf den Tod. Er betrachtete sein Leben in diesem Zustand als sinnlos und menschenunwürdig und empfand sein Leiden als unerträglich. Er bat seinen Arzt um Sterbehilfe.

Der durchführende Arzt bat einen unabhängigen Psychiater festzustellen, ob der Patient willensfähig war und ob es noch reelle Behandlungsmöglichkeiten gab, um das Leiden des Mannes zu lindern. Der Psychiater kam zu dem Schluss, dass der Mann hinsichtlich seines Sterbehilfewunsches willensfähig sei und dass es in Bezug auf die psychiatrische Komponente seines Leidens keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gebe.
Der Arzt zog einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser schätzte den Patienten als willensfähig hinsichtlich seines Sterbehilfewunsches ein, bezweifelte aber angesichts der Persönlichkeit des Patienten, dass dieser Wunsch nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Außerdem war dieser Arzt nicht von der Unerträglichkeit des Leidens und der Aussichtslosigkeit der Situation des Patienten überzeugt. Daraufhin zog der Arzt einen weiteren SCEN-Arzt hinzu. Dieser SCAN-Arzt setzte sich nicht nur mit dem durchführenden Arzt und dem hinzugezogenen Psychiater in Verbindung, sondern auch mit dem ersten Konsiliararzt. Darüber hinaus beriet er sich mit einigen SCEN-Kollegen. So konnte er gezielter untersuchen, ob es noch vernünftige Alternativen für die Linderung des Leidens des Patienten gab. Der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.
Die Kommission weist darauf hin, dass es nicht Sinn der Sache ist, dass ein Arzt im Falle einer geplanten Sterbehilfe »Ärzteshopping« betreibt, also so lange Konsiliarärzte hinzuzieht, bis einer in seinem Sinne entscheidet. Wenn sich ein Konsiliararzt kritisch äußert oder die Auffassung vertritt, die Sorgfaltskriterien seien noch nicht erfüllt, muss der Arzt besonders gut begründen, warum er dennoch davon überzeugt ist, dass die geltenden Anforderungen erfüllt sind. Die Kommission kam ferner zu dem Schluss, dass der Arzt sich bemüht hatte, seinen Standpunkt zu begründen und zur Diskussion zu stellen. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

DEMENZ

Zu besonderen Aspekten bei Demenzpatienten siehe auch S. 27 und 28 des Praxisleitfadens.

Dem Thema Sterbehilfe und Demenz wurde im vergangenen Jahr in den Medien viel Aufmerksamkeit gewidmet. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen Patienten mit beginnender Demenz, also in einem Stadium, in dem sie sich der Krankheit und der Symptome, etwa dem Verlust der Orientierung und der Persönlichkeit, noch bewusst sind, und Patienten, die sich bereits in einem so fortgeschrittenen Stadium der Krankheit befinden, dass sie selbst nicht mehr in der Lage sind, um Sterbehilfe zu bitten. In diesem Fall kann eine schriftliche Patientenverfügung die mündlich geäußerte Bitte ersetzen.

Zu besonderen Aspekten der schriftlichen Patientenverfügung siehe auch S. 23 ff. des Praxisleitfadens.

Die Rechtsgrundlage für Sterbehilfe aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung wird durch Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes geschaffen, der wie folgt lautet:
»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.«

FALL 2016-94
ANFANGSSTADIUM DER DEMENZ

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-94 auf der Website.

Weitere von den Kontrollkommissionen veröffentlichte Beurteilungen in Fällen von Patienten mit Demenz können eingesehen werden unter: https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/d/dementie/documenten

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Willensfähigkeit, unerträgliches Leiden

Eine Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde Ende 2011 nach einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA), einer vorübergehenden Durchblutungsstörung im Gehirn, vergesslich. Anfang 2013 wurde bei ihr die Diagnose präsenile Demenz (Demenz im jüngeren Alter) gestellt. In den darauffolgenden Jahren entwickelte sich die Krankheit progressiv, wodurch sie bei immer mehr Aufgaben Hilfe benötigte. Im Herbst 2015 wurde klar, dass sie in absehbarer Zeit tagsüber betreut werden müsste. Das Leiden der Patientin bestand darin, dass sie nicht mehr selbständig leben konnte und in allem von anderen abhängig war. Sie konnte beispielsweise nicht mehr lesen und schreiben, im Gespräch keine vollständigen Sätze mehr bilden, nicht mehr allein Auto fahren und sich nicht mehr selbst anziehen. Sie fühlte sich in ihrem Haus gefangen. Der Patientin war bewusst, dass sie nicht mehr aktiv an der Gesellschaft teilhaben konnte und dass sie die Regie über ihr Leben verloren hatte. Sie war immer sehr selbständig gewesen und empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden

für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Die Patientin hatte erstmals Mitte 2013 mit dem Arzt darüber gesprochen, zu gegebener Zeit Sterbehilfe zu wünschen. Dabei hatte sie dem Arzt eine schriftliche Patientenverfügung übergeben. Diese aktualisierte sie in der Folgezeit mehrmals; die darin enthaltene Demenzerklärung hatte sie separat unterschrieben. 2015 sprach die Patientin mit mehr Nachdruck über ihren Wunsch, und etwa zwei Monate vor ihrem Tod erklärte sie, innerhalb von drei Monaten die Durchführung der Sterbehilfe zu wünschen. Sie wollte auf keinen Fall in eine Tagesbetreuung außer Haus und auch nicht in ein Pflegeheim. In drei weiteren Gesprächen mit dem Arzt wiederholte sie ihren konkreten Wunsch.
Dem Arzt zufolge wurde die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Der Konsiliararzt stellte fest, dass die Frau noch gut in der Lage war zu erklären, warum ihr Leiden für sie unerträglich war und dass sie Sterbehilfe wünschte. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

FALL 2016-62
FORTGESCHRITTENE DEMENZ

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-62 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung bei Patienten, die infolge fortgeschrittener Demenz nicht mehr willensfähig sind

2005 wurde bei einem Mann die Diagnose Demenz (Alzheimersche Krankheit) gestellt. Er konnte noch einige Jahre lang sein Leben einigermaßen bewältigen; ab 2009 jedoch wurde sein Gesundheitszustand immer schlechter. Im letzten Jahr vor seinem Tod, er war nun zwischen 60 und 70 Jahren alt, baute er besonders stark ab. 2010 sprach der Patient zum ersten Mal mit dem Arzt über Sterbehilfe. In diesem Jahr verfasste er auch einen handschriftlichen Brief, in dem er erstmals einige Wünsche für die Zukunft niederlegte. 2010 unterzeichnete er eine Patientenverfügung, die er 2012 – nach mehreren Gesprächen mit dem Arzt – ergänzte, indem er konkretisierte, unter welchen Umständen er nicht mehr weiterleben wollte.
Diese Umstände beschrieb er wie folgt: wenn er sich als Person so veränderte, dass er sich bleibend unglücklich fühlte, wenn er aggressiv und schwierig würde, wenn er seine Verwandten nicht mehr erkannte, wenn er auf den Tod wartend endete, wie es bei einem nahen

Angehörigen, der ebenfalls an der Alzheimerschen Krankheit gelitten hatte, der Fall gewesen war, wenn er sich selbst nicht mehr pflegen könnte und vollständig abhängig würde und wenn er ohne jede Aussicht auf Besserung leiden würde. Als er noch dazu imstande war, hatte der Patient sowohl mit dem Arzt als auch mit seinen Angehörigen mehrmals über seinen Wunsch nach Sterbehilfe in absehbarer Zeit gesprochen und seine schriftliche Patientenverfügung aktualisiert. Zu einem bestimmten Zeitpunkt konnte der Patient seinen Todeswunsch nicht mehr klar artikulieren, aber doch mit Hilfe mündlicher und körperlicher Äußerungen zum Ausdruck bringen. Seine Frau bat den Arzt, den schriftlich niedergelegten Sterbehilfewunsch zu erfüllen. Zu diesem Zeitpunkt bestand das Leiden des Patienten aus kognitiven Problemen, Apathie, Apraxie (Unvermögen, Handlungen auszuführen), Agnosie (Erkennungs- und Benennungsschwierigkeiten) und Verhaltensänderungen. Er war vollständig von der Hilfe seiner Frau abhängig. Wenn er morgens aufwachte, war er völlig desorientiert und sehr niedergeschlagen. Er wusste nicht mehr, wie er aufstehen musste. Wenn man ihm bei alltäglichen Handlungen half, sah man ihm die Niedergeschlagenheit und Frustration an. Er machte dann wiederholt klar, so nicht mehr weiterleben zu können und zu wollen. Er war in eine Situation geraten, in der den ganzen Tag über Dinge von ihm verlangt wurden, die er nicht mehr begreifen konnte. Das führte bei ihm zu Panik, Erschrecken oder Wut. Er schlief viel. Er erkannte seine Kinder nicht mehr und vergaß, dass er Enkelkinder hatte.

Der Arzt zog einen unabhängigen Geriater hinzu, der feststellen sollte, ob der Patient unerträglich litt. Der Geriater war davon überzeugt, dass dies der Fall war. Der Patient hatte seiner Meinung nach den Zustand erreicht, den er in der Vergangenheit als unerträglich beschrieben hatte. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Dem Arzt zufolge befand sich der Patient genau in der Situation, in die er laut seiner Patientenverfügung niemals geraten wollte.

Die Kommission stellt hinsichtlich des Ersuchens fest, dass der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe nicht mehr willensfähig war. Darüber hinaus kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt davon überzeugt sein konnte, dass der Patient zum Zeitpunkt der Verfassung seiner schriftlichen Patientenverfügung zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig war. Die schriftliche Patientenverfügung wurde nach der Verfassung und Unterzeichnung durch den Patienten noch regelmäßig in Absprache mit dem Arzt aktualisiert, und auch davor war schon darüber gesprochen worden. Danach hatte der Patient seinen Wunsch nach Sterbehilfe in absehbarer Zeit noch viele Male mit seinen Angehörigen und Ärzten besprochen. Als er nicht mehr willensfähig war, brachte er auf verbale und nonverbale Weise zum

Ausdruck, dass er noch immer den Wunsch nach Beendigung seines Lebens hatte. Es gab keinerlei Signale, die auf das Gegenteil hingedeutet hätten. Der Arzt hat vor der Kommission schlüssig dargelegt, dass er vernünftigerweise zu dem Schluss kommen konnte, dass die in der schriftlichen Patientenverfügung niedergelegte Bitte des Patienten um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Darüber hinaus vertritt die Kommission die Auffassung, dass das in den Unterlagen dokumentierte Leiden, obwohl der Patient es selbst nicht mehr beschreiben konnte, zweifellos vorlag und voll und ganz der in der schriftlichen Patientenverfügung dargelegten Situation entsprach. Bei seiner Beurteilung, dass der Patient unerträglich litt, hatte der Arzt verschiedene Aspekte berücksichtigt: seine eigene Beobachtung des Patienten, den von ihm selbst über viele Jahre hinweg begleiteten Prozess der Vorbereitung auf eine eventuelle Sterbehilfe, die Gespräche mit den Angehörigen sowie die Berichte des Konsiliararztes und des unabhängigen Geriaters. Die Kommission stellt fest, dass der Arzt besonders behutsam vorgegangen war, wie es bei einem Patienten in einem fortgeschritteneren Stadium der Demenz empfohlen wird. Dies geht unter anderem aus der Tatsache hervor, dass der Arzt außer dem Konsiliararzt einen unabhängigen Geriater konsultiert hat, der eine Beschreibung des Leidens vorlegte, das dem Konsiliararzt dabei half festzustellen, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt worden waren. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt schlüssig dargelegt hat, dass er von der Unerträglichkeit des Leidens und der Aussichtslosigkeit der Situation überzeugt sein konnte. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Siehe in diesem Zusammenhang auch S. 13, 31 und 32 des Praxisleitfadens.

Der aussichtslose Zustand und das unerträgliche Leiden des Patienten müssen eine medizinische Ursache haben. Dies geht aus dem Urteil des Hohen Rates in der Sache Brongersma (2002) hervor. Diese Ursache kann sowohl somatisch als auch psychiatrisch sein. Auch eine Kumulation von Alterserkrankungen und der damit zusammenhängenden Beschwerden kann eine Ursache für den aussichtslosen Zustand und das unerträgliche Leiden des Patienten sein. Im Folgenden werden zwei Fälle dieser Art beschrieben.

FALL 2016-96

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-96 auf der Website.

Weitere von den Kontrollkommissionen veröffentlichte Beurteilungen in Fällen von Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden können eingesehen werden unter: https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/s/stapeling-van-ouderdomsaandoeningen/documenten

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Unerträgliches Leiden infolge einer Kumulation von Altersbeschwerden

Eine Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren hatte wegen Arthrose (Gelenkverschleiß) eine Hüftprothese und zwei Knieprothesen erhalten. Darüber hinaus litt sie an rheumatoider Arthritis (einer Autoimmunerkrankung, die mit Gelenkentzündungen einhergeht) und Makuladegeneration (eine Augenerkrankung, bei der in der Mitte der Netzhaut Zellen absterben). Im letzten Jahr vor ihrem Tod verschlechterte sich der Zustand der Patientin stark. Ihre Mobilität nahm immer mehr ab und ihr war ständig kalt. Sie litt an Knieschmerzen und konnte infolge ihrer sehr begrenzten Sehfähigkeit und Mobilität nur noch sitzen und immer weniger selbst tun. Dadurch wurde die Patientin immer abhängiger von Hilfe, und sie konnte auch nicht mehr fernsehen, lesen oder schreiben. Im letzten Jahr vor ihrem Tod kam sie kaum noch aus dem Haus. Obwohl sie tagsüber Hilfe von Verwandten und einem Pflegedienst erhielt, war sie viel allein zu Hause. Dann hatte sie Angst und fürchtete, zu stürzen. Die Patientin wollte nicht in ein Heim gehen, weil sie dort – nach ihren Operationen – schlechte Erfahrungen gemacht hatte. Sie empfand ihr Leben als sinnlos und wusste, dass sich ihr Gesundheitszustand nur noch weiter verschlechtern würde. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

FALL 2016-44

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-44 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Unerträgliches Leiden durch Sehbehinderung

Ein Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt seit zehn Jahren an Makuladegeneration in beiden Augen (Absterben von Zellen in der Mitte der Netzhaut), wodurch sein Sehvermögen abnahm. Infolge eines Gefäßverschlusses in der Netzhaut wurde er auf dem rechten Auge blind. Ein halbes Jahr vor seinem Tod verschlechterte sich die Sehfähigkeit auf dem linken Auge trotz der eingeleiteten Behandlung so stark, dass er nicht mehr lesen konnte, auch nicht mit Hilfsmitteln. Abgesehen davon litt der Patient an einer Gehunsicherheit, die durch die fast vollständige Blindheit noch verstärkt wurde. Auch war er in den letzten Jahren mehrmals kollabiert und gestürzt.

Da der Patient fast vollständig blind war, konnte er weder lesen (was ihm immer sehr wichtig gewesen war) noch seinen anderen Hobbys nachgehen. Unter dem Wegfall dieser für ihn so bedeutenden Aktivitäten litt er sehr. Darüber hinaus litt er unter der durch die Sehbehinderung verursachten Einschränkung seiner Selbständigkeit und unter der Tatsache, dass keine Verbesserung der Situation mehr zu erwarten war. Der Patient, der immer breit interessiert und intellektuell sehr aktiv gewesen war, empfand sein Leiden als unerträglich.
Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt schlüssig dargelegt hat, von der Aussichtslosigkeit der Situation und der Unerträglichkeit des Leidens überzeugt zu sein und dass optische Hilfsmittel und eine eventuelle Operation keinen wesentlichen Beitrag zur Wiederherstellung der Lesefähigkeit leisten würden. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

3 DER ARZT HAT *NICHT* IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

Zu den anderen Fällen, in denen der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat und die nicht in diesem Jahresbericht behandelt werden, siehe die Beurteilungen 2016-23, 2016-24, 2016-37, 2016-53, 2016-86 und 2016-87 auf der Website.

Beurteilungen, bei denen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss kommen, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, sind grundsätzlich umfangreicher als andere Beurteilungen. Das ist darauf zurückzuführen, dass eine solche Beurteilung nicht formuliert wird, ohne dass dem Arzt Gelegenheit für eine mündliche Stellungnahme gegeben wurde. Die Beurteilung »nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt« betrifft oft das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes und das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung. Im aktuellen Berichtsjahr kamen die Kontrollkommissionen in einem Fall auch zu dem Schluss, dass der Arzt nicht unzweifelhaft von der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe überzeugt sein konnte und nicht im Einklang mit dem Sorgfaltskriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt hat. In einem weiteren Fall entschieden die Kontrollkommissionen, dass der Arzt nicht schlüssig dargelegt hat, dass er von der Aussichtslosigkeit der Situation überzeugt war und dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

NICHT IM EINKLANG MIT DEM KRITERIUM DER MEDIZINISCH FACHGERECHTEN DURCHFÜHRUNG GEHANDELT

Zur medizinisch fachgerechten Durchführung siehe S. 20 ff. des Praxisleitfadens.

2016 kamen die Kontrollkommissionen in sechs Fällen zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit dem Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt hatte. Sterbehilfe muss vom Arzt medizinisch fachgerecht durchgeführt werden. Dabei geht es unter anderem um die Auswahl und Dosierung der Mittel und die Kontrolle der Tiefe des herbeigeführten Komas. Bei der Beurteilung dieses Sorgfaltskriteriums basieren sich die Kommissionen auf die KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 (im Folgenden bezeichnet als »die Richtlinie«). Hinsichtlich der Durchführung wird zwischen Lebensbeendigung auf Verlangen (der Arzt verabreicht die Mittel) und Hilfe bei der Selbsttötung (der Patient nimmt selbst die vom Arzt ausgehändigten Mittel ein) unterschieden. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen muss zunächst intravenös ein Mittel injiziert werden, das den Patienten in ein Koma versetzt (z. B. Thiopental); wenn das Koma tief genug ist, wird ein Muskelrelaxans verabreicht (z. B. Rocuronium). Im vorliegenden Fall wurde wiederholt von der in der Richtlinie vorgeschriebenen Dosis des komaauslösenden Mittels abgewichen; außerdem wurde nicht ausreichend festgestellt, ob das Koma tief genug war. Die Verabreichung einer geringeren als der vorgeschriebenen Dosis des komaauslösenden Mittels ist als problematisch zu bewerten, da der Patient hierdurch möglicherweise eine negative Wirkung des Muskelrelaxans empfinden kann. Wenn der Arzt von der Richtlinie abweicht, muss er dies stichhaltig begründen können.

FALL 2016-57

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-57 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Abweichung von der in der Richtlinie empfohlenen Dosierung des Mittels, keine ausreichende Kontrolle der Komatiefe

Im vorliegenden Fall hat der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen durchgeführt, indem er intravenös 1500 mg (statt 2000 mg) des komaauslösenden Mittels Thiopental sowie 100 mg (statt 150 mg) des Muskelrelaxans Rocuronium verabreichte.
Die Kommission fragte den Arzt, warum er von der Richtlinie abgewichen war und auf welche Weise er die Tiefe des Komas bei der Frau festgestellt hatte, bevor er das Muskelrelaxans verabreichte. Der Arzt wurde zunächst um eine schriftliche und anschließend auch um eine mündliche Erläuterung seines Vorgehens gebeten.
In der mündlichen Anhörung legte der Arzt dar, dass er aus Erfahrung wisse, dass sich Patienten nach der Verabreichung von Thiopental rasch in einem tiefen Schlaf befinden. Schon nach einer halben Dosis sind die Patienten im Allgemeinen tief sediert. Normalerweise verabreiche er die maximale Dosis Thiopental und sofort danach das Rocuronium. Eine spezifische Komakontrolle führe er nicht durch. Hinsichtlich der Tiefe des Komas vertraue er mehr auf sein Gefühl (keine Atmung mehr, völlige Entspannung des Patienten) und auf das Wissen, dass die empfohlene Dosis Thiopental bereits eine starke Überdosis darstelle. Er habe auch noch nie erlebt, dass ein Patient nach Verabreichung von Rocuronium eine wahrnehmbare Reaktion gezeigt hätte. Auch nicht in dieser spezifischen Situation, in der er nicht die maximale Dosis Thiopental verabreicht hatte.
Die Anbringung der Kanüle war bei dieser Patientin schwierig, da ihre Blutgefäße schwer zugänglich waren. Eine Krankenpflegekraft mit Anästhesieerfahrung setzte die Kanüle und empfahl dem Arzt, die Sterbemittel nicht mit einer Injektion zu 20 ml, sondern mit vier Injektionen zu 5 ml zu verabreichen. Um das kleine Blutgefäß zu schonen, hielt sich der Arzt an diese Empfehlung. Bei der Durchführung der Sterbehilfe injizierte der Arzt zunächst ein Schmerzmittel (Lidocain). Dabei stellte er fest, dass die Infusion ordnungsgemäß saß. Bei der ersten Thiopental-Injektion reagierte die Frau mit dem Wort »Au«. Der Arzt injizierte das Thiopental langsam, da er befürchtete, dass sonst das Blutgefäß reißen könnte. Während der ersten Injektion schlief die Frau ein.
Bei der dritten Thiopental-Injektion spürte der Arzt bei der Verabreichung des Arzneimittels mehr Widerstand. Er nahm an, dass sich der Blutkreislauf verlangsamte und erinnerte sich an den Rat eines Kollegen, nicht zu lang mit der Verabreichung des Muskelrelaxans zu

warten, da dieses bei fehlendem Blutkreislauf nicht mehr vom Körper aufgenommen würde. Aus diesem Grund beschloss der Arzt, schnell das Muskelrelaxans zu verabreichen. Er gab der Patientin die erste und die zweite Rocuronium-Injektion. Die dritte Spritze Rocuronium ließ sich nicht mehr gut injizieren. Darum beschloss der Arzt zu kontrollieren, ob die Frau inzwischen verstorben war. Er konnte weder Herztöne noch einen Pupillenreflex feststellen.
Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt eine zu geringe Dosis des komaauslösenden Mittels verabreicht hat und dass er vor der Verabreichung von Rocuronium die Komatiefe nicht ausreichend überprüft hat. Dadurch konnte weder konkret festgestellt werden noch konnte der Arzt die Kommission auf andere Weise davon überzeugen, dass ein so tiefes Koma vorlag, dass die Frau keinerlei Reize mehr empfinden konnte. Eine korrekt durchgeführte Kontrolle der Komatiefe wäre in diesem Fall umso wichtiger gewesen, als der Arzt eine geringere als die empfohlene Dosis Thiopental verabreicht hat. Die Kommission vertritt daher die Auffassung, dass sich nicht mit absoluter Sicherheit feststellen lässt, dass sich die Frau in einem ausreichend tiefen Koma befunden hat, um keinerlei Wirkungen des Muskelrelaxans spüren zu können. Die Kommission konnte vor diesem Hintergrund nur zu dem Schluss kommen, dass der Arzt die Lebensbeendigung im vorliegenden Fall nicht fachgerecht durchgeführt hat.

Zu anderen Fällen, in denen die Durchführung der Sterbehilfe nicht den Anforderungen entsprach, siehe die Beurteilungen 2016-23, 2016-24, 2016-37 und 2016-87 auf der Website. Zu Beurteilung 2016-85 siehe Seite 54 ff.

NICHT IM EINKLANG MIT DEM KRITERIUM DER HINZUZIEHUNG VON MINDESTENS EINEM WEITEREN, UNABHÄNGIGEN ARZT GEHANDELT

Zu besonderen Aspekten der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes siehe auch S. 16 ff. des Praxisleitfadens.

Nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes muss der Arzt 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. Unabhängig in diesem Sinne bedeutet, dass der Konsiliararzt in der Lage ist, eine eigene Beurteilung vorzunehmen. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein.

FALL 2016-45

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-45 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Keine Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes; Abhängigkeitsbeziehung zwischen Arzt und Konsiliararzt aufgrund eines Weisungsverhältnisses

In diesem Fall zog der Facharzt einen Kollegen zu Rate, der in derselben Abteilung des Krankenhauses arbeitete wie er selbst. Der meldende Arzt wurde gebeten, den Hergang im Zusammenhang mit der Konsultation in einer Sitzung der Kontrollkommission zu erläutern. Zuvor hatte der Arzt bereits schriftlich dargelegt, dass er einen Kollegen seiner Abteilung, der Mitglied des Palliativteams des Krankenhauses war, gefragt hatte, an welchen Arzt er sich für eine unabhängige Konsultation wenden könne. Der Arzt hatte in diesem Krankenhaus zuvor noch keine Sterbehilfe geleistet. Keine der von dem Kollegen angegebenen Personen stand zur Verfügung. Angesichts des dringenden Wunsches des betreffenden Patienten, das Verfahren nicht durch Formalitäten hinauszuzögern, hatte sich der Kollege selbst als Konsiliararzt angeboten. Die Kommission weist während der Sitzung darauf hin, dass auch SCEN-Ärzte sehr schnell vor Ort sein können und dass Verzögerungen somit nicht unausweichlich gewesen wären. Der Arzt und sein Kollege hatten noch darüber gesprochen, ob die Tatsache, dass sie beide in derselben Abteilung arbeiteten, für die Konsultation ein Problem darstellen könnte. Sie waren der Ansicht, dass der Kollege nur dann nicht als Konsiliararzt auftreten könne, wenn er den Patienten selbst behandelt hätte, was nicht der Fall war.
Was das Verhältnis zwischen dem Arzt und dem als Konsiliararzt hinzugezogenen Kollegen betrifft, teilte der Arzt mit, dass er zwar die Abteilung leite und somit formal gesehen seinem Kollegen hierarchisch übergeordnet sei, dass die Abteilung selbst aber hierarchisch sehr flach organisiert sei. Jeder manage seine eigene Patientengruppe, für die er auch selbst Verantwortung trage. Darum vertrat der Arzt die Auffassung, dass dieser Kollege eine unabhängige Beurteilung abgeben konnte.

Die Kommission vertritt den Standpunkt, dass der Konsiliararzt eine unabhängige und selbstständige Beurteilung abgeben können muss. So soll größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess des Arztes gewährleistet werden. Auch jeglicher Eindruck, die Unabhängigkeit sei nicht gegeben, ist zu vermeiden. Das bedeutet, dass beispielsweise ein Praxiskollege, ein Partner in einer Gemeinschaftspraxis, ein Angehöriger oder ein Arzt, der über eine Abhängigkeitsbeziehung mit dem konsultierenden Arzt verbunden ist, grundsätzlich nicht als Konsiliararzt hinzugezogen werden kann. Die Kommission vertritt die Auffassung, dass in diesem Fall ein Weisungsverhältnis und somit eine Abhängigkeitsbeziehung zwischen dem Arzt und dem von ihm hinzugezogenen Konsiliararzt vorlag. Die Tatsache, dass es sich um eine hierarchisch flache Organisation handelt, in der jeder selbst für seine eigenen Patienten Verantwortung trägt, ändert der Kommission zufolge daran nichts.
Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt zwar einen anderen Arzt konsultiert hat, der den Patienten gesehen und eine schriftliche Beurteilung hinsichtlich der gesetzlichen Sorgfaltskriterien abgegeben hat, dass aber das Kriterium der Unabhängigkeit des Konsiliararztes nicht erfüllt war.

Zu anderen Fällen, in denen die Hinzuziehung des Konsiliararztes nicht den Anforderungen entsprach, siehe die Beurteilungen 2016-53 und 2016-86 auf der Website.

NICHT IM EINKLANG MIT DEN KRITERIEN DES AUSSICHTSLOSEN ZUSTANDS UND DES FEHLENS EINER ANNEHMBAREN ANDEREN LÖSUNG GEHANDELT

Zu einigen allgemeinen Aspekten des unerträglichen Leidens und der Aussichtslosigkeit des Zustands siehe S. 13 ff. des Praxisleitfadens.

Keine Aussicht auf Besserung liegt dann vor, wenn eine Krankheit bzw. Gesundheitsstörung, die das Leiden eines Patienten verursacht, nicht heilbar ist und auch eine Linderung der Symptome, die das Leiden des Patienten erträglich machen würde, nicht möglich ist. Das bedeutet, dass es keine reellen und dem Patienten zumutbaren kurativen oder palliativen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Beurteilung des Kriteriums der Aussichtslosigkeit des Zustands hängt eng mit der Beurteilung des Kriteriums zusammen, ob es für die Beseitigung des Leidens keine annehmbare andere Lösung gibt. Die Frage, ob eine annehmbare andere Lösung existiert, muss im Lichte der aktuellen Diagnose beurteilt werden.

FALL 2016-21

Das Kriterium des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung wird auf Seite 15 des Praxisleitfadens näher erläutert.

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-21 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Keine hinreichend fundierte Beurteilung der Aussichtslosigkeit des Zustands und eventueller Behandlungsalternativen; der Arzt ist ohne nähere Prüfung von der Empfehlung des Neurologen und der Beurteilung des Psychiaters abgewichen

Bei einem Mann im Alter zwischen 50 und 60 Jahren wurde vier Jahre vor seinem Tod Morbus Parkinson festgestellt. Er wurde medikamentös behandelt und erhielt angesichts seiner Schwierigkeiten, mit der Krankheit umzugehen, in verschiedenen Stadien seiner Krankheit darüber hinaus Psychotherapie und andere Behandlungen. Zwei Mal unterzog er sich einer »tiefen Hirnstimulation« (einem Eingriff, bei dem Elektroden im Gehirn angebracht werden, deren elektrische Signale spezifische Symptome unterdrücken); die zweite Behandlung fand etwa fünf Monate vor seinem Tod statt. Die Behandlungen erzielten jedoch nicht den angestrebten Erfolg. Nach dem letzten Eingriff nahmen die Beschwerden sogar zu. Dies führte bei dem Patienten zu Spannungen, Angstzuständen und Ohnmachtsgefühlen. Er empfand seine Situation als aussichtslos und bat seinen Arzt um Sterbehilfe.
Auf Wunsch des Arztes wurde der Patient einem Psychiater vorgestellt. Der Psychiater kam zu dem Schluss, dass der Patient willensfähig war. Nach seiner Auffassung spielte bei dem Patienten neben der Parkinson-Krankheit aber auch eine psychische Komponente eine Rolle, die noch nicht ausreichend behandelt worden war. Der Psychiater empfahl eine probeweise Behandlung mit einem Antidepressivum. Nach einigen Tagen setzte der Patient das Mittel ab, da sich seine Beschwerden dadurch seiner Meinung nach verschlimmerten. Er wollte keine Psychotherapie mehr zur Linderung der nicht therapierbaren und zunehmenden Parkinson-Symptome.

Der behandelnde Neurologe diagnostizierte bei dem Patienten eine milde Form der Parkinson-Krankheit, bei der der Tremor (Schüttelbewegungen der Gliedmaßen) größtenteils durch emotionale Faktoren verursacht wurde. Außerdem vertrat er die Auffassung, dass für den Mann die Angst vor der Zukunft vorherrschend war. Der Neurologe hielt eine adäquate Behandlung der Angst und der zugrundeliegenden affektiven Störung für angezeigt. Auf der Grundlage des Schweregrads der Parkinson-Krankheit konnte der Neurologe den Sterbehilfewunsch des Patienten nicht unterstützen. Er kam zu dem Schluss, dass, da der Wunsch des Patienten aus neurologischer Sicht nicht begründet werden konnte und der Patient sich nicht weiter psychiatrisch behandeln lassen wollte, die Aussichtslosigkeit seiner Situation nicht eindeutig feststellbar war.

Der meldende Arzt war aber davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab, und führte die Sterbehilfe durch.

Die Kommission hatte Fragen zum Fehlen einer angemessenen anderen Lösung. Darum wurde der Arzt zunächst um eine schriftliche und anschließend auch um eine mündliche Stellungnahme gebeten. Der Arzt vertrat die Auffassung, dass dem Patienten angesichts seiner Krankengeschichte und unter Berücksichtigung seiner Persönlichkeit und seines Lebenslaufs nichts mehr geboten werden konnte. Die Frage der Kommission, ob der Arzt der Überzeugung sei, dass eine Linderung der Parkinson-Symptome und somit auch eine Abnahme des Tremors zu erwarten gewesen wäre, wenn sich die Stressbelastung hätte verringern lassen, wurde vom Arzt verneint.

Die Kommission verweist auf die Beurteilung des Psychiaters (dass der psychische Aspekt unzureichend behandelt wurde) und des Neurologen (milde Form der Parkinson-Krankheit, bei der behandelbare psychische Faktoren eine Rolle spielen) und weist darauf hin, dass das Verfahren sehr schnell durchlaufen wurde (der Arzt hatte innerhalb von acht Tagen zwei Mal mit dem Patienten gesprochen). Die Kommission erwägt Folgendes: Im Falle eines schnellen Verlaufs des Verfahrens legt die Kommission großen Wert auf intensive Kommunikation, nicht nur zwischen dem Arzt und dem Patienten, sondern auch zwischen dem Arzt und anderen Beteiligten. Der Arzt muss in einem solchen Fall alles nach vernünftigem Ermessen mögliche tun, um sämtliche relevanten Informationen zu erlangen. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt die Empfehlung des Neurologen und die Beurteilung des Psychiaters nicht ohne nähere Prüfung hätte ignorieren dürfen. Er hätte sich mit ihnen oder einem anderen sachkundigen Spezialisten beraten müssen. Gerade angesichts des raschen Verfahrens und der Tatsache, dass der Arzt nur zwei Mal mit dem Patienten gesprochen hatte, hätte der Arzt diese Beratungen führen müssen, um seine eigene Beurteilung

anhand der Beurteilungen der beiden genannten Fachärzte zu überprüfen. Die Kommission kommt darum zu dem Schluss, dass der Arzt nicht schlüssig darlegen konnte, dass er zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Zustand des Patienten aussichtslos war und dass es keine andere annehmbare Möglichkeit gab, dessen Leiden zu lindern.

NICHT IM EINKLANG MIT DEN KRITERIEN DER FREIWILLIGEN UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTEN BITTE UM STERBEHILFE SOWIE DER MEDIZINISCH FACHGERECHTEN DURCHFÜHRUNG GEHANDELT

Zu einigen allgemeinen Aspekten der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte siehe auch S. 11 ff. des Praxisleitfadens.

Zur medizinisch fachgerechten Durchführung siehe auch S. 20 ff. des Praxisleitfadens.

Die Leistung von Sterbehilfe in der Phase, in der die Demenz bereits so weit fortgeschritten ist, dass der Patient nicht länger willensfähig ist und auch nicht mehr oder nur noch durch einfache Äußerungen oder Gesten kommunizieren kann, ist möglich, wenn der Patient in der Zeit, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung erstellt hat. Es muss sich um eine unmissverständliche Erklärung handeln, die sich zweifellos auf die entstandene Situation bezieht (siehe Fall 2016-62).
Der Arzt und der Konsiliararzt müssen dann den gesamten Krankheitsprozess und alle übrigen spezifischen Umstände in ihre Erwägungen einbeziehen.
Es kommt dann auf die Auslegung des Verhaltens und der Äußerungen des Patienten an, sowohl während des Krankheitsprozesses als auch kurz vor der Durchführung der Sterbehilfe. In diesem Moment muss davon ausgegangen werden können, dass die Durchführung der Sterbehilfe der früher erstellten schriftlichen Patientenverfügung entspricht und dass keine Gegenanzeigen vorliegen, etwa klare Hinweise darauf, dass der Patient keine Lebensbeendigung wünscht. Darüber hinaus muss anzunehmen sein, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt unerträglich leidet.
Wie bereits angeführt spielt bei der Beurteilung dieser Sachverhalte der Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung eine entscheidende Rolle.

FALL 2016-85

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2016-85 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Willensunfähige Patientin, keine eindeutige schriftliche Patientenverfügung, keine medizinisch fachgerechte Durchführung

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde neun Jahre vor ihrem Tod zunehmend vergesslich. Fünf Jahre später wurde bei ihr Demenz (Alzheimersche Krankheit) diagnostiziert. Ein Jahr vor ihrem Tod beschleunigte sich der Krankheitsprozess. Die Patientin litt unter starken Angstzuständen, Niedergeschlagenheit und Unruhe. Nachmittags war sie trübsinnig, emotional und weinerlich; sie erklärte, sie wolle sterben. Als ihr Ehemann ihre Pflege nicht mehr bewältigen konnte, wurde sie in das Pflegeheim eingewiesen, in dem sie zuvor bereits an fünf Tagen pro Woche tagsüber betreut worden war.
Kurz bevor bei ihr Demenz diagnostiziert worden war, hatte die Patientin ihre Wünsche in Bezug auf Sterbehilfe in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt und mit ihrem Hausarzt und ihrem Geriater besprochen. Den Ärzten zufolge war sie zu diesem Zeitpunkt noch willensfähig. Ein Jahr vor ihrem Tod erneuerte sie die Patientenverfügung. Auch diese zweite Patientenverfügung besprach sie mit ihrem Hausarzt und auch damals war sie dem Hausarzt zufolge noch willensfähig. In beiden schriftlichen Patientenverfügungen hatte sie bestimmt, nicht in eine Einrichtung für demente Senioren eingewiesen werden zu wollen (Demenzerklärung). Sie wollte vielmehr frühzeitig auf menschenwürdige Weise Abschied von ihren Angehörigen nehmen und nicht denselben Prozess wie ihre Mutter durchmachen, die zuletzt in einem Pflegeheim gelebt hatte. In der ersten Patientenverfügung hatte sie angegeben, Sterbehilfe zu wünschen, wenn sie noch einigermaßen willensfähig sei, jedoch nicht mehr zu Hause bei ihrem Mann bleiben könne. In der zweiten Patientenverfügung bestimmte sie, von der Möglichkeit der Sterbehilfe Gebrauch machen zu wollen, wenn sie selbst die Zeit für gekommen halte. Diese Patientenverfügung schloss sie mit der Aussage ab, sie vertraue darauf, dass ihr, wenn sich ihre Lebensqualität derart verschlechtert habe, […] auf ihren Wunsch hin Sterbehilfe geleistet werde.
Gegen Ende ihres letzten Lebensjahres ging es ihr immer schlechter, und sie äußerte zu Hause immer wieder den Wunsch zu sterben. Kurz darauf sagte sie aber oft: »Aber nicht jetzt.« In dieser Zeit sprachen die Patientin und ihr Mann mit dem Hausarzt über Sterbehilfe. In diesem Gespräch teilte sie mit, dass ihr Sterbehilfe zu weit ginge. Nach näheren Erläuterungen des Hausarztes zu einer möglichen Einweisung in ein Pflegeheim bei einer weiteren Verschlechterung ihres Zustands antwortete sie: »Gut, vielleicht dann.«

Während des Aufnahmegesprächs im Pflegeheim (sieben Wochen vor ihrem Tod) bat der Ehemann die dortige Ärztin, auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe zu leisten. Daraufhin beobachtete die Ärztin die Patientin oft und lang, und sie führte auch Gespräche mit ihr. Sie war der Meinung, dass die Patientin die Worte »Sterbehilfe« und »Demenz« nicht mehr begriff. Den Pflegekräften im Heim teilte die Frau regelmäßig mit, sterben zu wollen. Auf der Grundlage der Beobachtungen und der Gespräche kam die Ärztin zu dem Schluss, dass die Frau »zwischen den Zeilen« den Wunsch zu sterben äußerte. Aber auch in dieser Zeit antwortete die Frau in Gesprächen über den Tod wiederholt: »Jetzt aber noch nicht, so schlimm ist es noch nicht.«

Die durchführende Ärztin im Pflegeheim zog zwei unabhängige SCEN-Ärzte zu Rate. Der erste Konsiliararzt – ein Psychiater – bescheinigte der Frau Willensunfähigkeit, einen aussichtslosen Zustand und unerträgliches Leiden. Dem ersten Konsiliararzt zufolge bestand das Leiden darin, dass die Patientin die Kontrolle über ihre Situation vollständig verloren hatte und sich in einer Situation befand, die sie nicht begriff und in die sie nicht geraten wollte. Ihr Leben schien eine Aneinanderreihung von Momenten der Aggression, Verzweiflung, Unruhe und Erschöpfung zu sein. Nach Auffassung dieses Konsiliararztes trat die schriftliche Patientenverfügung an die Stelle eines mündlich geäußerten Wunsches. Auch der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Ärztin führte die Sterbehilfe durch, indem sie zunächst (als Vormedikation) 15 mg Dormicum (in Kaffee gelöst) verabreichte und anschließend, eine Dreiviertelstunde später, weitere 10 mg Dormicum subkutan injizierte. Etwa 40 Minuten später verabreichte die Ärztin intravenös 2000 mg Thiopental, einige Minuten später gefolgt von 150 mg Rocuronium. Die Ärztin schrieb in ihrem Bericht, dass die Frau während der Injektion des Thiopentals wach geworden sei und sich physisch gewehrt habe.

Die Kommission bat die Ärztin um eine mündliche Erläuterung. Der Kommission war aufgefallen, dass die Patientin in ein Pflegeheim eingewiesen worden war, obwohl sie das immer abgelehnt hatte. Darüber hinaus fiel auf, dass sie selbst nicht mehr um Sterbehilfe bitten konnte, während sie – laut den beiden Patientenverfügungen – immer davon ausgegangen war, selbst um Sterbehilfe bitten zu können. Außerdem hatte die Kommission Fragen zur Durchführung. (Auch zum Leiden waren zunächst Fragen gestellt worden; die Ärztin konnte der Kommission gegenüber jedoch schlüssig darlegen, dass sie vernünftigerweise zu dem Schluss kommen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war.)

Was den Sterbehilfewunsch betrifft, so gab die Ärztin an, die Patientin erstmals bei ihrer Aufnahme in das Pflegeheim gesehen zu haben. Zu

diesem Zeitpunkt war die Frau willensunfähig. Die Ärztin vertrat die Auffassung, dass die Patientin angesichts ihres Leidens und aufgrund der Tatsache, dass sie laut schriftlicher Patientenverfügung niemals in ein Pflegeheim eingewiesen werden wollte, ein Recht auf Sterbehilfe hätte. Die Ärztin erkundigte sich beim behandelnden Geriater und beim Hausarzt der Patientin, ob die Patientin zum Zeitpunkt der Erstellung der schriftlichen Patientenverfügung willensfähig gewesen war. Beide erklärten, dass dies der Fall gewesen sei.
Die Reaktion der Patientin bei der Verabreichung des Thiopentals betrachtete die Ärztin nicht als Zeichen dafür, dass die Patientin die Sterbehilfe möglicherweise ablehnte. Die Patientin war nicht willensfähig; ihre Äußerung war zu diesem Zeitpunkt für die Ärztin nicht relevant. Die Ärztin hielt es auch nicht für angemessen, die Sterbehilfe zu diesem Zeitpunkt abzubrechen.
Die Kommission stellte auch dem ehemaligen Hausarzt der Frau Fragen, und zwar bezüglich der Gespräche, die über Sterbehilfe geführt worden waren, und über den Zeitpunkt, zu dem die Patientin willensunfähig geworden war. Der Hausarzt hatte mehrere Gespräche mit der Patientin geführt, als sie noch willensfähig gewesen war. Es war klar, dass sie nicht in ein Pflegeheim eingewiesen werden wollte, aber auch, dass sie die Zeit für Sterbehilfe noch nicht für gekommen hielt. Später wurde sie hinsichtlich ihrer Sterbehilfewünsche weniger deutlich. Als einige Monate vor ihrem Tod klar wurde, dass eine Aufnahme in ein Pflegeheim unumgänglich war, bat der Hausarzt die Patientin und ihren Mann in seine Sprechstunde. Die Patientin sprach zu diesem Zeitpunkt nicht mehr von Sterbehilfe und verstand auch nicht mehr, worum es dabei ging. Nachdem der Hausarzt ihr die Bedeutung der Sterbehilfe erläutert hatte, teilte sie mit, dies nicht zu wollen. Als man sie daran erinnerte, dass sie nicht in ein Pflegeheim eingewiesen werden wollte, sagte sie, in diesem Fall vielleicht doch Sterbehilfe zu wünschen. Als der Arzt ihr erklärte, wie Sterbehilfe abläuft, ging ihr das wieder »zu weit«. Zusammengefasst konnte sie also selbst nicht mehr äußern, welche Wünsche sie in Bezug auf Sterbehilfe hatte. Den Zeitpunkt, in dem die Patientin hinsichtlich ihres Sterbehilfeersuchens willensunfähig geworden war, konnte der Arzt nicht genau benennen. Er meinte, es müsse irgendwann im Jahr vor ihrem Tod gewesen sein.
Im Gespräch mit der Kommission erklärte die Ärztin, das Dormicum im Kaffee verabreicht zu haben, da die Patientin keine anderen Medikamente einnahm und sie sich, wenn sie gebeten worden wäre, das Dormicum selbst einzunehmen, wahrscheinlich geweigert hätte. Als das Dormicum nicht die gewünschte Wirkung zeigte, wurde die zusätzliche Dosis verabreicht. Die Patientin empfand den Einstich der Spritze als unangenehm. Nach einiger Zeit, als feststand, dass die Patientin nichts von dem, was in ihrem Umfeld geschah – Verschieben von Möbeln und Ähnliches – merkte, wurde eine Kanüle gelegt. Das ging schwer und

dauerte lang, aber die Patientin merkt offenbar nichts davon. Als die Ärztin aber versuchte, das Thiopental zu injizieren, richtete sich die Frau auf; dies war die Reaktion, die die Ärztin zuvor als »sich physisch wehren« beschrieben hatte. Die Angehörigen hielten die Frau daraufhin fest, so dass die Ärztin rasch die übrigen Sterbemittel verabreichen konnte.
Die Kommission stellt fest, dass die Demenzerklärung aus dem Jahr vor dem Jahr des Todes, die Bestandteil der schriftlichen Patientenverfügung der Frau war, unterschiedliche Interpretationen zulässt. Aus den Formulierungen (»wenn ich selbst die Zeit für gekommen halte« und »auf meinen Wunsch«), auch in Relation zum Wortlaut der ersten Demenzerklärung (»wenn ich noch einigermaßen willensfähig bin«) kann der Schluss gezogen werden, dass die Patientin bei der Erstellung ihrer Verfügung davon ausgegangen war, zu gegebener Zeit noch selbst um Sterbehilfe bitten zu können. Aus dem Wortlaut der Patientenverfügung in Kombination mit der Demenzerklärung in der im Jahr vor dem Tod geänderten Fassung geht denn auch nicht zwingend hervor, dass diese Verfügung dazu bestimmt war, einen mündlich geäußerten Wunsch zu ersetzen, wenn die Patientin infolge von Demenz nicht mehr in der Lage wäre, ihren Willen zu äußern oder zu bestimmen. Die Kommission räumt zwar ein, dass auch eine andere, weniger stringente Auslegung möglich ist, die die Annahme zulässt, dass die Patientenverfügung durchaus als Ersatz einer mündlich geäußerten Bitte gedacht war. Die Kommission vertritt jedoch die Auffassung, dass die zuletzt verfasste Demenzerklärung keine ausreichend klaren Anhaltspunkte für eine solche weitere Auslegung bietet. Wenn doch vom Vorliegen solcher Anhaltspunkte ausgegangen wird, dann liegen auf jeden Fall zwei unterschiedliche, einander ausschließende Auslegungen der Erklärung vor. Somit kann die Frage, ob die Patientin die schriftliche Patientenverfügung als Ersatz einer mündlich geäußerten Bitte begriffen hat, nicht zweifelsfrei beantwortet werden. Angesichts dieser Zweifel und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es hier ganz konkret um Leben und Tod geht und dass die Lebensbeendigung nicht mehr rückgängig zu machen ist, muss nach Auffassung der Kommission sicherheitshalber von einer restriktiven Auslegung der Demenzerklärung ausgegangen werden. Daraus folgt, dass Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes nicht anwendbar war.
Da die Patientin die Ärztin nicht selbst mündlich um Durchführung der Sterbehilfe gebeten hatte und da keine unmissverständliche schriftliche Patientenverfügung als Ersatz dieser Bitte vorlag, konnte die Ärztin nach Auffassung der Kommission nicht zweifelsfrei zu der Überzeugung gelangen, dass eine freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte um Lebensbeendigung vorgelegen hatte.
In Bezug auf die Durchführung der Sterbehilfe kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin mit ihrem Vorgehen eine Grenze überschritten hat. Sie wollte die Patientin durch (unbemerkte) Verabreichung von Dormicum daran hindern, sich physisch gegen die Anbringung der

Kanüle bzw. die Verabreichung der Sterbemittel zu wehren. Als die Patientin dennoch negativ reagierte, hat die Ärztin nach Auffassung der Kommission zu Unrecht nicht die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass dies ein klares Zeichen für die Ablehnung der Infusion und der Kanüle durch die Patientin sein könnte. Obwohl die Kommission einsieht, dass es für die Ärztin besonders schwer war, die Äußerungen der Frau in diesem Moment richtig zu deuten, vertritt sie den Standpunkt, dass sich die Ärztin hierfür auf jeden Fall Zeit hätte nehmen müssen. Die Kommission erwägt dabei, dass die Patientin in Bezug auf die Sterbehilfe zwar willensunfähig war, dass dies aber nicht notwendigerweise impliziert, dass sie auch in Bezug auf Handlungen wie das Anlegen einer Infusion oder das Einstechen einer Kanüle, auch wenn sie den Zweck dieser Handlungen vielleicht nicht mehr erfassen konnte, unfähig war, ihren Willen zu äußern.

Die Kommission vertritt die Auffassung, die Ärztin hätte die Durchführung der Lebensbeendigung nicht fortsetzen dürfen, sondern unterbrechen müssen, um sich über die entstandene Situation zu beraten. Die Kommission weist in diesem Zusammenhang noch darauf hin, dass es bei der Durchführung der Lebensbeendigung auf gar keinen Fall zu Zwang, nicht einmal zu einem Anschein von Zwang, kommen darf. Sie kommt darum zu dem Schluss, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Sterbehilfe auf medizinisch fachgerechte Weise durchgeführt worden ist.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

Übersetzung:
Ministerium für auswärtige Angelegenheiten
Sprachendienst (AVT)

Gestaltung:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

April 2017

*

RTE