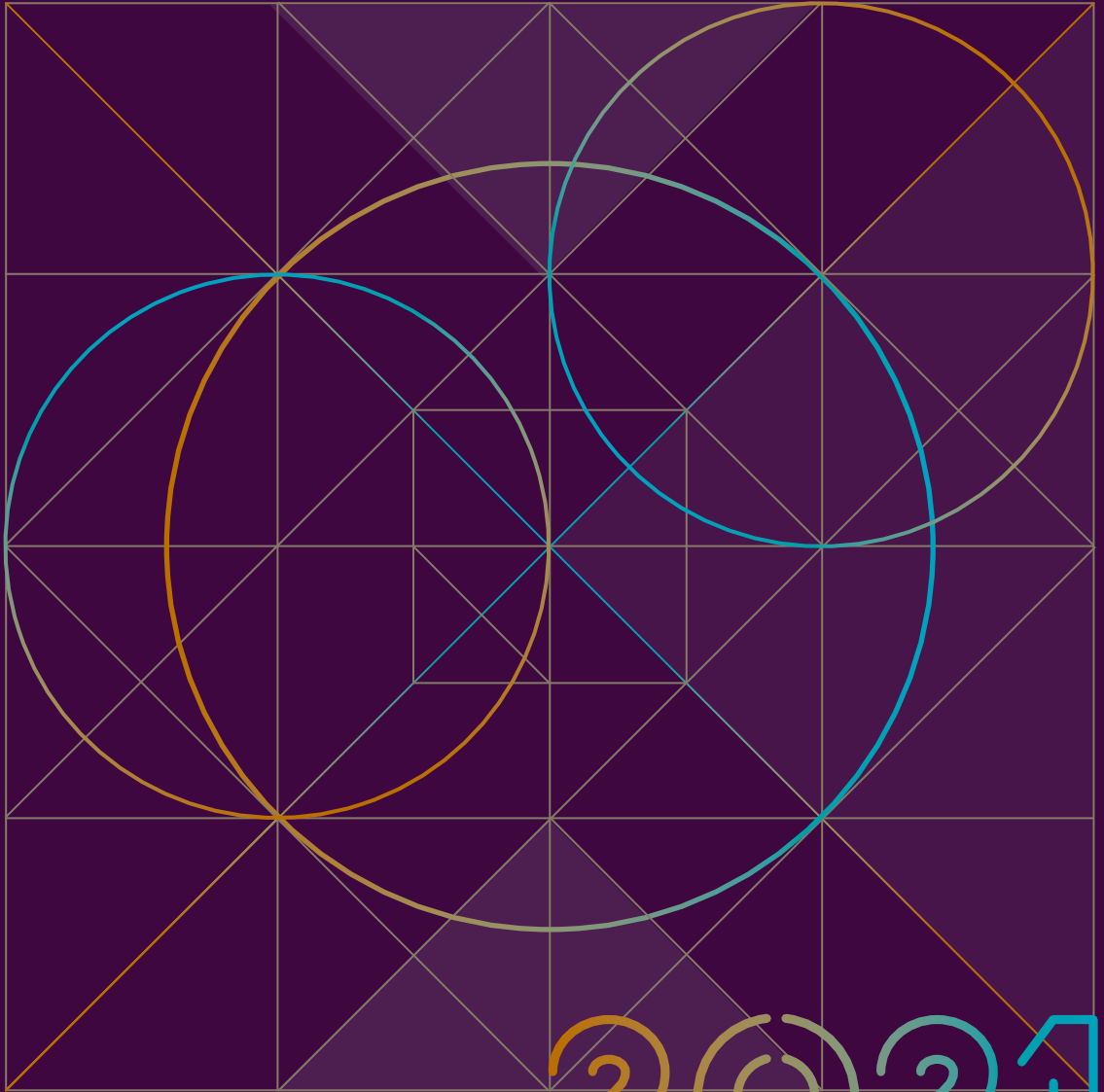


REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE



JAHRESBERICHT 2021

# INHALT

<b>VORWORT</b>	4
<b>KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2021</b>	
1 Jahresbericht	8
2 Meldungen	10
Zahl der Meldungen	10
Verhältnis Männer/Frauen	10
Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung	10
Krankheitsarten	12
Häufigste Krankheiten	12
Demenz	12
Psychiatrische Erkrankungen	12
Kumulation von Altersbeschwerden	14
Sonstige Erkrankungen	14
Alter	14
Meldende Ärzte	16
Ort der Lebensbeendigung	16
Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende	18
Lebensgefährten	18
Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt	18
3 Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen	19
Fragen aufwerfende und keine Fragen aufwerfende Meldungen	19
Schriftliche und mündliche Fragen der Kontrollkommissionen	22
Komplex gelagerte Fälle	22
Reflexionsgremium	23
Sonstige Fragen	23
Organisation	25

## KAPITEL 2 FALLBESCHREIBUNGEN

1	Einführung	26
2	Der Arzt hat im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt	29
2.1	Fünf Beispiele der häufigsten Meldungen	29
	Beurteilung 2021-36 Krebs	30
	Beurteilung 2021-65 Erkrankung des Nervensystems	31
	Beurteilung 2021-05 Lungenerkrankungen	32
	Beurteilung 2021-40 Herz- und Gefäßkrankheiten	33
	Beurteilung 2021-07 Mehrfacherkrankungen	34
2.2	Fünf Beispiele von Meldungen, nach fünf Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnet	35
	Beurteilung 2021-146 Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen	36
	Beurteilung 2021-147 Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	38
	Beurteilung 2021-28 Keine annehmbare andere Lösung	39
	Beurteilung 2021-42 Hinzuziehung eines Konsiliararztes	41
	Beurteilung 2021-30 Medizinisch fachgerechte Durchführung	43
2.3	Vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung (psychiatrische Erkrankung, Kumulation von Alters- beschwerden und Demenz)	44
	Beurteilung 2021-148 Psychiatrische Erkrankung	45
	Beurteilung 2021-54 Kumulation von Altersbeschwerden	47
	Beurteilung 2021-86 Willensfähiger Demenzpatient	49
	Beurteilung 2021-90 Patient, der bezüglich seines Sterbehilfeersuchens nicht mehr willensfähig ist	52
3	Der Arzt hat <i>nicht</i> im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt	57
	Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	57
	Beurteilung 2021-71	58
	Beurteilung 2021-142	59
	Medizinisch fachgerechte Durchführung	60
	Beurteilung 2021-81	60
	Beurteilung 2021-92	62
	Große Behutsamkeit	64
	Beurteilung 2021-76	64
	Beurteilung 2021-97	66
	Beurteilung 2021-143	69

# VORWORT

Im Jahr 2021 sind bei den Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 7666 Sterbehilfemeldungen<sup>1</sup> eingegangen. In 7 Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Darum kann auch in diesem Jahr wieder festgestellt werden, dass die Durchführung der Sterbehilfe in den Niederlanden mit großer Sorgfalt erfolgt.

Zu der übergroßen Mehrzahl der Meldungen hatten die Kommissionen nach einer sorgfältigen Prüfung der Fälle keine Fragen. Auch dieses Jahr wurden einige dieser »keine Fragen aufwerfenden Meldungen« in den Jahresbericht aufgenommen und erläutert. Von dieser Art Meldungen werden außerdem regelmäßig einige auf der Kommissionswebsite veröffentlicht. Die Prüfung solcher Meldungen, die sich zumeist auf ältere Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Krankheit beziehen, nehmen den größten Teil der Kapazitäten der Kommissionen in Anspruch.

Die gesellschaftliche und politische Debatte rund um das Thema Sterbehilfe ist auch 2021 nicht verstummt. Die Kommissionen halten sich aus dieser Debatte heraus. Sie führen ihre Prüfungstätigkeiten auf der Grundlage des Sterbehilfegesetzes<sup>2</sup> und der Erläuterungen des Hohen Rates zu diesem Gesetz durch und legen darüber in diesem Jahresbericht und durch die Veröffentlichung von Beurteilungen auf der Website Rechenschaft ab. Letztes Jahr wurde mit der Umsetzung des Vorhabens begonnen, alle mit einer Begründung versehenen Beurteilungen zu veröffentlichen. Die Kommissionen sind sich darüber im Klaren, dass damit eine relativ kleine Gruppe von Meldungen besonders in den Fokus gerückt werden, nämlich jene Meldungen, die aufgrund ihrer Art oder der Durchführung der Sterbehilfe Fragen aufwerfen. Bei diesen Meldungen handelt es sich um Ausnahme- oder Grenzfälle. Allerdings bieten genau diese Beurteilungen einen Einblick in die Fragen und Dilemmas, mit denen sich die Kontrollkommissionen konfrontiert sehen. Die dargelegten Beispiele aus der facettenreichen Praxis können einen Beitrag zur gesellschaftlichen Debatte leisten.

Im vergangenen Jahr wurde der Aktualisierung des SterbehilfeKodex2018 viel Zeit gewidmet, sie wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2022 abgeschlossen sein. Im SterbehilfeKodex sind die allgemeinen

1 *Im vorliegenden Jahresbericht werden die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung unter dem Begriff Sterbehilfe zusammengefasst.*

2 *Sterbehilfegesetz: Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung.*

Prüfungsstandards, die der Arbeit der Kontrollkommissionen zugrundeliegen, übersichtlich zusammengefasst. Sie werden auf der Grundlage der zahlreichen Beurteilungen individueller Meldungen formuliert. Der Kodex schafft vorab Klarheit, was für die durchführenden Ärzte von größter Bedeutung ist. Sie müssen wissen, woran sie sind. Der Kodex ist jedoch nicht der einzige auf Ärzte zugeschnittene Standard für die Sterbehilfepraxis. So wurden 2021 auch die neue KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe festgestellt und das Positionspapier der KNMG zu Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende veröffentlicht. Dies erfolgte in enger Abstimmung mit den Kontrollkommissionen. Die Kontrollkommissionen werden sich ihrerseits bei der Feststellung des aktualisierten Sterbehilfekodex mit der KNMG, aber auch mit der Staatsanwaltschaft, der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend und dem Kompetenzzentrum für Sterbehilfe abstimmen. Es gilt zu verhindern, dass Sterbehilfe leistende Ärzte Opfer möglicher Differenzen zwischen den verschiedenen zuständigen Behörden werden.

Die Zahl der gemeldeten Fälle von Sterbehilfe (7666) hat 2021 um 10,5 % gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Damit ist auch der Anteil an der Gesamtzahl aller Todesfälle (170.839) gestiegen, er beträgt jetzt 4,5 % gegenüber 4,1 % im Jahr 2020. Dieser Anstieg ist relativ gesehen noch größer, da sich COVID-19 in der Praxis nicht als eigenständiger medizinischer Grund für Sterbehilfe herausgestellt hat. Eine Corona-Infektion wurde nur in einigen Fällen als Faktor genannt, der zusätzlich zu einer anderen schweren Krankheit zum Leiden des Patienten beigetragen hat. Damit hat die Übersterblichkeit infolge der Coronapandemie die Zahl der Fälle von Sterbehilfe (so gut wie) nicht erhöht. Die Ursache für den höheren Anteil der Sterbehilfefälle an der Gesamtzahl der Todesfälle lässt sich noch nicht erklären, da es hierzu noch keine entsprechenden Untersuchungen gibt. Möglicherweise kann die vierte Evaluierung des Sterbehilfegesetzes, die 2022 und Anfang 2023 durchgeführt wird, hierüber mehr Klarheit verschaffen.

Aufgrund der Coronapandemie war 2021 auch für die Kontrollkommissionen ein schwieriges Jahr. Hinzu kam der Umzug der fünf Kommissionen in ein gemeinsames Gebäude in Utrecht und die sich daraus ergebende Integration der verschiedenen Komponenten der Kommissionsorganisation (Mitglieder, Sekretariate, sonstige Unterstützung). Großer Dank gilt all jenen, die durch ihren Einsatz ganz besonders dazu beigetragen haben, dass die tägliche Arbeit der Kommissionen weiter sorgfältig und reibungslos verlaufen konnte. Dank gebührt auch dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und insbesondere der Direktion »Einheit Disziplinausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate« (ESTT) für die kompetente Unterstützung in diesem Jahr.

In meinem ersten Jahr als Koordinierender Vorsitzender habe ich eine solide Organisation erlebt, die jede Sterbehilfe-Meldung in den Niederlanden kritisch anhand der im Gesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien überprüft. Besonders beeindruckt war ich von dem Mut der betroffenen Patienten und Ärzte, die gemeinsam das Leben des jeweiligen Patienten und damit dessen unerträgliches Leiden auf integere Art und Weise beenden.

**JEROEN RECOURT**

*Koordinierender Vorsitzender*

## VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG 189

KOMBINATION AUS BEIDEN 18

LEBENSBEENDIGUNG  
AUF VERLANGEN 7459

# KAPITEL 1

## ZAHLEN UND ENTWICKLUNGEN 2021



### 1 JAHRESBERICHT

---

In ihrem Jahresbericht erstatten die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe über ihre Prüfungstätigkeit im zurückliegenden Kalenderjahr Bericht. Damit legen sie gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über die Art und Weise ab, wie sie ihre gesetzliche Aufgabe wahrgenommen haben. Dabei geht es um die Prüfung von Meldungen über Sterbehilfe anhand der Sorgfaltskriterien des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz). In diesem Jahresbericht werden sowohl die Lebensbeendigung auf Verlangen als auch die Hilfe bei der Selbsttötung als »Sterbehilfe« bezeichnet. Es wird nur in den Fällen zwischen diesen beiden Formen der Sterbehilfe unterschieden, in denen es wirklich relevant ist.

Der Jahresbericht dient außerdem dazu, Ärzten und anderen Interessierten einen Einblick zu geben, auf welche Weise die Kommissionen konkrete Meldungen geprüft und beurteilt haben. Hierzu werden in Kapitel 2 einige Beurteilungen der Kommissionen, sowohl häufig vorkommende als auch außergewöhnliche Fälle, ausführlich beschrieben.

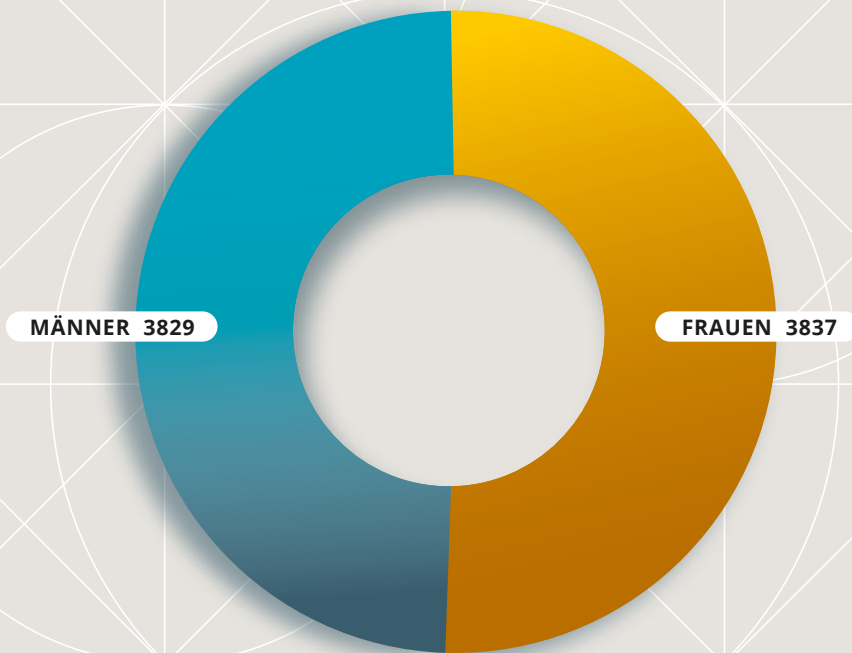
Um den Jahresbericht einem breiten Publikum zugänglich zu machen, wurde weitgehend auf juristische oder medizinische Fachbegriffe verzichtet bzw. wurden diese näher erläutert.

Für nähere Informationen über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen u.a.m. siehe den (geänderten) SterbehilfeKodex 2018 und [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Der SterbehilfeKodex 2018 (überarbeitete Fassung 2020) wird zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Jahresberichts erneut überarbeitet. Der SterbehilfeKodex 2022 wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2022 vorliegen.



## VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN



### ZAHL DER MELDUNGEN

2021 wurden den Kommissionen 7666 Fälle von Sterbehilfe gemeldet. Dies entspricht 4,5 % aller in den Niederlanden im Jahr 2021<sup>4</sup> verzeichneten Todesfälle (170.839) und ist im Vergleich zu 2020 (6938 Meldungen) eine Zunahme um 10,5 %. Die Gesamtzahl der Todesfälle lag um 0,4 Prozentpunkte höher als 2020.

*Die Übersichten über die Sterbehilfemeldungen in den fünf Regionen sind auf unserer Website einsehbar (siehe [euthanasiacommissie.nl/uitspraken-en-uitleg](https://euthanasiacommissie.nl/uitspraken-en-uitleg)).*

### VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

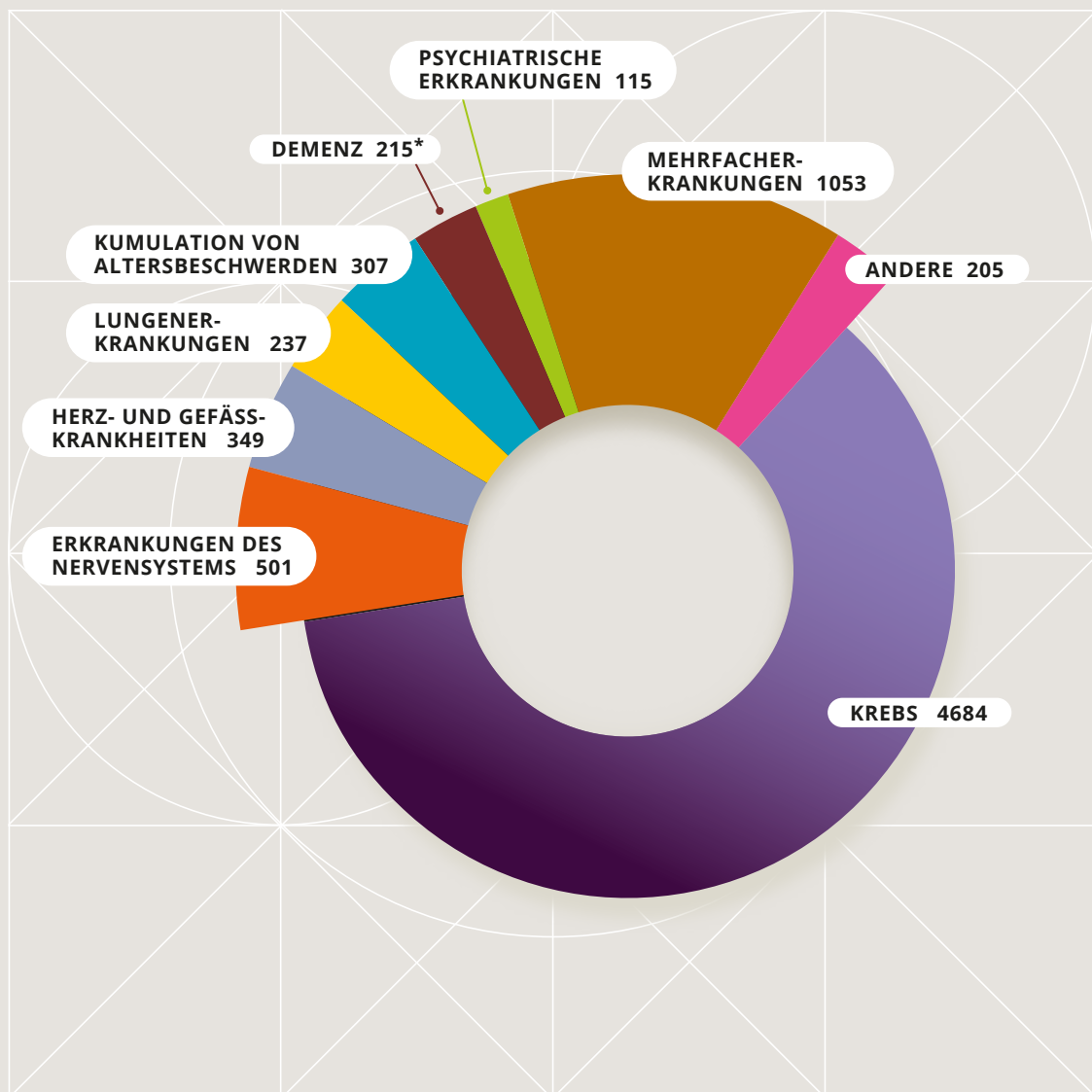
Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es, ebenso wie in den Vorjahren, etwa gleich häufig um Männer (3829 Fälle, 49,9 %) wie um Frauen (3837 Fälle, 50,1 %). Allerdings ist es das erste Mal, seit die Kommissionen das Verhältnis zwischen Männern und Frauen im Jahresbericht erwähnen (seit 2016), dass bei mehr Frauen als Männern Sterbehilfe geleistet wurde.

### VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/ HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

In 7459 Fällen (97,3 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 189 Fällen (2,5 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 18 Fällen (0,23 %) um eine Kombination aus beiden. Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient, der im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung das vom Arzt überreichte Mittel eingenommen hat, nicht innerhalb einer zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. In diesem Fall führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht.

*Näheres zu den besonderen Aspekten der medizinisch fachgerechten Durchführung siehe die überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 36 ff.*

## KRANKHEITSARTEN



\* im Anfangsstadium: 209  
im (weit) fortgeschrittenen Stadium: 6

### HÄUFIGSTE KRANKHEITEN

Bei 89,0 % der bei den Kommissionen 2021 eingegangenen Meldungen (6824 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

- einer unheilbaren Form von Krebs (4684 Fälle, 61,1 %)
- Erkrankungen des Nervensystems (501 Fälle, 6,5 %), etwa Morbus Parkinson, MS oder ALS
- Herz- und Gefäßkrankheiten (349 Fälle, 4,6 %)
- Lungenerkrankungen (237 Fälle, 3,1 %)
- Mehrfacherkrankungen (1053 Fälle, 13,7 %)

### DEMENZ

Bei sechs Meldungen aus dem Jahr 2021 handelte es sich um Patienten in einem (weit) fortgeschrittenen Stadium der Demenz, die nicht mehr in der Lage waren, über ihr Ersuchen zu kommunizieren. In diesen Fällen war die schriftliche Patientenverfügung für die Feststellung der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe maßgeblich. Eine dieser Meldungen (Fall 2021-90) wird in Kapitel 2 dieses Jahresberichts behandelt. All diese Meldungen wurden auf der Website der Kommissionen veröffentlicht.

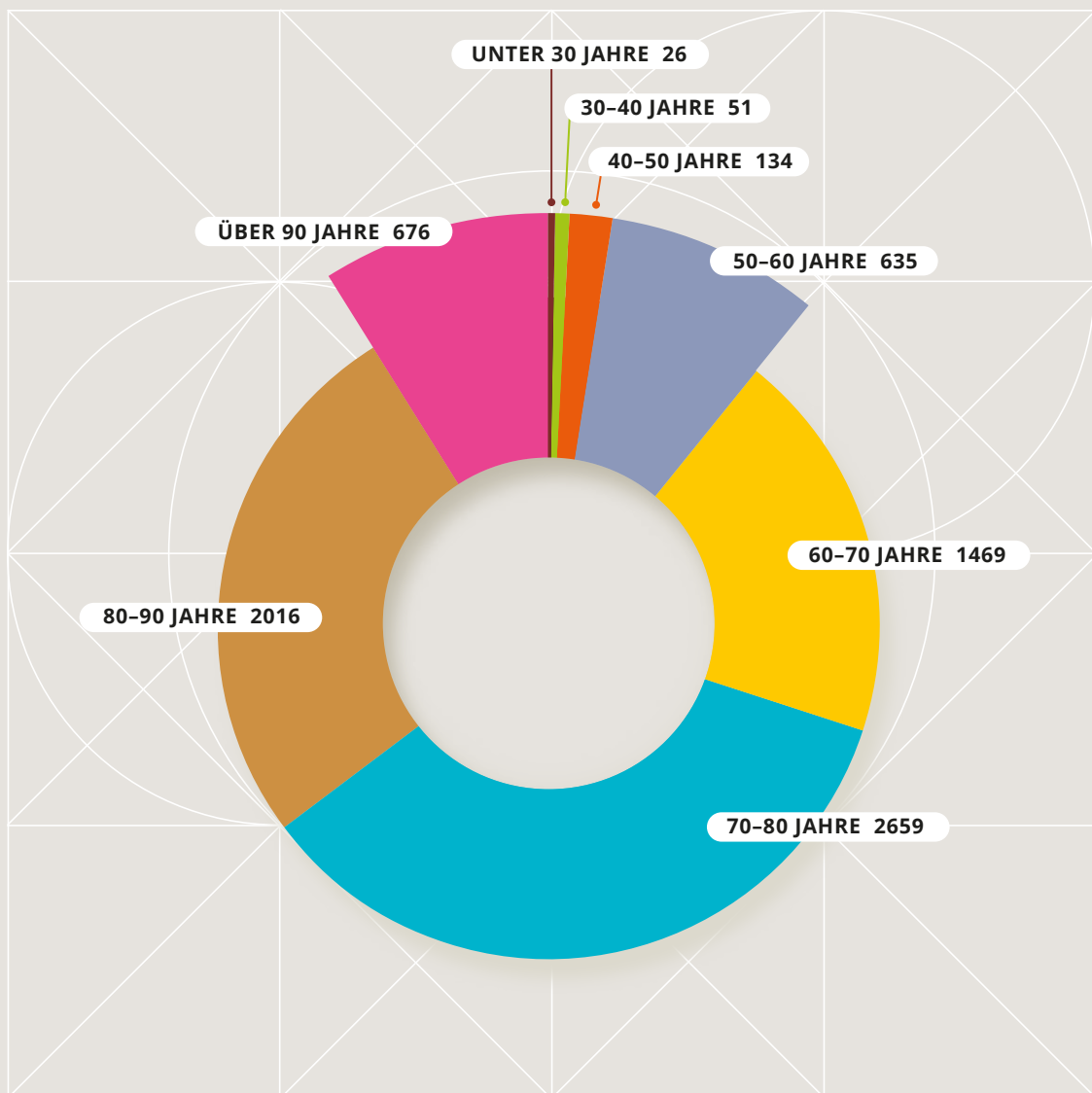
Bei 209 gemeldeten Fällen war Demenz im Anfangsstadium die Grundlage des Leidens. Es ging um Patienten in einem Stadium der Demenz, in dem sie sich noch über ihre Krankheit und die Symptome, etwa den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte noch überblicken konnten. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel 2 im Rahmen von Fall 2021-86 beschrieben.

*Näheres zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit Demenz siehe die überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 46 ff.*

### PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

In 115 gemeldeten Sterbehilfefällen lagen dem Leiden der Patienten eine oder mehrere psychiatrische Erkrankungen zugrunde. In 51 dieser Fälle war der meldende Arzt ein Psychiater, in 23 Fällen ein Hausarzt, in 3 Fällen ein Geriater und in 38 Fällen ein anderer Arzt. In 83 Fällen, in denen bei einem Patienten aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung(en) Sterbehilfe geleistet wurde, war der durchführende Arzt für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE, die frühere Stiftung Lebensende-Klinik) tätig. In solchen Fällen, in denen das Leiden des Patienten auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht, muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen, wie es in Fall 2021-148 (beschrieben in Kapitel 2) geschehen ist.

# ALTER



*Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung siehe die überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 44 ff.*

## KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Gehörerkkrankungen, Osteoporose (Abnahme der Knochendichte) und ihre Folgen, Arthrose (Schädigung des Gelenkknorpels), Gleichgewichtsprobleme, Verschlechterung des kognitiven Zustands (Verlust von Fähigkeiten und Wissen) – kann die Ursache eines unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sein. Diese oft degenerativen Prozesse manifestieren sich in der Regel in höherem Alter und können die Summe mehrerer Grunderkrankungen und Beschwerden sein. Sie können in einem Leiden resultieren, das vom betreffenden Patienten im Zusammenhang mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinem Wertesystem und seiner Leidensfähigkeit als aussichtslos und unerträglich empfunden wird. 2021 wurden den Kommissionen 307 Fälle dieser Kategorie gemeldet. In Kapitel 2 wird unter der Nummer 2021-54 (auch auf der Website veröffentlicht) eine Meldung beschrieben, die sich auf Sterbehilfe bei einem Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden bezieht.

*Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden enthält der SterbehilfeKodex 2018 (überarbeitete Fassung), S. 23 ff.*

14

## SONSTIGE ERKRANKUNGEN

Die Kategorie »sonstige Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom oder eine seltene Erbkrankheit. 2021 wurden 205 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

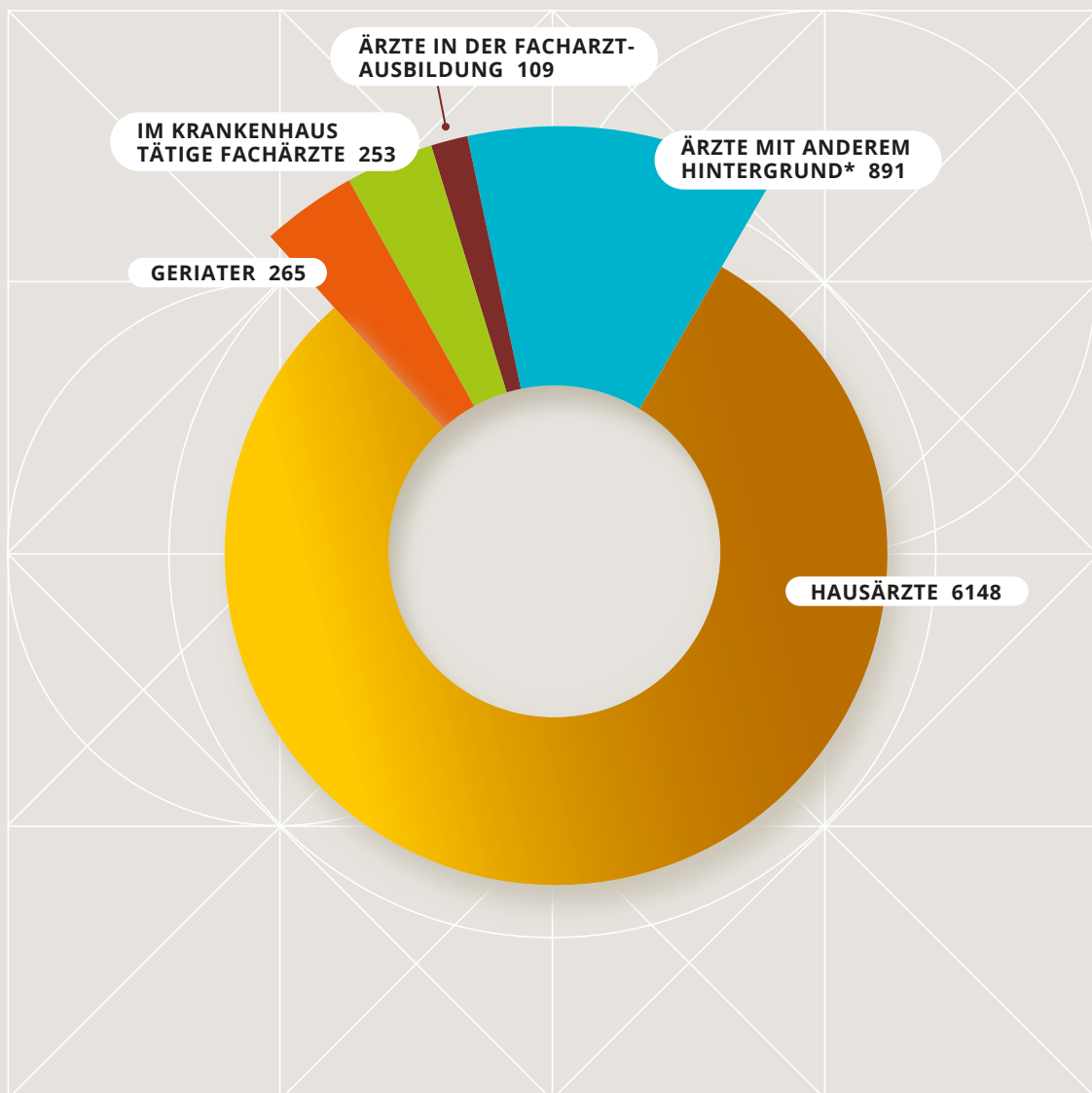
## ALTER

Die meisten Sterbehilfemeldungen (2659 Fälle, 34,7 %) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 90 Jahre (2016 Fälle, 26,3 %) und 60 bis 70 Jahre (1469 Fälle, 19,2 %).

2021 wurde eine Meldung über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Patienten beurteilt. Dieser Fall wurde unter der Nummer 2021-02 auf der Website veröffentlicht. In 30 Fällen waren die Patienten über 100 Jahre alt. Der älteste Patient war 105 Jahre.

*Näheres zu den Besonderheiten bei minderjährigen Patienten enthält die überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 44.*

## MELDENDE ÄRZTE



\* z. B. für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe  
tätige Ärzte oder sog. Basisärzte

Es gingen 77 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 18 bis 40 Jahre ein. In 34 dieser Fälle war Krebs, in 31 Fällen eine psychiatrische Erkrankung die Ursache des Leidens. In der Kategorie Demenz bezogen sich die meisten Meldungen (89 Fälle) auf die Altersgruppe 80 bis 90 Jahre, gefolgt von Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren (88 Fälle). In der Kategorie psychiatrische Erkrankungen gab es 2021 in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre 25 und in der Altersgruppe 60 bis 70 Jahre 22 Meldungen. In der Kategorie Kumulation von Altersbeschwerden ging es bei den meisten Meldungen (188) um Patienten im Alter ab 90 Jahren.

### MELDENDE ÄRZTE

In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet (6148 Fälle, 80,2 %). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (265), Fachärzte (253) und Ärzte in der Ausbildung (109). Und schließlich gibt es noch eine größere Gruppe von Sterbehilfefällen (891), die von Ärzten in einer anderen Funktion gemeldet wurden, die meisten von ihnen arbeiten für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE).

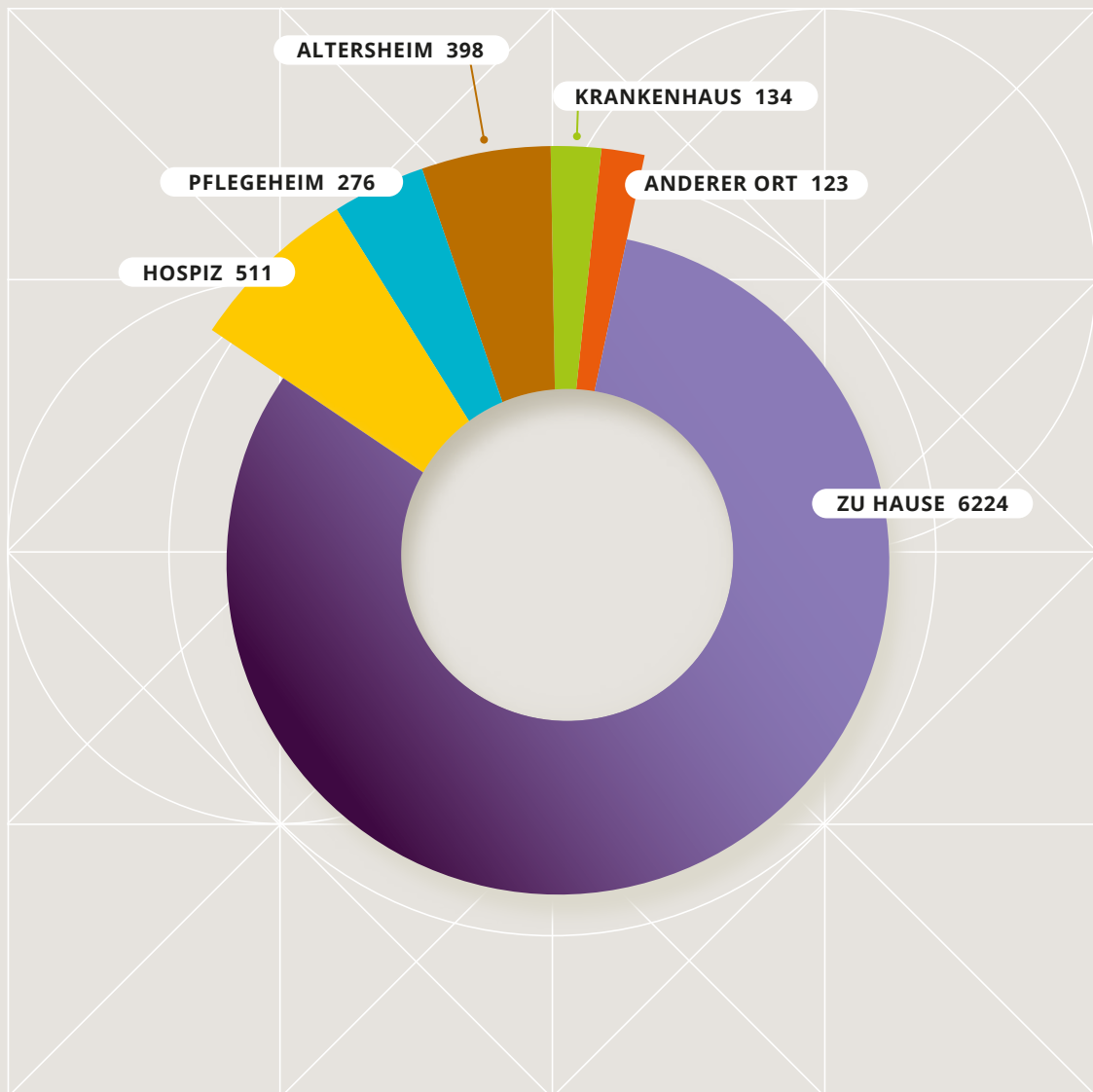
Die Zahl der Meldungen von Ärzten, die beim EE tätig sind (1123), erhöhte sich gegenüber 2020 (916) um über 200. Ärzte des Kompetenzzentrums werden oft hinzugezogen, wenn der behandelnde Arzt des Patienten den Fall als zu komplex beurteilt. Auch Ärzte, die prinzipiell keine oder nur im Falle einer unausweichlich in Kürze zum Tode führenden Erkrankung Sterbehilfe zu leisten bereit sind, verweisen ihre Patienten regelmäßig an das EE. Es kommt auch vor, dass sich der Patient selbst oder ein Angehöriger an das Kompetenzzentrum wendet. Die weitaus meisten der Meldungen, bei denen der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt (83 von 115, gut 72 %), wurden von einem Arzt des Kompetenzzentrums gemacht. Von den Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Form der Demenz zurückging (215), stammten 99 (46,0 %) von einem EE-Arzt. Außerdem kamen 158 der 307 Meldungen (51,4 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von Ärzten des Kompetenzzentrums.

### ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Wie auch in den Vorjahren wurde die Sterbehilfe in den mit Abstand meisten Fällen (6224, 81,2 %) beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Pflege- oder Altersheim (674 Fälle, 8,8 %), einem Hospiz (511 Fälle, 6,7 %), einem Krankenhaus (134 Fälle, 1,7 %) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten, in einem Wohnheim oder einem Pflegehotel (123 Fälle, 1,6 %).



## ORT DER LEBENSBEENDIGUNG



## **STERBEHILFE UND ORGAN- BZW. GEWEBESPENDE**

Eine Lebensbeendigung durch Sterbehilfe schließt eine Organ- oder Gewebespende nicht aus. In der von der Transplantationsstiftung formulierten Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben.<sup>5</sup> 2021 gingen bei den Kommissionen fünf Meldungen ein, in denen explizit angegeben wurde, dass nach der Sterbehilfe Organ- und Gewebespenden erfolgt waren.

## **LEBENSGEFÄHRTEN**

Bei 32 Meldungen ging es um die gleichzeitige Sterbehilfe bei zwei Partnern (16 Paare). Beispiele hierfür sind die Fälle 2021-22 und 2021-23 auf der Website. Selbstverständlich muss in einem solchen Fall dargelegt werden, dass der Arzt bei jedem der Partner die im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Dabei muss je Partner ein eigener Konsiliararzt eingeschaltet werden, damit eine unabhängige Beurteilung des Falles gewährleistet ist.<sup>6</sup>

## **NICHT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT**

In sieben der 2021 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der durchführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt hatte, die in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegt sind. Alle sieben Fälle werden in Kapitel 2 beschrieben.

5 Die Richtlinie sowie die ihr zugrundeliegenden Hintergründe samt Begründung können in niederländischer Sprache unter der folgenden Adresse eingesehen werden: [transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie](https://transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie).

6 Überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 31.

#### »FRAGEN AUFWERFENDE MELDUNGEN« UND »KEINE FRAGEN AUFWERFENDEN MELDUNGEN«

Seit 2012 gehen die Kontrollkommissionen bei der Beurteilung einer Meldung wie folgt vor. Nach dem Eingang einer Meldung wird der Fall vom Sekretär der Kommission, einem Juristen, vorläufig als »Fragen aufwerfend« oder »keine Fragen aufwerfend« eingestuft. Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wenn der Sekretär der Kommission zu der Einschätzung kommt, dass die erteilten Informationen vollständig sind und dass der Arzt die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Eine Ausnahme bilden Meldungen, die in eine Kategorie fallen, die grundsätzlich als »Fragen aufwerfend« eingestuft wird. Letzteres sind beispielsweise Fälle, in denen das Leiden des Patienten auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht. Nach der Vorauswahl durch den Sekretär werden die Meldungen durch die Kommission beurteilt. Bei den Meldungen der Kategorie »keine Fragen aufwerfend« geschieht dies auf elektronischem Wege. Dabei beurteilt die Kommission, ob die Meldung tatsächlich keinerlei Fragen aufwirft oder ob dies, entgegen der vorläufigen Einstufung durch den Sekretär, doch der Fall ist. Sollte dies so sein, stuft die Kommission die Meldung nachträglich als »Fragen aufwerfend« ein, sie wird dann auf einer Kommissionssitzung besprochen. 2021 traf dies auf 75 Meldungen zu (das sind 1 %).

In Fällen, in denen die Kommissionen keine Fragen haben, geht dem Arzt immer ein sogenanntes Beurteilungsschreiben zu. Darin wird der Arzt unter Verweis auf den in der betreffenden Meldung beschriebenen Sachverhalt darüber informiert, dass die Kommission aufgrund dieses Sachverhalts zu dem Schluss gekommen ist, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

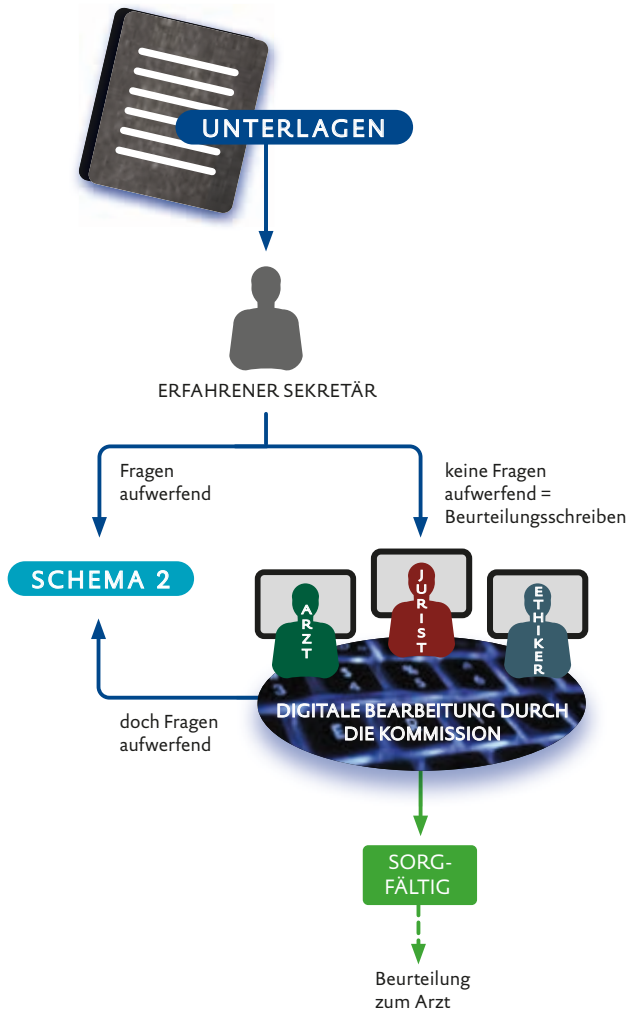
Wurde eine Meldung dagegen als »Fragen aufwerfend« eingestuft, erfolgt eine detaillierte schriftliche Beurteilung des betreffenden Falls. In dieser Beurteilung legt die Kommission dar, welcher Aspekt der Meldung Fragen aufwarf und aufgrund welcher Überlegungen sie zu dem Urteil kam, dass in dem betreffenden Fall die Sorgfaltskriterien eingehalten bzw. nicht eingehalten wurden. Dabei beschränkt sich die Kommission auf den Aspekt, der Fragen aufgeworfen hat.

Die Kommissionen wollen hiermit erreichen, dass Ärzte und andere Interessierte besser nachvollziehen können, wie die Kommissionen zu ihren Urteilen kommen und welches Argument dabei jeweils ausschlaggebend war.

Als Beispiele für Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden in Kapitel 2 die Fälle 2021-05, 2021-07, 2021-36, 2021-40 und 2021-65 beschrieben. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass dort eine Zusammenfassung des jeweiligen Falls wiedergegeben ist und nicht das an den Arzt versandte verkürzte Beurteilungsschreiben. Auch auf der Website der Kommissionen ([www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)) werden Fallbeschreibungen von einem Teil der keine Fragen aufwerfenden Meldungen veröffentlicht.

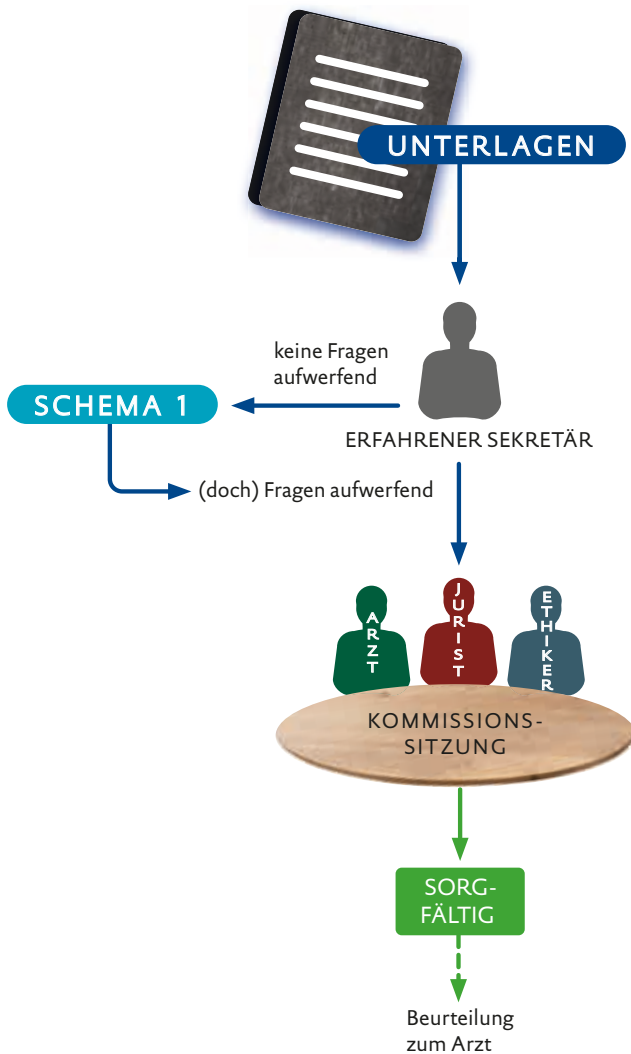
## SCHEMA 1

94,6% DER MELDUNGEN  
(KEINE FRAGEN AUFWERFEND)



## SCHEMA 2

5,4% DER MELDUNGEN  
(FRAGEN AUFWERFEND)



2021 wurden 94,6 % der eingegangenen Meldungen vom Sekretär der Kommissionen als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft.

Von allen eingegangenen Meldungen wurden 5,4 % unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert, etwa – jedoch nicht ausschließlich – weil der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt, weil Fragen zur Durchführung der Sterbehilfe aufkamen oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren.

2021 vergingen zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung im Schnitt 32 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes festgelegte Frist von sechs Wochen eingehalten, allerdings betrug die durchschnittliche Bearbeitungsdauer drei Tage mehr als im Vorjahr.

### **SCHRIFTLICHE UND MÜNDLICHE FRAGEN DER KOMMISSIONEN**

In einigen Fällen schaffen die vom Arzt und Konsiliararzt eingereichten Berichte nebst Anlagen keine hinreichende Klarheit für eine Beurteilung des Falls durch die Kommission. Die Kommission kann dann den Arzt oder Konsiliararzt um eine nähere Erläuterung bitten.

Die Kommissionen haben in 21 gemeldeten Fällen – einschließlich der weiter oben genannten sieben Meldungen, in denen die Kommission zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden – den Arzt und in einigen Fällen den Konsiliararzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten.

Bei 23 Meldungen haben die Kommissionen den meldenden Arzt und in einigen Fällen den Konsiliararzt gebeten, auf einer Kommissionssitzung die Fragen der Kommission mündlich zu beantworten, zum Teil, nachdem dem Arzt zuvor schriftlich Fragen gestellt worden waren. Die mündlichen und schriftlichen Erläuterungen der Ärzte und Konsiliarärzte waren für die Kommission in der Regel hinreichend aufschlussreich, um feststellen zu können, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Gleichwohl haben die Kommissionen den Ärzten auch regelmäßige Ratschläge zur Verbesserung ihrer Handlungsweise bei der Durchführung der Sterbehilfe oder der Meldung des Falls gegeben.

### **KOMPLEX GELAGERTE FÄLLE**

Die Kommissionen beraten sich untereinander intensiv über komplex gelagerte Fälle, bei denen man es für angezeigt hält, dass sich alle Kommissionsmitglieder und Sekretäre dazu äußern können. So wird der vorläufige Beurteilungsentwurf einer Meldung, bei der die prüfende Kommission der Ansicht ist, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten

wurden, zusammen mit den zugehörigen Unterlagen allen anderen Kommissionsmitgliedern und Sekretären digital im Intranet vorgelegt. Auch Fälle, in denen bei einem nicht willensfähigen Patienten aufgrund von dessen schriftlicher Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet wurde, werden auf diese Weise beurteilt. Nach Kenntnisnahme der Reaktionen der anderen Kommissionsmitglieder formuliert die prüfende Kommission anschließend eine definitive Beurteilung.

Auch in anderen Fällen, in denen die Kommission eine interne Debatte für angezeigt hält, werden die vorläufigen Beurteilungen ins Intranet eingestellt. Ziel dieses Vorgehens ist es, die bestmögliche Qualität des Beurteilungsverfahrens und die größtmögliche Einheitlichkeit der Beurteilungen zu gewährleisten. 2021 wurden, einschließlich der als »Sorgfaltskriterien nicht erfüllt« beurteilten Fälle, 30 Meldungen im größeren Kreis besprochen.

### **REFLEXIONSGREMIUM**

2016 haben die Kontrollkommissionen ein internes Reflexionsgremium eingerichtet, das unter anderem die Abstimmung der Kommissionen untereinander und die Harmonisierung der Beurteilungen weiter fördern soll. Das Gremium setzt sich aus zwei Juristen, zwei Ärzten und zwei in Ethik- oder Sinnfragen sachkundigen Personen zusammen, die jeweils seit mindestens drei Jahren einer Kontrollkommission angehören und diese Position voraussichtlich noch mindestens zwei Jahre innehaben werden. Sie werden von einem Sekretär unterstützt. Das Reflexionsgremium kann von den Kommissionen in komplexen Fällen eingeschaltet werden. Es beurteilt eine Meldung nicht in vollem Umfang, sondern befasst sich mit einer oder mehreren spezifischen Fragen, die von der Kommission formuliert wurden, die das Gremium angerufen hat. Dabei geht es in der Regel um Fragen, die über die spezifische Meldung hinaus relevant sind. Da auch die Beratungen des Reflexionsgremiums Zeit in Anspruch nehmen, wird der meldende Arzt darüber informiert, dass sich die Beurteilung seines Falls möglicherweise verzögern wird. 2021 hat das Reflexionsgremium mit der Aktualisierung des Sterbehilfe-Kodex 2018 begonnen; dieser Prozess wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2022 abgeschlossen.

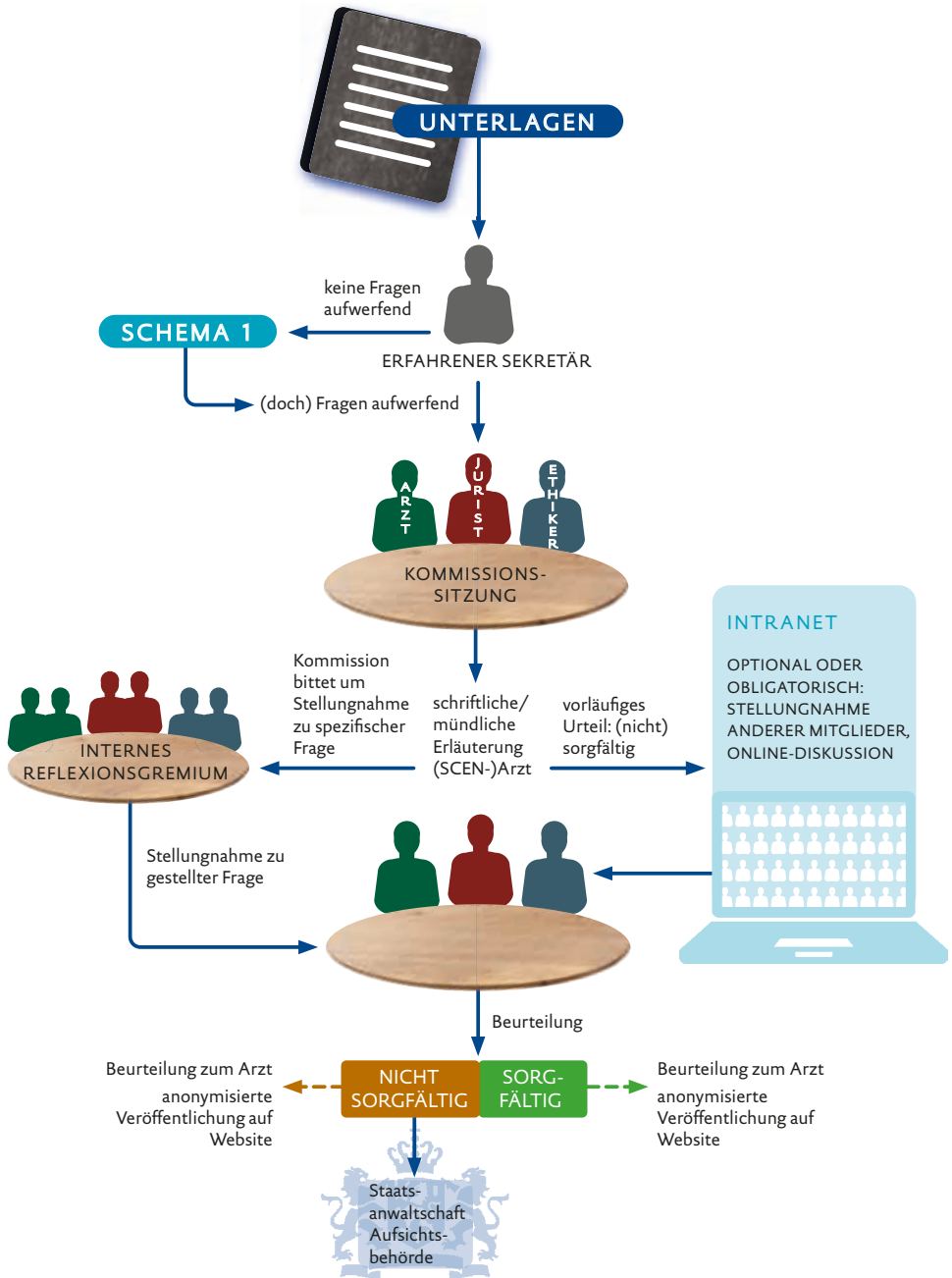
### **SONSTIGE FRAGEN**

2021 wurde die Entwicklung eines neuen Automatisierungssystems für die Kontrollkommissionen in Angriff genommen, das voraussichtlich noch vor dem Sommer 2022 in Betrieb genommen wird.

Der Gesundheitsminister hat 2021 die vierte Evaluierung des Sterbehilfegesetzes in Auftrag gegeben, die 2022 beginnen soll.

# SCHEMA 3

< 1% DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)





## ORGANISATION

Die Kontrollkommissionen decken fünf Regionen ab mit jeweils drei Juristen (Vorsitzende), drei Ärzten und drei Sachverständigen für Ethik- oder Sinnfragen (Ethiker). Damit gehören den Kommissionen 45 Mitglieder an. Sie werden im Rahmen eines öffentlichen Verfahrens angeworben und auf Vorschlag der Kommissionen vom Gesundheitsminister und vom Justizminister für einen Zeitraum von vier Jahren ernannt und können einmalig wiederernannt werden.

Die Kommissionen sind unabhängig, d. h., dass sie ihre Prüfungstätigkeit ohne Einmischung durch die Minister, die Politik oder Dritte ausüben. Anders ausgedrückt: die Minister ernennen zwar die Kommissionsmitglieder und den Koordinierenden Vorsitzenden, sie sind aber nicht befugt, ihnen Vorgaben bezüglich des Inhalts der Beurteilungen zu machen.

Der Koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen leitet die strategischen Beratungen aller Kommissionsvorsitzenden, an denen immer auch jeweils ein Vertreter der Ärzte und der Ethiker teilnimmt. Er ist zugleich Kommissionsvorsitzender in einer der fünf Regionen. Unterstützt werden die Kommissionen von einem Sekretariat mit ca. 25 Mitarbeitern, das aus dem Generalsekretär, den Sekretären (Juristen) und administrativen Mitarbeitern besteht. Die Sekretäre haben eine beratende Stimme in den Kommissionssitzungen. Die inhaltliche Koordinierung der Arbeit der einzelnen Sekretäre ist Aufgabe des Generalsekretärs. Im März 2021 sind die Sekretariate nach Utrecht umgezogen. Sobald die Coronamaßnahmen es zulassen, werden alle Kommissionssitzungen ebenfalls in Utrecht stattfinden. Im vergangenen Jahr fanden die Sitzungen zum Teil als Videokonferenzen statt.

# KAPITEL 2

## FALLBEISPIELE

# 2

### 1 EINLEITUNG

---

In diesem Kapitel geben wir Einblick in eine Reihe von Beurteilungen der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Im Kern besteht die Arbeit der Kommissionen aus der Beurteilung ärztlicher Sterbehilfe-Unterlagen.

Ein Arzt, der Sterbehilfe geleistet hat, ist gesetzlich dazu verpflichtet, dies dem von der Gemeinde bestellten Leichenbeschauer zu melden. Dieser leitet die Meldung mit den dazugehörigen Unterlagen an die Kontrollkommissionen weiter. Die vom Arzt vorgelegte Akte enthält unter anderem die Berichte des meldenden Arztes und des hinzugezogenen unabhängigen Konsiliararztes, Auszüge aus der Krankenakte des Patienten, etwa Facharztberichte, die schriftliche Patientenverfügung, sofern diese vorliegt, und eine Erklärung des Leichenbeschauers. Als unabhängiger Konsiliararzt wird fast immer ein Arzt hinzugezogen, der im Rahmen des Projekts »Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden« (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland/SCEN) ausgebildet wurde.

Die Kommission prüft, ob der meldende Arzt die sechs Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) eingehalten hat.

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 bestand und der Patient unerträglich litt,
- c) den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
- f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.

Die Kontrollkommissionen prüfen die Meldungen anhand des Sterbehilfegesetzes, der Gesetzesgeschichte, der einschlägigen Rechtsprechung sowie des überarbeiteten SterbehilfeKodex 2018<sup>7</sup>, der auf der Grundlage früherer Entscheidungen der Kontrollkommissionen verfasst wurde. Außerdem stützen sie sich auf Entscheidungen der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend.

Die Kommissionen beurteilen, ob *festgestellt werden konnte*, dass die Kriterien »Aufklärung« (c), »Konsultation« (e) und »medizinisch fachgerechte Durchführung« (f) erfüllt waren. Diese Aspekte sind verifizierbar. Die übrigen drei Sorgfaltskriterien geben vor, dass der Arzt *zu der Überzeugung gelangt sein* muss, dass die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde (a), dass ein unerträgliches Leiden und ein aussichtsloser Zustand vorlagen (b) und dass es keine annehmbare andere Lösung (d) für den Patienten gab. Die Formulierung »zu der Überzeugung gelangt sein« gewährt dem Arzt bei diesen drei Sorgfaltskriterien einen gewissen Beurteilungsspielraum. Die Kommissionen prüfen bei der Beurteilung des ärztlichen Handelns in diesen drei Punkten, wie der Arzt die betreffenden Sachverhalte untersucht und wie er seine Entscheidung begründet hat. Die Kommissionen kontrollieren also, ob der Arzt angesichts seines gesetzlichen Beurteilungsspielraums nachvollziehbar zu der Entscheidung kommen konnte, dass diese drei Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Dabei prüfen sie außerdem, wie der Arzt seine Entscheidung begründet. Der Bericht des Konsiliararztes stützt häufig die Begründung des Arztes.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Beurteilungen gliedern sich in jene, bei denen die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass die »Sorgfaltskriterien erfüllt waren« (Abschnitt 2), und jene, in denen die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass das nicht der Fall war (Abschnitt 3). Bei den Fällen der zweiten Kategorie ist die betreffende Kommission zu dem Schluss gekommen, dass der Arzt ein oder mehrere Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat.

Abschnitt 2 gliedert sich in drei Unterabschnitte. In Abschnitt 2.1 werden fünf Fälle dargelegt, die für den weitaus größten Teil der bei den Kommissionen eingehenden Meldungen stehen. Dabei handelt es sich um Fälle, in denen eine Heilung nicht (mehr) möglich war und der Patient an Krebs, einer Erkrankung des Nervensystems, einer Lungenerkrankung, einer Herz- und Gefäßkrankheit oder einer Mehrfacherkrankung litt. In diesen Fällen wird die Beurteilung nicht detailliert ausformuliert, sondern geht dem Arzt ein Beurteilungsschreiben zu, in dem er darüber informiert wird, dass er die Sorgfaltskriterien erfüllt hat.

7 *Der SterbehilfeKodex 2018 (in überarbeiteter Fassung aus dem Jahr 2020) steht auf der Website der Kommissionen zum Download bereit ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)). Außerdem kann auch ein gesondertes Einlegeblatt heruntergeladen und in die Druckfassung des SterbehilfeKodex 2018 eingefügt werden.*

In Abschnitt 2.2 wird auf verschiedene Sorgfaltskriterien genauer eingegangen, nämlich auf die Kriterien »freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte« (a), »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b), die gemeinsam erreichte Überzeugung, dass es »keine annehmbare andere Lösung« gab (d), »Konsultation« (e) und »medizinisch fachgerechte Durchführung« (f). Auf ein Sorgfaltskriterium wird an dieser Stelle nicht explizit eingegangen, nämlich auf die Aufklärung des Patienten über dessen medizinische Prognose (c). Dieses Kriterium ist im Allgemeinen eng mit anderen Sorgfaltskriterien verknüpft, zum Beispiel mit dem Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte. Davon kann nur dann die Rede sein, wenn der Patient gut über seine gesundheitliche Situation und seine medizinische Prognose informiert ist.

Des Weiteren werden in Abschnitt 2.3 vier Fälle beschrieben, in denen bei Patienten Sterbehilfe geleistet wurde, die einer besonderen Patientengruppe angehörten. Es handelte sich um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, einer Kumulation von Altersbeschwerden oder Demenz. In der ersten Fallbeschreibung in dieser Gruppe geht es um eine Demenzpatientin, die hinsichtlich ihres Sterbehilfeersuchens noch willensfähig war, in der zweiten um eine nicht mehr willensfähige Demenzpatientin.

In Abschnitt 3 werden die sieben Fälle beschrieben, in denen die Kommissionen in diesem Jahr zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Zwei Meldungen beziehen sich auf das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, zwei auf die medizinisch fachgerechte Durchführung und drei auf die große Behutsamkeit, mit der bei einem Sterbehilfeprozess bei Patienten vorgegangen werden muss, deren Leiden auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht.

Alle Fälle sind mit einer Nummer gekennzeichnet, unter der auf der Website der Kontrollkommissionen ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)) die Beurteilung abgerufen werden kann. In den Fällen, in denen dem Arzt eine ausformulierte Beurteilung zugegangen ist, sind die Informationen auf der Website in der Regel noch etwas ausführlicher. Hat der Arzt statt einer ausformulierten Beurteilung ein Beurteilungsschreiben erhalten, wurde für die Veröffentlichung auf der Website bzw. im Jahresbericht eine kurze Zusammenfassung des Sachverhalts aus der Meldung erstellt.

## 2 DER ARZT HAT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

---

### 2.1 FÜNF BEISPIELE FÜR DIE AM HÄUFIGSTEN VORKOMMENDEN MELDUNGEN

Wie in Kapitel 1 dargelegt, wird Sterbehilfe zum weitaus größten Teil bei Patienten geleistet, die an Krebs (61,1 % der Meldungen), Erkrankungen des Nervensystems (6,5 %), Herz- und Gefäßkrankheiten (4,6 %), Lungenerkrankungen (3,1 %) oder Mehrfacherkrankungen (13,7 %) leiden. Die nachfolgend beschriebenen fünf Meldungen, die allesamt keine Fragen aufwarfen, sind Beispiele für solche Fälle, die Beurteilungen illustrieren die Problemfelder, mit denen sich die Kommissionen am häufigsten befassen.

Die erste Beurteilung ist am ausführlichsten ausformuliert. Sie zeigt beispielhaft, dass die Kommissionen die Einhaltung aller Sorgfaltskriterien prüfen. Bei den anderen Beurteilungen steht vor allem das Leiden des Patienten im Fokus.

**BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Konsiliararzt stellte zunächst fest, dass die Sorgfaltskriterien noch nicht erfüllt waren, auf der Website unter Nummer 2021-36 zu finden.**

Bei einer Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde etwa zwei Monate vor ihrem Tod ein wahrscheinlich bösartiger Gehirntumor festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Die Frau konnte auf dem rechten Auge immer schlechter sehen. Das Sprechen fiel ihr zunehmend schwerer (Aphasie) und auch komplexe Handlungen konnte sie immer weniger durchführen (Apraxie). Außerdem verursachte ihr ihr Gedächtnis Schwierigkeiten. Die Frau konnte jene Dinge nicht mehr tun, die ihr bislang Ablenkung verschafft hatten. Ihr körperlicher Verfall frustrierte sie, und sie litt unter der zunehmenden Abhängigkeit von anderen. Ihre Welt wurde immer kleiner, und sie hatte auch kaum noch eine Perspektive. Zusätzlich litt sie unter der begründeten Angst, dass sie in ihrem täglichen Leben immer weiter eingeschränkt werden würde. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für die Frau annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern.

Sie hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Vier Tage vor ihrem Tod bat sie den Arzt, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen. Der Arzt stellte fest, dass die Frau ihr Ersuchen trotz ihrer Kommunikations- und Gedächtnisschwierigkeiten klar begründen konnte. Der Arzt und ein Facharzt hatten die Frau über ihre Situation und über ihre Aussichten aufgeklärt. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Frau erstmals fünf Wochen vor ihrem Tod. Er kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien noch nicht erfüllt waren, da die Frau zu diesem Zeitpunkt noch nicht unerträglich litt. Er hielt es jedoch für möglich, dass dies in absehbarer Zeit der Fall sein würde. Nach einem Telefonat mit dem Arzt besuchte der Konsiliararzt die Frau drei Tage vor ihrem Tod erneut und kam zu dem Schluss, dass das Leiden der Frau jetzt tatsächlich unerträglich war. Zugleich stufte er die Frau hinsichtlich ihres Sterbehilfeersuchens nach wie vor als willensfähig ein. Er kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Meldung, die keine Fragen aufwarf, ALS, Kommunikation mittels Sprachcomputer, auf der Website unter Nummer 2021-65 zu finden.

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren erhielt neun Monate vor ihrem Tod die Diagnose amyotrophe Lateralsklerose (ALS). ALS ist eine nicht heilbare Erkrankung des Nervensystems, die mit Muskelschwund einhergeht.

Für die Frau war der Austausch mit anderen immer sehr wichtig gewesen. Mit der Zeit war sie beim Sprechen jedoch nicht mehr zu verstehen gewesen. Sie konnte gerade noch mit Hilfe einer Kommunikations-App mit anderen »sprechen«, aber das fühlte sich für sie wie eine Zusammenfassung von Sätzen und Wörtern an, nicht wie ein echtes Gespräch. Das verursachte bei ihr großen Frust. Außerdem litt sie unter Schluckbeschwerden und der damit einhergehenden übermäßigen Speichelproduktion. Infolgedessen konnte sie kaum noch essen, was für sie bis dato immer ein großer Genuss gewesen war. Die Frau verschluckte sich regelmäßig, was unangenehm und beängstigend für sie war.

Sie litt unter ihrem körperlichen Verfall, dem Verlust von Autonomie, der Aussichtslosigkeit ihrer Situation und einer begründeten Erstickenangst. Sie fürchtete, dass dies alles nur noch schlimmer werden würde. Sie empfand ihr Leiden als unerträglich.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für die Frau annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## LUNGENERKRANKUNGEN

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Keine Fragen aufwerfende Meldung, rasche Progression einer Lungenfibrose, auf der Website unter Nummer 2021-05 zu finden.

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde zwei Jahre vor seinem Tod eine Lungenfibrose (schwere Lungenkrankheit) diagnostiziert. Ein halbes Jahr vor seinem Tod war die Krankheit bereits weit fortgeschritten. Etwa anderthalb Monate vor dem Tod des Mannes wurde festgestellt, dass es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gab. Der Zustand des Mannes verschlechterte sich in hohem Tempo.

Obwohl ihm kontinuierlich Sauerstoff zugeführt wurde, hatte er nach der geringsten Anstrengung schwere Atemnot. Selbst aufrecht zu sitzen wurde für ihn zu beschwerlich. Der Mann wurde in kurzer Zeit komplett bettlägerig und von anderen abhängig. Er war zu fast gar nichts mehr in der Lage, wohingegen er früher sehr aktiv und unternehmungslustig gewesen war. Dadurch litt er umso mehr unter dem raschen Verlust seiner Selbständigkeit und dem Wissen, dass sich seine Situation nur weiter verschlechtern würde. Der Mann hatte die begründete Angst, er könne ersticken; das wollte er nicht miterleben müssen.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Für den Mann gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.



## HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEITEN

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Meldung, die keine Fragen aufwarf, fehlende Perspektive, auf der Website unter Nummer 2021-40 zu finden.

Eine Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren erlitt zwei Monate vor ihrem Tod einen Schlaganfall, der Langzeitfolgen wie linksseitigen Kraftverlust, eine Sprachstörung und Schmerzen verursachte. Nach einem Krankenhausaufenthalt wurde sie drei Wochen vor ihrem Tod in einem Pflegeheim untergebracht. Nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten wurden angesichts des hohen Alters der Patientin keine Reha-Maßnahmen eingeleitet.

Das Leiden der Frau bestand aus dem plötzlichen Verlust ihrer Selbstständigkeit sowie ihrer vollständigen Pflegebedürftigkeit. Sie war zu fast überhaupt nichts mehr in der Lage. Ein Wasserglas zu halten oder sich im Bett umzudrehen überforderte sie bereits. Der Frau fiel es schwer, zu sprechen, ihre gesamte linke Körperhälfte schmerzte und sie war sehr müde. Sie wünschte sich Hilfe bei der Selbsttötung, weil sie ihre Situation als schrecklich empfand.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Für die Frau gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## MEHRFACHERKRANKUNGEN

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Keine Fragen aufwerfende Meldung, Mehrfacherkrankungen, auf der Website unter Nummer 2021-07 zu finden.

Ein Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt bereits längere Zeit vor seinem Tod an mehreren Erkrankungen – COPD (chronische Lungenerkrankung), schweren Nierenproblemen, Krebs im Dickdarm, Rektum und in den Lungen, sowie 8 Jahre lang bis zu seinem Tod auch an Herzinsuffizienz. Letztere verschlimmerte sich etwa vier Monate vor dem Tod enorm. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Das Leiden des Mannes bestand aus dem Verlust seiner Kräfte, bei der geringsten Anstrengung kam es zu Atemnot. Er litt unter zunehmender Müdigkeit, Schluckbeschwerden und dem Verlust seines Geruchs- und Geschmackssinns. Er war inzwischen vollständig bettlägerig geworden, und einige Wochen vor seinem Tod trat ein schmerzhafter Dekubitus am Steißbein auf. Der Mann war völlig erschöpft und wollte nicht länger leiden.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Mannes für ihn unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Für den Mann gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## 2.2 NACH FÜNF SORGFALTSKRITERIEN DES STERBEHILFEGESETZES GEORDNETE FÄLLE

Nachstehend werden fünf Beurteilungen beschrieben, in denen fünf Sorgfaltskriterien behandelt werden: der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde (a), dass der Patient unerträglich leidet und sein Zustand aussichtslos ist (b), Arzt und Patient müssen gemeinsam zu der Überzeugung gelangen, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt (d), es muss ein unabhängiger Arzt hinzugezogen werden (e) und die Lebensbeendigung muss medizinisch fachgerecht durchgeführt werden (f). Alle in diesem Kontext beschriebenen Meldungen waren als »Fragen aufwerfend« eingestuft worden, d. h. sie sind im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen und dem Arzt ist die ausformulierte Beurteilung der relevanten Sorgfaltskriterien übermittelt worden.

### FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Im Sterbehilfegesetz ist festgelegt, dass der durchführende Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient sein Sterbehilfeersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Laut Gesetz muss der Patient das Ersuchen selbst äußern. Die meisten Patienten sind zum Zeitpunkt der Sterbehilfe zu einem normalen Gespräch in der Lage.

## FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

**BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Krebs, Patientin fiel zwei Tage vor ihrem Tod in ein Delir, mündliche Erläuterung des Arztes, auf der Website unter Nummer 2021-146 zu finden.**

Bei einer Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde fünf Monate vor ihrem Tod Darmkrebs festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich. In den letzten Wochen vor dem Tod kam es regelmäßig zu Blutverlust bei der Patientin; ihr Zustand verschlechterte sich rapide. Sie litt darunter, vollständig bettlägerig und von anderen abhängig zu sein. Sie hatte Bauchschmerzen, die sich mit Medikamenten nicht gut behandeln ließen, weil sie bei ihr nach kurzer Zeit ein Delir (Verwirrtheit) auslösten. Außerdem wusste sie, dass ihr Zustand sich nicht mehr verbessern würde.

Der Kommission war nicht klar, ob der Arzt mit der Frau ausführlich genug über die geplante Sterbehilfe gesprochen hatte. Darüber hinaus fiel die Patientin zwei Tage vor ihrem Tod in ein Delir, sie befand sich also kurz vor der Durchführung der Sterbehilfe in einem Zustand der Verwirrung. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Kommission die Frage, ob in diesem Fall das Kriterium der freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte um Sterbehilfe erfüllt war.

Der Arzt legte dar, dass er fünf Monate vor dem Tod der Frau ein gutes Gespräch über Sterbehilfe mit ihr geführt habe. Darin habe sie erklärt, dass sie Sterbehilfe wünsche, falls ihr Leiden unerträglich würde. In der darauf folgenden Zeit hatten Arzt und Patientin regelmäßigen Kontakt. Zum damaligen Zeitpunkt war das Leiden der Patientin noch nicht unerträglich. Kurz vor ihrem Tod wurde die Frau in verwirrtem Zustand ins Krankenhaus aufgenommen. Bei ihrer Rückkehr nach Hause konnte sie nicht mehr selbst aus dem Bett aufstehen. Die Frau war vollständig auf die Hilfe anderer angewiesen und empfand ihr Leiden als unerträglich. Dies war auch für den Arzt ein Wendepunkt, weil er wusste, dass der Frau ihre Selbständigkeit enorm wichtig war. Am Tag vor der Sterbehilfe führte der Arzt ein 20-minütiges Gespräch mit der Frau. Zu diesem Zeitpunkt war sie weder verwirrt noch schläfrig, sie konnte ihren Sterbewunsch klar äußern. Auch am Tag der Durchführung der Sterbehilfe wusste sie, weshalb der Arzt bei ihr war, und sie bestätigte den Wunsch nach Sterbehilfe. Der Arzt hatte keinerlei Zweifel an der Willensfähigkeit der Frau; seiner Auffassung nach hatte sie ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Auch der Konsiliararzt, der die Frau einen Tag nach ihrer Rückkehr aus dem Krankenhaus besuchte, stellte fest, dass sie nicht verwirrt war. Er stuft sie im Hinblick auf ihr Ersuchen als willensfähig ein.

Die Kommission war der Ansicht, dass die Gespräche zwischen dem Arzt und der Frau nicht ausführlich genug beschrieben worden waren. Dem Arzt wurde klar, dass er die inhaltliche Ausrichtung der Gespräche genauer hätte erläutern müssen. Aufgrund der mündlichen Erläuterung des Arztes war die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

### AUSSICHTSLOSER ZUSTAND, UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

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. Es bedeutet, dass es nach verständiger Würdigung der Sachlage keine für den Patienten angemessenen kurativen oder palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Beurteilung eines aussichtslosen Zustands und unerträgliches Leidens ist eng mit der Beurteilung des Sorgfaltskriteriums verknüpft, ob es keine annehmbare andere Lösung gibt, um den Patienten von seinem Leiden zu befreien bzw. das Leiden zu lindern. [...] Die Unerträglichkeit des Leidens lässt sich zum Teil schwer feststellen, weil Leiden sehr individuell empfunden wird. Was für den einen Patienten noch erträglich ist, ist es für einen anderen nicht. Es geht darum, wie der einzelne Patient das Leiden in Verbindung mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinen Wertvorstellungen und seiner physischen und psychischen Belastbarkeit empfindet. Für den Arzt muss es unter Berücksichtigung der Vorgeschichte begreiflich und nachvollziehbar sein, dass dieser Patient unerträglich leidet (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 24).

Obwohl die Sorgfaltskriterien »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b) und »keine annehmbare andere Lösung« (d) aufgrund ihrer Überlappungen häufig zusammen betrachtet und beurteilt werden, werden sie nachstehend mit gesonderten Fallbeispielen illustriert. Im ersten Fall stehen der aussichtslose Zustand und das unerträgliche Leiden im Fokus, im zweiten das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung. Aber wie gesagt, diese beiden Kriterien können niemals völlig unabhängig voneinander betrachtet werden.

## UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

---

**BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Gehirnblutung, wenig Zeit zwischen Gehirnblutung und Durchführung der Sterbehilfe, mündliche Erläuterung des Arztes, auf der Website unter Nummer 2021-147 zu finden.**

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren kam es gut zwei Wochen vor seinem Tod zu einer Gehirnblutung, wodurch er linksseitig gelähmt war. Der Mann begann zwar eine Rehabilitationsbehandlung, bat jedoch schon bald darauf um Sterbehilfe. Man vereinbarte mit ihm, noch etwas zu warten, da er seine Meinung nach einer gewissen Zeit womöglich ändern könnte. Der Mann erklärte, dass dies nicht geschehen werde. Aufgrund seiner Einschränkungen konnte er seinen täglichen Beschäftigungen nicht mehr selbständig nachgehen. Sein Sterbewunsch war konsistent.

Aus den Unterlagen und der Korrespondenz mit dem Arzt leitete die Kommission ab, dass der Mann nicht in der Lage war, sich selbst zu versorgen, und dass er nicht mobil war. Er lebte bereits 30 Jahre allein und war immer absolut selbständig gewesen. Er war immer ein Kämpfer gewesen und hatte bei all seinen gesundheitlichen Problemen alle in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Infolge seiner Lähmung war er auf einen Rollstuhl angewiesen und hatte dadurch die Kontrolle über sein Leben komplett verloren. Auch wenn es noch Rehabilitationsmöglichkeiten gab, wusste er, dass er niemals mehr in sein selbständiges Leben würde zurückkehren können. Für ihn war der Zeitpunkt gekommen, an dem er keine Kraft mehr für weitere Behandlungen hatte. Er empfand seine Lebensqualität als non-existent, seinen Zustand als aussichtslos und sein Leiden als unerträglich. Der Arzt kannte den Patienten gut und konnte dessen Einschätzung seiner Lage nachvollziehen.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Mannes unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

## KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Fragen aufwerfende Meldung, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, Altersbeschwerden mit Haarausfall, Empfehlung des unabhängigen Sachverständigen nicht befolgt, auf der Website unter Nummer 2021-28 zu finden.

Der Zustand einer Frau im Alter zwischen 90 und 100 Jahren verschlechterte sich infolge ihrer Altersbeschwerden, die aus Verschleißerscheinungen an Gelenken und Knochen, Atemnot, Abmagerung, einer Sehbehinderung und der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten bestanden. Außerdem litt sie an Alopecia universalis (vollständiger Haarverlust).

Die Frau hatte psychisch ihr ganzes Leben unter ihrer Haarlosigkeit gelitten, nicht zuletzt, weil sie deswegen gehänselt worden war. Es war ihr immer wichtig gewesen, ihre Glatze zu verbergen. Da sich ihre Gelenkprobleme immer weiter verschlechterten, würde sie für ihre Körperpflege von anderen abhängig werden. Das war für sie unvorstellbar, weil sie dann ihre Haarlosigkeit nicht länger geheim halten könnte.

Der Arzt entschied, einen Sozialgeriater hinzuzuziehen, um zu prüfen, ob es noch Behandlungsmöglichkeiten für die Frau gebe. Dieser sah noch eine annehmbare Alternative – vorläufig abwarten und Gespräche zwecks Akzeptanz ihrer Haarlosigkeit führen.

Der Arzt berücksichtigte diese Empfehlung in seinem Entscheidungsprozess, sah darin aber keine annehmbare Alternative. Auch der Konsiliararzt kam zu diesem Schluss, nachdem er mit der Patientin gesprochen hatte. Angesichts ihres hohen Alters und der langen Zeit, in der die Patientin ihre Haarlosigkeit verheimlicht hatte, hielt er abwarten und Gespräche für keine adäquate Lösung.

Nach Auffassung der Kommission muss sich der Arzt in die Lage eines Patienten hineinversetzen, um Schlussfolgerungen ziehen zu können. Das hatte der Arzt nach Ansicht der Kommission getan. Damit kam sie zu dem Schluss, dass der Arzt gründlich geprüft hatte, ob es noch Behandlungsmöglichkeiten gab. Das war nicht der Fall. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

## HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Der Arzt hat im Vorfeld der Sterbehilfe mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, der den Patienten sieht und beurteilt, ob die Sorgfaltskriterien seines Ersuchens – unerträgliches Leiden, keine annehmbare Alternative und Aufklärung des Patienten – erfüllt sind.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Patienten gilt unter anderem, dass er nicht mit ihm verwandt oder befreundet sein und ihn weder wegen der betreffenden Krankheit noch zu einem früheren Zeitpunkt behandelt haben oder an der Behandlung beteiligt gewesen sein darf. Ein einmaliger Kontakt zwischen Arzt und Patient im Rahmen einer Vertretung ist nicht von vornherein problematisch, Art und Zeitpunkt des Kontakts geben den Ausschlag (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 31).



## HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

---

**BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Krebs, hinzugezogener Konsiliararzt erkannte den Patienten von einer früheren Untersuchung, auf der Website unter Nummer 2021-42 zu finden.**

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde drei Monate vor seinem Tod ein unheilbarer Krebs diagnostiziert. Er bat um Sterbehilfe. Daraufhin zog der Arzt den zu diesem Zeitpunkt diensthabenden SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinzu, der den Mann vier Tage vor der Durchführung der Sterbehilfe besuchte. Es stellte sich heraus, dass er schon einmal mit dem Mann zu tun gehabt hatte, und zwar im Rahmen einer Untersuchung drei Monate, bevor die Sterbehilfe durchgeführt wurde. Die Kommission befasste sich mit der Frage, inwieweit der SCEN-Arzt den Patienten kannte, schließlich darf der Konsiliararzt den Patienten weder behandeln noch behandelt haben.

Zum Zeitpunkt dieser früheren Untersuchung befand sich der Mann in einem Zustand des verminderten Bewusstseins, von einem intensiven persönlichen Kontakt konnte also keine Rede sein. Außerdem bestand kein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen dieser Untersuchung und der Krankheit des Mannes. Darüber hinaus erklärte der SCEN-Arzt, dass der Patient ihn nicht wiedererkannt habe. Er war der Ansicht, dass er in der Lage war, ein unabhängiges Urteil über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien zu fällen.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der SCEN-Arzt aufgrund der in der Vergangenheit durchgeführten Untersuchung des Mannes als mitbehandelnder Arzt gelten konnte. Dennoch konnte sie sich der Argumentation des SCEN-Arztes und des meldenden Arztes anschließen. Der Kontakt zwischen dem SCEN-Arzt und dem Mann war nicht dergestalt gewesen, dass der SCEN-Arzt sich kein unabhängiges Urteil mehr hätte bilden können. Trotz allem ist die Kommission der Auffassung, dass ein Konsiliararzt hinzuzuziehen ist, bei dem in keiner Weise der Eindruck von Abhängigkeit entstehen kann. Deshalb empfiehlt es sich, einen SCEN-Arzt einzuschalten, der keinerlei Verbindung mit dem Patienten hat.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt in diesem Fall davon ausgehen durfte, dass er einen unabhängigen Konsiliararzt hinzugezogen hatte. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

## MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Leistet ein Arzt Sterbehilfe, so muss er sie medizinisch fachgerecht durchführen. Dabei geht es unter anderem um die zu verwendenden Mittel, deren Dosierung sowie um die Kontrolle der Tiefe des herbeigeführten Komas. Bei der Beurteilung der Einhaltung dieses Sorgfaltskriteriums legten die Kommissionen bis zum Jahr 2022 die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe aus dem Jahr 2012 (im Folgenden: die Richtlinie) zugrunde. Nach dieser Richtlinie muss der Arzt für den Fall, dass mit dem Medikamentenset etwas nicht stimmt, Reservemedikamente bei sich haben (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 35).

Außerdem ist wichtig, dass der Arzt alle Schritte des Verfahrens selbst durchführen muss. Das bedeutet, dass er vor Ort bleibt, bis der Tod eingetreten ist und die Beratungen mit dem Leichenbeschauer abgeschlossen sind (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 36).

## MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

---

**BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Mehrfacherkrankungen, Ärztin verließ den Patienten während der Durchführung, allerdings blieb ein in der Ausbildung zum Facharzt befindlicher Arzt beim Patienten, auf der Website unter Nummer 2021-30 zu finden.**

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren verlief der Sterbehilfeprozess sehr mühsam. Die Ärztin erläuterte den Sachverhalt wie folgt.

Nachdem sie dem Mann das komauslösende Mittel (2000 mg Thiopental) verabreicht hatte, war dieser nach zehn Minuten noch nicht in ein hinreichend tiefes Koma gefallen. Darum musste sie auf die Reservemedikamente zurückgreifen. Etwa eine halbe Stunde nach der ersten Dosis verabreichte die Ärztin eine zweite Dosis des komauslösenden Mittels in gleicher Höhe. Auch jetzt trat jedoch kein hinreichend tiefes Koma ein. Obwohl die Ärztin keinen Hinweis darauf sah, dass der Zugang nicht richtig lag, vermutete sie, dass dies der Fall war. Nach Rücksprache mit der Apotheke besorgte sich die Ärztin dort einen dritten Satz Sterbemittel. Der zur Unterstützung anwesende Arzt in der Facharzt Ausbildung blieb bis zur Rückkehr der Ärztin bei dem Mann. Daraufhin legte die Ärztin einen neuen Zugang am anderen Arm des Mannes. Zweieinhalb Stunden nach der zweiten Dosis verabreichte die Ärztin eine dritte Dosis des komauslösenden Mittels über den neuen Zugang. Daraufhin trat ein hinreichend tiefes Koma ein, und die Ärztin konnte das Muskelrelaxans (150 mg Rocuronium) verabreichen. Einige Minuten später stellte die Ärztin fest, dass der Tod eingetreten war.

Die Kommission merkte an, dass es bei der Durchführung der Sterbehilfe zu Problemen kommen kann, die ein unmittelbares Eingreifen eines Arztes erfordern können. Deshalb darf der Arzt den Patienten nach der Richtlinie und dem SterbehilfeKodex in dieser Zeit nicht verlassen. Die Kommission war der Ansicht, dass die Ärztin in der vorliegenden Situation von dieser Regel abweichen durfte, weil ein anderer Arzt bei dem Mann verblieben war, der bei möglichen Komplikationen hätte eingreifen können.

Angesichts des Vorstehenden kam die Kommission unter diesen spezifischen Umständen zu dem Schluss, dass die Sterbehilfe medizinisch fachgerecht durchgeführt worden war. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

## 2.3 VIER FALLBEISPIELE BEZÜGLICH PATIENTEN MIT EINER BESONDEREN ERKRANKUNG (PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG, KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN UND DEMENZ)

### PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung dürfen nicht nur bei Patienten in der letzten Lebensphase durchgeführt werden. Auch bei Patienten mit einer längeren Lebenserwartung, etwa Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, kann Sterbehilfe geleistet werden. Allerdings muss in einer derartigen Situation mit besonderer Behutsamkeit vorgegangen werden. So muss zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt ein unabhängiger Psychiater oder ein Konsiliararzt, der selbst Psychiater ist, hinzugezogen werden. Dieser soll insbesondere die Willensfähigkeit des Patienten im Hinblick auf den Sterbewunsch, die Unerträglichkeit des Leidens und die Aussichtslosigkeit des Zustands beurteilen sowie die Frage, ob es möglicherweise eine annehmbare andere Lösung gibt. Mit Blick auf den letztgenannten Aspekt gilt, dass nicht von einem aussichtslosen Zustand die Rede sein kann, wenn der Patient eine annehmbare Alternative ablehnt. Allerdings muss sich ein Patient nicht allen noch denkbaren Behandlungen unterziehen (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 44-45).

## PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

**BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Depressionen und PTBS, Hausarzt führt Sterbehilfe durch, auf der Website unter Nummer 2021-148 zu finden.**

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt bereits seit 25 Jahren an schweren, rezidivierenden Depressionen. Außerdem lag eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor; darüber hinaus hatte die Frau Probleme mit ihrer Leber. Die Frau hatte mehrere Selbstmordversuche unternommen. Sie war infolge ihrer Depressionen seelisch und körperlich erschöpft. Sie war zu nichts mehr in der Lage, und es gab keine Zeiten mehr, in denen es ihr besser ging. Etwa einen Monat vor ihrem Tod bat die Frau ihren Hausarzt um Sterbehilfe. Daraufhin wurden noch ein unabhängiger Psychiater und ein Konsiliararzt eingeschaltet, die die Patientin beide besuchten.

### FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

In den Gesprächen mit dem Arzt hatte sich die Frau stets klar und deutlich ausdrücken können. Sie konnte ihre Situation gut überblicken. Der unabhängige Psychiater stellte fest, dass die Frau bei den Gesprächen gut über Zeit, Ort und Personen im Bilde war. Sie konnte klare Gedanken über ihren Wunsch formulieren, ihr Leben zu beenden. Auch auf den Konsiliararzt wirkte die Frau während des Gesprächs klar, deutlich und überlegt. Sowohl der Arzt als auch der unabhängige Psychiater und der Konsiliararzt waren der Auffassung, dass die Frau im Hinblick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig war.

### AUSSICHTSLOSER ZUSTAND UND UNERTRÄGLICHES LEIDEN SOWIE FEHLEN EINER ANNEHMBAREN ANDEREN LÖSUNG

Aus dem Bericht des Arztes ging hervor, dass die Frau alle Behandlungsmöglichkeiten ausprobiert und an allen Therapien mitgewirkt hatte. Aufgrund der Probleme mit ihrer Leber vertrug sie Medikamente jedoch schlecht. Die Patientin unterzog sich einer »Eye Movement Desensitization and Reprocessing«-Therapie (EMDR) und einer Elektrokonvulsions-therapie (EKT), was jedoch keine hinreichende oder bleibende Wirkung erzielte. Sie durchlebte ihre Traumata immer wieder und bekam erneut eine Depression. Sie war seelisch und körperlich völlig erschöpft und zu nichts mehr in der Lage. Für sie gab es keine Zeiten mehr, in denen es ihr besser ging. Vor diesem Hintergrund waren alle am vorliegenden Fall beteiligten Ärzte der Ansicht, dass der Zustand der Frau aussichtslos war, dass sie unerträglich litt und dass es keine annehmbare andere Lösung für sie gab.

Die Kommission kommt angesichts des Vorstehenden zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass ihr Zustand aussichtslos war und sie unerträglich litt. Darüber hinaus ist die Kommission der Auffassung, dass der Arzt gemeinsam mit der Frau zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der diese sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

#### KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Das Leiden des Patienten muss auf eine medizinisch erfasste Krankheit zurückgehen, die sowohl somatischer als auch psychiatrischer Natur sein kann. Dabei braucht es sich nicht um ein einzelnes, vorherrschendes medizinisches Problem zu handeln, das Leiden des Patienten kann auch die Folge einer Kumulation größerer und kleinerer gesundheitlicher Probleme sein. Die Summe gesundheitlicher Probleme kann, in Verbindung mit der Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten, seiner Persönlichkeit, seinen Wertvorstellungen und seiner Belastbarkeit, ein Leiden verursachen, das für den Patienten unerträglich ist (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 24).

## KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Keine Fragen aufwerfende Meldung, Einschränkungen im Alltag, auf der Website unter Nummer 2021-54 zu finden.

Eine Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt bereits längere Zeit vor ihrem Tod an verschiedenen Altersbeschwerden, darunter eine Augenkrankheit, Gleichgewichtsprobleme und Schluckbeschwerden. Außerdem lag eine Gebärmutterensenkung vor, und es kam zu regelmäßigen Scheideninfektionen und Miktionsstörungen. Infolge ihrer Gleichgewichtsprobleme stürzte die Patientin häufig, was schwere Komplikationen wie Knochenbrüche, Wunden und Wundinfektionen nach sich zog. Deshalb musste sie sich mehreren Hauttransplantationen unterziehen. Darüber hinaus hatte sie Sehnenanrisse und Probleme mit verschiedenen Gelenken. Das Essen fiel der Frau immer schwerer; sie konnte lediglich noch pürierte Nahrung zu sich nehmen. Die Frau litt unter diesen körperlichen Beschwerden. Außerdem konnte sie durch die Medikamente ihre Körperfunktionen nicht mehr vollständig kontrollieren.

Sie litt unter dem zunehmenden Verlust ihrer Selbständigkeit. Im Laufe der Jahre hatte sie ihren Alltag immer wieder neu gestaltet, um ihre Selbständigkeit zu sichern. Jetzt war ein Punkt erreicht, an dem sie ihren Hobbys nicht mehr nachgehen konnte, selbst lesen oder fernsehen war ihr nicht mehr möglich. Die Frau musste auf alles verzichten, was ihr einmal wichtig war. Sie litt unter der Sinnlosigkeit ihrer Situation, und die voraussichtliche weitere Verschlechterung ihres körperlichen Zustands machte ihr zu schaffen.

Sie hatte bereits mehrfach mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Einen Monat vor ihrem Tod bat die Frau den Arzt, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine Möglichkeiten mehr für die Frau, ihr Leiden zu lindern. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## DEMENZ

Bei Patienten mit Demenz muss der Arzt mit besonderer Behutsamkeit prüfen, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt sind, insbesondere das Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte und das der Unerträglichkeit des Leidens des Patienten. Bei Sterbehilfe im Anfangsstadium der Demenz genügt im Allgemeinen das reguläre Konsultationsverfahren. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich gezielt einen sachkundigen Kollegen um eine Stellungnahme bitten (SterbehilfeKodex 2018, S. 47).

In fast allen derartigen Fällen, die den Kommissionen gemeldet werden, geht es um Patienten, die sich über ihre Krankheit noch hinreichend im Klaren und mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig sind. Ausschlaggebend für das Leiden dieser Patienten ist, neben dem aktuellen Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten und Funktionen, häufig auch die Angst vor einer weiteren Verschlechterung und den damit verbundenen negativen Auswirkungen insbesondere auf ihre Würde und Eigenständigkeit (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 46).

In der Spätphase der Demenz, in der der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens nicht mehr als willensfähig betrachtet werden kann, ist die Durchführung der Sterbehilfe in den Fällen möglich, in denen der Patient, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung einschließlich Sterbehilfeersuchen verfasst hat. Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann eine schriftliche Patientenverfügung eine mündlich geäußerte Bitte ersetzen; alle in Artikel 2 Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien gelten entsprechend (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 38).

Nachstehend wird zunächst ein Fall beschrieben, in dem eine Patientin mit Demenz hinsichtlich ihres Ersuchens willensfähig war. Daran schließt sich ein Fall an, in dem die Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung geleistet wurde.



## WILLENSFÄHIGER DEMENZPATIENT

---

**BESONDERE ASPEKTE:** Keine Fragen aufwerfende Meldung, Alzheimer-Demenz, willensfähig, auf der Website unter Nummer 2021-86 zu finden.

Bei einer Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde etwa fünf Jahre vor ihrem Tod von einem Neurologen Alzheimer festgestellt. Die Krankheit schien langsam voranzuschreiten, allerdings nahm in den letzten Monaten vor dem Tod die Aphasie (Sprachstörung) zu.

Die Frau konnte kaum noch kommunizieren, weil ihr das Aussprechen von Wörtern immer schwerer fiel. Es kostete sie sehr viel Mühe, sich verständlich zu machen. Diese Situation war für sie extrem erschöpfend. Kommunikation hatte im Arbeits- und Privatleben der Patientin immer eine sehr wichtige Rolle gespielt. Dass sie dazu nicht mehr in der Lage war, belastete sie emotional schwer. Außerdem wusste sie, dass ihr eine Verschlechterung ihres Zustands bevorstand, was sie nicht durchleben wollte. Die Frau nahm ihr Leiden als unerträglich wahr.

Sie hatte in der Vergangenheit bereits mit der Ärztin über Sterbehilfe gesprochen. Fünf Wochen vor ihrem Tod bat sie die Ärztin, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Der Ärztin zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Sie stellte fest, dass die Frau ihre Bitte trotz der Aphasie mit klaren Worten und mit Hilfe ihrer Mimik gut zum Ausdruck bringen konnte. Die Ärztin hatte keinerlei Zweifel an der Willensfähigkeit der Frau im Hinblick auf ihren Sterbewunsch.

Sie war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Für die Frau gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Außerdem hatte die Ärztin die Patientin über die Situation, in der sie sich befand, und über ihre Prognose hinreichend informiert.

Als Konsiliararzt zog sie einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Frau zwei Wochen vor der Lebensbeendigung und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Trotz ihrer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit konnte die Patientin dem Konsiliararzt verdeutlichen, dass sie sich über ihre Erkrankung und die Tragweite ihres Ersuchens im Klaren war.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

## DEMENZ IM FORTGESCHRITTENEN STADIUM

Auf der Grundlage eines Urteils des Hohen Rates aus dem Jahr 2020 (ECLI:NL:HR2020:712) wurden einige Änderungen am Prüfverfahren bei Meldungen vorgenommen, die auf einer schriftlichen Patientenverfügung mit einer Bitte um Sterbehilfe basieren. Diese sind in der überarbeiteten Fassung des SterbehilfeKodex 2018 dargelegt. Bezüglich der nachfolgend beschriebenen Meldung eines Falls von Sterbehilfe bei einer Patientin mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium sind insbesondere die folgenden Zitate daraus relevant:

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz gelten die in Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien bei Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung entsprechend. Im Sinne der Gesetzesgeschichte bedeutet das, dass »die Sorgfaltskriterien, soweit dies in einer solchen Situation faktisch möglich ist, gelten« (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 38-39).

Konkret heißt das, dass der Arzt mit Blick auf das Sterbehilfeersuchen zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient die schriftliche Patientenverfügung seinerzeit freiwillig und nach reiflicher Überlegung verfasst hat. Der Arzt muss sich dabei auf seine Beurteilung der Krankenakte und der konkreten Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Fachkräften halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren, da eine mündliche Bestätigung der Wünsche durch den Patienten selbst nicht möglich ist. Darüber hinaus muss der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein, dass die aktuelle Situation des Patienten der Situation entspricht, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschrieben hat (SterbehilfeKodex 2018, S. 41).

Außerdem muss der Arzt auf Äußerungen achten, die dem Wunsch nach Sterbehilfe entgegenstehen könnten, z. B. verbale Äußerungen oder ein bestimmtes Verhalten des Patienten. Der Arzt muss beurteilen, ob derartige Äußerungen der Durchführung der Sterbehilfe entgegenstehen (überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 40).

Zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe muss eine Situation gegeben sein, in der davon ausgegangen werden muss, dass das Leiden des Patienten unerträglich ist. Dabei kann ein zu diesem Zeitpunkt unerträgliches körperliches Leiden vorliegen. Das Leiden kann zu diesem Zeitpunkt aber auch unerträglich sein, weil sich der Patient in jener Situation befindet, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung als (zu erwartendes) unerträgliches Leiden beschrieben hat. [...] Bei der Feststellung dieses aktuell unerträglichen Leidens kann sich der Arzt auf die eigene Beurteilung der Krankenakte und die konkrete Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Betreuern halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem

Patienten nahestehende Personen konsultieren. Ist der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient in der aktuellen Situation unerträglich leidet, kann dem Wunsch nach Sterbehilfe nicht entsprochen werden (überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 40).

Das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines anderen, unabhängigen Arztes, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, gilt unvermindert für den Fall der Durchführung der Sterbehilfe bei einem Patienten, der nicht mehr willensfähig ist. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der Konsiliararzt den Patienten persönlich aufsucht. Dies ist auch in einer solchen Situation möglich. Dabei wird zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten keine oder nur eine sehr eingeschränkte Kommunikation möglich sein. Dies hat zur Folge, dass der Konsiliararzt, neben seinen eigenen Beobachtungen, auch Informationen des Arztes und aus anderen Quellen heranziehen muss, damit er sich ein Urteil bilden und einen Bericht verfassen kann. [...] Der Umstand, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, wird in der Regel dazu führen, dass ein zweiter unabhängiger Arzt mit besonderer Sachkenntnis auf diesem Gebiet hinzugezogen wird, der die Willensfähigkeit des Patienten, die Unerträglichkeit seines Leidens und die Aussichtslosigkeit seines Zustands sowie mögliche vertretbare Alternativen beurteilen soll (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 41-42).

Die Durchführung der Sterbehilfe sollte den Patienten so wenig wie möglich belasten. Es kann bei einem Patienten, der im Hinblick auf das Sterbehilfeersuchen nicht mehr willensfähig ist, Anzeichen dafür geben, dass es bei der Durchführung der Sterbehilfe zu Unruhe, Erregung oder Aggression kommen kann. In einer solchen Situation können die vom Arzt zu berücksichtigenden medizinischen Standards ihn zu dem Schluss kommen lassen, dass eine Prämedikation angezeigt ist. Ist zwischen dem Arzt und dem Patienten aufgrund der Situation, in der sich der Patient befindet, keine sinnvolle Kommunikation mehr möglich, braucht der Arzt den Zeitpunkt und die Art der Durchführung der Sterbehilfe nicht mit dem Patienten zu besprechen (überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 42).

## MIT BLICK AUF DAS STERBEHILFEERSUCHEN NICHT MEHR WILLENSFÄHIGER PATIENT

**BESONDERE ASPEKTE:** Fragen aufwerfende Meldung, Alzheimer-Demenz, schriftliche Patientenverfügung, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, auf der Website unter Nummer 2021-90 zu finden.

Bei einer Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde etwa vier Jahre vor ihrem Tod aufgrund von schon länger bestehenden Beschwerden Alzheimer festgestellt. Die Frau war bereits seit vielen Jahren Mitglied des Niederländischen Verbands für ein selbstbestimmtes Lebensende (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende/NVVE). Viereinhalb Jahre vor ihrem Tod hatte sie eine schriftliche Patientenverfügung unterschrieben, die sie danach mittels Unterschrift noch mehrfach bekräftigt hatte, zuletzt zwei Jahre vor ihrem Tod. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie der Patientenverfügung auch eine persönlich formulierte Demenz-Klausel hinzugefügt.

Die Frau nahm Kontakt zum Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) auf, da ihr behandelnder Geriater aus grundsätzlichen Erwägungen keine Sterbehilfe leistete. Im zweiten Gespräch mit dem Arzt des Kompetenzzentrums – zwei Jahre und zehn Monate vor der Lebensbeendigung – bestätigte die Frau, unter welchen Umständen ihr damals noch nicht aktueller Sterbewunsch konkret würde. Zu diesem Zeitpunkt bestand kein Zweifel an der Willensfähigkeit der Frau hinsichtlich ihres Sterbehilfeersuchens.

Etwa zweieinhalb Jahre vor ihrem Tod stimmte die Patientin der Unterbringung in einer psychogeriatrischen Abteilung eines Pflegeheims zu. Dort verschlechterte sich ihr Zustand zunehmend. Letztlich wusste sie nicht einmal mehr, wer oder wo sie war. Auch ihre Kinder erkannte sie nicht mehr. Die Frau konnte nicht mehr sinnvoll kommunizieren und zog sich in sich selbst zurück. Sie war unruhig und traurig, konnte aber nicht mehr mitteilen, was sie traurig machte.

Neun Monate vor der Lebensbeendigung baten die Kinder der Frau den Arzt, die Patientenverfügung umzusetzen. Im dritten Gespräch des Arztes mit der Frau wurde ihm klar, dass sie ihn nicht mehr erkannte. Sie war in sich selbst gekehrt und konnte nicht über den Sterbewunsch kommunizieren. Der Arzt besuchte die Frau danach im Beisein ihrer Kinder noch drei Mal.

### FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Die Kommission stellte fest, dass die Frau eine klar formulierte Patientenverfügung erstellt hatte, in der sie konkret dargelegt hatte, was

sie mit »Leiden an Demenz« meinte. In diesem Kontext führte sie u. a. die Situationen an, nicht mehr zu wissen, wer und wo man sei und seine Angehörigen nicht mehr erkennen. Dies hatte sie auch mit dem Arzt besprochen. In der Vergangenheit hatte sie sich bereits bei ihrem Hausarzt und dem behandelnden Neurologen ähnlich geäußert; sie wollte nicht die Kontrolle verlieren und wie eine Primel eingehen. Darüber hinaus hatte die Frau ihren Sterbewunsch mit ihren Kindern besprochen. In all diesen Gesprächen war die Frau dem Arzt zufolge noch in der Lage, ihren Wunsch klar zu äußern.

Den Unterlagen war darüber hinaus zu entnehmen, dass die Unruhe und Überreiztheit bei der Patientin nach ihrer Aufnahme ins Pflegeheim zugenommen hatte. Gut ein Jahr vor der Lebensbeendigung führte dies dazu, dass sie aggressiv wurde und einen anderen Heimbewohner verletzte. Medikamente linderten ihre Unruhe, verursachten jedoch vermehrten Speichelfluss und Benommenheit. Nach Absetzen der Medikation (etwa fünf Monate vor der Lebensbeendigung) war die Patientin fortwährend niedergeschlagen; sie weinte und jammerte. Die darauf folgenden Besuche des Arztes bestätigten seinen Eindruck, dass die Frau in jene Situation geraten war, die sie in ihrer Patientenverfügung beschrieben hatte. Auch die Kinder der Frau und andere an dem Fall beteiligte Ärzte waren dieser Ansicht. Auf der Grundlage der vorliegenden Informationen kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Frau sich in einer Lage befand, in der sie – wie in ihrer Patientenverfügung beschrieben – unerträglich litt und dass die Verfügung den vom Hohen Rat benannten zwei wesentlichen Kriterien entsprach. Aus der Patientenverfügung ging hervor, dass die Frau für den Fall Sterbehilfe wünschte, dass sie nicht mehr willensfähig und der Grund für ihr Ersuchen das sich aus der Demenz ergebende Leiden war.

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt mehrfach versucht hatte, Kontakt mit der Frau herzustellen. Er hatte versucht herauszufinden, ob die Frau verbal oder nonverbal mitteilen konnte, dass sie keine Sterbehilfe mehr wünschte. Aus den Unterlagen ging hervor, dass es keine derartigen Äußerungen gegeben hatte. Allerdings hatte sie Äußerungen getätigt, die so verstanden werden konnten, dass sie nach wie vor Sterbehilfe wünschte, etwa »Ich will das nicht« oder »Ich will weg«. Obwohl keine genaue Bedeutung aus diesen Äußerungen abgeleitet werden konnte, konnte der Arzt nach Auffassung der Kommission zu dem Schluss kommen, dass dem Wunsch nach Sterbehilfe nichts entgegenstand.

Im Kontext des Vorstehenden ist die Kommission der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass ein freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen der Frau vorlag, bei dem die

schriftliche Patientenverfügung im Sinne des Artikels 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes das mündliche Ersuchen ersetzen konnte.

## AUSSICHTSLOSER ZUSTAND UND UNERTRÄGLICHES LEIDEN SOWIE KEINE ANDERE LÖSUNG

### *Unerträgliches Leiden*

In ihrer Beurteilung berücksichtigte die Kommission außerdem die Tatsache, dass aus den Unterlagen und dem Gespräch hervorging, dass der Arzt sich umfassend in die Situation der Patientin vertieft hat. Er besuchte sie insgesamt sechs Mal und sprach mit allen an dem Fall Beteiligten. Auch die Feststellungen des unabhängigen Facharztes sowie der Konsiliarärztin bezog er mit ein. Außerdem besprach er die Situation der Frau im Rahmen der multidisziplinären Beratungen des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe.

Auf der Grundlage der Gespräche mit der Frau und ihren Kindern und der vorliegenden Unterlagen stellte der Arzt fest, dass die Frau unerträglich litt. Er hatte sie als selbständige, lebendige und gepflegte Frau kennengelernt, die großen Wert auf Autonomie legte. Sie hatte selbst eine klare Vorstellung davon gehabt, wann ihr auf ihre Demenz zurückgehendes Leiden für sie unerträglich wäre. Deshalb hatte sie dies auch konkret aufgeschrieben.

Der kognitive Zustand der Frau verschlechterte sich im Laufe der Zeit zunehmend. Letztlich konnte sie keinen Kontakt zu anderen mehr herstellen und nicht mehr äußern, was sie wollte. Auch körperlich ging es ihr nicht gut. Sie konnte nur schlecht laufen und war ständig in Gefahr, zu stürzen. Am Ende war sie nicht mehr in der Lage, selbständig aus dem Bett aufzustehen. Darüber hinaus war sie inzwischen vollständig inkontinent geworden.

Der Arzt stellte fest, dass die Frau nicht mehr glücklich war und unter ihrer Demenz litt. Er war davon überzeugt, dass das von der Frau in ihrer Patientenverfügung beschriebene zukünftige Leiden inzwischen eingetreten und dass es für sie unerträglich war.

Der Arzt konsultierte einen unabhängigen Geriater, der den Eindruck des Arztes bestätigte. Die Frau hatte jegliche Verbindung zu ihrer Außenwelt verloren. Er kam zu dem Schluss, dass die Demenz der Frau weit fortgeschritten war und dass dies unerträgliches Leiden verursachte. Sie litt unter ihrer Niedergeschlagenheit und war nicht zu trösten. Alle von der Frau in ihrer Patientenverfügung beschriebenen Aspekte des unerträglichen Leidens waren eingetreten.

Der Arzt zog außerdem noch eine unabhängige Konsiliarärztin hinzu. Diese war ebenfalls der Auffassung, dass die Frau unerträglich unter den Auswirkungen ihrer Demenz litt. Der körperliche Zustand der Frau hatte sich verschlechtert. Auch die Konsiliarärztin sah Anzeichen von aktuell empfundenem Leiden wie etwa Niedergeschlagenheit, Weinen und Äußerungen wie »Ich will nicht mehr«.

#### *Aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden sowie Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung*

Der Arzt war davon überzeugt, dass es keine annehmbare andere Lösung gab, um das unerträgliche Leiden der Frau zu lindern. Als Erklärung führte er an, dass sich die Stimmung der Frau nicht mehr beeinflussen ließ. Die erneute Gabe von Medikamenten und Verhaltensinterventionen hatten nicht den gewünschten Effekt erzielt. Der unabhängige Geriater teilte diese Auffassung. Die fortschreitende Demenz würde den Rückzug der Frau in sich selbst nur noch weiter vorantreiben. Ihre Kommunikationsfähigkeit würde noch weiter abnehmen. Dies würde möglicherweise noch weitere Verhaltensstörungen nach sich ziehen. Auch gab es seiner Auffassung nach keine palliativen Behandlungsmöglichkeiten mehr. Das Leiden würde nur noch schlimmer werden, und es gab keine Möglichkeiten der Linderung. Auch die vom Arzt hinzugezogene Konsiliarärztin kam zu dem Schluss, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau unerträglich litt, dass ihr Zustand aussichtslos war und dass es keine annehmbare andere Lösung gab, ihr Leiden zu lindern.

#### *Aufklärung über die Lage und Prognose des Patienten*

Aus den Unterlagen ging hervor, dass die Frau von ihrem Neurologen, ihrem Hausarzt und dem meldenden Arzt ausführlich über ihre Erkrankung, den möglichen Krankheitsverlauf und die Prognose informiert worden war. Auf der Grundlage dieser Informationen hatte die Frau ihre Patientenverfügung verfasst und unterschrieben. In den ersten zwei Gesprächen mit dem Arzt hatte die Frau dargelegt, unter welchen Umständen sie Sterbehilfe wünsche. Vor diesem Hintergrund konnte die Kommission zu dem Schluss kommen, dass sich die Patientin über ihr Krankheitsbild und den Krankheitsverlauf im Klaren war.

#### *Konsultation*

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt eine unabhängige Konsiliarärztin hinzugezogen hat, die die Frau gesehen und versucht hat, mit ihr zu sprechen. Sie stellte fest, dass die Frau hinsichtlich ihres Ersuchens um Sterbehilfe nicht mehr willensfähig war. Außerdem hatte sie die Krankenakte der Frau studiert und deren schriftliche Patientenverfügung

gelesen. Die Konsiliarärztin hat mit allen an dem Fall Beteiligten gesprochen. Sie kam zu dem Schluss, dass die von ihr zu beurteilenden Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt einen unabhängigen Geriater als Spezialist hinzugezogen hat. Auch dieser hat die Krankenakte durchgesehen und mit den verschiedenen Beteiligten gesprochen. Er besuchte die Frau und probierte, mit ihr zu sprechen. Der unabhängige Spezialist kam zu dem Schluss, dass die Frau zum Zeitpunkt seines Besuchs nicht mehr willensfähig war. Außerdem teilte er die Ansicht des Arztes, dass die Frau aktuell unerträglich litt, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine annehmbare andere Lösung gab, dieses Leiden zu lindern.

#### *Medizinisch fachgerechte Durchführung*

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt im Rahmen der Vorbereitung der Sterbehilfe mit dem behandelnden Geriater und der betroffenen Pflegekraft gesprochen hatte, weil die Frau in der Vergangenheit heftig auf Schmerzreize reagiert hatte und es nicht möglich war, das Legen eines Zugangs mit ihr selbst zu besprechen. Nach diesem Gespräch beschloss der Arzt, der Frau Prämedikation in ihrem Kaffee zu verabreichen und die Einstichstelle am Arm vorab mit einem Pflaster örtlich zu betäuben. Sollte dies nicht die erhoffte Wirkung erzielen, hielt er eine Spritze bereit.

Die Verabreichung der Prämedikation war allerdings nicht nötig, da die Frau im Vorfeld der Durchführung der Sterbehilfe bereits schläfrig war. Das Legen des Zugangs verlief ohne Probleme. Der Arzt hat die Lebensbeendigung im Einklang mit der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 durchgeführt.

Die Kommission ist angesichts des Vorstehenden der Auffassung, dass der Arzt die Lebensbeendigung medizinisch fachgerecht durchgeführt hat. Zusammenfassend kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 und 2 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.



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

---

In diesem Berichtsjahr kamen die Kommissionen sieben Mal zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. In zwei Fällen ging es um das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, in zwei weiteren um die medizinisch fachgerechte Durchführung und in drei Fällen um die große Behutsamkeit, mit der bei Patienten vorgegangen werden muss, deren Leiden auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht.

#### **HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES**

Nach dem Sterbehilfegesetz muss der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate ziehen, der den Patienten sieht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung nimmt. Im SterbehilfeKodex 2018 ist zur Unabhängigkeit des Konsiliararztes unter anderem Folgendes niedergelegt:

Nach dem Gesetz muss der Konsiliararzt ein »unabhängiger Arzt« sein. Unabhängigkeit bedeutet in diesem Kontext, dass der Konsiliararzt in der Lage sein muss, ein eigenständiges Urteil abzugeben. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein. Jeglicher Eindruck, dies sei nicht der Fall, ist zu vermeiden. Die erforderliche Unabhängigkeit dem Arzt gegenüber bedeutet, dass keine persönliche, organisatorische, hierarchische oder finanzielle Beziehung zwischen dem Konsiliararzt und dem Arzt bestehen darf. Entsprechend kann eine Person, die zu dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, in einer Verwandtschafts- bzw. (finanziellen) Abhängigkeitsbeziehung steht, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis oder als Assistenzarzt, grundsätzlich nicht als Konsiliararzt eingeschaltet werden. Ebenso wenig kann ein Arzt, der selbst Arzt oder Patient des durchführenden Arztes ist, als Konsiliararzt hinzugezogen werden (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 29).

In den nachfolgend beschriebenen zwei Fällen ist die Kommission zu dem Schluss gekommen, dass der Eindruck der fehlenden Unabhängigkeit entstand, weil der Konsiliararzt jeweils bei der Praxis des meldenden Arztes als Patient registriert war.

Dem Arzt war für die Konsultation ein Konsiliararzt über das reguläre System zugewiesen worden. In seinem Bericht antwortete der Arzt auf die Frage, warum der Konsiliararzt ihm gegenüber unabhängig sei: *»Wir arbeiten nicht in derselben Praxis oder Vertretungsgruppe zusammen und kennen einander nur oberflächlich, da wir in derselben Stadt tätig sind.«*

Der Konsiliararzt schrieb bezüglich seiner Unabhängigkeit gegenüber dem Arzt: *»Sie sind mein Hausarzt und wir kennen einander von SCEN-Konsultationen in der Vergangenheit. [...] Sie haben keine Bedenken bezüglich meiner SCEN-Konsultation, und auch ich fühle mich frei und unabhängig mit Blick auf diese Konsultation.«*

Aus der mündlichen Erläuterung bei der Kommission ging hervor, dass der Konsiliararzt den Arzt unmittelbar nach dessen Ersuchen um eine Konsultation anrief. Sie sprachen über die Tatsache, dass der Konsiliararzt in der Praxis des Arztes als Patient registriert ist. Beide sahen darin kein Problem mit Blick auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes. Im Gespräch wurde außerdem klar, dass der Konsiliararzt seit etwa zwanzig Jahren in der Praxis des Arztes als Patient registriert war und er ihn in dieser Zeit vier oder fünf Mal als Patient aufgesucht hatte.

Der Arzt erklärte, dass ihm bekannt sei, dass die Unabhängigkeit zwischen Arzt und Konsiliararzt gewährleistet sein müsse. Er habe jedoch nicht gewusst, dass die Kommissionen eine Arzt-Patient-Beziehung zwischen Arzt und Konsiliararzt als »Eindruck fehlender Unabhängigkeit« bewerteten. Der Arzt kannte den SterbehilfeKodex 2018 nicht. Der Konsiliararzt kannte den Kodex zwar, jedoch nicht dieses spezifische Kriterium. Nach der Aufforderung zur mündlichen Erläuterung hatte er festgestellt, dass der SterbehilfeKodex bei der Überarbeitung in diesem Punkt verschärft worden war.

Die Kommission ist der Ansicht, dass es nicht wünschenswert ist, dass der durchführende Arzt einen Arzt als Konsiliararzt hinzuzieht, der bei ihm als Patient registriert ist, da jeglicher Anschein fehlender Unabhängigkeit zu vermeiden ist. Dieser Anschein der fehlenden Unabhängigkeit ist in diesem Fall angesichts der seit Jahren bestehenden Arzt-Patient-Beziehung zwischen dem Arzt und dem Konsiliararzt entstanden.

Dass der Arzt nicht über diese Norm im Bilde war, ist bedauerlich. Die Kommission ist jedoch der Auffassung, dass man von einem Sterbehilfe leistenden Arzt – wie auch von einem Konsiliararzt – erwarten kann, dass er sich über die aktuellen Prüfungsstandards der Kommissionen

informiert. Vor diesem Hintergrund kann die Kommission nur zu dem Schluss kommen, dass in diesem Fall kein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen worden ist.

Die übrigen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

## BEURTEILUNG 2021-142

---

Bei dieser Meldung schrieb der Arzt in seinem Bericht über den Konsiliararzt: »Wir kennen uns als Kollegen, Herr [...] ist Patient in meiner Praxis. Unser Verhältnis zueinander ist ausschließlich professioneller Natur.« Der SCEN-Arzt schrieb: »Ich kenne Herrn [...], den Arzt, der die Konsultation veranlasst, als meinen Hausarzt. Dennoch schätze ich mich als unabhängig mit Blick auf eine SCEN-Konsultation bei diesem Patienten ein.«

Arzt und Konsiliararzt wurden von der Kommission aufgefordert, ihr Verhältnis zueinander mündlich zu erläutern. Aus diesem Gespräch ging hervor, dass der Arzt nicht wusste, was im SterbehilfeKodex 2018 über das Verhältnis zwischen Arzt und Konsiliararzt niedergelegt ist. Auch der Konsiliararzt war nicht darüber im Bilde. Eine vergleichbare Situation war ihm zuvor noch nicht untergekommen. Auch bei Interventions-sitzungen war über so etwas nie gesprochen worden. Beide Ärzte hatten nicht darüber nachgedacht, dass der Eindruck fehlender Unabhängigkeit entstehen könnte. Der Arzt betonte, dass der entstandene Eindruck fehlender Unabhängigkeit die kritische Beurteilung des Falls nicht beeinträchtigt habe. Der Konsiliararzt erklärte außerdem, dass er es mitgeteilt hätte, wenn er bezüglich der Sorgfaltskriterien anderer Meinung gewesen wäre als der Arzt.

Die Kommission stellt fest, dass der SterbehilfeKodex 2018 in diesem Punkt eindeutig ist: ein Arzt, der Patient des durchführenden Arztes ist, kommt als Konsiliararzt nicht in Frage. Da eine derartige Beziehung zwischen Arzt und Konsiliararzt in diesem Fall gegeben ist, kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes nicht erfüllt hat. Nach Auffassung der Kommission wurden vom Arzt keine Umstände angeführt, die eine Abweichung vom SterbehilfeKodex 2018 rechtfertigen würden. Daher kommt sie denn auch zu dem Schluss, dass dieses Sorgfaltskriterium nicht erfüllt wurde.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden vom Arzt eingehalten.

## MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Bei der Beurteilung der Einhaltung des Sorgfaltskriteriums der medizinisch fachgerechten Durchführung legen die Kontrollkommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe zugrunde. In der Richtlinie aus dem Jahr 2012 heißt es auf Seite 13: »Der Arzt muss während der Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung anwesend sein und bleiben.« Außerdem muss der Arzt laut Richtlinie einen Reservesatz der intravenösen Sterbemittel und der Materialien zur Zubereitung und Verabreichung bei sich haben. Und schließlich wird in der Richtlinie betont, dass der Arzt die Sterbemittel nicht beim Patienten zurücklassen darf (alle drei Normen sind auch im SterbehilfeKodex 2018 niedergelegt). Diese Anforderungen sind im nachfolgend beschriebenen Fall nicht erfüllt worden.

## BEURTEILUNG 2021-81

---

Die Durchführung der Sterbehilfe wurde in diesem Fall dadurch erschwert, dass der Patient nach der Injektion des komaauslösenden Mittels zunächst nicht ins Koma fiel, nach Verabreichung einer zweiten Dosis desselben Mittels dann aber doch. Als sich der Mann im Koma befand, verabreichte der Arzt das Muskelrelaxans. Leider verstarb der Mann nicht innerhalb des in der Richtlinie veranschlagten Zeitraums. Der Arzt vermutete damals, dass der Zugang nicht korrekt gelegt worden war. Er beschloss, einen neuen Zugang zu legen, wofür er eine neue Kanüle benötigte. Da er diese nicht bei sich hatte, musste er in ein anderes Zimmer gehen.

Im Rahmen der mündlichen Erläuterung bei der Kommission erklärte der Arzt, dass er den Zugang von Rettungsdienstlern hatte legen lassen. Die Sterbemittel hatte er von der Apotheke erhalten, die keine Kanülen mitgeliefert hatte. Er hatte nicht darüber nachgedacht, vor der Durchführung in das Zimmer zu gehen, in dem Kanülen bereitlagen, auch weil er davon ausgegangen war, dass der Zugang von den Mitarbeitern des Rettungsdienstes korrekt gelegt worden war. Als dem Arzt klar war, dass eine neue Kanüle benötigt wurde, überlegte er, ob er diese von einer Pflegekraft holen lassen sollte. Er verwarf diesen Gedanken, weil es zu lange dauern würde, bis eine Pflegekraft vor Ort wäre. Außerdem hätte er dann auch noch erklären müssen, was für eine Kanüle er benötigte und wo diese zu finden gewesen wäre. Er hatte kein Telefon bei sich, und in dem Zimmer, in dem die Sterbehilfe durchgeführt wurde, war auch keins. Auch die Nummer hatte er nicht im Kopf. Der Arzt hatte niemanden gebeten, ihn unterstützend zu begleiten, um während der

Durchführung eine gewisse Intimität zu wahren, auch für die Angehörigen.

Die Kanülen lagen in einem Zimmer ein Stockwerk tiefer. Der Arzt war schnell zum entsprechenden Zimmer gelaufen und innerhalb von höchstens zehn Minuten zurückgekehrt. Vor dem Verlassen des Zimmers, in dem der Patient sich befand, hatte er nicht darüber nachgedacht, ob er die restliche Dosis des Muskelrelaxans mitnehmen sollte oder müsse. Dies führte er darauf zurück, dass er so schnell wie möglich zurück sein wollte. Bei seiner Rückkehr befand sich der Patient nach wie vor in einem tiefen Koma. Es hatten sich keine Komplikationen ergeben, und die Angehörigen waren ganz ruhig.

Im Nachhinein wurde dem Arzt klar, dass die Sorgfalt bei der Durchführung mit Mängeln versehen war. Er habe versucht, unter den gegebenen Umständen so gut es geht und im Interesse des Patienten zu handeln. Er hat den Ablauf später mit den Angehörigen und mit Kollegen besprochen, und er beabsichtigt, das interne Protokoll zu überprüfen und Kontakt mit dem Apotheker aufzunehmen.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die vorgenannten Normen einzuhalten und streng auszulegen sind, da mit einer Lebensbeendigung auf Verlangen Risiken verbunden sind, die ein unmittelbares Eingreifen erforderlich machen können. Aufgrund dieser Risiken muss der Arzt beim Patienten bleiben, bis der Tod eingetreten ist.

Die Kommission, die keinerlei Zweifel an den guten Absichten des Arztes hegte, merkt an, dass der Arzt sich in eine recht heikle Lage gebracht hat, weil er weder ein Mobiltelefon bei sich hatte, noch eine andere Person um Unterstützung gebeten oder eine andere Alternative vorbereitet hatte. Deshalb konnte er nicht einfach jemanden um Hilfe bitten, als bei der Durchführung Komplikationen auftraten. Somit muss die Kommission denn auch feststellen, dass der Arzt nicht im Einklang mit den drei vorgenannten Normen gehandelt hat: er hatte keine Reservekanüle bei sich, er hat den Patienten verlassen und er hat das Muskelrelaxans bei dem Patienten und seinen Angehörigen zurückgelassen. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung nicht erfüllt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden vom Arzt eingehalten.

Sowohl in Unterlagen des Parlaments, im SterbehilfeKodex 2018 und der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe, als auch in der Stellungnahme der KNMG zur Sterbehilfe ist niedergelegt, dass der Arzt die Lebensbeendigung selbst durchführen muss und keinem Dritten überlassen darf.

## BEURTEILUNG 2021-92

---

In diesem Fall hatte die Ärztin am Tag der Durchführung der Sterbehilfe einen Zugang von einem darauf spezialisierten Rettungsdienstteam legen lassen. Als die Ärztin bei der Patientin eintraf, sah sie, dass der Zugang am Knöchel gelegt worden war. Sie war der Ansicht, dass der Zugang gut aussah. Sie injizierte zunächst Kochsalzlösung und ein Schmerzmittel, was problemlos verlief. Als sie jedoch das komaauslösende Medikament injizieren wollte, bemerkte sie einen starken Widerstand, weshalb sie das Mittel nicht verabreichen konnte. Da ein Bewegen der Kanüle keine Besserung bewirkte, rief die Ärztin das Rettungsdienstteam an und erklärte, dass der Zugang ihrer Meinung nach doch nicht korrekt läge.

Ein Mitarbeiter des Teams kontrollierte den Zugang und war der Ansicht, alles sei in Ordnung. Er sagte so etwas wie: »Geben Sie mal her, ich mach das schon.« Daraufhin übergab die Ärztin ihm die Spritzen mit dem komaauslösenden Mittel, das er problemlos injizierte. Nachdem die Ärztin festgestellt hatte, dass ein hinreichend tiefes Koma eingetreten war, spülte der Mitarbeiter des Rettungsdienstteams die Kanüle mit Kochsalzlösung durch. Danach übergab die Ärztin ihm die Spritze mit dem Muskelrelaxans, was er der Patientin daraufhin verabreichte.

Rückblickend vermutete die Ärztin, dass die relativ große Zähflüssigkeit des komaauslösenden Mittels den von ihr empfundenen Widerstand verursacht hatte. Sie hatte dieses Mittel bis dato noch nicht verwendet. Sie hatte es von der Apotheke erhalten, eine Alternative gab es nicht. Obwohl sie sich mental darauf vorbereitet hatte, dass sie Kraft würde einsetzen müssen, hatte die Ärztin Angst, dass das Mittel – wenn sie mehr Kraft einsetzen würde – unter die Haut gelangen würde und nicht in die Vene. Die aufgetretenen Schwierigkeiten hatten sie darüber hinaus daran zweifeln lassen, dass der Zugang korrekt gelegt worden war.

Der Mitarbeiter des Rettungsdienstteams, mit dem die Ärztin sich gut verstand, wurde von ihr als »beherzt« und »zupackend« beschrieben. Die Durchführung der Sterbehilfe, bei der sie ihm die Spritzen mit dem

komaauslösenden Medikament reichte und er es injizierte, erfolgte mit großer Selbstverständlichkeit. Es war nicht so, dass der Mitarbeiter das Heft des Handelns übernommen oder von sich aus gehandelt hätte. Die Ärztin fühlte sich auch nicht überrumpelt oder beiseitegeschoben. Sowohl sie als auch der Mitarbeiter wusste, was zu geschehen hatte. Die Ärztin gab dabei keine klaren Anweisungen, bestimmte jedoch durch das Anreichen der Mittel, welches Mittel zu welchem Zeitpunkt verabreicht wurde. Sie war es auch, die die Komatiefe feststellte. Da der Mitarbeiter des Rettungsdienstteams die Verabreichung der Injektionen übernommen hatte, sah sich die Ärztin nicht veranlasst, das Muskelrelaxans selbst zu verabreichen. Auch gab es ihr zufolge keinen Grund, die Durchführung der Sterbehilfe auszusetzen, da der Zugang offensichtlich korrekt gelegt war. Das wäre auch nicht wünschenswert gewesen, da die Frau und ihre Angehörigen sich mental auf die Durchführung vorbereitet hatten.

Nach der mündlichen Erläuterung der Ärztin hat die Kommission festgestellt, dass die Sterbemittel nicht – wie im Bericht angegeben – von der Ärztin selbst verabreicht worden waren. In diesem Zusammenhang hat sich die Kommission von Amts wegen mit der Frage befasst, ob sie zur Beurteilung dieses Falls befugt war. Nach Auffassung der Kommission war dies der Fall.

Die Kommission stellt zunächst einmal fest, dass die Durchführung der Sterbehilfe – abgesehen von der Tatsache, dass die Ärztin die Sterbemittel nicht selbst verabreichte, sondern dem Mitarbeiter des Rettungsdienstteams übergab – dem in der Richtlinie beschriebenen Vorgehen folgte. Außerdem stellt sie fest, dass das Vorgehen bei der Frau kein Leiden verursacht hat. Darüber hinaus war es die Ärztin, die zu jedem Zeitpunkt bestimmte, was wann zu geschehen hatte. In diesem Sinne kontrollierte sie somit den Durchführungsprozess. In dieser Hinsicht erfolgte die Durchführung also medizinisch fachgerecht. Gleichwohl muss die Kommission berücksichtigen, dass die Ärztin die Sterbemittel nicht selbst verabreicht hat, wie es gesetzlich vorgeschrieben und auch ausdrücklich im SterbehilfeKodex 2018 dargelegt ist. Die Ärztin hat dies einer anderen Person überlassen.

Die Kommission kann dank der Erläuterung der Ärztin nachvollziehen, wie diese Situation entstanden ist, dennoch muss sie aufgrund der Sachlage zu dem Schluss kommen, dass die Ärztin nicht im Einklang mit dem Sorgfaltskriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

## GROSSE BEHUTSAMKEIT

Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychiatrische Erkrankung verursachtes Leiden zurückgeht, muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen. Diese Behutsamkeit ist vor allem bei den Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung geboten. Bei solchen Patienten muss der Arzt zusätzlich zum regulären Konsiliararzt einen unabhängigen Psychiater hinzuziehen oder aber einen Psychiater als Konsiliararzt einschalten. Dieser muss die vorgeannten drei Aspekte prüfen (überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 44-45). In den nachfolgend beschriebenen drei Fällen stellten die Kommissionen fest, dass die Ärzte ihre Überzeugungen, aufgrund deren sie beschlossen, Sterbehilfe zu leisten, nicht hinreichend begründen konnten.

## BEURTEILUNG 2021-76

---

In diesem Fall ging es um Sterbehilfe bei einer Frau mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, für die Impulsivität und Instabilität mit Blick auf Stimmung, Gedanken und Verhalten typisch ist. Diese Störung ging mit antisozialem Verhalten einher (keine Rücksicht auf die Gefühle und Wünsche anderer Menschen nehmen). Es kam regelmäßig zu psychotischen Schüben (Verlust des Zugangs zur Realität). Die Frau hatte sich im Laufe der Jahre verschiedenen psychiatrischen Behandlungen unterzogen, darunter auch mehrere Klinikaufenthalte. Keine der Behandlungen hatte eine bleibende positive Wirkung erzielt. Infolge mehrerer Suizidversuche und von Diabetes war die Frau auch körperlich in einem schlechten Zustand. Drei Jahre vor ihrem Tod wurde immer deutlicher, dass ihr Leiden nicht weniger würde und sie sprach seitdem regelmäßig mit der Ärztin über ihren Sterbewunsch.

Die Ärztin zeigte sich bereit, das Ersuchen um Sterbehilfe zu prüfen und vertiefte sich umfassend in die Geschichte der psychiatrischen Behandlungen der Frau. Nach Rücksprache mit dem Konsiliararzt wurde auf Ersuchen der Ärztin zwei Wochen vor der Lebensbeendigung von einem unabhängigen Psychiater eine Prüfung der Willensfähigkeit der Patientin durchgeführt.

In ihrer mündlichen Erläuterung bei der Kommission hatte die Ärztin dargelegt, dass sie nicht genau wisse, was im SterbehilfeKodex 2018 zur Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters in Fällen wie diesem steht. Sie hatte den Konsiliararzt gefragt, worauf sie besonders achten müsse. Der Konsiliararzt hatte sie darauf hingewiesen, dass die Willens-



fähigkeit mit Blick auf das Sterbehilfeersuchen geprüft werden muss, nicht jedoch auf die Tatsache, dass die Unerträglichkeit des Leidens, die Aussichtslosigkeit der Situation und das Fehlen annehmbarer Alternativen von einem unabhängigen Psychiater beurteilt werden müssen. Die Ärztin erklärte gegenüber der Kommission, dass sie, was den Verfahrensablauf anbelangt, auf den Rat und das Fachwissen des Konsiliararztes vertraut habe. Sie sei davon ausgegangen, dass der Konsiliararzt über die anwendbaren Rechtsvorschriften im Bilde sei. So habe sie sich auf die Aussage des Konsiliararztes verlassen, dass nur die Willensfähigkeit von einem unabhängigen Psychiater beurteilt werden müsse.

Die Kommission merkt an, dass die Ärztin selbst für den Verfahrensablauf verantwortlich ist und sich über die relevanten Rechtsvorschriften hätte informieren müssen. Die Ärztin hat im Rahmen ihrer mündlichen Erläuterung gegenüber der Kommission erklärt, dass sie sich dessen inzwischen bewusst sei und dass sie dies bei möglichen künftigen Sterbehilfefällen gewiss tun werde.

Die Kommission erkennt an, dass die Ärztin mit einer komplex gelagerten Frage in einem komplex gelagerten Fall konfrontiert war. Zugleich hält die Kommission der Ärztin zugute, dass sie, gerade weil sie sich ihren Patienten verbunden fühlt und sie nicht im Stich lassen möchte, bereit war, dieses Sterbehilfeersuchen zu prüfen. Die Ärztin hat in diesem Fall mit Sorgfalt und großer Behutsamkeit handeln wollen. Das zeigt sich u. a. daran, dass sie den Konsiliararzt im Vorfeld fragte, was sie berücksichtigen müsse.

Dennoch kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin nicht mit der erforderlichen Behutsamkeit vorgegangen ist, da sie sich bei der Konsultation letztlich auf die Frage nach der Willensfähigkeit der Frau hinsichtlich ihres Sterbehilfeersuchens beschränkte. Die Ärztin war von der Aussichtslosigkeit der Situation und vom unerträglichem Leiden der Frau sowie davon überzeugt, dass es keine annehmbare andere Lösung gab. Ihre Argumente für diese Überzeugung hat sie der Kommission ausführlich erläutert. Da sie jedoch mit Blick auf diese Aspekte keinen unabhängigen Facharzt konsultiert hatte, konnte sie ihre persönlichen Überzeugungen nicht kritisch hinterfragen. Dies wiegt umso schwerer, als die Ärztin selbst nicht über ausreichende Fachkenntnisse im Hinblick auf die psychiatrische Erkrankung der Frau verfügte. Auch der von der Ärztin hinzugezogene Konsiliararzt besaß das erforderliche Fachwissen nicht in hinreichendem Maße. Somit konnte die Ärztin nicht hinreichend schlüssig begründen, dass sie zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Frau unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war und dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Auch im nachfolgenden zweiten Fall wurde ein Spezialist eingeschaltet, der jedoch den Aspekt der Willensfähigkeit der Patientin hinsichtlich ihres Sterbehilfersuchens nicht beurteilt hat.

## BEURTEILUNG 2021-97

---

In diesem Fall ging es um eine Frau, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) litt. Es handelte sich um ein psychisches Leiden, das sich auch körperlich in Krampfanfällen äußerte, die immer häufiger auftraten und immer schlimmer wurden. Obwohl die Frau sich motiviert verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungen unterzog, verbesserte sich ihr Zustand nicht. Die eingesetzten Medikamente zeigten höchstens vorübergehend eine Wirkung. Auch Physiotherapie und soziale Betreuung blieben ohne Erfolg. Letztlich blieb nur noch die Symptombekämpfung mit dem Beruhigungsmittel Diazepam. Das Mittel musste injiziert werden, hierfür war die Frau von Dritten abhängig.

Die Ärztin zog zusätzlich zur regulären Konsiliarärztin noch eine klinische Psychologin hinzu. Die Ärztin, die speziell auf dem Gebiet der psychischen Gesundheitsfürsorge geschult ist und damit umfassende Kenntnisse in diesem Bereich besitzt, kam über das Konsultations- und Kompetenzzentrum für das Gesundheitswesen (CCE) mit dieser Psychologin in Kontakt. Die Ärztin hatte sich an das Zentrum gewandt, weil dort zahlreiche Fachleute tätig sind, die mit komplex gelagerten Fällen vertraut sind. Nach Angaben der Ärztin wurde der vorliegende Fall im CCE im Rahmen einer multidisziplinären Teambesprechung erörtert, an der auch mindestens ein Psychiater teilnahm. In dieser Besprechung wurde entschieden, dass die unabhängige Psychologin aufgrund ihrer Fachkenntnis auf dem Gebiet der Psychopathologie (Lehre der psychischen Störungen) die Frau untersuchen sollte.

Bei ihrer mündlichen Erläuterung des Falls betonte die Ärztin gegenüber der Kommission, dass sie sich darüber ärgere, übersehen zu haben, dass im SterbehilfeKodex von einer Konsultation eines unabhängigen Psychiaters ausgegangen wird. Sie hatte geglaubt, mit der Hinzuziehung der Konsiliarärztin und der klinischen Psychologin die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt zu haben. In diesem Glauben wurde sie auch von der Konsiliarärztin bestätigt, die in ihrem Bericht erklärte, sie sei (auch) der Ansicht, dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt seien.

Die Kommission stellt zunächst einmal fest, dass mit der nicht erfolgten Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters die Vorgaben des SterbehilfeKodex nicht erfüllt wurden. Andererseits hat sich die Ärztin laut ihrer mündlichen Erläuterung bewusst und mit guten Gründen

dafür entschieden, sich an das CCE zu wenden, da man dort über besondere Sachkenntnis verfügt. Darüber hinaus war man beim CCE davon überzeugt, dass die klinische Psychologin aus professioneller Sicht am besten geeignet war, die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin, die Aussichtslosigkeit ihres Zustands sowie das Bestehen oder Fehlen einer angemessenen anderen Lösung zu beurteilen.

Nach Auffassung der Kommission ist der von der Ärztin eingeschlagene Weg zu rechtfertigen. Bei ihrer Beurteilung berücksichtigt die Kommission die Tatsache, dass laut der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) – siehe Seite 27 der Richtlinie zur Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit einer psychischen Störung – in Ausnahmefällen eine Zweitmeinung von einem Spezialisten eingeholt werden kann, der kein Psychiater ist. Das ist in Situationen möglich, in denen dieser Spezialist besondere Fachkenntnisse mit Blick auf die Erkrankung des Patienten besitzt. Unter Berücksichtigung des Vorstehenden kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die hinzugezogene unabhängige klinische Psychologin in diesem Fall als eine solche Spezialistin angesehen werden kann, deren Stellungnahme bei der Beurteilung durch die Kommission einbezogen wird.

Bezüglich der drei Kriterien, die von dem unabhängigen Spezialisten zu beurteilen sind, stellt die Kommission fest, dass die klinische Psychologin nicht gebeten wurde, die Willensfähigkeit der Frau zu beurteilen. Dieser Aspekt kommt in ihrem Bericht denn auch nicht vor. Die Ärztin erklärte, nicht mit dieser Vorschrift vertraut zu sein. Darüber hinaus erläuterte die Ärztin, dass es keinerlei Grund gab, an der Willensfähigkeit der Frau zu zweifeln, nicht zuletzt, weil ihre Erkrankung auch keinen Anlass dazu gab. In diesem Zusammenhang verwies die Ärztin noch auf die vorgenannte Richtlinie, in der niedergelegt ist, dass »von vorhandener Willensfähigkeit ausgegangen wird, solange nicht das Gegenteil nachgewiesen wurde«. Hieran orientierte sich die Ärztin im vorliegenden Fall. Nach Beantwortung der vier gängigen Fragen bezüglich der Willensfähigkeit gab es der Ärztin zufolge keine Hinweise auf Umstände, die die Fähigkeit der Frau zum Treffen durchdachter Entscheidungen beeinträchtigt hätten.

Auch die Konsiliarärztin schätzte die Frau hinsichtlich ihres Ersuchens um Sterbehilfe als willensfähig ein. Ebenso waren im Bericht der klinischen Psychologin zumindest keine Umstände aufgeführt, die Anlass zu Zweifeln an der Willensfähigkeit der Frau gegeben hätten.

Die Kommission stellt fest, dass die Ärztin eine große Verbundenheit mit der Frau gezeigt hat, indem sie die Durchführung der Sterbehilfe auf sich genommen hat. Sie hat sich in die Situation der Frau vertieft und diese

umfassend reflektiert. Außerdem ist nach Auffassung der Kommission anzunehmen, dass die Frau hinsichtlich ihres Sterbehilfeersuchens willensfähig war; in ihrer Krankheitsgeschichte gab es keine Umstände, die eine Gegenanzeige dargestellt hätten, und wie die Ärztin war auch die Konsiliarärztin von der Willensfähigkeit der Frau hinsichtlich ihres Sterbewunsches überzeugt.

Dennoch kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin nicht mit der vorgeschriebenen großen Behutsamkeit vorgegangen ist. Letztlich muss ein Psychiater oder ein anderer einschlägiger Spezialist (auch) diesen Aspekt der Sorgfaltskriterien beurteilen, damit der durchführende Arzt seine eigenen diesbezüglichen Auffassungen hinterfragen kann. Die Hinzuziehung eines unabhängigen Spezialisten kam in diesem Fall noch mehr Bedeutung zu, da weder die Ärztin noch die Konsiliarärztin Psychiater sind.

Bei dem Gespräch mit der Ärztin wurde außerdem darauf eingegangen, dass nur der durchführende Arzt für den Ablauf des Sterbehilfeverfahrens verantwortlich ist und sich vergewissern muss, dass die relevanten Rechtsvorschriften eingehalten werden. Daran ändert auch der Bericht der Konsiliarärztin nichts. Die Ärztin hat sich dieser Sichtweise angeschlossen – wie auch zuvor bereits in ihren Antworten auf die schriftlichen Fragen der Kommission – und sie wiederholte, dass es ihr leid täte, nicht mit den einschlägigen Vorschriften im SterbehilfeKodex vertraut gewesen zu sein.

Angesichts dieses Sachverhalts kann die Kommission nur zu dem Schluss kommen, dass die Ärztin nicht hinreichend begründet hat, dass sie zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau hinsichtlich ihres Ersuchens um Sterbehilfe willensfähig und dieses Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Im nachstehenden dritten Fall wurde kein unabhängiger Spezialist hinzugezogen.

## BEURTEILUNG 2021-143

---

In diesem Fall ging es um Sterbehilfe bei einem Mann, der bereits seit 25 Jahren an Bauchschmerzen litt. Trotz umfassender Untersuchungen konnte keine körperliche Ursache für seine Beschwerden gefunden werden. Etwa sieben Jahre vor der Lebensbeendigung wurden die Bauchschmerzen als »somatisch nicht erklärbare körperliche Beschwerden« eingestuft. Vier Jahre vor seinem Tod erkrankte der Mann an Blasenkrebs, wogegen er behandelt wurde. Dem behandelnden Onkologen zufolge war die Therapie erfolgreich gewesen. Dennoch war der Mann selbst davon überzeugt, dass der Krebs stark metastasiert hatte. Er hatte überall Schmerzen und litt zunehmend unter Müdigkeit. Dadurch konnte er nichts mehr unternehmen. Er verbrachte den ganzen Tag auf dem Sofa. Er empfand keinerlei Lebensqualität mehr. Er konnte nicht akzeptieren, dass es keine Erklärung für seine körperlichen Beschwerden gab. Die letzten Monate vor seinem Tod war er völlig inaktiv und verwahrloste zunehmend. Er war nicht mehr in der Lage, aufzustehen.

Seitdem bei ihm Blasenkrebs diagnostiziert worden war, hatte der Mann verschiedene Suizidversuche unternommen. In diesem Zusammenhang war er auf eine Intensivstation aufgenommen und danach in einer geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht worden. Nach seiner Entlassung aus dieser Einrichtung wurde der Mann bei sich zu Hause wegen einer Depression betreut. Einer Empfehlung, sich gegen seine somatisch nicht erklärbaren körperlichen Beschwerden behandeln zu lassen, kam er nicht nach.

Aus den Unterlagen der Hausärztin ging hervor, dass sie keinen unabhängigen Psychiater hinzugezogen hatte. Allerdings hatte sie zwei Wochen vor der Lebensbeendigung telefonischen Kontakt mit dem behandelnden Psychiater des Mannes. In diesem Gespräch erklärte der behandelnde Psychiater, dass der Mann nicht unter einer Depression im engeren Sinne litt, die seine Willensfähigkeit beeinträchtigen würde. Er bot an, einen Hausbesuch bei dem Mann zu machen, wenn der Konsiliararzt darum bitten sollte.

Die Ärztin wurde von der Kommission zu einem Gespräch gebeten. Der von ihr eingeschaltete unabhängige Konsiliararzt war bei dem Gespräch auf Wunsch der Ärztin ebenfalls anwesend.

Die Kommission stellt fest, dass der von der Ärztin hinzugezogene Konsiliararzt zu dem Schluss gekommen ist, dass der Mann seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und wiederholt geäußert hatte. Der Mann sei keinem Druck von Dritten ausgesetzt gewesen. Der Konsiliararzt stellte fest, dass der behandelnde Psychiater und die an diesem Fall beteiligte sozial-psychiatrische Pflegekraft den Mann als willensfähig einstufen und dass keine echte Depression vorlag.

Auf Nachfrage erklärte die Ärztin, der behandelnde Psychiater habe sie nicht darauf hingewiesen, dass im Rahmen des Verfahrensablaufs ein unabhängiger Psychiater hinzugezogen werden muss, auch der Konsiliararzt habe dies nicht getan. Der Konsiliararzt erklärte im Rahmen der mündlichen Erläuterung der Ärztin, dass »eine unabhängige psychiatrische Beurteilung nicht mehr angezeigt« sei. Die Ärztin sagte im Zuge der mündlichen Erläuterung, dass sie den SterbehilfeKodex der Kommissionen nicht kenne. Sie wusste nicht, dass sie einen unabhängigen Psychiater hätte hinzuziehen müssen.

Nach Auffassung der Kommission hat die Ärztin eine große Verbundenheit mit dem Mann gezeigt, indem sie die Umsetzung des Sterbehilfeersuchens auf sich genommen hat. Dabei hat sie sich in die Situation des Mannes vertieft. Dennoch kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin nicht mit der erforderlichen großen Behutsamkeit vorgegangen ist. Da in diesem Fall somatisch nicht erklärbare körperliche Beschwerden vorlagen, wäre eine unabhängige psychiatrische Beurteilung zur Feststellung der Willensfähigkeit erforderlich gewesen. Auch wenn der Konsiliararzt die Ärztin nicht hinreichend beraten hat – die Verantwortung für die Sterbehilfe trägt letztlich die Ärztin. So ist die Kommission denn auch der Auffassung, dass die Ärztin sich selbst über die anwendbaren Rechtsvorschriften hätte informieren müssen.

Dieselbe Schlussfolgerung zieht die Kommission mit der gleichen Begründung auch im Hinblick auf die Anforderungen, dass ein unerträgliches Leiden, keine Aussicht auf Besserung und keine annehmbare Alternative gegeben waren.

Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin nicht zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Mann seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass sein Leiden unerträglich und sein Zustand aussichtslos war und dass es für seine Situation keine annehmbare andere Lösung gab.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

## IMPRESSUM

Herausgeber:  
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe  
[www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

Gestaltung:  
Inge Croes-Kwee  
(Manifesta idee en ontwerp)

Übersetzung:  
Sprachendienst des Ministeriums für  
auswärtige Angelegenheiten (AVT)

April 2022