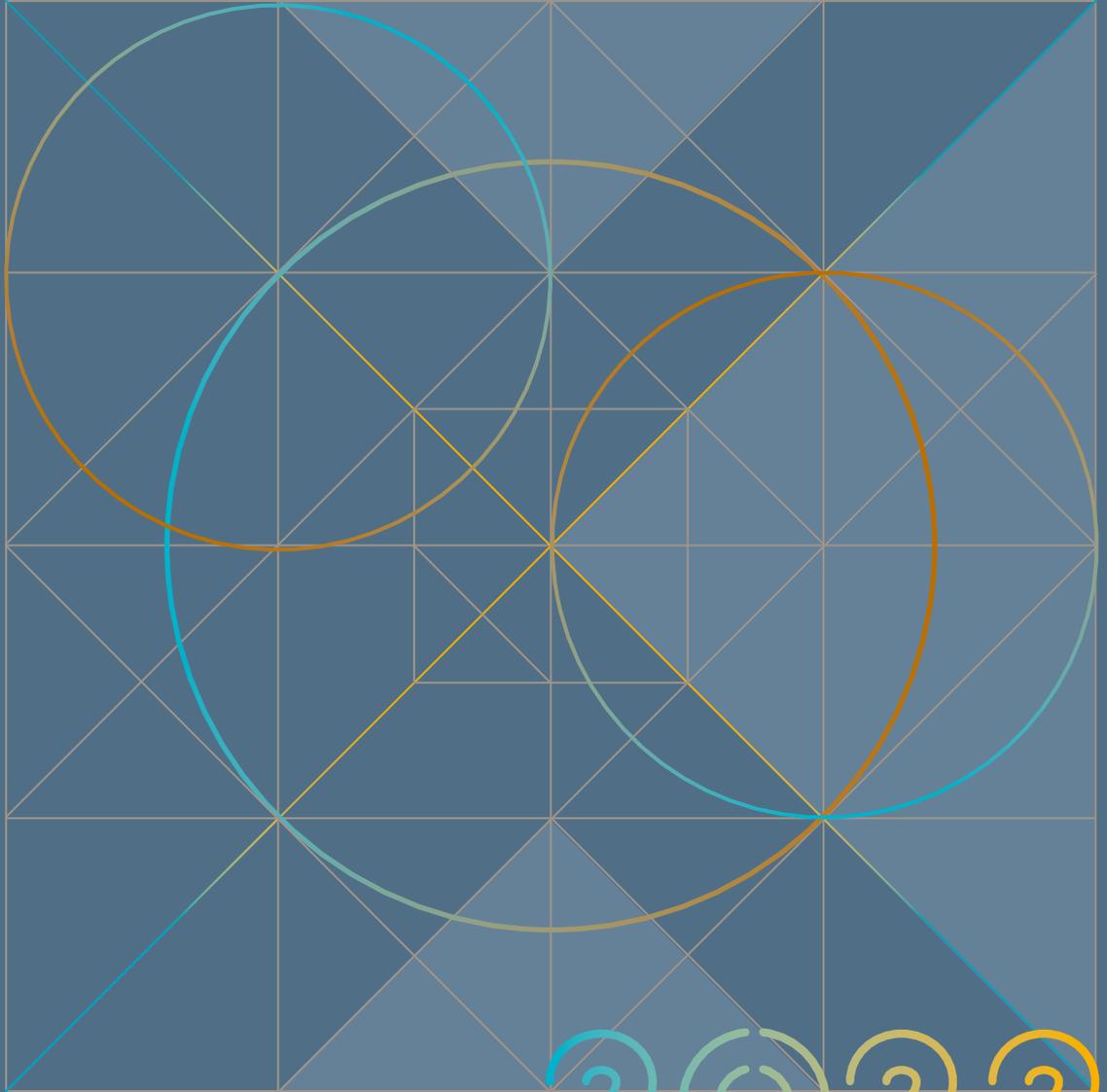


REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE



JAHRESBERICHT

2022

# INHALT

VORWORT	4
---------	---

## KAPITEL I STATISTIKEN UND ENTWICKLUNGEN 2022

1	Jahresbericht	7
2	Meldungen	9
	Zahl der Meldungen	9
	Verhältnis Männer/Frauen	9
	Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung	9
	Krankheitsarten	11
	Häufigste Krankheiten	
	Demenz	11
	Psychische Störungen	11
	Kumulation von Altersbeschwerden	13
	Sonstige Erkrankungen	13
	Alter	13
	Ort der Lebensbeendigung	15
	Meldende Ärzte	15
	Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende	17
	Lebensgefährten	17
	Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt	17
3	Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen	18
	Fragen aufwerfende und keine Fragen aufwerfenden Meldungen	18
	Schriftliche und mündliche Fragen der Kontrollkommissionen	21
	Komplex gelagerte Fälle	21
	Reflexionsgremium	22
	Sonstiges	22
	Organisation	24

1	Einführung	25
2	Der Arzt hat die Sorgfaltskriterien erfüllt	28
2.1	Fünf Beispiele der häufigsten Meldungen	28
	Beurteilung 2022-067 Krebs	29
	Beurteilung 2022-029 Erkrankung des Nervensystems	30
	Beurteilung 2022-031 Lungenerkrankung	31
	Beurteilung 2022-094 Herz- und Gefäßkrankheit	32
	Beurteilung 2022-006 Mehrfacherkrankungen	33
2.2	Nach fünf Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle	34
	Beurteilung 2022-072 Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen	35
	Beurteilung 2022-056 Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	37
	Beurteilung 2022-114 Keine annehmbare andere Lösung	39
	Beurteilung 2022-054 Hinzuziehung eines Konsiliararztes	41
	Beurteilung 2022-116 Medizinisch fachgerechte Durchführung	43
2.3	Vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung	45
	Beurteilung 2022-085 Psychische Störung	46
	Beurteilung 2022-079 Kumulation von Altersbeschwerden	48
	Beurteilung 2022-115 Willensfähiger Demenzpatient	50
	Beurteilung 2022-043 Nicht willensfähiger Demenzpatient	51
3	Der Arzt hat die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt	55
	Mehrere Sorgfaltskriterien nicht erfüllt	55
	Beurteilung 2022-007	56
	Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	57
	Beurteilung 2022-052 (siehe auch 2022-070 und 2022-109)	58
	Beurteilung 2022-098 (und 2022-099)	60
	Beurteilung 2022-069	61
	Medizinisch fachgerechte Durchführung	62
	Beurteilung 2022-040	63
	Große Behutsamkeit bei psychischen Störungen	64
	Beurteilung 2022-039	65
	Beurteilung 2022-059	66
	Beurteilung 2022-068	68
	Beurteilung 2022-075	70
	Beurteilung 2022-017	72

Wer sich die Statistiken im diesjährigen Jahresbericht genauer ansieht, dem dürfte insbesondere der Anstieg der Zahl der gemeldeten Sterbehilfefälle<sup>1</sup> ins Auge fallen. 2022 gingen bei den Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 8720 Meldungen ein, das entspricht einer Zunahme um 13,7 % gegenüber dem Vorjahr. Auch der Anteil an der Gesamtzahl aller Todesfälle ist angewachsen, von 4,6 % im Jahr 2021 auf 5,1 % in diesem Jahr. Dieser steigende Trend in absoluten und relativen Zahlen ist bereits seit längerer Zeit zu beobachten.

Die Ursachen für diesen Anstieg sind bislang nicht wissenschaftlich untersucht worden, daher lässt sich auch keine belastbare Vorhersage über die weitere Entwicklung der Fallzahlen treffen. Es gibt allerdings keine Anzeichen dafür, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren nicht fortsetzen wird.

Die stetig steigende Zahl der Meldungen bedeutet für die Kommissionen eine stetig steigende Arbeitsbelastung. 2022 war sie ungemein hoch. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer je Meldung stieg denn auch um 6 % auf 34 Tage. Innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Kontrollrahmens lässt sich kein relevanter Effizienzgewinn mehr erzielen. Deshalb wird das Jahr 2023 im Zeichen der Personalaufstockung bei den Kommissionen stehen.

2022 kamen die Kommissionen dreizehn Mal zu dem Schluss, dass ein Arzt die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt hat. Das ist mehr als die sieben Fälle im Jahr 2021, die von den Kommissionen als »nicht sorgfältig« beurteilt wurden. Insgesamt ist der Anteil dieser Fälle jedoch so gering (0,15 %), dass auch in diesem Jahr ohne Zweifel festgestellt werden kann, dass die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden sehr sorgfältig ist. In diesen Jahresbericht wurden zehn Meldungen aufgenommen, bei denen die Kommissionen zu dem Schluss kamen, dass die Kriterien nicht eingehalten wurden. Die Kommissionen informieren die am häufigsten an Sterbehilfe beteiligten Ärzte aktiv über diese Meldungen in der Hoffnung, dass 2023 wieder weniger Fälle als »nicht sorgfältig« eingestuft werden.

An dieser Stelle noch eine Anmerkung: Fast alle Beurteilungen, die »nicht sorgfältig« lauteten, hätten wahrscheinlich vermieden werden können, wenn der Arzt, aber auch der Konsiliararzt, besser mit den jeweils relevanten Passagen im SterbehilfeKodex vertraut gewesen wäre.

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

Die Kommissionen haben den SterbehilfeKodex ja gerade als Leitfaden für die Praxis entwickelt, in dem vorab nachgelesen werden kann, wie die Kommission die gesetzlichen Sorgfaltskriterien auslegt.

Die Interpretation der Normen aus dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz) kann infolge sich wandelnder gesellschaftlicher Auffassungen variieren. Darüber hinaus werden die Kommissionen in der Praxis immer wieder, auch nach zwanzig Jahren, mit neuen und unvorhergesehenen Situationen konfrontiert. Daraus ergibt sich, dass der SterbehilfeKodex regelmäßig aktualisiert werden muss. Die letzte Aktualisierung wurde im Juli 2022 abgeschlossen und als »SterbehilfeKodex 2022« umfassend verbreitet.

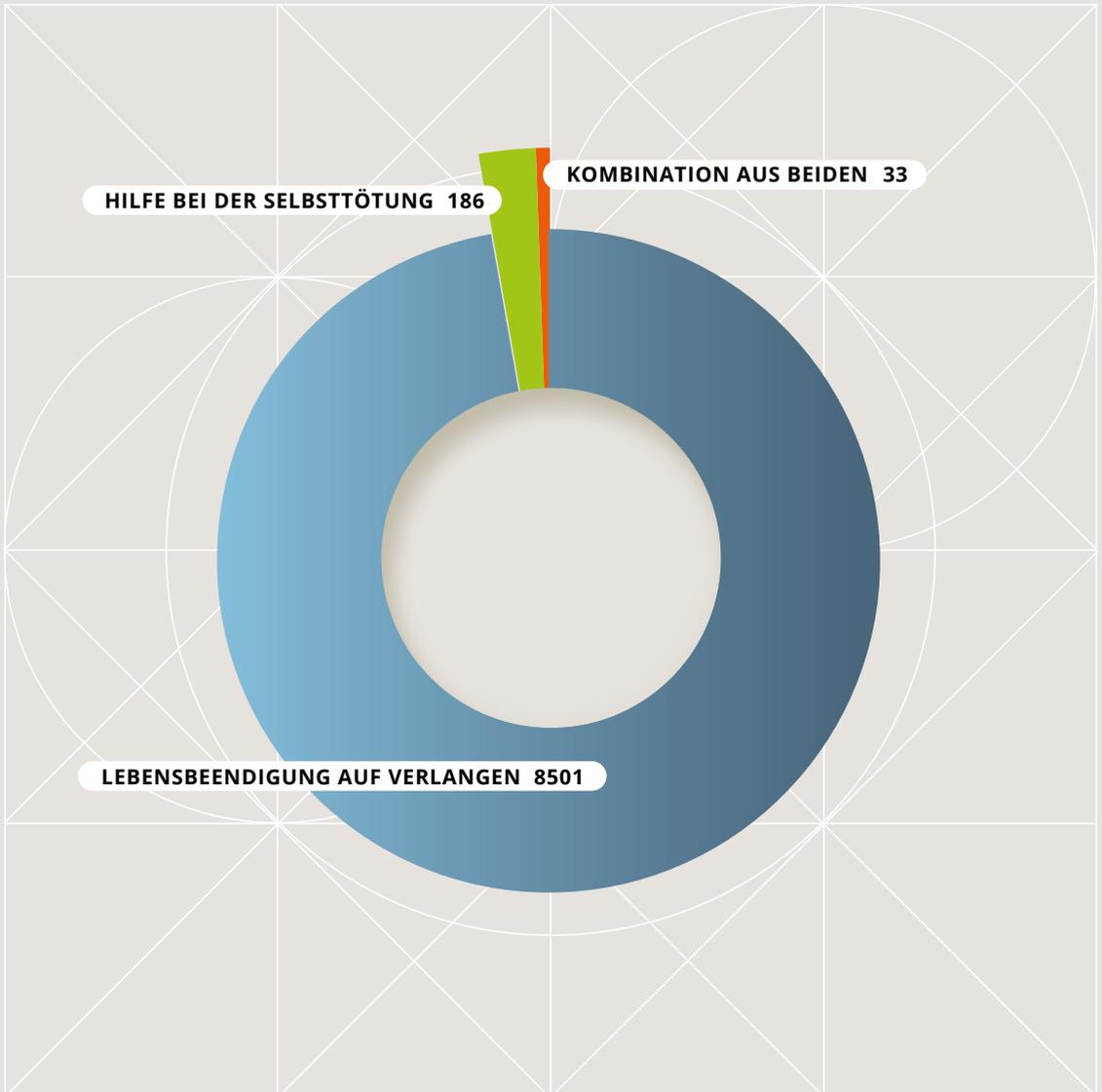
Auch in diesem Jahr wurden die Sterbehilfekommissionen kompetent vom Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und insbesondere von der Direktion »Einheit Disziplinausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate« (ESTT) unterstützt. Besonders stolz sind wir auf die Einführung eines neuen digitalen Systems für die Kontrolle und Erfassung von Meldungen, das im vorgegebenen Zeit- und Kostenrahmen mit vereinten Kräften entwickelt und implementiert wurde.

2022 ist es 20 Jahre her, dass das Sterbehilfegesetz zur Legalisierung und Regulierung der Sterbehilfe in den Niederlanden in Kraft getreten ist. Die Kommissionen prüfen alle Sterbehilfemeldungen anhand der in diesem Gesetz niedergelegten Normen. In den vergangenen zwanzig Jahren haben sie insgesamt 91 565 Meldungen geprüft; in 133 Fällen waren die gesetzlichen Vorgaben nicht eingehalten worden. In nur einem Fall sind strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet worden. Angesichts dieser Zahlen erscheint mir die vorsichtige Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass das Sterbehilfegesetz und darauf gründend die Sterbehilfekommissionen das angestrebte Ziel erreicht haben: eine sorgfältige und transparente Sterbehilfepraxis in den Niederlanden. Vermutlich hat das Sterbehilfegesetz aber noch viel mehr bewirkt. Vielen Menschen dürfte der Gedanke eine Stütze gewesen sein, dass ihnen die Möglichkeit der Sterbehilfe offensteht, sollte es wirklich nicht mehr gehen, bevor sie dann doch eines natürlichen Todes gestorben sind. Für mich ist das ein beruhigender Gedanke.

**JEROEN RECOURT**

*Koordinierender Vorsitzender*

# VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG



# KAPITEL I

## STATISTIKEN UND ENTWICKLUNGEN 2022



### 1 JAHRESBERICHT

---

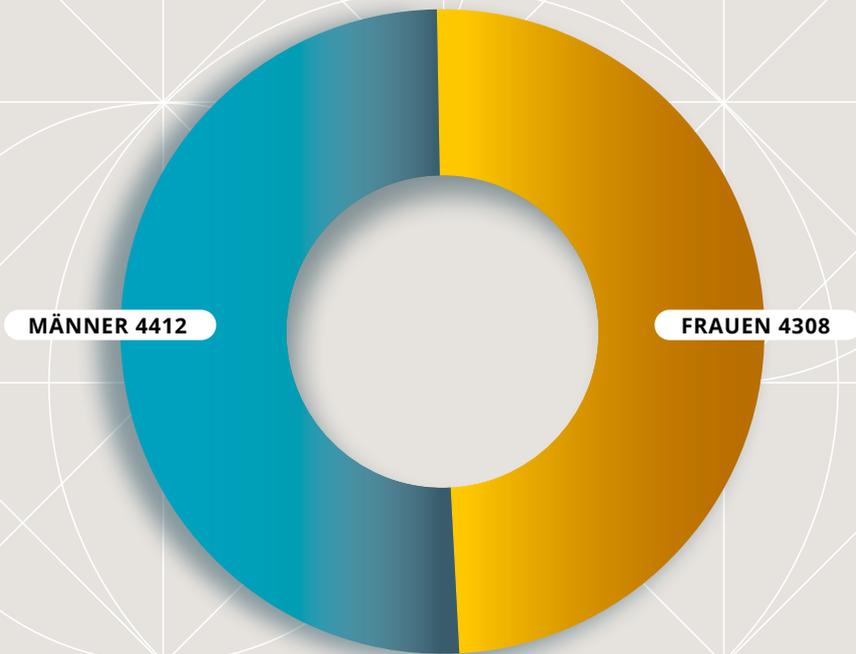
In diesem Jahresbericht erstatten die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe Bericht über ihre Prüfungstätigkeit im zurückliegenden Kalenderjahr. Auf diese Weise legen sie gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über die Art und Weise ab, wie sie ihre gesetzliche Aufgabe wahrgenommen 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 jenen 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 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 erläutert.

*Für nähere Informationen über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen u.a.m. siehe den SterbehilfeKodex 2022 und [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl).*

## VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN



### ZAHL DER MELDUNGEN

2022 wurden den Kommissionen 8720 Fälle von Sterbehilfe gemeldet. Dies entspricht 5,1 % aller in den Niederlanden im Jahr 2022<sup>2</sup> verzeichneten Todesfälle (169.938) und im Vergleich zu 2021 (7666 Meldungen) einer Zunahme um 13,7 %. Die Gesamtzahl der Todesfälle lag abgerundet ein halbes Prozent höher als 2021.

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

### VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

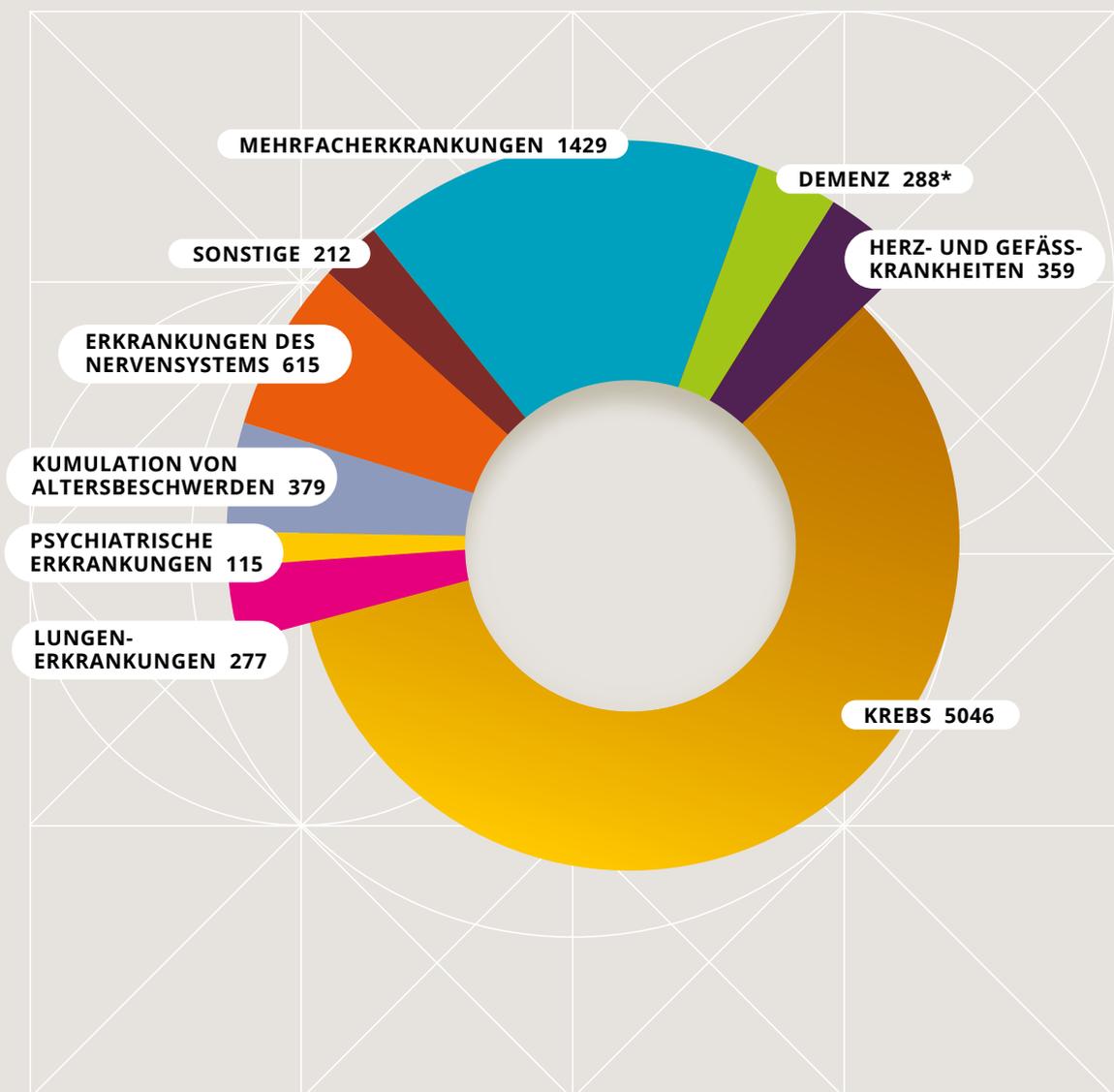
Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es, ebenso wie in den Vorjahren, etwa gleich häufig um Männer (4412 Fälle, 50,6 %) wie um Frauen (4308 Fälle, 49,4 %).

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

*Näheres zu den besonderen Aspekten der medizinisch fachgerechten Durchführung siehe den SterbehilfeKodex 2022, S. 38 ff.*

In 8501 Fällen (97,4 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 186 Fällen (2,1 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 33 Fällen (0,38 %) 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.

## KRANKHEITSARTEN



10

\* davon willensfähig: 282  
nicht willensfähig: 6

## KRANKHEITSARTEN

### HÄUFIGSTE KRANKHEITEN

Bei 88,6 % der bei den Kommissionen 2022 eingegangenen Meldungen (7726 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

- einer unheilbaren Form von Krebs (5046 Fälle, 57,8%)
- Erkrankungen des Nervensystems (615 Fälle, 7,0 %), etwa Morbus Parkinson, MS oder ALS
- Herz- und Gefäßkrankheiten (359 Fälle, 4,1 %)
- Lungenerkrankungen (277 Fälle, 3,2 %)
- Mehrfacherkrankungen (1429 Fälle, 16,4 %)

### DEMENZ

*Näheres zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit Demenz enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 52 ff.*

282 Meldungen bezogen sich auf Sterbehilfe bei Demenzpatienten, die mit Blick auf ihren Sterbehilfewunsch noch willensfähig waren. Es ging um Patienten in einem Stadium der Demenz, in dem sie sich noch über ihre Krankheit und die Symptome, etwa den Verlust der Persönlichkeit und des Orientierungssinns für Zeit und Ort, im Klaren waren. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel 2 im Rahmen von Fall 2022-115 beschrieben.

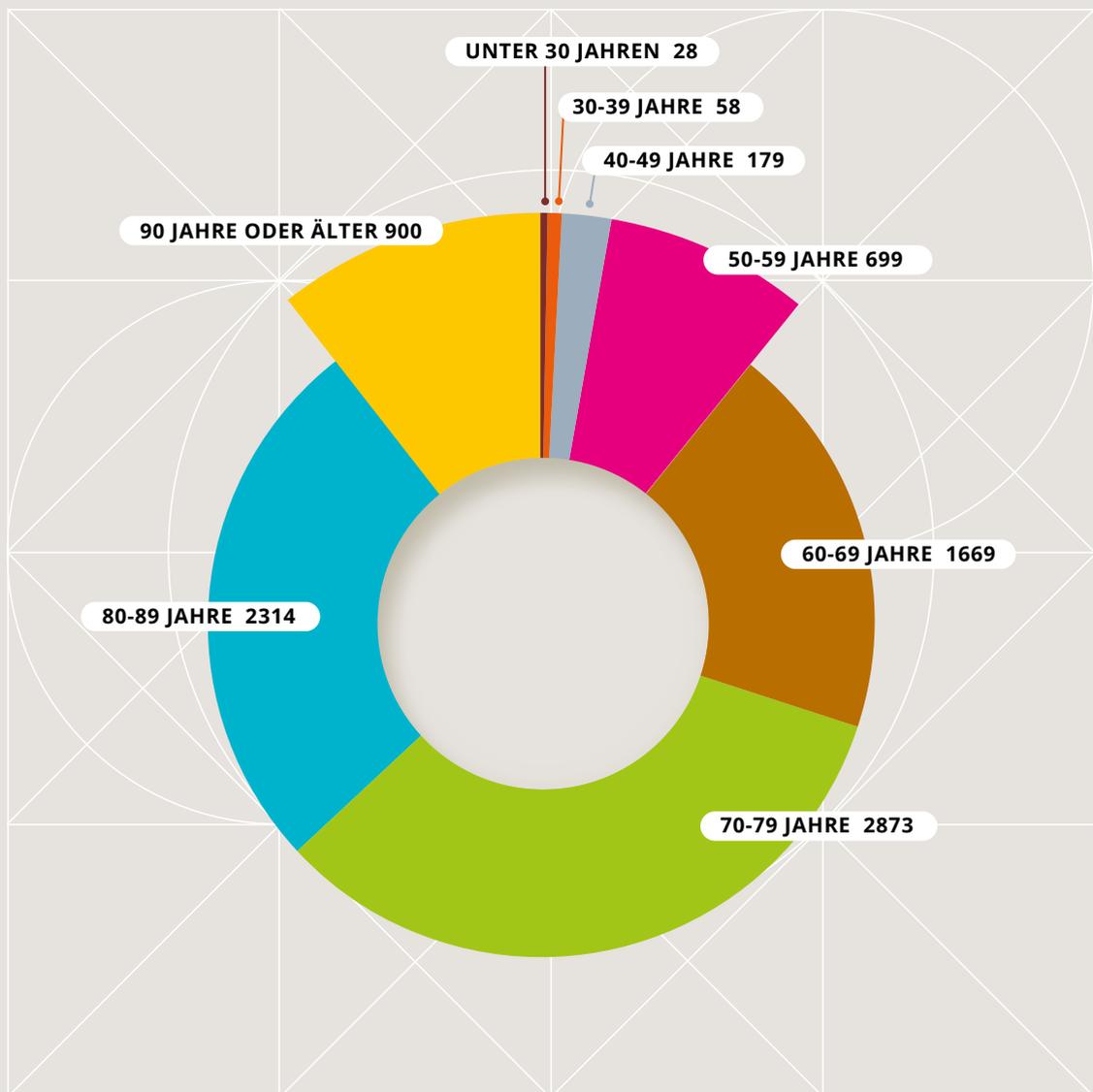
Bei sechs Meldungen aus dem Jahr 2022 (gleichviel wie im Jahr zuvor) handelte es sich um Patienten in einem (weit) fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Sie waren in Bezug auf ihre Bitte nicht mehr willensfähig und auch nicht mehr in der Lage, über ihr Ersuchen zu kommunizieren. Ihre schriftliche Patientenverfügung konnte als Bitte um Sterbehilfe aufgefasst werden. Eine dieser Meldungen (Fall 2022-043) wird in Kapitel 2 dieses Jahresberichts behandelt. All diese Meldungen wurden auf der Website der Kommissionen veröffentlicht.

### PSYCHISCHE STÖRUNGEN

*Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer psychischen Störung siehe den SterbehilfeKodex 2022, 49 ff.*

In 115 gemeldeten Sterbehilfefällen (1,3 %) lagen dem Leiden der Patienten maßgeblich eine oder mehrere psychische Störungen zugrunde. Das entspricht genau der Fallzahl aus dem Jahr 2021. In 32 dieser Fälle war der meldende Arzt ein Psychiater, in 29 Fällen ein Hausarzt, in 3 Fällen ein Geriater und in 51 Fällen ein anderer Arzt. In 65 Fällen, in denen bei einem Patienten aufgrund seiner psychischen Störung(en) Sterbehilfe geleistet wurde, war der durchführende Arzt für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) tätig. In solchen Fällen, in denen das Leiden des Patienten auf eine psychische Störung zurückgeht, muss der Arzt mit großer Behutsamkeit

# ALTER



vorgehen<sup>3</sup>, wie es in Fall 2022-085 (beschrieben in Kapitel 2) geschehen ist.

## KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

*Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden enthält der SterbehilfeKodex 2022, 25 ff.*

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Gehörerkrankungen, (Abnahme der Knochendichte) und ihre Folgen, Schädigungen 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. Derartige Beschwerden 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 werden kann. 2022 wurden den Kommissionen 379 Fälle dieser Kategorie (4,3 %) gemeldet. In Kapitel 2 wird unter der Nummer 2022-079 (auch auf der Website veröffentlicht) eine Meldung beschrieben, die sich auf Sterbehilfe bei einem Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden bezieht.

13

## SONSTIGE ERKRANKUNGEN

Die Kategorie »sonstige Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom, eine seltene Erbkrankheit, Nierenversagen oder Erblindung. 2022 wurden 212 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

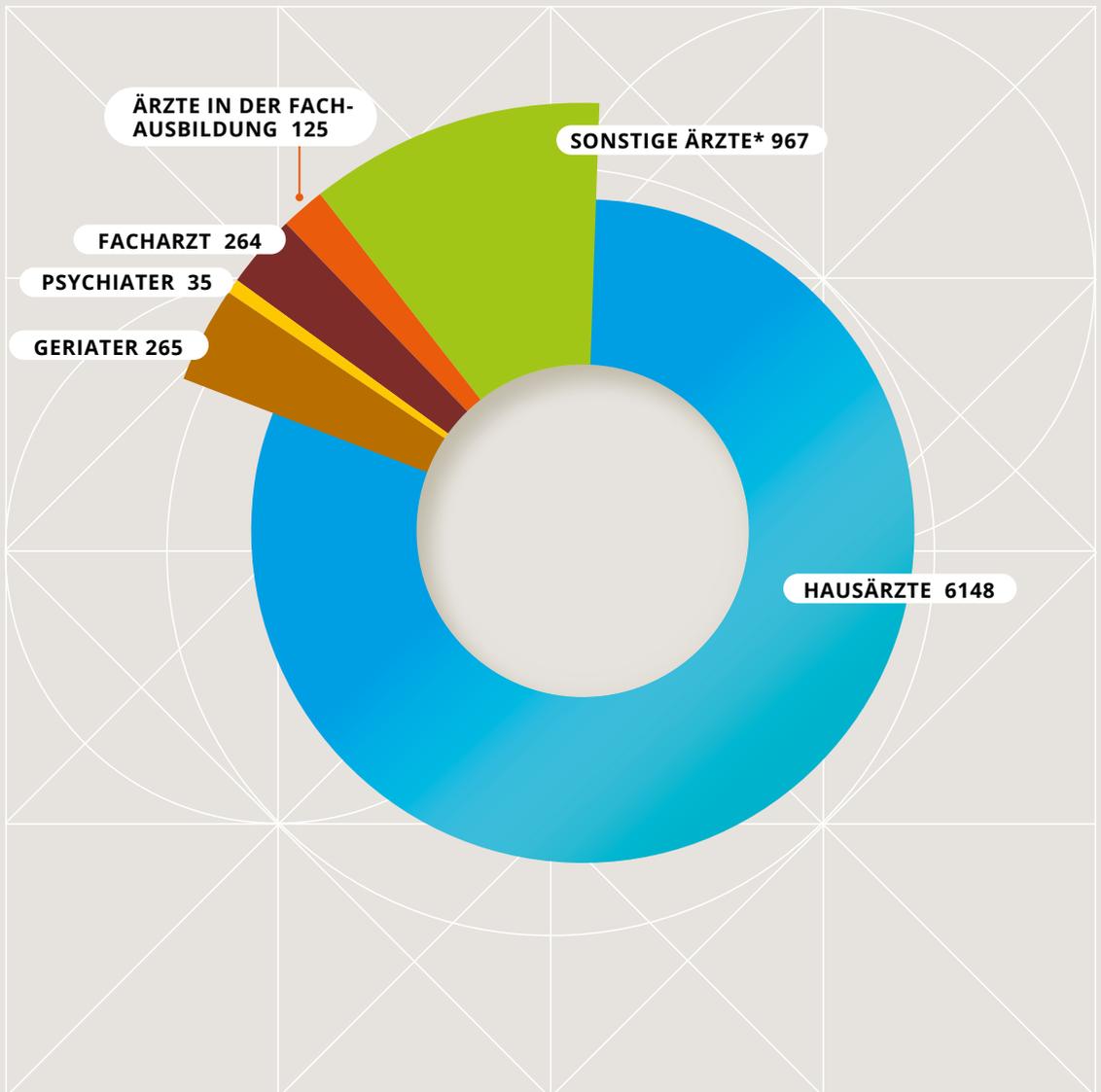
## ALTER

Die meisten Sterbehilfemeldungen (2873 Fälle, 32,9%) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 90 Jahre (2314 Fälle, 26,5%) und 60 bis 70 Jahre (1669 Fälle, 19,1%). 2022 beurteilten die Kommissionen eine Meldung über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Patienten (in der Altersgruppe 12 bis 16 Jahre). Dabei kamen sie zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes eingehalten hatte. Für Minderjährige im Alter von 12 bis 15 bzw. 16 und 17 Jahren gelten eigene, ergänzende Anforderungen.<sup>4</sup> In 27 Fällen waren die Patienten über 100 Jahre alt. Der älteste Patient war 104 Jahre. Es gingen 86 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 18 bis 40 Jahre ein.

<sup>3</sup> SterbehilfeKodex 2022, S. 49 ff.

<sup>4</sup> Näheres zu den besonderen Aspekten bei minderjährigen Patienten siehe SterbehilfeKodex S.49

## MELDENDE ÄRZTE



14

\* z. B. Ärzte des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe (EE) oder sog. Basisärzte

In 44 dieser Fälle war Krebs, in 24 Fällen eine psychische Störung die Ursache des Leidens.

In der Kategorie Demenz bezogen sich die meisten Meldungen (113 Fälle) auf die Altersgruppe 80 bis 90 Jahre, gefolgt von Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren (110 Fälle). In der Kategorie psychiatrische Erkrankungen gab es 2022 in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre 24 und in der Altersgruppe 60 bis 70 Jahre 20 Meldungen. In der Kategorie Kumulation von Altersbeschwerden waren die meisten Patienten (252) 90 Jahre oder älter.

### ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

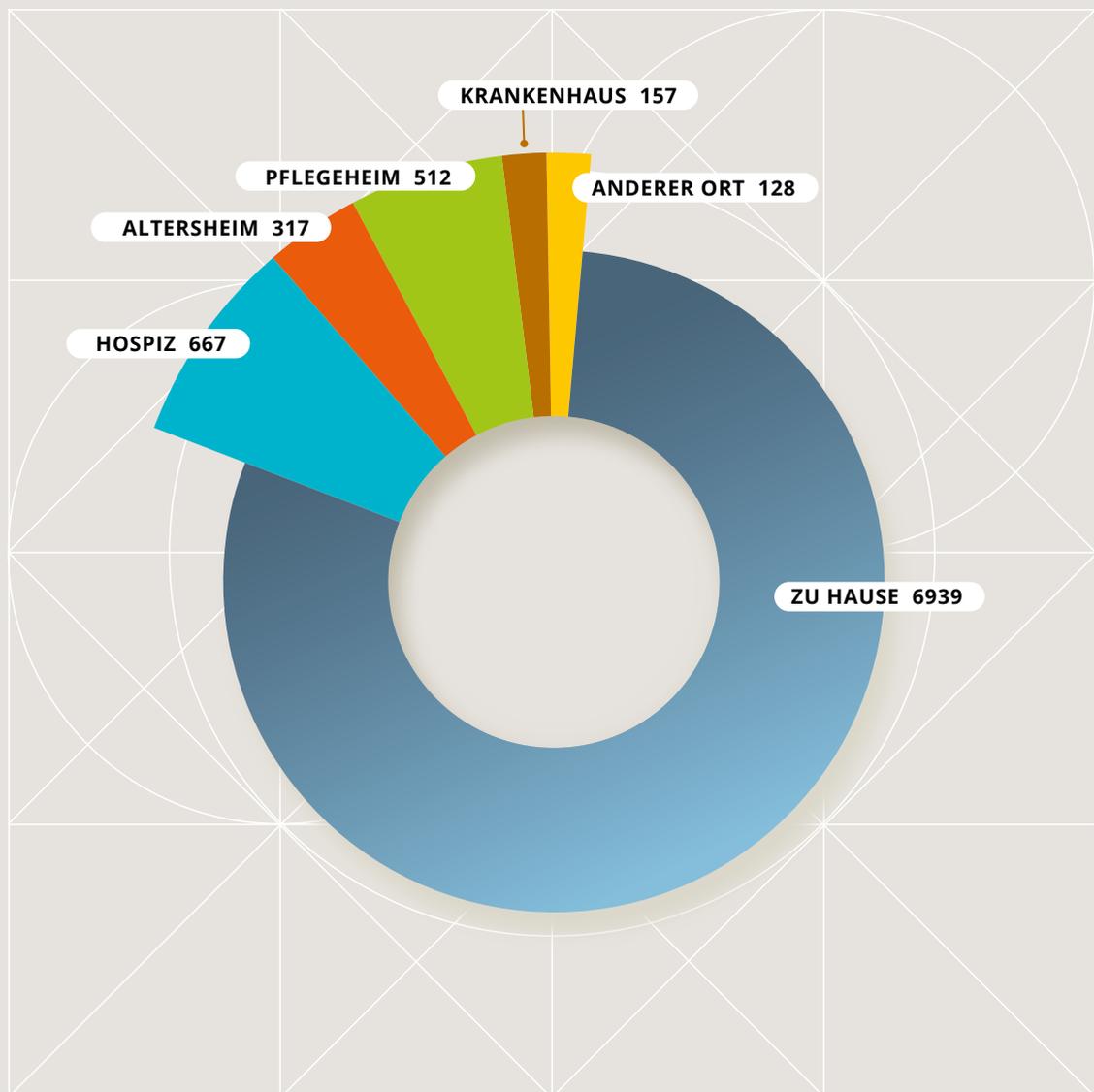
Auch 2022 wurde die Sterbehilfe in den mit Abstand meisten Fällen (6939, 79,6 %) beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Pflege- oder Altersheim (829 Fälle, 9,5 %), einem Hospiz (667 Fälle, 7,7 %), einem Krankenhaus (157 Fälle, 1,8 %) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten, in einem Wohnheim oder einem Pflegehotel (128 Fälle, 1,5 %).

### MELDENDE ÄRZTE

In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet (7013 Fälle, 80,4 %). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (316), Fachärzte (264) und Ärzte in der Ausbildung (125). Und schließlich gibt es noch eine größere Gruppe von Sterbehilfefällen (967), 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, erhöhte sich gegenüber 2021 (1123) um 118 auf 1241 (14,2 %). 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. Mehr als die Hälfte der Meldungen, bei denen der Patient an einer psychischen Störung litt, erfolgte von einem Arzt des Kompetenzzentrums (65 von 115, gut 56,5 %). Prozentual gesehen ist dies ein Rückgang im Vergleich zu 2021 (83 von 115 Meldungen, 72 %). Von den Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Form der Demenz zurückging (288), stammten 123 (42,7%) von einem EE-Arzt. Außerdem kamen 157 der 379 Meldungen (41,4 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von Ärzten des Kompetenzzentrums.

## 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> 2022 gingen bei den Kommissionen sechs Meldungen ein, in denen explizit angegeben wurde, dass nach der Sterbehilfe Organ- und Gewebespenden erfolgt waren.

## LEBENSGEFÄHRTEN

Bei 58 Meldungen ging es um die gleichzeitige Sterbehilfe bei zwei Partnern (29 Paare). Selbstverständlich muss in einem solchen Fall dargelegt werden, dass der Arzt bei jedem der Partner die im Sterbehilfegesetz 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 dreizehn der 2022 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der ausführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt hatte, die in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegt sind. Zehn dieser Fälle werden in Kapitel 2 beschrieben. In zwei Meldungen ging es um die Sterbehilfe bei einem Ehepaar, in deren Rahmen der Arzt lediglich einen Konsiliararzt für beide Ehepartner konsultiert hatte. Die Kommission kam bei beiden Meldungen zu dem Urteil, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hatte. Angesichts der Verquickung beider Beurteilungen wurde nur eine der beiden Meldungen aufgenommen. Bei drei Meldungen war der Konsiliararzt in der Praxis des ausführenden Arztes als Patient registriert; die Kommission kam jeweils zu dem Schluss, dass dies der Unabhängigkeit des Konsiliararztes im Wege stand.<sup>7</sup> Eine dieser drei Meldungen wird in Kapitel 2 beschrieben.

5 Die Richtlinie sowie die ihr zugrundeliegenden Hintergründe samt Begründung können in niederländischer Sprache konsultiert werden, siehe Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | Nederlandse Transplantatie Stichting.

6 SterbehilfeKodex 2022, S. 34.

7 SterbehilfeKodex 2022, S. 33.

#### »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. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn es um Patienten geht, deren Leiden auf eine oder mehrere psychische Störungen zurückzuführen ist, wenn die Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung erfolgt oder wenn es um einen minderjährigen Patienten geht. 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. 2022 traf dies auf 40 Meldungen zu (das entspricht etwas weniger als 0,5 %).

In Fällen, in denen die Kommissionen keine Fragen haben, geht dem Arzt immer ein sogenanntes Beurteilungsschreiben zu, mit dem er darüber informiert wird, dass die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass der Arzt alle Sorgfaltskriterien erfüllt hat.

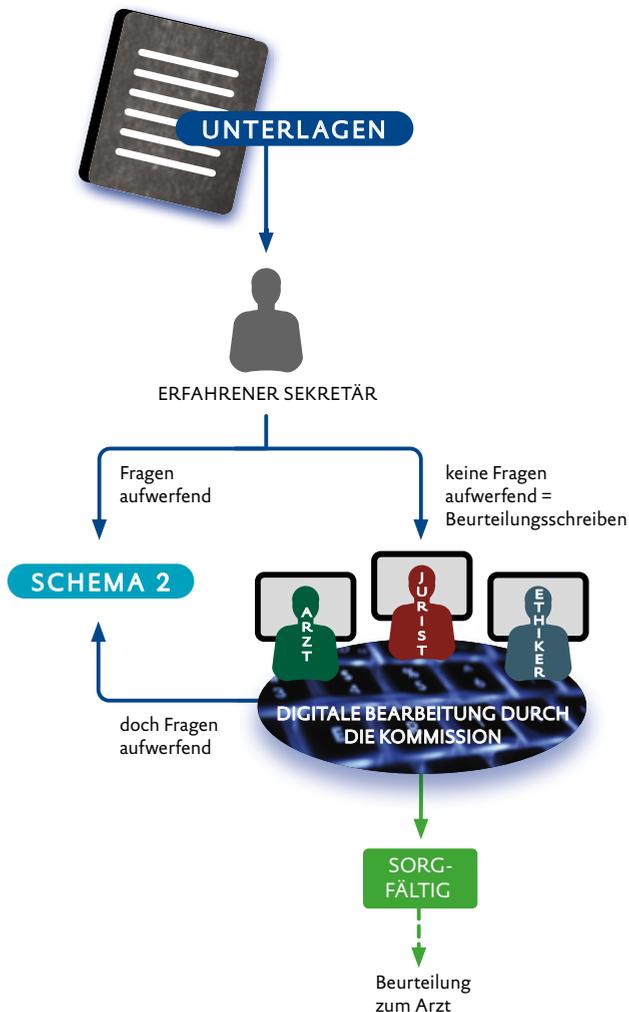
2022 wurden 95,9 % der eingegangenen Meldungen vom Sekretär der Kommissionen als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft.

Als Beispiele für keine Fragen aufwerfende Meldungen, bei denen dem Arzt ein Beurteilungsschreiben zugesandt wurde, werden in Kapitel 2 die Fälle 2022-067, 2022-029, 2022-094, 2022-031 und 2022-006 beschrieben. Dabei ist anzumerken, dass an diesen Stellen eine Zusammenfassung des jeweiligen Falls wiedergegeben ist. Auch auf der Website der Kommissionen ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)) werden Fallbeschreibungen von einem Teil der keine Fragen aufwerfenden Meldungen auf diese Weise veröffentlicht. Das an den Arzt versandte Beurteilungsschreiben enthält keine solche Zusammenfassung.

Wurde eine Meldung dagegen als »Fragen aufwerfend« eingestuft, wird sie im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen und es 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.

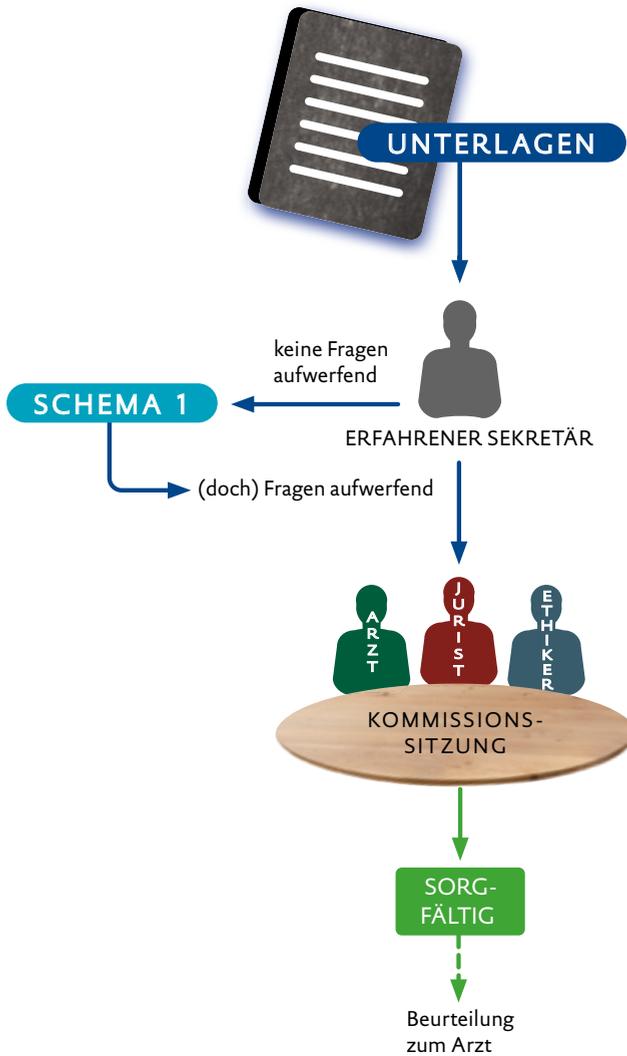
## SCHEMA 1

95,9 % DER MELDUNGEN  
(KEINE FRAGEN AUFWERFEND)



## SCHEMA 2

4,1% DER MELDUNGEN  
(FRAGEN AUFWERFEND)



Von allen eingegangenen Meldungen wurden 4,1 % unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert, etwa weil der Patient an einer psychischen Störung litt, weil Fragen zur Durchführung der Sterbehilfe aufkamen oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren.

2022 vergingen zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung im Schnitt 34 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes festgelegte Frist von sechs Wochen eingehalten, allerdings betrug die durchschnittliche Bearbeitungsdauer zwei Tage mehr als im Vorjahr. Dies geht zum einen auf die gestiegene Zahl der Meldungen und zum andern auf Personalfluktuationen zurück.

### **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 18 gemeldeten Fällen den Arzt und in einem Fall den Konsiliararzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten.

Bei 28 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. Dies schließt die 13 vorgenannten Meldungen ein, bei denen die Kommission letztlich zu dem Schluss gekommen ist, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten worden waren.

Einfache, faktenbezogene Fragen können auch telefonisch geklärt werden.

### **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.

Fälle, in denen bei einem nicht willensfähigen Patienten aufgrund von dessen schriftlicher Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet wurde, werden grundsätzlich 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 umfassende interne Konsultation 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.

2022 waren 34 Meldungen – einschließlich der Meldungen, die als »Sorgfaltskriterien nicht eingehalten« eingestuft wurden – Gegenstand einer solchen Konsultation. In einigen Fällen werden die Beurteilungen zusätzlich in den jeweiligen Beratungen der Vorsitzenden, Ärzte und/oder Ethiker besprochen.

### **REFLEXIONSGREMIUM**

Auf Bitten des Gremiums der Vorsitzenden hat das Reflexionsgremium den SterbehilfeKodex aktualisiert und im Juli 2022 veröffentlicht. Zuvor waren die Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunde/KNMG), die Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie/KNMP), die Staatsanwaltschaft (Openbaar Ministerie/OM), die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd/IGJ), das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) und die Niederländische Vereinigung für Psychiatrie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/NVvP) konsultiert worden. Der SterbehilfeKodex 2022 wurde allen Hausärzten, Psychiatern und Geriatern zugeschickt.

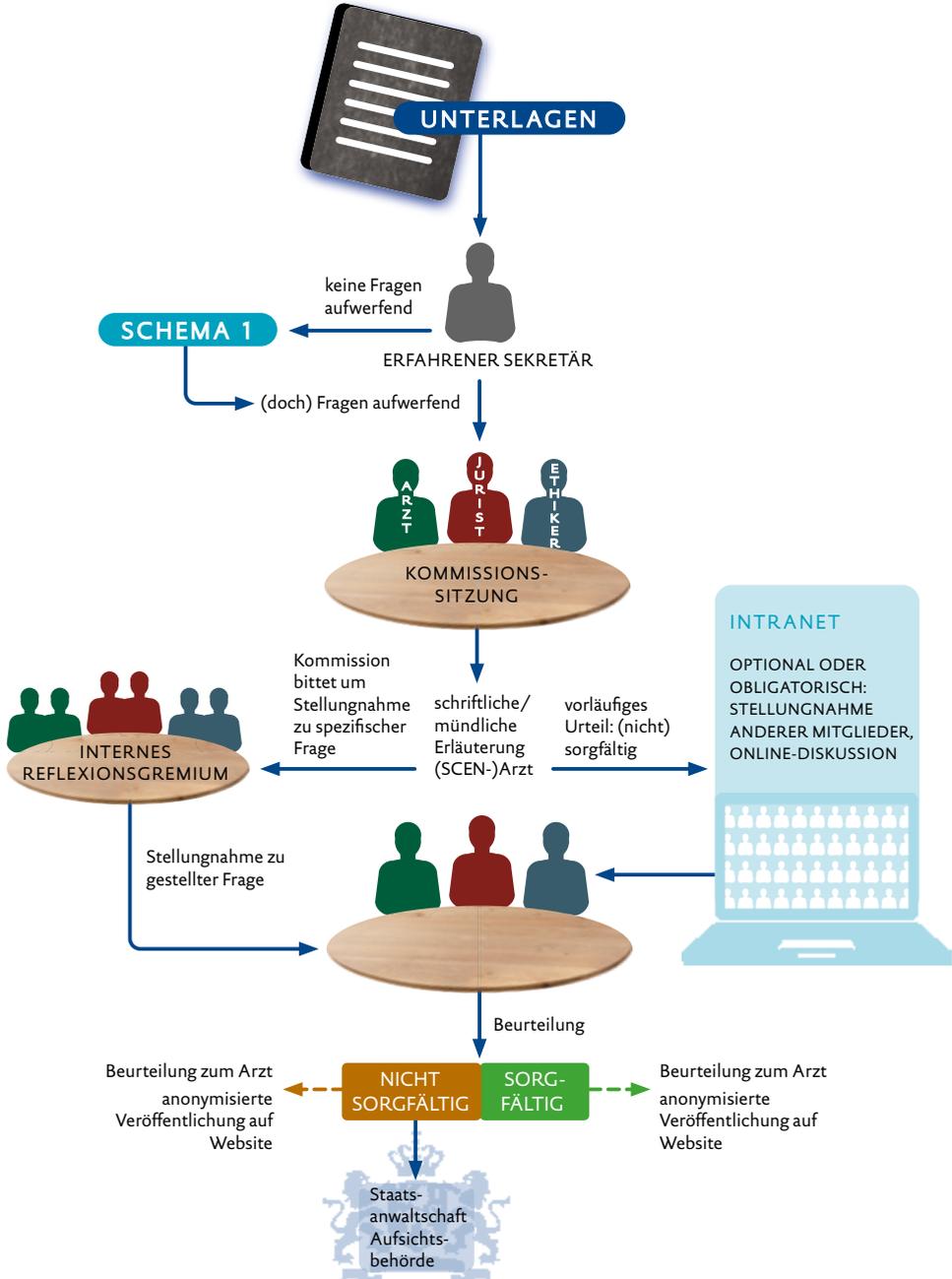
### **SONSTIGES**

Das angekündigte neue Automatisierungssystem für die Kontrollkommissionen wurde im Mai 2022 in Gebrauch genommen. Dank dieses Systems erhält der Arzt jetzt automatisch eine E-Mail mit einer Empfangsbestätigung, sobald die Meldung im System registriert ist. Mittlerweile gehen die allermeisten Meldungen der Leichenbeschauer der Gemeinden ebenfalls auf digitalem Wege bei den Kommissionen ein.

Der Bericht zur vierten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes wird 2023 erscheinen; in diesem Rahmen wird auch das Funktionieren der Sterbehilfekommissionen evaluiert.

# SCHEMA 3

< 0,5 % DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)



## ORGANISATION

Die Kontrollkommissionen decken fünf Regionen ab mit jeweils drei Juristen (ein Regionalvorsitzender, zwei Vorsitzende), drei Ärzten und drei Ethikern. Damit gehören den Kommissionen insgesamt 45 Mitglieder an. Angesichts der gestiegenen Zahl der Meldungen führen die Sterbehilfekommissionen Gespräche mit dem Gesundheits- und dem Justizministerium über eine Aufstockung der Mitgliederzahl.

Die Mitglieder 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. 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.

# 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 fachgerecht durchgeführt haben.

Die Kontrollkommissionen prüfen die Meldungen anhand des Sterbehilfegesetzes, der Gesetzesgeschichte, der einschlägigen Rechtsprechung sowie des SterbehilfeKodex 2022<sup>8</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.

<sup>8</sup> Der SterbehilfeKodex 2022 steht auf der Website der Kommissionen zum Download bereit ([www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)).

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 psychischen Störung, einer Kumulation von Altersbeschwerden oder Demenz.

In Abschnitt 3 werden Fälle beschrieben, in denen die Kommissionen in diesem Jahr zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Das war bei dreizehn Meldungen der Fall, zehn davon werden in diesem Jahresbericht ausführlich behandelt.

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.

### 2.1 FÜNF BEISPIELE DER HÄUFIGSTEN MELDUNGEN

Wie in Kapitel 1 dargelegt, wird Sterbehilfe zum weitaus größten Teil bei Patienten geleistet, die an Krebs, Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten, Lungenerkrankungen oder Mehrfacherkrankungen leiden. Die nachfolgend beschriebenen fünf Meldungen, die allesamt keine Fragen aufwarfen, sind Beispiele für solche Fälle, die Beurteilungen illustrieren die Art der Meldungen, 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

## Lungenkrebs, weitere Untersuchungen abgelehnt

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde drei Monate vor seinem Tod die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Lungenkrebs gestellt. Aufgrund seines Alters und seines schlechten Zustands lehnte er weitere Untersuchungen ab. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Der Mann litt unter starker Atemnot, hatte heftige Hustenanfälle und Rückenschmerzen. Außerdem war er in kurzer Zeit stark abgemagert. Er wurde in seinem Leben und Handeln immer weiter eingeschränkt und konnte auch nicht mehr das Haus verlassen. Er litt unter der allgemeinen Schwäche und der mangelnden Perspektive.

Einen Monat vor seinem Tod bat der Mann die Ärztin, die Lebensbeendigung durchzuführen. Ihrer Ansicht nach hatte der Patient die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt. Sie stellte fest, dass er trotz vieler Rückschläge nicht depressiv war. Die Ärztin stufte den Mann hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein.

Sie war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, sein Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging hervor, dass die Ärztin und die Fachärzte den Mann über seinen Gesundheitszustand und die Behandlungsmöglichkeiten informiert hatten.

Als Konsiliararzt zog die Ärztin eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu, die den Mann eine Woche vor der Lebensbeendigung besuchte und zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Ärztin führte die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom September 2021 empfohlenen Mitteln durch, die sie in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-067 zu finden.*

## MS, Sterbehilfefverfahren wurde einem Kollegen übertragen

Bei einem Mann im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde sieben Jahre vor seinem Tod Multiple Sklerose (MS) diagnostiziert. MS ist eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, bei der die Übertragung von Nervensignalen zum und vom Gehirn beeinträchtigt ist. Eine Heilung ist nicht möglich.

Bei dem Mann war ein zunehmender Funktionsverlust zu beobachten; hierdurch war er größtenteils auf Pflegemaßnahmen und auf einen Rollstuhl angewiesen. Er musste mit Hilfe eines Patientenlifters in seinen Rollstuhl hinein- und wieder herausgehoben werden. Dabei kam es häufig zur Stuhlinkontinenz. Das Leiden des Mannes bestand in der Verschlechterung seines körperlichen Zustands und schmerzhaften Muskelkrämpfen. Die Aussichtslosigkeit seiner Situation und die Angst vor einer weiteren Verschlechterung verlangten ihm auch emotional viel ab.

Der Hausarzt des Patienten war nicht bereit, die Sterbehilfe durchzuführen, weshalb ein Kollege aus der Praxismgemeinschaft das Sterbehilfefverfahren übernahm. Beim ersten Gespräch mit dem Arzt, sechs Wochen vor seinem Tod, bat der Mann den Arzt um die Durchführung der Lebensbeendigung. Es fanden wöchentlich mehrere Gespräche statt, in denen der Mann seine Bitte stets wiederholte.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Mann annehmbaren Möglichkeiten mehr, sein Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-029 zu finden.*

## LUNGENERKRANKUNG

---

### COPD, Verschlechterung durch Corona-Infektion

Bei einer Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde lange vor ihrem Tod die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD) diagnostiziert. Inzwischen befand sie sich im letzten Stadium der Krankheit. Ungefähr ein Jahr vor ihrem Tod erkrankte die Frau an COVID, woraufhin sich ihre Lungenfunktion weiter verschlechterte. Der zusätzliche Sauerstoff, der ihr verabreicht wurde, linderte ihre Atemnot nur unzureichend. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten mehr für sie.

Das Leiden der Frau bestand in schwerer Atemnot, Müdigkeit und Schwäche. Sie war zu kaum noch etwas in der Lage, ihre Tage verbrachte sie sitzend oder liegend im Bett. Sogar das Essen und Trinken verlangten ihr viel Energie ab. Die Frau hatte Angst zu ersticken. In der Vergangenheit hatte sie dieses Krankheitsbild bei einer ihr nahestehenden Person miterlebt, und sie wollte nicht in dieselbe Lage geraten.

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

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-031 zu finden.*

### Herzinsuffizienz und Gefäßerkrankung mit Amputation, Verlust der Selbständigkeit

Ein Mann im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt bereits seit einem Jahr vor seinem Tod an einer Gefäßerkrankung, infolge deren zunächst ein Teil seines rechten Fußes und später sein rechter Unterschenkel amputiert werden musste. Im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts, einen Monat vor seinem Tod, wurde bei dem Patienten eine schwere Herzinsuffizienz diagnostiziert. Die Behandlungen schlugen nicht an und eine Genesung war nicht möglich.

Die Amputationswunde des Mannes heilte nicht gut, weshalb eine weitere Amputation oberhalb des Knies erforderlich wurde. Der Mann lehnte diese schwere Operation ab, nicht zuletzt wegen seines sehr schlechten Zustands aufgrund seiner Herzinsuffizienz. Er war sehr müde und zu kaum noch etwas in der Lage. Er litt unter seiner Abhängigkeit, dem Verlust der Selbständigkeit und der mangelnden Perspektive.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Mannes für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, sein Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-094 zu finden.*

## MEHRFACHERKRANKUNGEN

---

### Schlaganfall, metastasiertes Melanom, erschwerte Kommunikation

Eine Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren erlitt ungefähr ein halbes Jahr vor ihrem Tod einen Schlaganfall, der in einer halbseitigen Lähmung resultierte. Sie hatte Schwierigkeiten mit dem Sprechen und alltäglichen Handlungen. Ungefähr zwei Monate vor ihrem Tod wurde bei der Patientin ein metastasiertes Melanom (Hautkrebs) festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Das Leiden der Frau bestand in den Folgen des Schlaganfalls. Sie konnte lediglich noch durch Kopfbewegungen kommunizieren, was enorm frustrierend für sie war. Die Frau war zu kaum noch etwas in der Lage und wurde von Dritten abhängig. Der Verlust des Sprachvermögens und der Autonomie passte nicht zu der aktiven und beredten Person, die sie ihr Leben lang gewesen war. Die Frau litt emotional sehr unter ihrer Situation und der mangelnden Perspektive angesichts des metastasierten Melanoms.

Der Arzt hatte sie gefragt, ob sie Sterbehilfe wünsche. Mit Kopfbewegungen konnte die Frau auf geschlossene Fragen reagieren. Bei den Gesprächen hielt sie an ihrer Bitte konsequent fest.

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 Patientin gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-006 zu finden.*

## 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). Die nachstehenden Meldungen waren bis auf eine als »Fragen aufwerfend« eingestuft worden, d. h. sie sind im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen worden und dem Arzt ist die ausformulierte Beurteilung der relevanten Sorgfaltskriterien zugegangen.

### 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. Das Ersuchen muss vom Patienten selbst geäußert werden.

Mit Blick auf dieses Sorgfaltskriterium können sich in bestimmten Situationen besondere Fragen stellen. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn es sich um minderjährige Patienten handelt (siehe hierzu SterbehilfeKodex 2022, S. 23).

## FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

---

### Minderjährige Patienten

Bei einem Jungen im Alter zwischen 12 und 16 Jahren wurden gut drei Jahre vor seinem Tod ein bösartiger Tumor und ungefähr ein Jahr vor seinem Tod Metastasen festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Der Junge hatte häufig Schmerzen und kaum noch Energie, wodurch er bettlägerig geworden war.

Das Sterbehilfegesetz gilt für Sterbehilfe bei Personen ab 12 Jahren, für minderjährige Patienten zwischen 12 und 16 Jahren sieht es einige zusätzliche Anforderungen vor. Mit diesen Anforderungen hat sich die Kommission bei der Bewertung dieses Falles besonders auseinandergesetzt: die Fähigkeit des Jungen zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen (die sog. innere Freiwilligkeit oder Willensfähigkeit) und das Einverständnis der Eltern mit seiner Bitte um Sterbehilfe.

In seinem Bericht hatte der Arzt ausgeführt, dass er über einen längeren Zeitraum regelmäßig mit dem Jungen gesprochen hatte. Dadurch war er zu der Überzeugung gelangt, dass der Junge gut über seine Möglichkeiten nachgedacht hatte und deren Folgen überblicken konnte. Der Arzt stuft den Jugendlichen hinsichtlich seines Sterbehilfersuchens als willensfähig ein. Der Junge besprach alles mit seinen Eltern, die ihn bei seinem Ersuchen beistanden. Zur Unterstützung bat der Arzt einen Kollegen aus seiner Praxis, die Willensfähigkeit des Jugendlichen zu beurteilen. Auch dieser Arzt hatte diesbezüglich keine Zweifel. Darüber hinaus kam der Konsiliararzt ebenfalls zu dem Schluss, dass der Junge willensfähig war und dass ihn seine Eltern in seiner Entscheidung voll unterstützten.

Die Kommission war der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Junge seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte und dass die Eltern mit dieser Bitte einverstanden waren. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

*Auf der Website unter Nummer 2022-072 zu finden.*

## 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 (SterbehilfeKodex 2022, S. 25ff)

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 die gemeinsame Überzeugung von Arzt und Patient, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt. Aber wie gesagt können diese beiden Kriterien niemals völlig unabhängig voneinander betrachtet werden.

## UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

### Kumulation von Altersbeschwerden, Zweifel an der medizinischen Ursache, mündliche Erläuterung des Arztes

Eine Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren war schwerhörig und sehbehindert, außerdem litt sie an Bluthochdruck und Drehschwindel. Darüber hinaus wies sie – nach überstandener Melanom – einige Pigmentflecken auf.

Aus den Unterlagen ging für die Kommission nicht hinreichend hervor, worin das unerträgliche Leiden der Frau bestand und wie sich der Zusammenhang zwischen diesem Leiden und den festgestellten Gesundheitsproblemen darstellte.

Der Arzt wurde gebeten, den Fall mündlich zu erläutern. In diesem Rahmen legte er gegenüber der Kommission dar, dass die Frau in ihrem Leben immer stärker eingeschränkt wurde und unter dem zunehmenden Verlust ihrer Körperfunktionen litt. Dies hatte die Patientin in mehreren Gesprächen mit dem Arzt, die zehn Monate vor ihrem Tod begannen, konsequent angesprochen. Durch die Zunahme und Intensivierung ihrer Beschwerden konnte sie letztlich nichts mehr machen, was ihr zuvor Freude bereitet hatte. Sie konnte nicht mehr Auto fahren, im Garten arbeiten oder im Fernsehen Nachrichten schauen. Es fiel ihr auch immer schwerer, ohne Hilfe anderer zu laufen. Mit der Zeit war die Frau einsam, niedergeschlagen und ängstlich geworden.

Weiter erklärte der Arzt, dass die Patientin immer sehr konsequent und streng zu sich selbst gewesen sei. Zudem sei ihr ihre Selbständigkeit sehr wichtig gewesen, weshalb sie auch unter keinen Umständen in eine Pflegeeinrichtung wollte. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin angesichts ihres Charakters und ihrer Lebensgeschichte unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war.

Der hinzugezogene Konsiliararzt erwog, dass auch Aspekte eines »vollendeten Lebens«, wie er es ausdrückte, den Sterbewunsch der Frau mitbestimmen. Er war aber der Meinung, dass es auch medizinische Ursachen für das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand der Frau gab. Der Arzt erklärte gegenüber der Kommission, dass er sich durch diese Schlussfolgerung eindeutig bestätigt gefühlt habe; schließlich hatte der Konsiliararzt die Frau ausführlich zu ihrem Leiden befragt.

Die Kommission stellte fest, dass die Frau immer ein selbständiges Leben geführt hatte. Im Laufe der Jahre wurde sie darin immer weiter eingeschränkt, weshalb sie ihre Tage überwiegend in einem Stuhl sitzend verbrachte. Sie litt unter dieser Verschlechterung und der zunehmenden Abhängigkeit. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Frau durch die Kumulation dieser Einschränkungen ihr Leben nicht mehr sinnvoll gestalten konnte.

Vor diesem Hintergrund urteilte die Kommission, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Frau unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

*Auf der Website unter Nummer 2022-056 zu finden.*

## KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

### Neurologische Beschwerden nach einem Sturz, schriftliche Erläuterung des Arztes, Ablehnung weiterer Untersuchungen und Behandlungen

Eine Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren war Jahrzehnte vor ihrem Tod gestürzt und mit dem Kopf hart auf den Boden geprallt. Danach stellten sich neurologische Beschwerden ein, darunter Kopfschmerzen, Gesichtsschmerzen, Schwindel, Doppeltsehen, Schlafprobleme und verminderte Konzentration. Ein Jahr vor ihrem Tod wurde bei einem Sturz ihre Ferse zertrümmert. Ungefähr einen Monat vor ihrem Tod brach sie sich bei einem weiteren Sturz das Handgelenk.

In seinem Bericht hatte der Arzt ausgeführt, dass er nicht vollständig davon überzeugt war, dass für das Leiden der Patientin nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung bestand. Darüber hinaus erwähnte der Konsiliararzt eventuelle Behandlungsmöglichkeiten für die Frau. Vor diesem Hintergrund entschied die Kommission, den Arzt um eine nähere Erläuterung zu bitten.

Der Arzt erklärte, er habe sich bei der Formulierung des Berichts an dem Ausdruck »nach der herrschenden medizinischen Auffassung« orientiert. Da einige Untersuchungen der Patientin bereits viele Jahre zurücklagen, sei er sich nicht sicher gewesen, ob es inzwischen neue medizinische Entwicklungen gebe, die die Beschwerden der Frau vielleicht hätten lindern können. Er habe eventuelle Behandlungsmöglichkeiten mit der Frau besprochen, so der Arzt, diese habe jedoch weitere Untersuchungen oder Behandlungen abgelehnt. Sie sei von den geringen Ergebnissen früherer Behandlungen entmutigt gewesen. Auch psychologische Unterstützung habe sie nicht gebraucht, weil sie in ihrem Glauben genügend Halt finde.

Die Kommission stellte fest, dass die Frau bis zu ihrem Tod dreißig Jahre lang bei verschiedenen Fachärzten in Behandlung gewesen war, ohne dass dies den erwünschten Effekt gehabt hätte. Wenngleich der Konsiliararzt noch einige Behandlungsempfehlungen ausgesprochen hatte, berücksichtigte die Kommission die Tatsache, dass er es nachvollziehen konnte, dass sich die Frau keinen Behandlungen mehr unterziehen wollte.

Die Kommission stellte fest, dass die Patientin keine Kraft für weitere Behandlungen hatte. Angesichts des Alters der Frau sowie ihres körperlichen Zustands und der langen Behandlungsgeschichte war dies für alle an dem Fall beteiligten Ärzte nachvollziehbar.

Deshalb kam die Kommission zu dem Schluss, 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 mehr gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

*Auf der Website unter Nummer 2022-114 zu finden.*

### 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.

Vorzugsweise ist ein sog. SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzuzuziehen. SCEN steht für »Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland« (Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden). Träger des SCEN-Programms ist die Ärztekammer KNMG. Ein SCEN-Arzt ist ein von der KNMG speziell ausgebildeter Arzt, der erreichbar ist und eine unabhängige und fachkundige Beurteilung der Sorgfaltskriterien im Rahmen des Sterbehilfeprozesses vornehmen kann (s. SterbehilfeKodex 2022, S. 31).

## HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

---

### Keine Fragen aufwerfende Meldung, Krebs, Patientin wohnt in den karibischen Niederlanden

Bei einer Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde zwei Wochen vor ihrem Tod Lungenkrebs mit zahlreichen Metastasen diagnostiziert. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Frau hatte große Schmerzen, die sich nicht mit Medikamenten behandeln ließen. Innerhalb kurzer Zeit war sie sehr schwach und bettlägerig geworden. Die Abhängigkeit war für sie unerträglich.

Ungefähr eine Woche vor ihrem Tod bat die Frau den Arzt, die Lebensbeendigung durchzuführen. Der Arzt zog einen Konsiliararzt hinzu, der kein SCEN-Arzt war, da auf der Insel, auf der die Patientin wohnte, kein SCEN-Arzt verfügbar war. Der unabhängige Konsiliararzt gelangte zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Obwohl der behandelnde Arzt vorzugsweise einen SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinziehen sollte, ist dies gesetzlich nicht vorgeschrieben, wie auch aus dem SterbehilfeKodex hervorgeht. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-054 zu finden.*

## 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 Komas. Bei der Beurteilung der Einhaltung dieses Sorgfaltskriteriums legen die Kommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe aus dem Jahr 2021 (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 (siehe hierzu den SterbehilfeKodex, S. 38).

## MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

### Krebs, Verabreichung einer zweiten Dosis des Muskelrelaxans, schriftliche Erläuterung der Ärztin

Bei einer Frau im Alter zwischen 50 und 60 Jahren verlief die Durchführung der Sterbehilfe mühsam. Die Ärztin erläuterte der Kommission den Sachverhalt wie folgt.

Am Tag vor der Durchführung der Sterbehilfe hatte ein Pflegefachteam einen Zugang in der Armbeuge der Frau gelegt. Am Tag der Durchführung verabreichte die Ärztin der Patientin 2000 Milligramm Thiopental als komaauslösendes Mittel. Die Frau atmete ruhig weiter. Bei der Injektion hatte die Ärztin keinen Widerstand festgestellt, und es hatte sich keine subkutane Schwellung gebildet. Eine halbe Stunde nach Verabreichung des Thiopentals stellte die Ärztin mit Hilfe eines Schmerzreizes und Lidschlussreflexes fest, dass sich die Frau in einem hinreichend tiefen Koma befand. Daraufhin verabreichte die Ärztin 150 Milligramm Rocuronium als Muskelrelaxans. Den langen Zeitraum zwischen der Verabreichung der beiden Mittel erklärte die Ärztin damit, dass sie die Sterbehilfe nicht zu abrupt habe durchführen wollen, dies sei der Wunsch der Familie gewesen. Die Frau verstarb jedoch nicht nach der Verabreichung von Rocuronium. Die Ärztin ging davon aus, dass mit dem Zugang alles in Ordnung war, sie hatte ihn kontrolliert. Deshalb entschied sie nach 25 Minuten, das Rocuronium aus dem Reserveset zu verabreichen. Da die Frau auch nach Verabreichung der zweiten Dosis nicht unmittelbar verstarb, setzte sich die Ärztin mit einem Anästhesisten des Palliativteams in Verbindung. Sie vereinbarten, dass ein Rettungssanitäter einen neuen Zugang legen und der Apotheker einen dritten Satz Sterbemittel liefern solle, wenn sich die Situation nicht ändere. In den folgenden Minuten wurde die Atmung der Frau immer flacher, und sie verstarb ruhig.

Die Kommission stellte fest, dass die Ärztin – in Abweichung von der Richtlinie – keinen neuen Zugang bei der Patientin gelegt hatte, nachdem diese auf die Verabreichung von Thiopental nicht hinreichend reagiert hatte. Außerdem verstrich viel Zeit zwischen der Verabreichung des Thiopentals und der ersten Dosis Rocuronium, obwohl die Richtlinie empfiehlt, diese Mittel unmittelbar nacheinander zu verabreichen, sobald ein hinreichend tiefes Koma festgestellt worden ist.

Darüber hinaus stellte die Kommission fest, dass die Ärztin Rat bei einem Anästhesisten eingeholt hat, als der Tod der Frau sich nicht einstellte. Die Patientin war während der Durchführung der Sterbehilfe nicht mehr aus

dem Koma erwacht, das hatte die Ärztin kontrolliert. Die Ärztin hat bei der Durchführung der Sterbehilfe die Ruhe bewahrt und die Frau und ihre Familie zu keinem Zeitpunkt verlassen.

Deshalb kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin, obwohl sie die Richtlinie nicht uneingeschränkt eingehalten hat, in dieser spezifischen Situation die Lebensbeendigung auf Verlangen sorgfältig durchgeführt hat. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

*Auf der Website unter Nummer 2022-116 zu finden.*

### 2.3 VIER FÄLLE VON PATIENTEN MIT EINER BESONDEREN ERKRANKUNG

Im Folgenden werden vier Fälle beschrieben, bei denen es um Patienten mit einer besonderen Erkrankung ging. In den ersten beiden Meldungen handelt es sich um Patienten mit einer psychischen Störung und einer Kumulation von Altersbeschwerden, in den anderen beiden geht es um Demenzpatienten. Drei der vier Meldungen waren als »Fragen aufwerfend« eingestuft worden.

#### PSYCHISCHE STÖRUNG

»Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Störung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. [...] Praktisch setzen die Kommissionen diesen Grundsatz um, indem sie kontrollieren, ob der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen und ob dieser geprüft hat, ob der Patient hinsichtlich seines Sterbewunsches willensfähig und sein Zustand aussichtslos ist und ob es keine annehmbaren Alternativen gibt. Der unabhängige Psychiater darf gegebenenfalls Behandlungsempfehlungen aussprechen.« (SterbehilfeKodex 2022, S. 49-50)

## Verschiedene psychische Störungen

Eine Frau im Alter zwischen 20 und 30 Jahren litt an einer Zwangsstörung, einer Autismus-Spektrum-Störung, einer Posttraumatischen Belastungsstörung und rezidivierenden depressiven Phasen. Darüber hinaus hatte sie eine leichte geistige Behinderung und war Anorexie-Patientin. Bedingt durch ihre Erkrankungen konnte die Frau ihr Leben nicht nach ihren Vorstellungen gestalten und sich nicht an Aktivitäten erfreuen. Zudem bestand ein permanentes Suizidrisiko. Die Frau war erschöpft und wollte nicht länger leiden.

Der Arzt stellte fest, dass sie sich über ihre Erkrankungen, ihre Situation, ihre Prognose und die Tragweite ihres Sterbehilfewunsches im Klaren war. Der unabhängige Psychiater war der Meinung, dass die Patientin ihr Ersuchen um Sterbehilfe gut und nachvollziehbar erklären konnte. Der Konsiliararzt, ebenfalls ein Psychiater, stellte fest, dass der Sterbewunsch der Frau kein Symptom ihrer psychischen Störungen war. Alle beteiligten Ärzte waren der Auffassung, dass die Frau im Hinblick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig war.

Aus den Unterlagen ging hervor, dass die Patientin in den sechs Jahren vor ihrem Tod intensiv behandelt und betreut worden war (verschiedene Medikationen, stationäre Aufnahmen, ambulante Betreuung und spezialisierte Behandlungsmaßnahmen). Sie war gemäß den geltenden Richtlinien behandelt worden, die Behandlung hatte jedoch keinen hinreichenden Erfolg; vielmehr hatte sich die Situation der Patientin sogar verschlechtert. Fast der gesamte Tagesablauf war von Zwangsritualen beherrscht. Hinzu kamen Alpträume und das wiederkehrende Durcheben traumatischer Ereignisse.

Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Situation der Frau, trotz ihres jungen Alters, mit Behandlungen nicht mehr verbessert werden konnte. Alle an diesem Fall beteiligten Ärzte waren der Ansicht, dass die Patientin unerträglich litt und dass es keine Aussicht auf Besserung und keine annehmbare andere Lösung für sie gab.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Ärztin mit großer Behutsamkeit vorgegangen ist. Die Kommission war der Ansicht, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Ersuchen um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, dass die Frau unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war und dass die Ärztin gemeinsam mit ihr zu dem Schluss kommen konnte, dass es für die Situation, in der sie 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 psychischer Natur sein kann. Dabei muss es sich nicht um ein einzelnes, vorherrschendes medizinisches Problem handeln, das Leiden des Patienten kann auch die Folge einer Kumulation schwerwiegender und weniger einschneidender Erkrankungen 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 (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 24-25).

## KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

---

### Keine Fragen aufwerfende Meldung, verschiedene Erkrankungen, Konsultation eines Geriaters, Durchführung der Sterbehilfe durch den Hausarzt

Eine Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt bereits einige Zeit vor ihrem Tod an mehreren Altersbeschwerden: Osteoporose mit Wirbelkörperbrüchen, schwere Rückenkrümmung sowie Gefäßerkrankungen. Außerdem war sie fast blind. Einige Monate vor ihrem Tod wurde zudem Demenz diagnostiziert. Ungefähr einen Monat vor ihrem Tod erkrankte die Frau an COVID. Sie kam ins Krankenhaus. Dort wurde vermutet, dass sie auch ein Herzleiden hat. Nähere Untersuchungen hierzu lehnte die Frau ab.

Sie hatte starke Schmerzen im Rücken und in den Beinen, so dass sie tagsüber nur noch sitzen konnte. Sie war sehr müde, litt an Atemnot, konnte kaum etwas sehen und verlor regelmäßig den Überblick. Beschäftigungen wie Fernsehen oder Stricken, die in der Vergangenheit für Ablenkung gesorgt hatten, konnte sie nicht mehr nachgehen. Die Patientin war kaum noch dazu in der Lage, für sich selbst zu sorgen. Sie hätte in ein Pflegeheim umziehen müssen, das lehnte sie jedoch vehement ab. Sie litt unter dem Verlust ihrer Autonomie und der damit zusammenhängenden Abhängigkeit von anderen.

Ungefähr zwei Wochen vor ihrem Tod bat die Frau den Arzt um die Durchführung der Sterbehilfe. Dem Arzt zufolge war diese Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Sicherheitshalber konsultierte der Arzt einen Geriater, der ebenfalls zu dem Schluss kam, dass die Frau im Hinblick auf ihr Ersuchen willensfähig war. 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, das Leiden der Frau zu lindern. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

*Auf der Website unter Nummer 2022-079 zu finden.*

## DEMENZ

Bei Patienten mit Demenz muss der Arzt mit besonderer Behutsamkeit prüfen, ob die gesetzlichen 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 (siehe hierzu SterbehilfeKodex 2022, S. 53).

In fast allen derartigen Fällen, die den Kommissionen gemeldet werden, geht es um Patienten, die sich über ihre Situation 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 (siehe hierzu SterbehilfeKodex 2022, S. 52).

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 (siehe hierzu SterbehilfeKodex 2022, S. 42-43).

Nachstehend wird zunächst der Fall einer Demenzpatientin beschrieben, die 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

### Fortschreitende Demenz, Hinzuziehung eines Geriaters, willensfähig

Bei einer Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde einige Monate vor ihrem Tod Demenz festgestellt, wahrscheinlich Alzheimer. Die Frau lebte in einem Wohnheim, doch angesichts der raschen Verschlechterung ihres Zustands hätte sie in ein Pflegeheim aufgenommen werden müssen. Die Frau hatte diese Krankheit bei ihrem inzwischen verstorbenen Ehemann miterlebt und wollte dies selbst nicht auch durchmachen müssen, sie empfand es als menschenunwürdig.

Die Ärztin, die schon viele Jahre die Hausärztin der Patientin war, hatte mit ihr regelmäßig über das Thema Sterbehilfe gesprochen. Die Frau hatte in diesen Gesprächen immer wieder erklärt, dass sie nicht in ein Pflegeheim wolle und dass sie Sterbehilfe wünsche, sollte die Demenz voranschreiten. Die Ärztin zog einen Geriater hinzu. Dieser war der Ansicht, dass die Patientin die Folgen ihrer Entscheidung gut überblicken konnte. Auch der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass sie trotz abnehmenden Krankheitsverständnisses klar darlegen konnte, warum sie Sterbehilfe wünschte. Alle beteiligten Ärzte waren der Auffassung, dass die Frau im Hinblick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig war.

Nach Ansicht der Ärztin war das Leiden der Patientin unerträglich. Bislang hatte sie ihr Leben selbstbestimmt gelebt, das war durch die Demenz nicht länger möglich. Auch Musik bereitete ihr keine Freude mehr. Darüber hinaus machte ihr der bevorstehende Umzug ins Pflegeheim zu schaffen. Sie wurde ängstlich und misstrauisch und litt unter neuropathischen Schmerzen. Eine Behandlung dieser Schmerzen gestaltete sich schwierig, da die Frau Angst vor neuen Medikamenten hatte. Auch der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Patientin mit dem Wissen, dass sie kognitiv weiter abbauen würde und ins Pflegeheim musste, unerträglich litt. Der Geriater stellte fest, dass das Leiden der Frau aktuell war. Sie litt unter mangelnder Sinngebung, Einsamkeit und der Abhängigkeit von Dritten.

Die Kommission war der Auffassung, dass die Ärztin mit der großen Behutsamkeit vorgegangen war, die von ihr in dieser Situation erwartet wurde. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte und dass ihr Leiden unerträglich war. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

## NICHT MEHR WILLENSFÄHIGE DEMENTPATIENTIN

### Alzheimer, schriftliche Patientenverfügung, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde ungefähr zweieinhalb Jahre vor ihrem Tod aufgrund von schon länger bestehenden Beschwerden Alzheimer festgestellt. Gut zwei Jahre vor ihrem Tod hatte sie bei einem Notar eine Vorsorgevollmacht einschließlich Demenzverfügung aufsetzen lassen; etwa ein Jahr vor ihrem Tod verfasste sie eine ergänzende Patientenverfügung.

Der Ehemann der Frau meldete sie beim Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE) an, da der Hausarzt nicht bereit war, bei Demenzpatienten Sterbehilfe zu leisten. Die Ärztin besuchte die Frau neun Monate vor dem Tod zum ersten Mal und einen Monat später ein weiteres Mal. Im Verlauf dieser Besuche äußerte die Patientin, dass sie bei ihrem Mann bleiben wolle.

Zweieinhalb Monate vor dem Tod setzte sich der Ehemann erneut mit der Ärztin in Verbindung und bat sie, den Sterbehilfewunsch seiner Frau umzusetzen. Die Patientin war nicht mehr in der Lage, diesen Wunsch selbst zu äußern. Die Ärztin besuchte die Frau daraufhin noch vier Mal.

### FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Die Kommission stellte auf der Grundlage der Unterlagen fest, dass die Frau zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügungen willensfähig war. In ihrer Vorsorgevollmacht mit Demenzverfügung hatte sie dargelegt, dass sie sterben wolle, wenn der geistige Verfall ein Stadium erreicht habe, in dem keine sinnvolle Behandlung mehr möglich wäre. Außerdem hatte die Frau eine ergänzende Patientenverfügung mit dem Titel »Angst vor dem, was kommt« verfasst. Darin hatte sie ihre Angst davor beschrieben, ihre Würde zu verlieren, weil sie nicht mehr richtig nachdenken und auch nicht mehr für sich selbst sorgen konnte. Die Frau wollte nicht von Dritten abhängig werden, sie wünschte sich ein würdiges Lebensende.

Bei einem Besuch zwei Monate vor dem Tod der Patientin kam die Ärztin zu dem Schluss, dass die Frau im Hinblick auf ihren Sterbehilfewunsch nicht länger willensfähig war. Ihre Situation hatte sich stark verschlechtert. Nach Angaben der Ärztin war jetzt die Situation eingetreten, die die Frau in ihrer Patientenverfügung beschrieben hatte. Die Ärztin sprach auch mit den Angehörigen, die alle erklärten, dass die Frau in eben jene Situation nicht hatte geraten wollen. Das bestätigten auch die behandelnden Ärzte der Patientin.

Die Kommission stellte fest, dass die Vorsorgevollmacht der Frau zwar recht allgemein gehalten war, ihre ergänzende Patientenverfügung aber mehr Klarheit verschaffte. Die Kommission war der Überzeugung, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung die Umstände gegeben waren, die die Frau in ihrer Vorsorgevollmacht gemeint und in ihrer ergänzenden Patientenverfügung auch beschrieben hatte. Sie war vollständig abhängig geworden und hatte keinen Einfluss mehr auf ihr Denken und Handeln. Gerade diese Aspekte hatte sie in ihrer Patientenverfügung genannt. Die Kommission kam in diesem Zusammenhang zu dem Schluss, dass die Patientenverfügung der Frau die zwei wesentlichen Voraussetzungen erfüllte. So ging aus ihr hervor, dass die Frau Sterbehilfe wünschte, wenn sie durch ihre Demenz ihre Willensfähigkeit verloren habe. Außerdem lag das sich aus ihrer Demenz ergebende Leiden ihrem Ersuchen zugrunde.

Die Kommission stellte darüber hinaus fest, dass die Ärztin mehrfach versucht hatte, Kontakt mit der Patientin herzustellen. Sie hatte untersucht, ob die Frau verbal oder nonverbal mitteilen konnte, dass sie keine Sterbehilfe mehr wünschte. Bei den letzten Gesprächen der Ärztin mit der Patientin gestaltete sich die Kommunikation sehr schwierig. Die Äußerungen der Frau waren oft nicht zu verstehen. In den Momenten, in denen sie bei klarem Verstand zu sein schien, sagte sie Dinge wie »ich bin verloren, so will ich nicht mehr, ich kann nichts mehr«.

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

In Bezug auf den Aspekt des unerträglichen Leidens stellte die Kommission fest, dass die Ärztin sich umfassend und sorgfältig informiert hatte. In einer früheren Phase war die Frau frustriert wegen Aktivitäten, zu denen sie nicht mehr in der Lage war. Später weinte sie oft anhaltend. Der Ärztin zufolge war die Patientin aufgelöst und besorgt; die Angst stand ihr ins Gesicht geschrieben. Die Frau wurde immer unruhiger; sie lief unablässig mit gekrümmtem Rücken umher, und manchmal kroch sie auf allen Vieren, während ihr Speichel aus dem Mund lief und sie um Hilfe rief. Die Patientin konnte kaum noch sprechen und hatte Schluckbeschwerden, weshalb sie nur noch Flüssignahrung zu sich nehmen konnte. Hierdurch war sie stark abgemagert.

Dies bestätigen auch andere an der Behandlung beteiligte Ärzte. Sie konnten ihr das Leiden am Gesicht ablesen. Ab und zu hatte die Frau noch klare Momente. Dann lief sie verärgert und traurig davon. Gerade in diesen Momenten zeigte sich, dass die Patientin unerträglich litt. Die Ärztin kam zu dem Schluss, dass das Leiden sowohl geistiger wie auch körperlicher Natur war. Sie litt unter ihrer Demenz.

Die unabhängige Geriaterin und der Konsiliararzt bestätigten, dass das Leiden der Frau unerträglich war, auch in den Momenten, in denen sie klar bei Verstand war. In dem Gespräch mit dem Konsiliararzt wirkte die Frau ängstlich und murmelte, dass sie Angst habe und nicht mehr wolle. Die Ärztin war zudem davon überzeugt, dass es keine annehmbare andere Möglichkeit gab, das Leiden der Frau zu lindern. Sie war vollständig von Dritten abhängig, und ihr kognitiver Verfall war unumkehrbar. Unterstützung und Medikation hatten keinen hinreichenden Effekt erzielt. Die Patientin wollte auch nicht in eine Pflegeeinrichtung umziehen. Es bestand keinerlei Aussicht auf Besserung. Die unabhängige Geriaterin und der Konsiliararzt bestätigten die Einschätzung der Ärztin.

#### AUFKLÄRUNG ÜBER DIE LAGE UND PROGNOSE DES PATIENTEN

Aus den Unterlagen ging klar hervor, dass die Frau seit der Diagnose mit ihrem Hausarzt regelmäßig über das Thema Sterbehilfe und ihre Patientenverfügungen gesprochen hatte. Auch mit ihren Angehörigen hatte sie über ihre Krankheit und ihre Sicht auf die Zukunft gesprochen. Darüber hinaus hatte sie mehrere Briefe geschrieben, aus denen hervorging, dass sie sich ihrer Krankheit und deren Verlauf bewusst war. In den ersten beiden Gesprächen konnte die Ärztin noch gut mit der Patientin über deren Sterbehilfewunsch sprechen. Deshalb kam die Kommission zu der Beurteilung, dass die Frau sich bei der Formulierung ihrer Patientenverfügungen über ihr Krankheitsbild und den Krankheitsverlauf im Klaren war.

#### KONSULTATION

Der hinzugezogene Konsiliararzt hatte die Patientin gesehen und gesprochen und alle relevanten Unterlagen eingesehen, darunter auch die schriftliche Patientenverfügung. Außerdem hat er mit dem Ehemann der Frau gesprochen. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien im Hinblick auf die Durchführung der Sterbehilfe erfüllt waren. Die Kommission stellte fest, dass die Ärztin auch eine unabhängige Geriaterin hinzugezogen hat, die ebenfalls die Krankenakte durchgesehen und mit verschiedenen Beteiligten gesprochen hat. Darüber hinaus hat sie Tonaufnahmen der Patientin angehört. Die Geriaterin hatte versucht, ein Gespräch mit der Frau zu führen. Sie kam zu dem Schluss, dass die Frau nicht willensfähig war, und teilte die Meinung der Ärztin, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

#### DURCHFÜHRUNG

Die Kommission stellte fest, dass die Ärztin die Durchführung der Sterbehilfe bei ihrem letzten Besuch in Anwesenheit der Frau mit den Angehörigen besprochen hatte. Da die Patientin unruhig war, entschied sich die Ärztin nach Abstimmung mit dem Apotheker dafür, ihr vor der

Durchführung der Sterbehilfe Beruhigungsmedikamente zu verabreichen. Diese Prämedikation wurde in Apfelmus gemischt, das die Patientin aß und sich dann ins Bett legte. Die Ärztin war zu diesem Zeitpunkt noch nicht anwesend. Nach einer Dreiviertelstunde setzte die Wirkung der Prämedikation ein, und die Frau schlief ein. Die Ärztin, die da gerade eingetroffen war, hat die Lebensbeendigung im Einklang mit der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom September 2021 durchgeführt.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass ein freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen der Frau vorlag, bei dem die schriftliche Patientenverfügung das mündliche Ersuchen ersetzen konnte. Nach Auffassung der Kommission hatte die Ärztin auch die übrigen Sorgfaltskriterien erfüllt.

*Auf der Website unter Nummer 2022-043 zu finden.*

### 3 DER ARZT HAT DIE SORGFALTSKRITERIEN NICHT ERFÜLLT

---

In diesem Berichtsjahr kamen die Kommissionen dreizehn Mal zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt hat. In einem Fall wurden mehrere Sorgfaltskriterien nicht erfüllt. In sechs Fällen ging es um das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, in fünf Fällen um die große Behutsamkeit, mit der bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung vorgegangen werden muss, und in einem Fall um die medizinisch fachgerechte Durchführung. Alle diese Beurteilungen sind auf der Website zu finden.

#### **MEHRERE SORGFALTSKRITERIEN NICHT ERFÜLLT**

Nach dem Sterbehilfegesetz muss der Arzt, der die Sterbehilfe durchführt, die Sorgfaltskriterien erfüllen. Das bedeutet unter anderem, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, sein Leiden unerträglich ist und es keine Aussicht auf Besserung gibt und dass es für die Situation, in der der Patient sich befindet, keine annehmbare andere Lösung gibt. In dem folgenden Fall war der Arzt selbst nicht davon überzeugt, dass diese Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

In seinem Bericht führte der Arzt aus, dass er im Verlauf des Sterbehilfeprozesses Zweifel hatte. Auch habe er mit seiner Patientin einen Kompromiss geschlossen: er werde keine Sterbehilfe leisten, sondern Hilfe bei der Selbsttötung. Vor diesem Hintergrund forderte die Kommission den Arzt zu einer mündlichen Erläuterung auf.

Im Gespräch mit der Kommission erklärte der Arzt, dass er sich darüber gewundert habe, dass die Frau um Sterbehilfe gebeten habe, da ihr Ehemann kurz zuvor in ein Pflegeheim aufgenommen worden war. Da der Arzt den Eindruck hatte, dass die Frau psychisch nicht stabil war, entschied er sich, einen unabhängigen Psychiater einzuschalten. Dieser stellte fest, dass keine depressive oder psychische Störung vorlag, er stufte die Patientin als willensfähig ein. Der Konsiliararzt bestätigte diese Einschätzung. Der Arzt erklärte hingegen, dass er den Sterbewunsch der Frau für eine Folge von Einsamkeit und einer möglichen Depression hielt.

Außerdem war er nicht davon überzeugt, dass die Frau unerträglich litt und keine Aussicht auf Besserung bestand. Er sah in einem Umzug in ein Altersheim noch eine annehmbare Lösung für sie. Dort wäre sie unter Menschen und würde dadurch möglicherweise wieder mehr Freude am Leben haben. Die Frau wollte aber von einem solchen Umzug nichts wissen. Das war für den Arzt nicht nachvollziehbar. Auch der Umstand, dass der unabhängige Psychiater und der Konsiliararzt die Auffassung vertraten, dass die Patientin ohne Aussicht auf Besserung leide und es keine andere annehmbare Lösung für sie gebe, änderte nichts an den Zweifeln des Arztes. Weil er aber dem Wunsch der Frau entgegenkommen wollte, entschied er sich für eine Art Kompromisslösung – keine Sterbehilfe über einen Zugang, sondern Hilfe bei der Selbsttötung, bei der die Frau ein Getränk zu sich nehmen würde, das ihr Leben beendet.

Im Gespräch wies die Kommission den Arzt darauf hin, dass das Gesetz keinen Spielraum für einen solchen Kompromiss vorsieht – es gelten dieselben Sorgfaltskriterien, egal ob es um Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung geht. Der Arzt hätte seine Zweifel mit der Patientin besprechen müssen. Die Kommission konnte die Aussage des Arztes nachvollziehen, dass sich aus der selbständigen Einnahme der Sterbehilfemittel ein intrinsischer Wunsch der Frau ableiten ließe – für die Beurteilung der Einhaltung der Sorgfaltskriterien spielt das jedoch keine Rolle.

Da der Arzt nicht davon überzeugt war, dass die Frau ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, das Leiden unerträglich

war und keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es für sie keine annehmbaren anderen Lösungen mehr gab, hätte er keine Sterbehilfe leisten dürfen. Die Kommission kam deshalb zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit diesen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

### **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 wird im Hinblick auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes unter anderem dargelegt, dass es sich beim Konsiliararzt nach dem Gesetz um einen »unabhängigen Arzt« handeln muss. Unabhängig bedeutet in diesem Zusammenhang, 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. 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) Abhängigkeits-beziehung 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 (siehe hierzu SterbehilfeKodex 2022, S. 33).

2022 kamen die Kommissionen in drei Fällen zu dem Schluss, dass eine Abhängigkeitsbeziehung gegeben war, weil der Konsiliararzt in der Praxis des durchführenden Arztes als Patient registriert war. Eine dieser Meldungen wird hier ausführlich besprochen, die anderen beiden sind auf der Website zu finden.

## BEURTEILUNG 2022-052

(siehe auch Beurteilung 2022-070 und 2022-109)

In diesem Fall führte die Ärztin im Hinblick auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes ihr gegenüber in ihrem Bericht Folgendes aus: »Zufällig ist er ein Patient. Das habe ich herausgefunden, aber ich selbst habe ihn noch nie im Sprechzimmer gesehen. Darüber hinaus besteht keinerlei Beziehung.« Der Konsiliararzt schrieb in seinem Bericht: »Ich fühle mich frei, als Konsiliararzt aufzutreten. Die Hausärztin kenne ich als Kollegin, darüber hinaus besteht keinerlei Beziehung.«

Aus den mündlichen Erläuterungen bei der Kommission ging hervor, dass die Ärztin und der Konsiliararzt über den Dienstplan der SCEN-Ärzte miteinander in Kontakt gekommen waren. Die Ärztin erkannte den Namen des Konsiliararztes. Im Rahmen der mündlichen Erläuterung erklärte sie, dass sie darüber gesprochen hätten, ob es ein Problem sei, dass der Konsiliararzt als Patient in der Praxis der Hausärztin registriert sei. Dies habe der Konsiliararzt verneint, weshalb sie nicht mehr erwogen habe, einen anderen SCEN-Arzt einzuschalten.

Weiter erklärte sie, dass sie die Praxis mit einem großen Patientenbestand übernommen habe. Der Konsiliararzt sei schon vor dieser Übernahme Patient dort gewesen. Sie habe kein Kennenlerngespräch mit ihm geführt, und er sei auch nie in ihrer Sprechstunde gewesen. Auch habe es zu keinem Zeitpunkt anderweitigen Kontakt zwischen ihnen gegeben, etwa telefonisch oder im Rahmen einer Überweisung. Aus Sicht der Ärztin war daher keine aktive Arzt-Patienten-Beziehung gegeben. Der Konsiliararzt »fühlte« sich nicht als ihr Patient. Er erklärte außerdem, er habe die Ärztin nie aufgesucht und auch nie zuvor mit ihr gesprochen. Er sei zwar in der Praxis gewesen, aber nie bei dieser Ärztin.

Die Kommission ist der Ansicht, dass es nicht wünschenswert ist, dass der durchführende Arzt einen Arzt als Konsiliararzt hinzuzieht, der in seiner Praxis Patient ist, weil der Eindruck fehlender Unabhängigkeit zu vermeiden ist.<sup>9</sup> Im vorliegenden Fall ist dieser Eindruck jedoch angesichts des Arzt-Patienten-Verhältnisses zwischen der Ärztin und dem Konsiliararzt gegeben.

Der Ärztin war bekannt, dass der Konsiliararzt als Patient in ihrer Praxis registriert war. Sie hätte einen anderen Konsiliararzt hinzuziehen

<sup>9</sup> Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Beurteilung war der SterbehilfeKodex 2018 (in überarbeiteter Fassung aus dem Jahr 2020) noch in Kraft. Daher ist in diesem Abschnitt noch vom »Eindruck fehlender Unabhängigkeit« die Rede; dieser Begriff wird im neuen Sterbehilfe-Kodex 2022 nicht mehr verwendet. Die Regeln im Hinblick auf die erforderliche Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Arzt sind jedoch unverändert.

müssen, um jeglichen Anschein fehlender Unabhängigkeit zu vermeiden. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass in diesem Fall kein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen worden ist. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

#### UNABHÄNGIGKEIT DES KONSILIARARZTES GEGENÜBER DEM PATIENTEN (»DUO-STERBEHILFE«)

Vereinzelt kommt es vor, dass zwei Partner gleichzeitig um Sterbehilfe bitten. Wenn in beiden Fällen Sterbehilfe geleistet wird, spricht man auch von »Duo-Sterbehilfe«. In einem solchen Fall erwarten die Kommissionen, dass der Arzt bzw. die Ärzte zwei verschiedene Konsiliarärzte hinzuziehen. Das ist notwendig, um zu gewährleisten, dass beide Sterbehilfeersuchen gesondert beurteilt werden. Beide Konsiliarärzte müssen sich vergewissern, dass von dem einen Partner kein Druck auf den anderen Partner hinsichtlich dessen Sterbewunsches ausgeübt wird (SterbehilfeKodex 2022, S. 34).

In den nachfolgenden (kombinierten) Meldungen geht es um diesen Aspekt.

In diesem Fall bat ein Mann gleichzeitig mit seiner Ehefrau um Sterbehilfe. Das Ehepaar lebte gemeinsam in einem Pflegeheim.

Der Kommission war aufgefallen, dass für den Mann und die Frau derselbe Konsiliararzt hinzugezogen worden war. Vor diesem Hintergrund forderte die Kommission den Arzt und den Konsiliararzt zu einer mündlichen Erläuterung auf.

Während des Gesprächs stellte sich heraus, dass der Arzt dem Konsiliararzt bereits am Telefon mitgeteilt hatte, dass es sich um eine SCEN-Konsultation für ein Ehepaar handele. Der Konsiliararzt erklärte, er habe die Anfrage nicht als »Duo-Sterbehilfe« aufgefasst, sondern als zwei eigenständige Konsultationen. Der Konsiliararzt besuchte die beiden Ehepartner unmittelbar hintereinander am selben Tag: zunächst die Frau, anschließend den Mann. Einen Teil des Gesprächs führte der Konsiliararzt mit jedem Ehepartner unter vier Augen. Der Konsiliararzt kam in beiden Fällen zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Sowohl der Arzt als auch der Konsiliararzt erklärten, dass ihnen die Passage aus dem SterbehilfeKodex nicht bekannt war, wonach bei einer Duo-Sterbehilfe für jeden Patienten ein eigener Konsiliararzt hinzuzuziehen ist.

Da der Konsiliararzt sowohl mit dem Mann als auch mit der Frau gesprochen hatte, konnte der Eindruck fehlender Unabhängigkeit gegenüber den beiden Patienten nicht vermieden werden.<sup>10</sup> Dabei hatte der Konsiliararzt erklärt, dass es möglich gewesen wäre, die Eheleute von zwei unterschiedlichen Konsiliarärzten besuchen zu lassen, wenn der Arzt darum gebeten hätte. Vor diesem Hintergrund kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium, mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, nicht erfüllt hatte.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

*10 Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Beurteilung war der SterbehilfeKodex 2018 (in überarbeiteter Fassung aus dem Jahr 2020) noch in Kraft. Daher ist in diesem Abschnitt noch vom »Eindruck fehlender Unabhängigkeit« die Rede; dieser Begriff wird im neuen SterbehilfeKodex 2022 nicht mehr verwendet. Die Regeln im Hinblick auf die erforderliche Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Arzt sind jedoch unverändert.*

## DER KONSILIARARZT MUSS DEN PATIENTEN SEHEN

Sowohl in der Begründung des Sterbehilfegesetzes als auch im SterbehilfeKodex steht, dass der Konsiliararzt den Patienten sehen muss. Den Patienten zu »sehen«, bedeutet in der Regel, den Patienten zu besuchen (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 35, Fußnote). Im nachfolgenden Fall hat der Arzt dieses Kriterium nicht erfüllt.

## BEURTEILUNG 2022-069

---

In diesem Fall hat der Konsiliararzt den Patienten nicht besucht oder gesehen, sondern die Konsultation wegen einer Covid-Erkrankung telefonisch durchgeführt. Die Ärztin und der Konsiliararzt wurden von der Kommission aufgefordert, diesen Umstand zu erläutern.

Im Gespräch mit der Kommission erklärte die Ärztin, sie habe erst durch den SCEN-Bericht erfahren, dass der Kontakt zwischen Patient und Konsiliararzt per Telefon stattgefunden hatte. Die Ärztin kannte das Erfordernis, dass der Konsiliararzt den Patienten sehen muss. Deshalb fragte sie den Konsiliararzt, ob es zulässig sei, dass er nicht physisch vor Ort bei dem Patienten gewesen sei. Der Konsiliararzt besprach dies mit einem SCEN-Kollegen und gelangte zu der Überzeugung, dass eine Konsultation per Telefon im Einklang mit den Sorgfaltskriterien war. Das hat er der Ärztin so mitgeteilt. Die Ärztin hat sich auf diese Information verlassen.

Der Konsiliararzt teilte der Kommission schriftlich mit, dass ein Videoanruf für den Patienten keine Option gewesen sei. Die Ärztin hatte dies nicht weiter überprüft. Im Gespräch mit der Kommission erklärte sie jedoch, dass ihr eigentlich nicht klar gewesen sei, warum für den Patienten ein Videogespräch nicht möglich war.

Die Kommission stellte fest, dass die Beurteilung der Sorgfaltskriterien durch den Konsiliararzt nicht auf die korrekte Art und Weise erfolgt ist. Der durchführende Arzt trägt bei der Sterbehilfe die Letztverantwortung und ist somit auch dafür verantwortlich, dass die Hinzuziehung des Konsiliararztes regelkonform erfolgt. Wengleich die Ärztin ihre Zweifel in Bezug auf die telefonische Konsultation mit dem Konsiliararzt besprochen hat, hat sie sein Vorgehen dennoch gebilligt. Die Ärztin hätte überprüfen müssen, ob die Information, die sie vom Konsiliararzt erhalten hatte, korrekt ist.

Zumal es Optionen gegeben hätte, die Konsultation unter den gegebenen Umständen regelkonform durchzuführen. Die Ärztin hätte

einen anderen SCEN-Arzt hinzuziehen können, ihren eigenen Angaben zufolge wäre hierfür genügend Zeit gewesen. Oder man hätte die Möglichkeit eines Videogesprächs noch einmal in Erwägung ziehen können, auf diese Weise hätte der Konsiliararzt den Patienten zumindest noch gesehen.<sup>11</sup>

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines anderen, unabhängigen Arztes nicht erfüllt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden 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 (im Folgenden: die Richtlinie) zur Durchführung der Sterbehilfe zugrunde. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte der Richtlinie entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 38). Die Richtlinie schreibt zudem vor, dass das muskelrelaxierende Mittel erst dann verabreicht werden darf, wenn das Bewusstsein des Patienten nach Verabreichung des komaauslösenden Mittels hinreichend vermindert ist und der Arzt dies fachgerecht überprüft hat. Dieses Erfordernis ist im nachfolgend beschriebenen Fall nicht erfüllt worden.

*11 SCEN-Ärzte konnten in der Ausnahmesituation der Coronapandemie für ihre Konsultation auf digitale Möglichkeiten (Videotelefonie) zurückgreifen, anstatt den Patienten zu besuchen. Die Regelung, aufgrund deren dies möglich war, ist inzwischen ausgelaufen.*

Der Arzt wollte bei der Durchführung der Sterbehilfe den Zugang, der dem Patienten gelegt worden war, vor der Verabreichung des komauslösenden und des muskelrelaxierenden Mittels zunächst mit Natriumchlorid durchspülen. Im ersten Schritt nahm der Arzt aus Versehen die verkehrte Spritze, nämlich jene mit dem muskelrelaxierenden Mittel. Er injizierte ein Drittel in den Zugang in der Annahme, dass es sich um die Spritze mit dem Natriumchlorid handele.

Nach drei bis fünf Minuten sah der Arzt, dass der Mann das Bewusstsein verloren hatte. Der Arzt kontrollierte Atmung, Herzschlag und Reflexe und stellte fest, dass der Mann verstorben war. Er kontrollierte den Zugang und sah die teilweise entleerte Spritze mit dem Muskelrelaxans. Ihm wurde klar, dass er einen Fehler gemacht hatte.

Der Arzt informierte den Forensiker über den Vorfall; gemeinsam kamen sie zu dem Schluss, dass unklar war, woran der Patient letztlich gestorben war: entweder durch die Verabreichung des muskelrelaxierenden Mittels, möglicherweise aber auch durch einen Herzstillstand. Letzteres kam angesichts des geschwächten Zustands des Mannes und des ausgeschalteten implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD) ebenfalls als mögliche Ursache in Frage. Da das muskelrelaxierende Mittel verabreicht worden war, entschied man sich, den Fall der Kontrollkommission zu melden.

Der Arzt wurde zu einem Gespräch eingeladen, um den Fall zu erläutern. Er erklärte, dass er sich des unsorgfältigen Vorgehens bei der Durchführung bewusst sei und dass es nie zum Vertauschen der Spritzen hätte kommen dürfen. Er habe den Vorfall in einem multidisziplinären Austausch zum Thema gemacht und ihn intern gemeldet. In diesem Rahmen habe er konkrete Verbesserungsmöglichkeiten für sein Vorgehen erarbeitet, um eine Wiederholung eines solchen Vorfalls künftig zu vermeiden.

Die Kommission wies darauf hin, dass gemäß der Richtlinie ein muskelrelaxierendes Mittel erst dann verabreicht werden darf, wenn das Bewusstsein des Patienten hinreichend vermindert ist und der Arzt dies fachgerecht überprüft hat. Der Arzt hatte dem Mann kein komauslösendes Mittel verabreicht. Entsprechend war das Bewusstsein des Patienten nicht hinreichend vermindert, als der Arzt das muskelrelaxierende Mittel verabreichte. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung nicht erfüllt hatte.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

## GROSSE BEHUTSAMKEIT BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Störung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. 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. Für die Kontrollkommissionen gilt der Grundsatz, dass der Arzt bei diesen Patienten immer einen Kollegen mit psychiatrischer Fachkenntnis einschalten muss. So soll sichergestellt werden, dass der Arzt sich gut informieren lässt und seine Überzeugung kritisch reflektiert (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 49-50).

In den folgenden drei Fällen wurde das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters nicht erfüllt. Deshalb wurde festgestellt, dass die betreffenden Ärzte nicht mit der gebotenen großen Behutsamkeit gehandelt haben.

In diesem Fall geht es um eine Frau mit einer chronischen depressiven Störung. Dafür hatte sie sich verschiedenen Behandlungen unterzogen, die allerdings ohne Erfolg geblieben waren. Darüber hinaus litt die Frau an verschiedenen körperlichen Beschwerden, insbesondere Abdominalbeschwerden und parkinsonartigen Symptomen, für die keine somatischen Ursachen festgestellt wurden. Außerdem war die Patientin nach einem Schlaganfall auf einem Auge blind und hatte möglicherweise neurokognitive Störungen entwickelt.

Der Arzt ging in seinem Bericht nachdrücklich auf die zentrale Rolle ein, die die depressive Störung der Frau bei ihrem Sterbehilfeersuchen gespielt hat, einen unabhängigen Psychiater hatte er aber nicht hinzugezogen.

Vor diesem Hintergrund lud die Kommission den Arzt zu einem Gespräch ein. Der Arzt erklärte, dass er sich bei seiner Entscheidung voll auf die Schlussfolgerung des Konsiliararztes verlassen hatte. Dieser hatte festgestellt, dass der Kern des Leidens der Frau ihre depressive Störung war und war daraufhin zu dem Schluss gekommen, dass alle für die Durchführung der Sterbehilfe erforderlichen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Nach Auffassung der Kommission war die Bewertung des Falls durch den Konsiliararzt, der kein Psychiater ist, nicht vollständig. Nachdem der Konsiliararzt festgestellt hatte, dass der Kern des Leidens eine depressive Störung ist, hätte er den Arzt darauf hinweisen müssen, dass in einem solchen Fall nach dem SterbehilfeKodex ein unabhängiger Psychiater hinzuzuziehen ist. Auch wenn der Konsiliararzt den Arzt im vorliegenden Fall besser hätte informieren müssen, bleibt der Arzt letztlich selbst verantwortlich.

Da der Arzt keinen unabhängigen Psychiater hinzugezogen hat, kam die Kommission zu dem Schluss, dass er nicht hinreichend hat begründen können, dass die Frau ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, dass ihr Leiden unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war und dass es für ihre Situation keine annehmbare andere Lösung gab.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

In diesem Fall geht es um eine Frau, die seit ihrer frühen Jugend mit Depressionen, einer Angststörung, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Posttraumatischen Belastungsstörung kämpfte und dafür umfangreich behandelt worden war. Darüber hinaus litt sie an einem invalidierenden Schmerzsyndrom, und sie war sehbehindert und schwerhörig. Die Frau war von Dritten abhängig und sozial isoliert.

Sie hatte vier Jahre zuvor mit Hilfe ihres Hausarztes ein Sterbehilfungsverfahren eingeleitet. Der damals hinzugezogene Konsiliararzt war der Meinung, dass ein Psychiater einbezogen werden müsse. Das lehnte die Frau unter Verweis auf ihre traumatischen Erfahrungen in der Psychiatrie ab. Aus diesem Grund wurde das Sterbehilfungsverfahren eingestellt. Als die Frau erneut ein Sterbehilfungsverfahren einleiten wollte, setzte sie sich mit einer Hausärztin (im Folgenden: die Ärztin) in Verbindung, die sie von der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie her kannte.

Die Ärztin zog einen unabhängigen Geriater hinzu. Dieser äußerte sich nicht hinreichend zu dem psychischen Leiden der Frau, um auf dieser Grundlage Schlussfolgerungen ziehen zu können. Der hinzugezogene Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die chronische psychische Problematik der Patientin ihre Willensfähigkeit in Bezug auf ihren Sterbehilfewunsch nicht beeinträchtigte. Dieser Konsiliararzt (derselbe wie vier Jahre zuvor) wich damit von seinem damaligen Standpunkt ab, dass im Hinblick auf den Sterbehilfewunsch der Frau eine psychiatrische Beurteilung erforderlich sei. Er teilte die Meinung der Ärztin, dass eine psychiatrische Beurteilung »nicht realistisch, nicht zielführend und unverhältnismäßig« sei, führte hierfür jedoch keine Gründe an.

Nach der Prüfung der Unterlagen hatte die Kommission angesichts des besonderen Verlaufs dieses Sterbehilferefahrens weitergehenden Informationsbedarf. Daher forderte sie die Ärztin zu einer mündlichen Erläuterung auf.

In dem Gespräch mit der Kommission erklärte die Ärztin, dass die Posttraumatische Belastungsstörung der Frau mittlerweile nicht mehr im Vordergrund stand. Auch waren keine Depression und keine Angststörung mehr gegeben. Des Weiteren habe die Borderline-Persönlichkeitsstörung die Willensfähigkeit der Patientin nicht beeinträchtigt. Die Ärztin konnte nachvollziehen, dass die Frau aus Angst vor einer neuerlichen Belastung durch die Posttraumatische Belastungsstörung einen Termin mit einem Psychiater ablehnte.

Die Ärztin hatte keine Zweifel an der Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf deren Sterbehilfewunsch und deshalb keinerlei Veranlassung gesehen, einen unabhängigen Psychiater hinzuzuziehen.

Was den aussichtslosen Zustand, das unerträgliche Leiden und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung angeht, erklärte die Ärztin im Gespräch, dass die Frau weitere Behandlungen wegen ihres Schmerzsyndroms ablehnte. Die Sehbehinderung und die Schwerhörigkeit der Frau ließen sich nicht mehr behandeln. Auch das psychische Leiden war nach Ansicht der Ärztin unumkehrbar. Für die Ärztin hätte die Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters zur Beurteilung des Leidens und des aussichtslosen Zustands eine unnötige Belastung der Frau dargestellt.

Die Kommission stellte fest, dass die Ärztin, obwohl sie selbst und der Konsiliararzt keinen Zweifel an der Willensfähigkeit der Patientin hatten, angesichts der psychischen Problematik und der Komplexität des Falles dennoch mit großer Behutsamkeit hätte vorgehen müssen. Die Ärztin war der Meinung, dass die psychische Problematik der Frau sich abgeschwächt hatte. Dies hätte nach Ansicht der Kommission jedoch von einem unabhängigen Psychiater festgestellt werden müssen. Die Kommission berücksichtigte in diesem Zusammenhang den Umstand, dass bei einem früheren Sterbehilfverfahren die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Psychiaters festgestellt worden war. Auch bezog die Kommission in ihre Beurteilung mit ein, dass in diesem Fall keine längerfristige Arzt-Patienten-Beziehung gegeben war. Es hatte lediglich ein persönliches Gespräch zwischen der Ärztin und der Patientin stattgefunden, die übrigen Kontakte waren überwiegend digital erfolgt.

Da die Ärztin keinen unabhängigen Psychiater hinzugezogen hat, kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin ihre Überzeugung, dass die Frau ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass ihr Leiden unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war und dass es für ihre Situation keine annehmbare andere Lösung gab, nicht hinreichend hat begründen können.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

In diesem Fall geht es um Sterbehilfe bei einer Frau mit einer Zwangsstörung, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer chronischen Depression. Die Frau war suizidal. Wegen ihres extremen Kontrollzwangs war sie in ihrem Alltag stark eingeschränkt: sie konnte die Wohnung nicht mehr verlassen und hatte kaum noch soziale Kontakte. Sie war niedergeschlagen, ängstlich und einsam.

Der ehemalige Hausarzt der Frau hatte sie in der Vergangenheit bereits an einen Psychiater überwiesen, um festzustellen, ob es noch Behandlungsmöglichkeiten gab. Dieser Psychiater hat die Frau zwei Jahre vor ihrem Tod untersucht. Er kam zu dem Schluss, dass die Depression der Frau größtenteils in Remission war und dass sie einen Weg im Umgang mit ihrer Zwangsstörung gefunden hatte. Was die Weigerung anging, sich weiter behandeln zu lassen, stufte er die Frau als willensfähig ein. In seinem Bericht hatte der Psychiater ausdrücklich betont, dass er die Frau nicht im Rahmen eines Sterbehilfeersuchens gesprochen habe, sondern im Hinblick auf eventuelle Behandlungsmöglichkeiten.

Die Ärztin wurde aufgefordert, den Fall mündlich zu erläutern. Im Gespräch mit der Kommission bekräftigte die Ärztin, dass sie den Bericht des Psychiaters als Bericht eines unabhängigen Psychiaters mit Blick auf das Erfordernis der großen Behutsamkeit betrachtet hatte. Sie war nämlich der Auffassung, dass der Bericht hinreichend Antworten auf die Fragen gegeben hatte, die sie im Rahmen eines Sterbehilfeersuchens auch gestellt hätte. Dass dieser Bericht zwei Jahre alt war, war für die Ärztin nicht Grund genug, sich noch einmal mit dem Psychiater in Verbindung zu setzen, schließlich hatte sich die Situation der Patientin ja nicht geändert. Zu der nachdrücklichen Anmerkung des Psychiaters, die Untersuchung habe nicht im Rahmen eines Sterbehilfeersuchens stattgefunden, erklärte die Ärztin, dies sei wegen Uneinigkeiten zwischen der Frau und dem Behandlungszentrum, in dem der Psychiater tätig war, in den Bericht aufgenommen worden. Aus Sicht der Ärztin hatte die Frau zum Zeitpunkt der Untersuchung sehr wohl bereits einen Todeswunsch.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Bericht des Psychiaters nicht als Hinzuziehung eines unabhängigen Sachverständigen im Sinne des SterbehilfeKodex betrachtet werden konnte. Der Psychiater hatte angegeben, dass seine Untersuchung nicht im Rahmen eines Sterbehilfeersuchens erfolgt war. Zudem lagen zwei Jahre zwischen

diesem Bericht und der Durchführung der Sterbehilfe. In einem solchen Fall muss der meldende Arzt überprüfen, ob sich die Umstände geändert haben. Dann liegt es auf der Hand, dass der Arzt mit dem seinerzeit hinzugezogenen Psychiater erneut Kontakt aufnimmt. Da die Ärztin im vorliegenden Fall keinen Kontakt zu dem Psychiater aufgenommen hat, hat sie ihre persönlichen Überzeugungen nicht hinreichend kritisch hinterfragen können. Der Bericht des hinzugezogenen Konsiliararztes bot keinen hinreichenden Ersatz, da der Konsiliararzt auf dem Gebiet der Psychiatrie nicht hinlänglich sachkundig war.

Da die Ärztin keinen unabhängigen Psychiater hinzugezogen hat, kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin ihre Überzeugung, dass die Frau ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass ihr Leiden unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war und dass es für ihre Situation keine annehmbare andere Lösung gab, nicht hinreichend hat begründen können.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Im nachfolgenden Fall hat der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen, der sich jedoch nicht zu den Kriterien »unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand« sowie »keine andere annehmbare Lösung« geäußert hat.

## BEURTEILUNG 2022-075

---

Diese Meldung betrifft die Sterbehilfe bei einer Frau, die schon seit neun Jahren an chronischen Schmerzen an verschiedenen Stellen des Körpers litt. Die Frau konnte die Schmerzen nicht mehr ertragen. Die Ursache der Schmerzen war nicht bekannt, und obwohl sich die Patientin verschiedenen Behandlungen unterzogen hatte, trat keine Besserung ein. Zusätzlich litt sie an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und rezidivierenden Depressionen.

Der Arzt hatte einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen, diesen allerdings lediglich darum gebeten, den mentalen Zustand der Frau im Hinblick auf ihren Sterbewunsch zu untersuchen (dem Arzt war nicht bewusst, dass der unabhängige Psychiater auch andere Aspekte beurteilen muss). Der unabhängige Psychiater beurteilte die Frau im Hinblick auf ihren Sterbehilfewunsch als willensfähig. Auch die anderen beteiligten Ärzte hatten keinerlei Zweifel an der Willensfähigkeit der Frau im Hinblick auf ihren Sterbewunsch.

In seinem Bericht schrieb der unabhängige Psychiater außerdem, dass er keinen hinreichenden Einblick in den Behandlungsverlauf der Frau in den Jahren zuvor hatte. Er hatte deshalb Bedenken, inwieweit ihr Lebensstil Einfluss auf ihre Stimmung und den sich daraus ergebenden Sterbewunsch hatte. Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass ihr Sterbehilfewunsch möglicherweise noch beeinflussbar sein könnte.

Die Kommission entschied, den Arzt zu einem Gespräch einzuladen, um mit ihm unter anderem den Aspekt der Aussichtslosigkeit des Zustands der Patientin zu besprechen. In diesem Gespräch erklärte der Arzt, dass die Aussichtslosigkeit des Zustands der Frau für ihn gegeben war; für ihre Schmerzen war nie eine Erklärung gefunden worden. Die psychiatrische Einrichtung, in der die Frau viele Jahre behandelt worden war, hatte mitgeteilt, dass man nichts mehr für sie tun könne. Die Patientin lehnte weitere Untersuchungen oder Behandlungen ab.

Der Arzt erklärte, er habe den übrigen Anmerkungen des unabhängigen Psychiaters zu eventuellen Behandlungsmöglichkeiten keine weitere

Beachtung geschenkt, nachdem dieser bekräftigt hatte, die Frau sei im Hinblick auf den Sterbehilfewunsch willensfähig. Allerdings hatte er den Konsiliararzt gebeten, eventuelle Behandlungsmöglichkeiten der Frau zu beurteilen. In diesem Zusammenhang hatte der Konsiliararzt um Einsicht in die Behandlungsgeschichte gebeten. Der Arzt forderte die betreffenden Informationen bei der psychiatrischen Klinik an und stellte sie dem Konsiliararzt zur Verfügung. Auf der Grundlage dieser Informationen gelangte der Konsiliararzt zu der Überzeugung, dass keine Aussicht auf Linderung des Leidens bestand. Der Konsiliararzt übermittelte diese Einschätzung dem unabhängigen Psychiater, der nachvollziehen konnte, dass der Konsiliararzt aufgrund der erhaltenen Informationen zu dieser Schlussfolgerung gelangt war.

Die Kommission sah hierin einen merkwürdigen Verlauf, und zwar vor allem deshalb, weil der unabhängige Psychiater dem Konsiliararzt mitteilte, er verstehe seine Sichtweise, obwohl er dies eigentlich mit dem Arzt hätte besprechen müssen. Nicht der Konsiliararzt, sondern der Arzt ist für das Sterbehilfverfahren verantwortlich. Der Arzt muss deshalb über alle Daten verfügen; im vorliegenden Fall hätte er seine Erwägungen und Schlussfolgerungen mit dem unabhängigen Psychiater besprechen müssen, insbesondere weil der unabhängige Psychiater zu einem früheren Zeitpunkt Zweifel an der Aussichtslosigkeit der Situation der Patientin geäußert hatte. Der Arzt hatte zwar nicht um eine Beurteilung dieses Aspekts gebeten, hätte die vom unabhängigen Psychiater geäußerten Zweifel aber in seine Entscheidung miteinbeziehen müssen.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt nicht hinreichend hat begründen können, dass er zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Zustand aussichtslos war und dass es keine annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten mehr gab.

Die übrigen Sorgfaltskriterien hatte der Arzt eingehalten.

Im letzten Fall hat die unabhängige Psychiaterin den Patienten als nicht willensfähig eingestuft, was von der Ärztin nicht berücksichtigt wurde.

## BEURTEILUNG 2022-017

---

In diesem Fall geht es um einen Mann, bei dem zehn Jahre vor seinem Tod eine paranoide psychotische Störung diagnostiziert worden war. Etwa zu dieser Zeit wurde der Mann in eine Justizvollzugsanstalt aufgenommen, weil er eine Straftat begangen hatte. Dies geschah, während er eine Psychose durchlebte und eine chronische Depression entwickelte. Später erfolgte seine Zwangseinweisung in eine klinische Betreuungseinrichtung. Seinen eigenen Angaben zufolge hatte der Mann vor seiner Psychose ein normales Leben geführt; er war der Ansicht, dass die Diagnose »psychotische Störung« nicht zutraf.

Zunächst befasste sich die Kommission mit der Zwangseinweisung des Mannes. Aus den Unterlagen ging hervor, dass er nur in einem solchen Rahmen funktionieren konnte. Nach Ansicht der Kommission hatte diese Einweisung keinen Einfluss auf die Freiwilligkeit seines Ersuchens.

Knapp zwei Jahre vor dem Tod des Patienten konsultierte die Ärztin eine unabhängige Psychiaterin, die zu dem Schluss kam, dass der Mann im Hinblick auf sein Sterbehilfeersuchen nicht willensfähig war. Sein Todeswunsch war ihrer Auffassung nach das Ergebnis psychotischer Erfahrungen.

Vor diesem Hintergrund forderte die Kommission die Ärztin zu einer mündlichen Erläuterung auf. Im Verlauf des Gesprächs betonte die Ärztin, die selbst auch Psychiaterin ist, dass sie davon überzeugt war, dass der Mann in Bezug auf sein Ersuchen willensfähig war. Zwar hatten verschiedene Psychiater Zweifel an der Willensfähigkeit des Patienten geäußert, dabei ging es nach Ansicht der Ärztin aber nicht um die Willensfähigkeit in Bezug auf den Sterbehilfewunsch. Das Argument, die Begründungen des Mannes beruhten auf psychotischen Erfahrungen, widerlegte die Ärztin mit der Feststellung, dass der Mann seine Verlusterfahrungen nachvollziehbar schildern konnte. Ihrer Ansicht nach war deshalb sehr wohl »eine teilweise Willensfähigkeit in diesem Bereich« gegeben. Die Ärztin erklärte, dass die wahnhaftige Störung des Mannes und sein Todeswunsch unabhängig voneinander waren. Ihr zufolge gab es Interpretationsunterschiede zwischen ihr und den anderen an diesem Fall beteiligten Psychiatern.

Die Kommission bezog in ihre Urteilsbildung die Norm aus dem SterbehilfeKodex ein, dass ein Arzt auch dann Sterbehilfe leisten kann, wenn seine Meinung von der des hinzugezogenen Konsiliararztes abweicht. Dies muss er allerdings hinreichend begründen können (SterbehilfeKodex 2022, S. 32). Nach Ansicht der Kommission gilt dies auch für Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Arzt und einem unabhängigen Spezialisten. Die Kommission kam jedoch zu dem Schluss, dass die Ärztin ihre eigenen Auffassungen in dem Gespräch unzureichend begründet hatte. Außerdem war sich die Kommission nicht sicher, dass die Ärztin für die Einschätzung der unabhängigen Psychiaterin in Bezug auf die Willensfähigkeit des Mannes hinreichend offen gewesen war. Dabei bezog sich die Kommission auf eine E-Mail der unabhängigen Psychiaterin, die sie zwei Wochen vor dem Tod des Mannes an die Ärztin geschickt hatte. Darin schrieb die unabhängige Psychiaterin, dass sich ihre Meinung in Bezug auf die Willensfähigkeit des Mannes in den zwei Jahren seit der Konsultation nicht verändert hatte. Außerdem führte sie aus, dass sie die Begründung der Ärztin in Bezug auf die Willensfähigkeit des Mannes nicht nachvollziehen könne und dass die Ärztin die Kriterien zur Beurteilung der Willensfähigkeit nicht Punkt für Punkt durchgegangen sei.

Die Kommission konnte sich nach der Prüfung der Unterlagen und dem Gespräch mit der Ärztin nicht des Eindrucks erwehren, dass die Ärztin von Beginn des Sterbehilfeprozesses an der Überzeugung war, dass die Sterbehilfe geleistet werden müsse. Dadurch war sie nach Auffassung der Kommission nicht hinreichend offen für die Sicht der unabhängigen Psychiaterin. Deshalb musste die Kommission zu dem Schluss kommen, dass die Ärztin nicht die geforderte große Behutsamkeit im Hinblick auf das Sorgfaltskriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte an den Tag gelegt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien hatte die Ärztin 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 2023

