FÜR STERBEHILFE





REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE



JAHRESBERICHT 2019

INHALT

VORWORT		5
KAP	ITEL I ENTWICKLUNGEN 2019	
1	Jahresbericht	10
2	Meldungen	
	Zahl der Meldungen	10
	Verhältnis Männer/Frauen	13
	Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der	
	Selbsttötung	13
	Krankheitsarten	13
	Häufigste Krankheiten	13
	Demenz	13
	Psychiatrische Erkrankungen	15
	Kumulation von Altersbeschwerden	15
	Sonstige Erkrankungen	15
	Alter	17
	Ort der Lebensbeendigung	17
	Meldende Ärzte	17
	Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende	19
	Lebensgefährten	19
	Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt	19
	Grauzonen in der Kontrollpraxis	20
3	Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen	21
	Fragen aufwerfende Meldungen, keine Fragen aufwerfende	
	Meldungen und Beurteilungsschreiben	21
	Komplex gelagerte Fälle	26
	Reflexionsgremium	26
	Organisation	28

KAPITEL II KASUISTIK

1	Einführung	30
2	Arzt hat im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 2.1 Sieben Beispiele der häufigsten Meldungen Krebs	34 34 35
	Erkrankungen des Nervensystems	38
	Lungenerkrankungen	40
	Herz- und Gefäßkrankheiten	41
	Mehrfacherkrankungen	42
	2.2 Fünf nach den Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle	43
	Freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand sowie	43
	keine annehmbare andere Lösung	49
	Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	52
	Durchführung	54
	2.3 Fünf Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von	
	Altersbeschwerden	56
	Psychiatrische Erkrankung	56
	Demenz	60
	Kumulation von Altersbeschwerden	75
	2.4 Drei Fälle von Sterbehilfe bei Patienten, die einer	
	freiheitsbeschränkenden Maßnahme unterworfen waren	78
3	Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt	90
	Nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung	
	mindestens eines unabhängigen anderen Arztes gehandelt Nicht im Einklang mit dem Kriterium der medizinisch	90
	fachgerechten Durchführung gehandelt	100

VORWORT

Rechtliche Fragen zur Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung von Patienten mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium

Erstmals seit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes im Jahr 2002 musste sich dieses Jahr eine Ärztin vor einem Strafgericht verantworten. Es handelte sich um eine Geriaterin, die auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe bei einem Patienten geleistet hatte, der sich inzwischen in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz befand. 2016 war die Kontrollkommission zu dem Schluss gekommen, dass die Ärztin dabei nicht im Einklang mit den im Gesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Der Fall wurde sowohl vor dem Zentralen Berufsgericht des Gesundheitswesens als auch vor dem zuständigen Gericht in Den Haag verhandelt. Der Generalstaatsanwalt beim Hohen Rat hat inzwischen gegen beide Urteile Kassationsbeschwerde im Interesse der Rechtseinheit eingelegt. Auch deshalb erhielten die komplexen Dilemmas, mit denen sich die Ärztin in diesem Fall konfrontiert sah, sowie die in diesem Zusammenhang zu beantwortenden rechtlichen Fragen im vergangenen Jahr viel Aufmerksamkeit.

Es steht nicht zur Debatte, dass es das Gesetz Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht, bei Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe zu leisten. Nun muss der Hohe Rat jedoch die folgenden spezifischen Fragen beantworten:

- Darf ein Arzt im Falle einer nicht ganz eindeutigen schriftlichen Patientenverfügung versuchen, den Willen des Patienten zu ermitteln, indem er z. B. bei Angehörigen, anderen dem Patienten nahestehenden Personen oder Pflegekräften nachfragt?
- Darf ein Arzt eine Prämedikation (Midazolam) verabreichen, wenn er meint, dass dies zur Vermeidung von Angstreaktionen notwendig ist, die das medizinisch fachgerechte Handeln bei der Durchführung der erbetenen Lebensbeendigung erschweren würden?
- Muss der Arzt nach dem Gesetz über den Behandlungsvertrag (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst/WGBO) einen nicht willensfähigen Patienten fragen, ob das in der schriftlichen Patientenverfügung niedergelegte Ersuchen um Sterbehilfe noch immer gilt, bevor er Sterbehilfe leistet?

Die Beantwortung der letzten Frage, die sich aus dem Gesetz über den Behandlungsvertrag ergibt, ist eigentlich keine Aufgabe der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Schließlich wurde bei der Erarbeitung des Sterbehilfegesetzes ausdrücklich festgestellt, dass die Lebensbeendigung auf Verlangen kein normales medizinisches Handeln ist, das unter das WGBO fällt¹. Die beiden anderen vorgenannten Fragen wurden in der Vergangenheit bereits von den Kontrollkommissionen geprüft und inzwischen in positivem Sinne beantwortet. So kam die Kommission in der Beurteilung der Meldung 2018/29 zu dem Schluss, dass zwar keine eindeutige Patientenverfügung des Patienten vorlag, dass er sich aber angesichts der von Angehörigen, dem Hausarzt und dem SCEN-Konsiliararzt erteilten Informationen »offenkundig« in einer Situation befand, in der er Sterbehilfe gewünscht hatte. Darum, so formulierte es die Kommission, konnte der Arzt zu der Überzeugung gelangen, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. In der Beurteilung der Meldung 2018/41 kommt die Kommission zu dem Schluss, dass »die Verabreichung einer Prämedikation durch den Arzt unter diesen spezifischen Umständen angemessenem medizinischen Handeln entspricht«. So ist auch im SterbehilfeKodex 2018² nachzulesen, dass die Verabreichung einer Prämedikation unter angemessenes medizinisches Handeln fallen kann. Die zwei vom Hohen Rat zu fällenden Urteile werden voraussichtlich die bestehenden Zweifel der Ärzte bezüglich der Frage ausräumen, wie bei einem Ersuchen um Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Demenz vorzugehen ist. Inzwischen hat die Ärztekammer KNMG Schritte zur Formulierung eines Standpunkts zu der Frage unternommen, wie Ärzte aus professionellmedizinischer Sicht in derlei Situationen handeln können oder müssen.

Wenn die Urteile des Hohen Rates ergangen sind, werden die Kontrollkommissionen die Beurteilung von Fällen, in denen bei Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz auf der Grundlage eines schriftlich niedergelegten Ersuchens Sterbehilfe geleistet wurde, entsprechend anpassen. Schließlich ist es ihr Auftrag, Meldungen von Sterbehilfe anhand sowohl des Gesetzes als auch der Rechtsprechung zu prüfen. Darüber hinaus werden wir untersuchen, ob es angezeigt ist, Teile des SterbehilfeKodex 2018 zu überarbeiten.

¹ Parlamentsdrucksachen 1 2000/01, 26 691, Nr. 137b, S. 18, Parlamentsdrucksachen 1 2000/01, 26 691, Nr. 137e, S. 22.

² SterbehilfeKodex 2018, Seite 40.

Verbesserung und Änderung der Arbeitsweise

Erfreulicherweise ist es den Kommissionen gelungen, die durchschnittliche Bearbeitungsdauer zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung weiter zu senken, nämlich von 37 Tagen im Jahr 2018 auf 29 Tage im Jahr 2019, ohne die Sorgfalt bei der Beurteilung in irgendeiner Weise zu beeinträchtigen. Wir halten es für ausgesprochen wichtig, dass meldende Ärzte nicht länger als unbedingt nötig im Unklaren darüber bleiben, wie die Kommission einen gemeldeten Sterbehilfefall beurteilt.

Eine Empfehlung aus der dritten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes betraf die Verbesserung und klarere Formulierung der Beurteilungen bei Fragen aufwerfenden Meldungen. Infolgedessen wurde das Format dieser Beurteilungen zum 1. November 2019 geändert. Bei Meldungen, die als »Fragen aufwerfend« eingestuft werden, wird in den Beurteilungen nur noch auf den spezifischen Aspekt der Meldung eingegangen, der innerhalb der Kommission zu Diskussionen geführt hat. Danach werden die Erwägungen der Kommission beschrieben. Anders als bisher wird in der Beurteilung nicht mehr auf jene Sorgfaltskriterien eingegangen, über deren Einhaltung durch den Arzt bei der Kommission keine Zweifel bestehen. Im Zuge der für Mitte 2020 geplanten Evaluierung wird geprüft, ob das neue Format noch weiter verbessert werden kann.

Organisation der Kontrollkommissionen

Die Vorbereitungen für den Umzug der bislang in Groningen, Arnheim und Den Haag ansässigen Sekretariate im Jahr 2020 nach Utrecht wurden im vergangenen Jahr weiter vorangebracht. Die Zusammenlegung der Sekretariate wird voraussichtlich dazu führen, dass die Kontrollkommissionen ihre Arbeit noch besser und effizienter werden machen können.

Im vergangenen Berichtsjahr wurde mit dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport über die Rollenverteilung bei der Zusammenarbeit mit den Kontrollkommissionen gesprochen. Nicht zur Debatte steht, dass die Kontrollkommissionen in ihrer Beurteilung der individuellen Sterbehilfemeldungen unabhängig vom Ministerium arbeiten. Deshalb fallen sie auch nicht unter die Ministerverantwortlichkeit. Der Gesundheitsminister und der Justizminister ernennen für die Arbeit der Kontrollkommissionen einen Sekretär für allgemeine Aufgaben, in dessen Zuständigkeit in jedem Fall die Koordinierung der funktionellen und verwaltungstechnischen Tätigkeiten der Sekretariate fällt.³ Für die Einstellung der Sekretäre und Verwaltungskräfte der Kontrollkommissionen ist das Gesundheitsministerium zuständig.

Die Frage ist nun, wie sich die Unabhängigkeit der Kommissionen beim Zustandekommen der Beurteilung mit der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums für die Ernennung des Sekretärs für allgemeine Aufgaben und die Einstellung der Verwaltungskräfte sowie für administrative Prozesse, Diensträume, IT-Einrichtungen und Finanzmittel, allesamt für die Arbeit der Kontrollkommissionen notwendige Faktoren, vereinbaren lässt. Wie lässt sich mehr Klarheit über die Matrixstruktur - ein komplexes Verwaltungsmodell schaffen, in der die Kontrollkommissionen und das Ministerium zueinander stehen? Im Herbst 2019 fanden konstruktive Beratungen zwischen dem Ministerium und den Kommissionen über die Zusammenarbeit in dieser Matrixstruktur statt, bei denen unter anderem die Zusammenlegung der Funktionen des Sekretärs für allgemeine Aufgaben und des Stellvertretenden Leiters der Einheit Sekretariate der Disziplinarausschüsse für das Gesundheitswesen und der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (ESTT) im Jahr 2020 beschlossen wurde.

Zusammenfassung

Rückblickend auf das Jahr 2019 lässt sich feststellen, dass wichtige Schritte zur weiteren Verbesserung und Professionalisierung der Arbeit und der Organisation der Kontrollkommissionen unternommen wurden. Noch wichtiger aber ist, dass die Ergebnisse der Prüfung der Meldungen auch 2019 wieder eindeutig belegen, dass die Sterbehilfe in den Niederlanden sehr sorgfältig geleistet wird: lediglich bei 4 der insgesamt 6361 in diesem Berichtsjahr gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen kamen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss, dass ein oder mehrere der im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien nicht eingehalten worden waren. Die in Kürze erwarteten Urteile des Hohen Rates werden für mehr Rechtssicherheit in der Frage sorgen, wie ein Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen eines Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Demenz auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung vorzugehen hat. Auch wenn derartige Ersuchen sich in den vergangenen Jahren immer an den Fingern einer Hand abzählen ließen (2017: drei, 2018: zwei, 2019: zwei), werden die Urteile des Hohen Rates von vielen – darunter auch die Kommissionen – mit Spannung erwartet.

Jacob Kohnstamm Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

März 2020



VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Männer 3309
Frauen 2935

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2019

1 JAHRESBERICHT

Näheres über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen u.a.m. kann im SterbehilfeKodex 2018 und auf www. euthanasiecommissie. nl nachgelesen werden. In ihrem Jahresbericht dokumentieren die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe ihre Tätigkeiten im vergangenen Kalenderjahr und legen damit gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über ihre gesetzliche Aufgabe ab: 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. Eine Unterscheidung wird nur in den Fällen gemacht, in denen sie wirklich relevant ist. Der Jahresbericht dient außerdem dazu. Ärzten und anderen Beteiligten zu veranschaulichen, wie die Kommissionen konkrete Meldungen geprüft und beurteilt haben. Hierzu werden in Kapitel II einige Beurteilungen der Kommissionen, sowohl häufig vorkommende als auch außergewöhnliche Fälle, ausführlich beschrieben.

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

2 MELDUNGEN

Zahl der Meldungen

Die Übersichten über die Sterbehilfemeldungen in den fünf Regionen sind auf unserer Website einsehbar (siehe euthanasiecommissie. nl/uitspraken-enuitleg).

2019 wurden den Kommissionen 6361 Fälle von Sterbehilfe gemeldet. Dies entspricht 4,2 % aller in den Niederlanden im Jahr 2019 4 verzeichneten Todesfälle (151793). Dies ist im Vergleich zu 2018 (6126 Meldungen) eine Zunahme um 3,8 %, entspricht gegenüber 2017 (6585 Meldungen) jedoch einem Rückgang um 4,4 %. Die Gesamtzahl der Todesfälle lag um 0,2 Prozentpunkte höher als 2018 und um 0,2 Prozentpunkte niedriger als 2017. 2018 wurde erstmals seit langer Zeit ein Rückgang der Zahl der Sterbehilfemeldungen verzeichnet. Eine 2019 im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (VWS) durchgeführte Untersuchung⁵ konnte nicht klären,

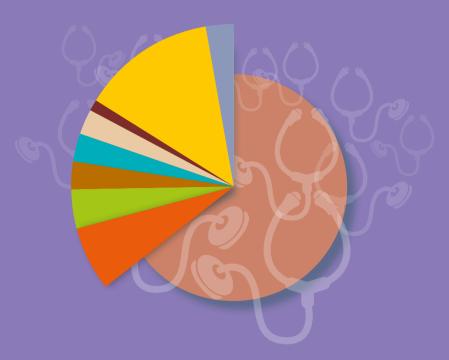
- 4 Quelle: Statistisches Zentralamt (CBS), 5. Februar 2020.
- 5 https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-het-aantal-euthanasiemeldingen-en-achter-liggende-factoren





VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen	6092
Hilfe bei der Selbsttötung	245
Kombination aus beiden	24



KRANKHEITSARTEN

Krebs	4100
Erkrankungen des Nervensystems	408
Herz- und Gefäßkrankheiten	251
Lungenerkrankungen	187
Kumulation von Altersbeschwerden	172
Demenz	162
im Anfangsstadium: 160	
im (weit) fortgeschrittenen Stadium: 2	
Psychiatrische Erkrankungen	68
Mehrfacherkrankungen	846
Andere	167

worauf dieser Rückgang zurückzuführen war. Als mögliche Ursache wurde die Grippeepidemie zum Jahresanfang 2018 genannt, aber auch die Ankündigung der Staatsanwaltschaft, strafrechtliche Ermittlungen zu einer von den Kontrollkommissionen als »nicht sorgfältig« beurteilten Sterbehilfemeldung einzuleiten.

Verhältnis Männer/Frauen

Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es erneut etwa gleich häufig um Männer (3309, 52,0 %) wie um Frauen (2935, 48,0 %).

Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung

Näheres zu den besonderen Aspekten der medizinisch fachgerechten Durchführung siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 36 ff. In 6092 Fällen (95,8 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 245 Fällen (3,9 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 24 Fällen (0,4 %) um eine Kombination aus beiden. Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient nach der Einnahme des im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung vom Arzt überreichten tödlichen Mittels nicht in der zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. Dann führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht.

Krankheitsarten

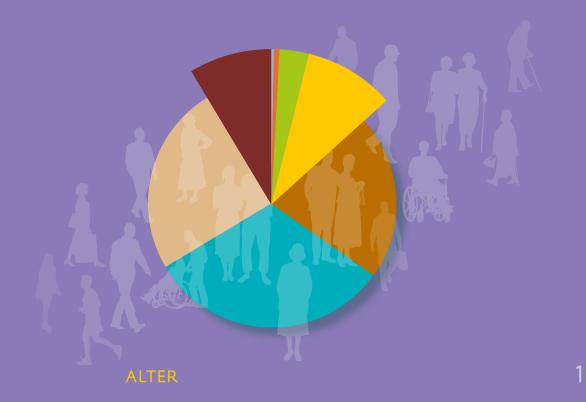
Häufigste Krankheiten

Bei 91,1 % der Meldungen (5792 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

- nicht (mehr) heilbarem Krebs (4100 Fälle),
- Erkrankungen des Nervensystems (408 Fälle), beispielsweise Morbus Parkinson, MS oder ALS,
- Herz- und Gefäßkrankheiten (251 Fälle),
- Lungenerkrankungen (187 Fälle),
- Mehrfacherkrankungen (846 Fälle).

Demenz

Näheres zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit Demenz siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 46 ff. Bei zwei Meldungen aus dem Jahr 2019 handelte es sich um Patienten in einem (weit) fortgeschrittenen Stadium der Demenz, die nicht mehr in der Lage waren, über ihr Ersuchen zu kommunizieren. In diesen Fällen war die schriftliche Patientenverfügung für die Feststellung der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe maßgeblich. Diese Meldungen werden in Kapitel II dieses Jahresberichts erläutert und sind auf der Website der Kontrollkommissionen unter den Nummern 2019-79 und 2019-119 zu finden.



unter 30 Jahre	15
30–40 Jahre	45
40–50 Jahre	163
50–60 Jahre	587
● 60–70 Jahre	1336
7 0–80 Jahre	2083
80–90 Jahre	1628
uber 90 Jahre	504

Bei 160 gemeldeten Fällen war Demenz im Anfangsstadium die Grundlage des Leidens. Es ging um Patienten in einem Stadium der Demenz, in dem sie sich noch über ihre Krankheit und die Symptome, etwa den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte noch überblicken konnten. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel II im Rahmen von Fall 2019-90 beschrieben.

Psychiatrische Erkrankungen

Näheres zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 44 ff. In 68 Sterbehilfefällen lagen dem Leiden der Patienten eine oder mehrere psychiatrische Erkrankungen zugrunde. In 42 dieser 68 Fälle war der meldende Arzt ein Psychiater, in 11 Fällen ein Hausarzt, in 2 Fällen ein Geriater und in 13 Fällen ein anderer Arzt. In 52 Fällen, in denen bei einem Patienten aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung Sterbehilfe geleistet wurde, war der durchführende Arzt für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE, die frühere Stiftung Lebensende-Klinik) tätig. In solchen Fällen muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen⁶, wie es in Fall 2019-121 (beschrieben in Kapitel II) geschehen ist.

Kumulation von Altersbeschwerden

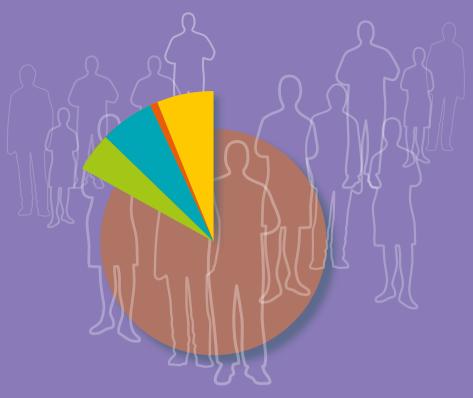
Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Gehörerkrankungen, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme, Rückgang der kognitiven Fähigkeiten – kann die Ursache eines unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sein. Diese oft degenerativen Prozesse manifestieren sich in der Regel in höherem Alter und sind häufig die Summe mehrerer Grunderkrankungen und Beschwerden. Sie resultieren in einem Leiden, 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. 2019 wurden den Kommissionen 172 Fälle dieser Kategorie gemeldet. In Kapitel II werden unter den Nummern 2019-67 und 2019-127 zwei Meldungen beschrieben, die sich auf Sterbehilfe bei Patienten mit einer

Sonstige Erkrankungen

Kumulation von Altersbeschwerden beziehen.

Die Kategorie »sonstige Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom. 2019 wurden 167 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 23 ff.



MEI DENDE ÄRZTE

Hausärzte	5290
Geriater	269
Im Krankenhaus tätige Fachärzte	361
Ärzte in der Facharztausbildung	61
Ärzte mit anderem Hintergrund	380
(z. B. für die Stiftung Lebensende-	
Klinik tätige Ärzte oder sog.	
Basisärzte)	

Alter

Die meisten Sterbehilfemeldungen (2083 Fälle, 32,7 %) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 90 Jahre (1628 Fälle, 25,6 %) und 60 bis 70 Jahre (1363 Fälle, 21,4 %).

2019 haben die Kommissionen keine Meldungen über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Patienten (12 bis 17 Jahre) beurteilt.

Näheres zu den besonderen Aspekten bei minderjährigen Patienten siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 44.

Es gingen 60 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 18 bis 40 Jahre ein. In 38 dieser Fälle war Krebs, in zehn Fällen eine psychiatrische Erkrankung die Ursache des Leidens. In der Kategorie Demenz bezogen sich die meisten Meldungen (71 Fälle) auf Patienten im Alter von 80 bis 90 Jahren. In der Kategorie der psychiatrischen Erkrankungen gab es 2019 in den Altersgruppen 50 bis 60 Jahre und 60 bis 70 Jahre jeweils 20 Meldungen. In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« betrafen die meisten Meldungen (123) Patienten im Alter von 90 Jahren oder älter.

Ort der Lebensbeendigung

Wie auch in den Vorjahren wurde die Sterbehilfe in den mit Abstand meisten Fällen (5098, 80,1%) beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Hospiz (480 Fälle, 7,6 %), einem Pflegeheim (273 Fälle, 4,3 %), einem Altersheim (231 Fälle, 3,6 %), einem Krankenhaus (178 Fälle, 2,8 %) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten, in einem Wohnheim oder einem Pflegehotel (101 Fälle, 1,6 %).

Meldende Ärzte

In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet (5290 Fälle, 83,1 %). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (269), Fachärzte (361) und Ärzte in der Ausbildung (61). Und schließlich gibt es noch eine größere Gruppe von Meldungen (380), bei denen Ärzte in einer anderen Funktion Meldung erstatteten; die meisten von ihnen arbeiten für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE).

Die Zahl der Meldungen von Ärzten, die beim EE tätig sind (904), erhöhte sich gegenüber 2018 (726 Fälle) um 25 %.

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 zum Tode führenden Erkrankung Sterbehilfe zu leisten bereit sind, verweisen ihre Patienten regelmäßig an das Kompetenzzentrum. Es kommt auch vor, dass sich der Patient selbst



ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Zu Hause	5098
Hospiz	480
Pflegeheim	231
Altersheim	273
Krankenhaus	178
Anderer Ort	101
(etwa die Wohnung von Verwandten,	
ein Wohnheim oder ein Pflegehotel)	

oder ein Angehöriger an das Kompetenzzentrum wendet. Die weitaus meisten Meldungen, bei denen der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt (52 der 68 Meldungen, gut 76 %), wurden von einem Arzt des Kompetenzzentrums gemacht. Von den Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Form der Demenz zurückging (162), wurden 84 (51,9 %) von einem Kompetenzzentrum-Arzt erstattet. Außerdem kamen 88 der 172 Meldungen (39,5 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von Ärzten des Kompetenzzentrums.

Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende

Eine Lebensbeendigung durch Sterbehilfe schließt eine Organ- oder Gewebespende nicht aus. In der Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe der Niederländischen Stiftung für Transplantation (NTS) ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben. Bei den Kommissionen wurden 2019 zwölf Fälle gemeldet, in denen nach der Sterbehilfe eine Organspende stattfand.

Lebensgefährten

Bei 34 Meldungen ging es um die gleichzeitige Sterbehilfe bei Lebensgefährten (17 Paare). Beispiele hierfür sind die Beurteilungen der Fälle 2019-08 und 2019-09 auf der Website. Selbstverständlich muss in einem solchen Fall gesondert erläutert werden, dass der Arzt bei jedem der Partner die Sorgfaltskriterien eingehalten hat, die im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegt sind. Dabei muss je Partner ein eigener Konsiliararzt eingeschaltet werden, damit eine unabhängige Beurteilung des Falles gewährleistet ist. ⁸

Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

In vier der 2019 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der ausführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt hatte, die in Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegt sind; dies entspricht weniger als 0,1 % der Meldungen. Alle vier Fälle werden in Kapitel II beschrieben.

⁷ Die Richtlinie sowie die Hintergründe und Argumente, auf denen sie basiert, können unter transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie eingesehen werden (in niederländischer Sprache).

⁸ SterbehilfeKodex 2018, S. 32.

Grauzonen in der Kontrollpraxis

Wir würden den feinen Abstufungen in der Prüfungspraxis nicht gerecht werden, wenn wir allein darlegten, wie häufig die Kommissionen zu dem Urteil kamen, dass der Arzt nicht im Einklang mit allen gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt hat, denn in der Prüfungspraxis gibt es auch Grauzonen. Die Kommissionen haben in 29 gemeldeten Fällen – die vorgenannten vier Meldungen eingerechnet, in denen sie zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden - den Arzt und in wenigen Fällen den Konsiliararzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten. Bei 19 Meldungen haben die Kommissionen den meldenden Arzt, in Einzelfällen den Konsiliararzt, gebeten, auf einer Kommissionssitzung mündlich die Fragen der Kommission zu beantworten, zum Teil, nachdem dem Arzt zuvor schriftlich Fragen gestellt worden waren. Die mündlichen und schriftlichen Erläuterungen der Ärzte und Konsiliarärzte waren für die Kommissionen in der Regel hinreichend aufschlussreich, um feststellen zu können, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Dennoch haben die Kommissionen den Ärzten auch regelmäßig Anweisungen zur Verbesserung ihrer Handlungsweise bei der Durchführung der Sterbehilfe oder der Meldung des Falls erteilt.

3 ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN, ENTWICKLUNGEN

Fragen aufwerfende Meldungen, keine Fragen aufwerfende Meldungen und Beurteilungsschreiben

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 erfahrenen Juristen, 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. Nach der Vorauswahl durch den Sekretär werden die Meldungen durch die Kommission beurteilt. Bei den Meldungen der Kategorien »keine Fragen aufwerfend« geschieht dies auf elektronischem Weg. Anschließend erklärt die Kommission, ob die Einstufung der Meldung als »keine Fragen aufwerfend« korrekt ist oder ob es entgegen der Einschätzung des Sekretärs doch Fragen gibt. Ist dies der Fall, stuft die Kommission die Meldung als »Fragen aufwerfend« ein und bespricht sie auf einer Kommissionssitzung. 2019 traf dies auf 26 Meldungen zu (das sind weniger als 1 %).

In Reaktion auf die Empfehlung aus der dritten Evaluierung⁹ des Sterbehilfegesetzes, die Beurteilungen besser zu begründen, haben die Kommissionen entschieden, ihre Arbeitsweise ab November 2019 entsprechend anzupassen. In Fällen, in denen die Kommissionen keinerlei Fragen haben, geht dem Arzt fast immer ein sogenanntes Beurteilungsschreiben zu. Darin wird der Arzt unter Verweis auf den in der betreffenden Meldung beschriebenen Sachverhalt darüber informiert, dass die Kommission aufgrund dieses Sachverhalts zu dem Schluss gekommen ist, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Ein solches Beurteilungsschreiben wurde seit Mitte 2018 bereits bei als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Fällen versandt, in denen das Leiden des Patienten auf Krebs, ALS, COPD, Herzinsuffizienz oder auf eine Kombination dieser Erkrankungen zurückzuführen war und deren Meldung zu keinen Fragen geführt hatte. Ein Muster eines solchen Beurteilungsschreibens ist auf der nächsten Seite abgebildet.

Wurde eine Meldung dagegen als »Fragen aufwerfend« eingestuft, erfolgt eine detaillierte schriftliche Beurteilung des betreffenden Falls. In dieser Beurteilung legt die Kommission ausführlicher als zuvor 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.

BEURTEILUNGSSCHREIBEN

Sehr geehrte(r) [Anrede],

am [Datum] hat die Regionale Kontrollkommission für Sterbehilfe (im Folgenden: Kontrollkommission) Ihren Bericht und die zugehörigen Unterlagen betreffend Ihre Meldung der Lebensbeendigung auf Verlangen bei Herrn/Frau [Name], geboren am [Datum], verstorben am [Datum], erhalten. Alle von Ihnen eingereichten Unterlagen wurden von der Kontrollkommission sorgfältig geprüft.

Unter Berücksichtigung des in den Unterlagen beschriebenen Sachverhalts und der dort beschriebenen Umstände ist die Kontrollkommission der Meinung, dass Sie zu der Überzeugung gelangen konnten, dass der Patient/die Patientin seine/ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass er/sie unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Sie haben den Patienten/die Patientin über die Situation, in der er/sie sich befand, und über seine/ihre Prognose hinreichend informiert. Sie konnten mit dem Patienten/der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für seine/ihre Situation keine annehmbare andere Lösung gab. Sie haben mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der den Patienten/die Patientin gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Sie haben die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt.

Aufgrund des Vorstehenden ist die Kontrollkommission zu dem Schluss gekommen, dass Sie im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt haben.

Die Kontrollkommission setzte sich zusammen aus:

[Name], Vorsitzende(r), Jurist(in)

[Name], Mitglied, Arzt/Ärztin

[Name], Mitglied, Ethiker(in)

Ich gehe davon aus, Ihnen mit diesen Informationen gedient zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Vorsitzende(r)

(Unterschrift)

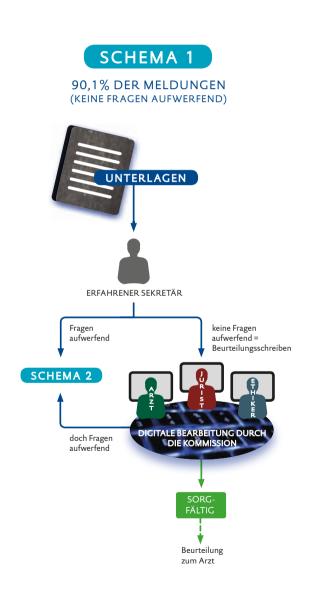
Sekretär(in)

(Unterschrift)

In Einzelfällen wird eine als »keine Fragen aufwerfend« eingestufte Meldung auch auf einer Kommissionssitzung besprochen und schriftlich begründet. Das geschieht, wenn die Kommission der Ansicht ist, dass ihre Beurteilung aufgrund eines oder mehrerer Aspekte der Meldung eingehender begründet werden muss. Aufgrund der ausführlicheren Darstellung bestimmter Aspekte in Beurteilungen von als »Fragen aufwerfend« eingestuften oder besonderen Fällen erwarten die Kommissionen, dass Ärzte und andere Interessierte einen besseren Einblick darüber erhalten, wie die Kommissionen zu ihren Beurteilungen kommen und welches Argument dabei jeweils ausschlaggebend war.

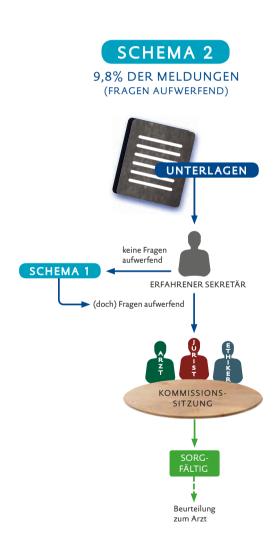
Als Beispiele für Meldungen, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft und mit einem Beurteilungsschreiben abgeschlossen wurden, werden in Kapitel II die Fälle 2019-128, 2019-129, 2019-130 und 2019-131 beschrieben. Dabei ist anzumerken, dass diese Fallbeschreibungen eine Zusammenfassung der betreffenden Meldungen enthalten und keine an die Ärzte übermittelte Beurteilungen, da ja nur ein Beurteilungsschreiben versandt wurde.

2019 wurden 90,1 % der eingegangenen Meldungen vom Sekretär der Kommissionen als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, das entspricht einer Steigerung von 85 % gegenüber dem Vorjahr. Dieser Anstieg lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass die Definition der Kriterien, unter denen ein Fall vom Sekretär als »Fragen aufwerfend« eingestuft werden muss, u. a. deshalb angepasst wurde, weil die Berichte der Ärzte immer umfassender werden. In 69,2 % der Fälle wurde dem Arzt die definitive Beurteilung der Kommission in Form eines Beurteilungsschreibens übermittelt.



Von allen eingegangenen Meldungen wurden 623 (9,8 %) unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert, etwa – jedoch nicht ausschließlich – weil der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt, weil Fragen zur Durchführung der Sterbehilfe aufkamen oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren.

2019 vergingen zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung im Schnitt 29 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegte Frist von sechs Wochen eingehalten und der durchschnittliche Zeitraum vom 37 Tagen im Vorjahr unterschritten.



Komplex gelagerte Fälle

Die Kommissionen beraten untereinander intensiv über komplex gelagerte Fälle, bei denen man es für angezeigt hält, dass sich alle Kommissionsmitglieder dazu äußern können. So ist es die Regel, dass 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 digital im Intranet zugänglich gemacht wird. Nach Kenntnisnahme der Reaktionen der anderen Kommissionsmitglieder formuliert die prüfende Kommission anschließend eine definitive Beurteilung.

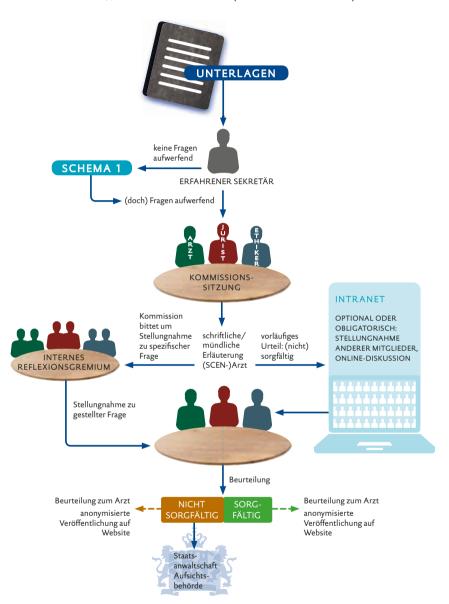
Auch in anderen Fällen, in denen die Kommission eine interne Debatte für angezeigt hält, werden die vorläufigen Beurteilungen ins Intranet eingestellt. Diese Vorgehensweise soll den höchstmöglichen Qualitätsstandard des Beurteilungsverfahrens sowie die größtmögliche Einheitlichkeit der Beurteilungen gewährleisten. 2019 wurden, einschließlich der Meldungen mit der Beurteilung »Sorgfaltskriterien nicht eingehalten«, 19 Fälle in großem Rahmen besprochen.

Reflexionsgremium

2016 haben die Kontrollkommissionen beschlossen, ein internes Reflexionsgremium einzurichten, das unter anderem die Abstimmung der Kommissionen untereinander und die Harmonisierung der Beurteilungen weiter fördern soll. Das Gremium setzt sich aus zwei Juristen, zwei Ärzten und zwei in Ethik- oder Sinnfragen sachkundigen Personen zusammen, die jeweils seit mindestens drei Jahren einer Kontrollkommission angehören und diese Position voraussichtlich noch mindestens zwei Jahre innehaben werden. Sie werden von einem Sekretär unterstützt. Das Reflexionsgremium kann von den Kommissionen in komplexen Fällen eingeschaltet werden. Es beurteilt eine Meldung nicht in vollem Umfang, sondern befasst sich gezielt mit den Fragen, die von der Kommission formuliert wurden, die das Gremium angerufen hat. Der meldende Arzt wird darüber informiert, dass sich die Beurteilung seines Falls durch die Einschaltung des Reflexionsgremiums möglicherweise verzögert. 2019 haben die Kommissionen das Reflexionsgremium nicht eingeschaltet. Eine bereits laufende Evaluierung des Gremiums wird im ersten Quartal 2020 abgeschlossen.

SCHEMA 3

< 1% DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)



Organisation

Die Kontrollkommissionen decken fünf Regionen ab; pro Region gibt es drei Juristen (Vorsitzende), drei Ärzte und drei Sachverständige für Ethik- oder Sinnfragen (»Ethiker«). Damit gehören den Kommissionen 45 Mitglieder an.

Sie werden im Rahmen eines öffentlichen Verfahrens angeworben und auf Vorschlag der Kommissionen vom Gesundheitsminister und vom Justizminister für einen Zeitraum von vier Jahren ernannt; eine einmalige Wiederernennung ist möglich.

Die Kommissionen sind unabhängig, d. h. dass sie ihre Prüfungstätigkeit ohne Einmischung durch den 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, wobei immer auch jeweils ein Vertreter der Ärzte und der Ethiker anwesend sind. Er ist zugleich Vorsitzender in einer der fünf Regionen.

Unterstützt werden die Kommissionen von einem Sekretariat mit ca. 25 Mitarbeitern, das aus dem Generalsekretär, den Sekretären (Juristen) und administrativen Mitarbeitern besteht. Die Sekretäre haben eine beratende Stimme in den Kommissionssitzungen.

Die fachliche Leitung liegt beim Generalsekretär. Alle Mitarbeiter der Kontrollkommissionen sind Bedienstete des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport. Daher unterstehen die Kommissionssekretariate hinsichtlich ihrer Organisation und Verwaltung der übergeordneten Leitung der Einheit Sekretariate der Disziplinarausschüsse für das Gesundheitswesen und der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (ESTT).

Die Sekretariatsmitarbeiter sind formell Bedienstete des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und zählen zur Direktion ESTT, die gut 70 Mitarbeiter zählt. Ihr gehören außerdem der Sekretariatspool (10 Mitarbeiter) und das Management (der Direktor und der Stellvertretende Direktor) an.

Die administrativen Mitarbeiter der Kontrollkommissionen sind für alle administrativen Prozesse verantwortlich, von der Registrierung der Merkmale einer eingegangenen Meldung bis zum Versand der Beurteilung an den meldenden Arzt und/oder die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend.

Das Kommissionssekretariat hat derzeit zwei Standorte: Arnheim und Den Haag. Der Standort Groningen wurde im Herbst 2019 im Zuge der nachstehend erläuterten Reorganisation geschlossen. Der Sekretariatspool und das Management der ESTT befinden sich in Den Haag.

Aktuell sind Veränderungen geplant, die die Schwachstellen der (zu) kleinen dezentralisierten Einheiten ausbessern und die in Gang gesetzte Professionalisierung des Kommissionssekretariats fördern sollen. Ende 2018 hat das Leitungsgremium des Gesundheitsministeriums eine Reorganisation beschlossen, in deren Rahmen das gesamte Sekretariat an einem Standort in Utrecht untergebracht werden soll. Nachdem der Personalrat am 21. November eine positive Empfehlung zur geplanten Reorganisation ausgesprochen hatte, traf die Stellvertretende Generalsekretärin des Gesundheitsministeriums am 9. Dezember 2019 den hierzu erforderlichen Erlass und markierte damit formell den Beginn der Reorganisation. Der Umzug in die neuen Räumlichkeiten soll bis zum Herbst 2020 abgeschlossen sein.

Die Reorganisation hat keine Auswirkungen auf die Art der Stellen und die Mitarbeiterzahl, es wird lediglich einen Standortwechsel von Arnheim und Den Haag nach Utrecht geben. Dahinter steckt der Gedanke, dass alle Kommissionssitzungen ebenfalls in Utrecht stattfinden werden.

Abschließend noch ein Wort zu den Kosten. 2019 beliefen sich die Kosten der Kontrollkommissionen auf gut 4 Millionen Euro. Davon entfielen 769 000 Euro auf Vergütungen für die Kommissionsmitglieder, 857 000 Euro auf Material-, Fremdpersonal-, IT- und Standortkosten und 2448 000 Euro wurden für Personalkosten (Management, Sekretariatspool und Sekretariate) aufgewendet.

KAPITEL II FALLBEISPIELE



1. EINFÜHRUNG

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 Meldungen über die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfe).

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

Die Kontrollkommissionen prüfen die Meldungen anhand des Sterbehilfegesetzes, der Gesetzesgeschichte, der einschlägigen Rechtsprechung sowie des SterbehilfeKodex 2018, 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 faktisch überprüfbar. Den übrigen drei Sorgfaltskriterien zufolge muss der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein, 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) gab. Die Formulierung »zu der Überzeugung gelangt sein« lässt dem Arzt bei diesen drei Sorgfaltskriterien einen gewissen Beurteilungsspielraum. Die Kommissionen prüfen daher bei der Beurteilung des ärztlichen Handelns in diesen drei Punkten, wie der Arzt die betreffenden Sachverhalte untersucht und wie er seine Entscheidungsfindung begründet hat. Die Kommissionen kontrollieren also, ob der Arzt angesichts seines gesetzlichen Beurteilungsspielraums zu der Entscheidung kommen konnte, dass diese drei Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und überprüfen, wie der Arzt seine Entscheidung begründet. Der Bericht des Konsiliararztes stützt häufig die Begründung des Arztes.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Fälle sind unterteilt in die Kategorien »Sorgfaltskriterien eingehalten« (Abschnitt 2) und »Sorgfaltskriterien nicht eingehalten« (Abschnitt 3). Bei den Fällen in der zweiten Kategorie ist die betreffende Kommission zu dem Schluss gekommen, dass der Arzt ein oder mehrere Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat.

In Abschnitt 2.1 werden sieben 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 wurde die Beurteilung nicht immer detailliert ausformuliert; zumeist ging dem Arzt ein sogenanntes Beurteilungsschreiben zu, in dem er mit einer kurzen Begründung darüber informiert wurde, dass er die

Abschnitt 2 gliedert sich in drei Unterabschnitte.

Sorgfaltskriterien erfüllt hatte.

In Abschnitt 2.2 wird auf verschiedene Sorgfaltskriterien genauer eingegangen, insbesondere 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« gibt (d), die »unabhängige Konsultation« (e) und die »medizinisch fachgerechte Durchführung (f)«. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Fälle sind komplexer gelagert. Dies spiegelt sich beispielsweise in der umfangreicheren Dokumentation von Daten über den Patienten wider, darunter seine Bitte um Sterbehilfe, die Beschreibung seines Leidens und die Berücksichtigung zusätzlicher Aspekte durch die Kommission. Auf ein Sorgfaltskriterium wird an dieser Stelle nicht explizit eingegangen, nämlich auf die Aufklärung des Patienten über seine 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. Das Kriterium des aussichtslosen Zustands und unerträglichen Leidens und das Kriterium des Fehlens einer annehmbaren Alternative hängen ebenfalls eng zusammen, weshalb sie gemeinsam in einem Fallbeispiel erörtert werden.

Des Weiteren werden in Abschnitt 2.3 einige Fälle beschrieben, in denen bei Patienten eines besonderen Typs Sterbehilfe geleistet wurde. Dies waren Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von Altersbeschwerden. Diese Fälle wurden mehrheitlich vom Kompetenzzentrum Sterbehilfe gemeldet (bis September 2019 unter dem Namen Stiftung Lebensende-Klinik aktiv). Bei den in Abschnitt 2.3 ausgewählten Fällen wurde die Sterbehilfe jedoch, abgesehen von zwei Meldungen von Sterbehilfe aufgrund eines schriftlichen Sterbehilfeersuchens von einem behandelnden Arzt geleistet.

Schließlich gingen 2019 einige Meldungen über Patienten ein, die während des Sterbehilfeprozesses einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme unterlagen. In diesem Bericht geht es konkret um einen Patienten, der sich im Maßregelvollzug (TBS) befand, eine Patientin, bei der am Tag, nachdem sie ihre Haft vollständig verbüßt hatte, Sterbehilfe geleistet wurde, und einen Patienten, der im Rahmen einer Maßnahme nach dem Gesetz über besondere Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser in einem entsprechenden Krankenhaus untergebracht worden war (Abschnitt 2.4).

In allen in Abschnitt 2 beschriebenen Fällen kam die Kommission zu

In allen in Abschnitt 2 beschriebenen Fallen kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllt hatte. In Abschnitt 3 werden die vier Fälle beschrieben, in denen nach Auffassung der Kommission die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. In drei Fällen kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung von mindestens einem unabhängigen Konsiliararzt gehandelt hatte; in einem Fall urteilte sie, dass die Lebensbeendigung nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt worden war.

Einige Fälle sind mit einer Nummer gekennzeichnet, unter der auf der Website der Kontrollkommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) die vollständige Beurteilung abgerufen werden kann. Wenn dem Arzt statt einer ausformulierten Beurteilung ein Beurteilungsschreiben zuging, wurde für den Jahresbericht eine kurze Zusammenfassung des Sachverhalts aus der Meldung erstellt. Diese Zusammenfassung ist ebenfalls auf der Website einsehbar.

2. DER ARZT HAT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

2.1 Sieben Beispiele der häufigsten Meldungen

Aus Kapitel I geht hervor, dass Sterbehilfe zum weitaus größten Teil bei Patienten geleistet wird, die an Krebs (4 100 Meldungen), Erkrankungen des Nervensystems (408 Meldungen), Herz- und Gefäßkrankheiten (251 Meldungen), Lungenerkrankungen (187 Meldungen) oder Mehrfacherkrankungen (846 Meldungen) leiden. Die nachstehenden sieben Beurteilungen illustrieren die Problemfelder, mit denen sich die Kommissionen am häufigsten befassen.

Zwei der Beurteilungen betreffen Krebspatienten; im ersten Fall war der Krankheitsverlauf sehr kurz, im zweiten Fall zog er sich über Jahre hin. Auch zwei Beurteilungen von Sterbehilfe bei Patienten mit einer Erkrankung des Nervensystems werden kurz beschrieben. In einem Fall litten mehrere Angehörige an derselben Krankheit, in dem anderen ging es um einen Patienten mit einem sehr langwierigen Krankheitsprozess, in dessen Verlauf die Krankheit immer ernster wurde.

Die erste Beurteilung ist am ausführlichsten ausformuliert. Sie zeigt beispielhaft, dass die Kommissionen die Einhaltung aller Sorgfaltskriterien prüfen. Die anderen Beurteilungen in diesem Bericht sind weniger ausführlich, hier liegt der Fokus vor allem auf dem Leiden der Patienten.

KRFBS

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Beurteilungsschreiben, kurzer Krankheitsverlauf, Ablehnung einer Behandlung, Zusammenfassung unter Nummer 2019-131

Bei einem Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde drei Monate vor seinem Tod Bauchspeicheldrüsenkrebs diagnostiziert, der bereits in mehreren Organen Metastasen gebildet hatte. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Der Patient hatte bereits mehrfach das Leiden von ihm nahestehenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase miterlebt. Aufgrund dieser Erfahrungen war ihm schon lange vor seinem eigenen Krankheitsverlauf klar, dass er nicht so wie sie leiden wollte und dass er selbstbestimmt handeln wollte. Er wollte bei den täglichen Verrichtungen wie Aufstehen, Körperpflege und Essen nicht von anderen abhängig sein.

Zum Zeitpunkt der Diagnose fühlte sich der Patient noch relativ gut, weshalb er nach reiflicher Überlegung von einer Chemotherapie absah. Seiner Meinung nach wog der voraussichtliche Gewinn an Lebenszeit den Verlust an Lebensqualität infolge der Behandlung nicht auf. In den letzten Wochen vor seinem Tod verschlechterte sich sein Zustand drastisch. Er konnte nichts mehr essen und nur noch spärlich trinken. Nach der Flüssigkeitsaufnahme wurde ihm sofort übel. Der Patient wurde immer schwächer und letztlich fast bettlägerig. Den Verlust seiner Würde und Selbständigkeit beschrieb er mit den Worten, dies sei »kein Leben mehr«. Es entsprach nicht seinem Naturell, im Bett zu liegen und darauf zu warten, dass Komplikationen auftreten (hoher Darmverschluss) oder die Krankheit seinen Körper völlig auszehren würde.

Der Patient litt unter seiner fortschreitenden Abhängigkeit. Er war es gewohnt, selbstbestimmt durchs Leben zu gehen, und er merkte, dass dies immer schwieriger wurde. Er wollte den weiteren Verlauf seiner Krankheit nicht abwarten, sondern wünschte sich ein würdiges Lebensende. Er empfand sein Leiden als unerträglich.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging darüber hinaus hervor, dass der Arzt und die Fachärzte den Patienten hinreichend über seine Lage und die Prognose informiert hatten.

Kurz nach seiner Diagnose hatte der Patient mit seinem Arzt über seinen Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen; an diesem Wunsch hielt er in den nachfolgenden Gesprächen fest. Da er mehrere tödliche Krankheitsverläufe in seinem Umfeld miterlebt hatte, wusste er genau, welche Art des Sterbens er als menschenunwürdig empfand und welche andere Option es gab. Dies hatte in ihm den Wunsch nach Sterbehilfe reifen lassen. Er hatte darüber auch mit seiner Partnerin und seinen (Enkel-)Kindern gesprochen und alle hatten seine Entscheidung akzeptiert. Sechs Tage vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung nunmehr durchzuführen. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Als Konsiliararzt zog er einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser kam zu dem Schluss, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt führte die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

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

KREBS

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Beurteilungsschreiben, langjähriger Krankheitsprozess mit zahlreichen Behandlungen, Konsiliararzt erklärte zunächst, dass die Sorgfaltskriterien noch nicht erfüllt waren, Zusammenfassung unter Nummer 2019-129

Bei einer Patientin im Alter zwischen 30 und 40 Jahren wurde vier Jahre vor ihrem Tod Brustkrebs festgestellt. Trotz operativer Eingriffe, umfangreicher Chemotherapie und Bestrahlung wurden zwei Jahre vor ihrem Tod Metastasen im Gehirn und in der Lunge gefunden. Die Patientin unterzog sich mehreren palliativen Operationen, bei denen Metastasen im Gehirn entfernt wurden. Als jedoch klar wurde, dass demnächst ein weiterer Eingriff notwendig werden würde, sah sie von dieser Operationen ab. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand aus funktioneller Blindheit, die durch die Metastasen im Gehirn verursacht wurde. Ihre Augen nahmen noch Reize auf, die das Gehirn jedoch nicht mehr verarbeiten konnte. Sie lief gegen Türen und konnte beim Essen nicht mehr mit Besteck umgehen, weshalb sie von anderen abhängig war. Dieser Tatsache war sich die Patientin schmerzlich bewusst. Zudem verließen sie die Kräfte und sie war extrem müde. Nach dem Auftreten einer halbseitigen Lähmung empfand sie keinerlei Lebensqualität mehr. Bereits in der Vergangenheit hatte die Patientin – nach einer ähnlichen Episode infolge einer Gehirnoperation – erklärt, dass für sie unerträgliches Leiden bedeute, einem solchen Zustand ausgesetzt zu sein. Sie war sich der Tatsache bewusst, dass es keine Aussicht auf eine Verbesserung ihrer Lage gab und dass sich ihr Zustand nur weiter verschlechtern würde.

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

Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Sie wollte gern den Zeitpunkt, ab dem die Situation für sie unerträglich ist, selbst bestimmen. Wenn es so weit sei, wollte sie um Sterbehilfe bitten, damit ihr ein Leidensweg erspart bliebe, den sie bei einem Elternteil mitansehen musste. Ihre Angehörigen kannten ihre Haltung und unterstützten sie. An ihrer Willensfähigkeit bestanden keine Zweifel. Einen Tag vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt darum, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen. Seiner Ansicht nach war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Der behandelnde Arzt zog als Konsiliararzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Patientin neun Tage vor der Lebensbeendigung und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien noch nicht erfüllt waren, da die Patientin zu diesem Zeitpunkt noch keine konkrete Bitte um Sterbehilfe geäußert hatte. Einen Tag vor dem Tod der Patientin nahm der Arzt telefonisch Kontakt zum Konsiliararzt auf und teilte ihm mit, dass die Patientin nun konkret um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten hatte. Daraufhin erklärte der Konsiliararzt in einer Ergänzung zu seinem vorherigen Bericht, dass damit die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS (CHOREA HUNTINGTON)

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Erfahrung mit der Krankheit, nachdem Angehörige daran verstorben waren, veröffentlicht unter der Nummer 2019-123

Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren hatte etwa 10 Jahre vor ihrem Tod die Diagnose Chorea Huntington erhalten. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Die Patientin bewegte sich oft unkontrolliert und war ständig müde. Außerdem litt sie unter Unruhe und permanenter Angst. Sie fürchtete sich davor, dement und inkontinent zu werden, und vor dem Verlust der Fähigkeit zu kommunizieren, wenn sie erst einmal dement wäre.

Sie litt unter dem Verlust ihrer Unabhängigkeit, der Aussicht, ins Pflegeheim zu müssen, und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation. Sie war sich über den Verlauf der Krankheit im Klaren, da verschiedene (bereits verstorbene) Angehörige an derselben Krankheit gelitten hatten. Sie wollte den damit einhergehenden körperlichen Verfall nicht selbst durchmachen müssen. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich.

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

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS (MULTIPLE SKLEROSE)

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, fortschreitende Erkrankung, sehr langwieriger Krankheitsverlauf, veröffentlicht unter Nummer 2019-124

Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt bereits seit Jahrzehnten an Multipler Sklerose, einer Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Krankheit schritt langsam fort, eine Heilung war nicht möglich. Die Behandlung war lediglich palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand aus dem Verlust von Körperfunktionen. Sie konnte ihren Elektrorollstuhl kaum noch bedienen und verließ das Haus so gut wie gar nicht mehr. Außerdem lag eine eingeschränkte Anstrengungstoleranz (Möglichkeiten zur Verrichtung von Handlungen) vor, und ihre Sprechfähigkeit war vermindert. Selbständiges Essen war nicht mehr möglich. Die Patientin litt unter ihrer Abhängigkeit und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation. Sie hatte nicht mehr genug Kraft, dieses Leiden noch länger zu ertragen, und wollte in Würde sterben. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich.

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

40

LUNGENERKRANKUNG

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Beurteilungsschreiben, Ablehnung einer Behandlung, Zusammenfassung unter Nummer 2019-128

Bei einer Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde neun Jahre vor ihrem Tod die schwere Lungenkrankheit COPD festgestellt. Zwei Jahre vor ihrem Tod befand sie sich im Endstadium der Krankheit (GOLD IV). Die Verabreichung von Sauerstoff verschaffte ihr keine Linderung. Auch der Einsatz starker Schmerzmedikamente milderte ihre Beschwerden nur unzureichend. Nach einem Krankenhausaufenthalt wurde die Patientin rund um die Uhr versorgt, was zunächst zu einer Verbesserung ihres Zustands führte. Letztlich lehnte sie diese Versorgung jedoch ab, da diese ihr Leiden nur verlängern würde. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden der Patientin bestand aus extremer Müdigkeit und Atemnot. Sie kämpfte mit schrecklichen Hustenanfällen, die von Erstickungsangst begleitet wurden. Jede Handlung kostete sie Energie, die sie nicht mehr hatte. Die Patientin war zu nichts mehr in der Lage, obwohl sie immer alles selbst machen wollte. Sie litt unter ihrer zunehmenden Abhängigkeit und dem Wissen, dass sich ihre Situation nur noch weiter verschlechtern würde. Das wollte sie nicht mehr miterleben müssen. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich.

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

41

HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEIT

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Beurteilungsschreiben, Zusammenfassung unter Nummer 2019-130

Ein Patient im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt bereits seit vielen Jahren an einer Herzmuskelerkrankung, die eine Beeinträchtigung der Blutzirkulation verursacht (ischämische Kardiomyopathie). Die endgültige Diagnose lautete terminale Herzinsuffizienz. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden des Patienten umfasste Schmerzen in der Brust, schwere Kurzatmigkeit und enorme Müdigkeit nach geringer Anstrengung sowie einen schlechten Allgemeinzustand. Er konnte nicht mehr selbständig zur Toilette gehen und sogar im Bett verursachten Bewegungen zusätzliche Atemnot. Er trank nur noch schluckweise Wasser, essen konnte er überhaupt nicht mehr. Die Verabreichung von Sauerstoff verschaffte keine Linderung mehr, Morphin half nur noch bedingt. Er litt darunter, dass er sein Hobby, mit dem er zahlreiche Preise gewonnen hatte, nicht mehr ausüben konnte. Er empfand sein Leiden als unerträglich.

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

MEHRFACHERKRANKUNGEN

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, veröffentlicht unter Nummer 2019-122

Ein Patient im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt bereits seit längerer Zeit an Prostatakrebs, Mastdarmkrebs, Vorhofflimmern (einer Herzrhythmusstörung), plötzlichem Hörverlust und idiopathischer axonaler sensomotorischer Polyneuropathie (einer neurologischen Erkrankung, die zu einer Verringerung oder Veränderung der Sensorik und zur Verminderung oder zum Verlust der Muskelfunktion führt). Eine Heilung all dieser Erkrankungen war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Das Leiden des Patienten bestand aus dem Verlust seiner Mobilität und seines Gehörs sowie aus Kurzatmigkeit und Inkontinenz. Er konnte nur noch wenige Schritte gehen und hatte permanent Angst zu stürzen. Aufgrund seiner eingeschränkten Fortbewegungsfähigkeit erreichte er regelmäßig die Toilette nicht mehr rechtzeitig. Diese Situation empfand er als menschenunwürdig. Infolge seiner vielfältigen Erkrankungen war der Patient, der ein aktives Leben geführt hatte, zu fast nichts mehr in der Lage. Er litt unter seiner fortschreitenden Pflegebedürftigkeit. Außerdem hatte er Angst davor, bettlägerig zu werden. Der Patient wusste, dass sich sein Zustand nicht verbessern würde, und er wollte den weiteren körperlichen Verfall nicht durchleben müssen. Für ihn war sein Leiden unerträglich.

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

2.2. Fünf nach den Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle

Nachstehend werden fünf Fälle beschrieben, in denen die folgenden fünf Sorgfaltskriterien behandelt werden: die Überzeugung des Arztes, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat (a), dass der Patient unerträglich leidet und keine Aussicht auf Besserung besteht (b), dass es keine annehmbare andere Lösung gibt (d) sowie die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes (e) und die medizinisch fachgerechte Durchführung der Lebensbeendigung (f).

Auch diese Meldungen waren als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft worden; den meldenden Ärzten ist eine ausformulierte Beurteilung 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. Nach dem Gesetz muss das Ersuchen nicht schriftlich abgefasst sein. Ein mündliches Ersuchen reicht aus, der Patient muss die Bitte um Sterbehilfe jedoch selbst äußern. Die meisten Patienten sind bis zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe noch in der Lage, ein normales (mündliches) Gespräch zu führen. Es kommt aber auch vor, dass die Sprachfähigkeit eines Patienten aufgrund seiner Krankheit stark abnimmt oder beeinträchtigt ist. Manchmal ist ein Patient dann noch in der Lage, sein Ersuchen um Sterbehilfe auf andere Weise zu äußern, etwa durch Handzeichen, Nicken, Händedruck als Reaktion auf geschlossene Fragen des Arztes oder mit Hilfe eines Sprachcomputers (SterbehilfeKodex 2018, S. 18). Die erste der nachstehenden Fallbeschreibungen betrifft eine solche Situation.

Im zweiten Fall geht es um einen Demenzpatienten. Bei Demenzpatienten muss mit besonderer Sorgfalt geprüft werden, ob alle gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Dies betrifft insbesondere die Kriterien hinsichtlich der Willensfähigkeit und des unerträglichen Leidens. Im Anfangsstadium der Demenz hat der Patient in der Regel noch ausreichend Einblick in seine Krankheit und er ist in Bezug auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig. (SterbehilfeKodex 2018, S. 47).

44

FALLBESCHREIBUNG: FREIWILLIG UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE (SPRACHSTÖRUNG)

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Bitte um Sterbehilfe, Aphasie, Stiftung Lebensende-Klinik, veröffentlicht unter Nummer 2019-04

Ein Patient im Alter zwischen 60 und 70 Jahren erlitt neun Monate vor seinem Tod einen Schlaganfall mit schwerwiegenden Folgen. Er unterzog sich einer intensiven Reha-Maßnahme, behielt jedoch eine einseitige Lähmung (Hemiparese) und eine schwere Sprachstörung (Aphasie) zurück. Im Anschluss an die Reha-Maßnahme wurde der Patient in ein Pflegeheim aufgenommen. Sein Zustand verschlechterte sich zunehmend. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Das Leiden des Patienten bestand aus schwerwiegenden und bleibenden körperlichen Einschränkungen infolge des Schlaganfalls. Er musste rund um die Uhr betreut werden und war komplett auf seinen Rollstuhl angewiesen. Er litt unter Schmerzen im Arm, in der Hand und im Bein. Er konnte sich verbal kaum noch mitteilen und fühlte sich in seinem Körper gefangen. Der Patient litt unter dem Verlust von Lebensqualität, und er wusste, dass sich sein Zustand nicht mehr verbessern, sondern nur noch weiter verschlechtern würde. Diesen weiteren körperlichen Verfall wollte er nicht durchleben müssen. Er empfand sein Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass der Patient unerträglich litt und dass sein Zustand aussichtslos war.

Der Patient hatte in der Vergangenheit bereits mit seinem Hausarzt und seinem behandelnden Geriater über Sterbehilfe gesprochen. Der Hausarzt konnte den Sterbewunsch des Patienten nachvollziehen, der Fall war für ihn jedoch zu komplex, um selbst Sterbehilfe leisten zu können. Auch der behandelnde Geriater wollte selbst nicht Sterbehilfe leisten, weshalb sich der Patient mit der Hilfe eines Angehörigen ungefähr einen Monat vor seinem Tod an die Stiftung Lebensende-Klinik wandte. Der Leidensdruck des Patienten war so hoch, dass ein schnelles Vorgehen erforderlich war.

Der Arzt besuchte den Patienten dreimal. Aufgrund seiner Sprachstörung konnte der Patient lediglich einen Ton äußern; auf diese Weise reagierte er verbal auf die Fragen des Arztes. Auch nonverbal konnte er die Fragen des Arztes beantworten, etwa indem er eine Faust ballte, die Hand des Arztes drückte, nickte oder den Kopf schüttelte. Außerdem wurde er während der Gespräche von seiner Frau unterstützt.

Das erste Gespräch fand anderthalb Wochen vor dem Tod des Patienten statt. Schon darin bat der Patient den Arzt konkret um die Durchführung der Sterbehilfe. Er wiederholte diese Bitte in den beiden darauffolgenden Gesprächen gegenüber dem Arzt. Der Arzt zweifelte nicht an der Willensfähigkeit des Mannes. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen (eine psychologische Untersuchung hatte ergeben, dass der Patient nicht an einer Depression litt).

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu. Diese besuchte den Patienten fünf Tage vor der Lebensbeendigung. Obwohl der Patient nicht sprechen konnte, konnte er sich der Konsiliarärztin gegenüber mittels Gesten gut ausdrücken. Die Konsiliarärztin stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als vollständig willensfähig ein. In ihrem Bericht kam sie auch aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission vertrat die Auffassung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient sein Ersuchen um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Sie kam zu dem Schluss, dass der Patient sein Ersuchen zwar nicht verbal, wohl aber auf andere Art und Weise ausdrücken konnte. Für den Arzt und die Konsiliarärztin war es aufgrund der Äußerungen und des Verhaltens des Patienten hinreichend glaubhaft, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Sachverhalte und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien hatte der Arzt nach Ansicht der Kommission erfüllt.

FALLBESCHREIBUNG: FREIWILLIG UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE (ANFANGSSTADIUM DEMENZ)

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Bitte um Sterbehilfe, Demenz, Zweifel an der Willensfähigkeit, Stiftung Lebensende-Klinik, veröffentlicht unter Nummer 2019-90

Ein Patient im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt bereits seit langer Zeit an verschiedenen Erkrankungen, darunter schlechtes Sehvermögen, Diabetes mellitus, Osteoporose, Arthrose und völlige Inkontinenz. Etwa zwei Jahre vor seinem Tod erhielt er die Diagnose Alzheimer-Krankheit. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit wurde der Patient ungefähr neun Monate vor seinem Tod in einem Pflegeheim untergebracht.

Das Leiden des Patienten bestand aus der Verschlechterung seines Allgemeinzustands, zunehmender Schwäche, Kräfteverlust, Gleichgewichtsproblemen und Inkontinenz. Er konnte weder stehen noch gehen und musste mit einem Patientenlifter aus dem Bett und wieder zurück bewegt werden. Er konnte nichts mehr unternehmen, was ihn zutiefst unglücklich machte. Wenngleich er vom Verstand her wusste, dass er wegen seiner Pflegebedürftigkeit von seiner Frau getrennt leben musste, bereitete ihm auch das großen Kummer. Er hatte immer ein ausgesprochen aktives Leben geführt. Der Patient litt an chronischen Schmerzen im ganzen Körper und daran, dass er zu nichts mehr in der Lage war, seiner völligen Abhängigkeit von Dritten sowie der Aussichtslosigkeit seiner Situation. Außerdem quälte ihn der Umstand, dass er hin und wieder den Überblick verlor und Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen hatte. Der Kern seines Leidens bestand jedoch aus der zunehmenden Verschlechterung seines körperlichen Zustands und dem Verlust seiner Selbständigkeit. Er empfand sein Leiden als unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Der Patient hatte in der Vergangenheit bereits mit seinem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. Da dieser die Situation des Patienten als zu komplex empfand, überwies er ihn an die Stiftung Lebensende-Klinik. Gut zwei Monate vor seinem Tod bat der Patient die Ärztin, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Diese Bitte wiederholte er in den vier darauffolgenden Gesprächen. Der Ärztin zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Sie bat die behandelnde Psychiaterin des Patienten um eine fachliche Einschätzung. Diese kam zu dem Schluss, dass die von der Demenz verursachten kognitiven Störungen so weit fortgeschritten waren, dass der Patient im Hinblick auf sein Ersuchen als nicht willensfähig angesehen werden musste, ohne dies aber weiter zu begründen. Die Ärztin, eine Fachärztin für Geriatrie, teilte diese Einschätzung nicht. Sie bat den von ihr hinzugezogenen Konsiliararzt, ebenfalls ein Geriater, bei seiner Untersuchung besonderes Augenmerk auf die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Ersuchens zu lenken. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten etwa zwei Monate vor der Lebensbeendigung. Er war der Ansicht, dass dieser gut in der Lage war, die Konsequenzen seiner Entscheidung für Sterbehilfe zu überblicken und seine Abwägungen, die zu dieser Entscheidung geführt hatten, in Worte zu fassen. Der Konsiliararzt stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein, empfahl der Ärztin aber dennoch, die Willensfähigkeit zusätzlich von einem unabhängigen Psychiater prüfen zu lassen. Dabei bezog er sich auf die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin.

Der unabhängige Psychiater kam nach einer Untersuchung seinerseits zu dem Schluss, dass keine Depression vorlag. Bezüglich der Willensfähigkeit des Patienten im Hinblick auf sein Ersuchen schloss er sich den Ergebnissen und Schlussfolgerungen des Konsiliararztes und der Ärztin an. Seiner Meinung nach war der Patient trotz seiner Alzheimer-Krankheit in der Lage, seine Ansicht und seine Abwägungen in Bezug auf seinen Sterbewunsch zum Ausdruck zu bringen. Er stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein.

Nach Auffassung der Kommission muss der Arzt im Falle eines Patienten im Anfangsstadium der Demenz mit besonderer Sorgfalt prüfen, ob die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt sind; dies gilt insbesondere für das Kriterium der Freiwilligkeit und reiflichen Überlegung des Ersuchens und des unerträglichen Leidens des Patienten.

Auf der Grundlage aller von der Ärztin eingereichten Informationen kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin diese besondere Sorgfalt an den Tag gelegt hat. Bei dem betreffenden Patienten im Anfangsstadium der Demenz zweifelte sie, selbst eine Geriaterin, nicht an dessen Willensfähigkeit. Nachdem die behandelnde Psychiaterin den Patienten im Hinblick auf sein Ersuchen als nicht willensfähig eingestuft hatte, überdachte die Ärztin die geplante Sterbehilfe und ihre eigene Überzeugung. Sie bat den Konsiliararzt, dem Aspekt der Willensfähigkeit des Patienten besonderes Augenmerk zu widmen, und konsultierte in dieser Frage zusätzlich einen unabhängigen Facharzt. Beide Spezialisten schätzten den Patienten mit Blick auf sein Ersuchen als willensfähig ein.

Mit diesem Vorgehen hat die Ärztin die gebotene besondere Sorgfalt bewiesen.

Bei ihrer Beurteilung berücksichtigt die Kommission die Tatsache, dass die Ärztin einen gewissen Beurteilungsspielraum hatte. Die behandelnde Psychiaterin hatte ihre Einschätzung, dass der Patient als nicht willensfähig einzustufen sei, nicht begründet. Die meldende Ärztin, der hinzugezogene SCEN-Arzt und der unabhängige Psychiater kamen zu dem Schluss, dass der Patient willensfähig war, und stützten diese Einschätzung mit Argumenten und Beobachtungen. Vor diesem Hintergrund ist die Kommission der Ansicht, dass die Ärztin im Rahmen des ihr zustehenden Beurteilungsspielraums zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND; KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangen, dass das Leiden des Patienten unerträglich ist und dass es für ihn keine Aussicht auf Besserung gibt. »Leiden« ist ein relativ weit gefasster Begriff. Leiden kann die Folge von Schmerzen und Atemnot, extremer Erschöpfung und Müdigkeit sein, es kann aber auch aus einer zunehmenden Abhängigkeit von anderen erwachsen oder aus dem körperlichen und geistigen Verfall, der Aussichtslosigkeit des eigenen Zustands oder dem Verlust der eigenen Würde. (SterbehilfeKodex 2018, S. 21).

Die Unerträglichkeit des Leidens lässt sich manchmal schwer feststellen, da jeder Mensch Leiden sehr individuell empfindet. Was für den einen Patienten noch erträglich sein kann, ist für den anderen bereits unerträglich. Ausschlaggebend ist das Empfinden des jeweiligen Patienten im Kontext seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte, seiner Persönlichkeit, seines Wertesystems sowie seiner physischen und psychischen Belastbarkeit. Für den Arzt muss auch angesichts der Vorgeschichte nachvollziehbar und verständlich sein, dass das Leiden für diesen speziellen Patienten unerträglich ist. Der Arzt muss sich also nicht nur in die Situation hineinversetzen, sondern sich die individuelle Perspektive des Patienten vergegenwärtigen (SterbehilfeKodex 2018, S. 24).

Der Arzt muss gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der dieser Patient sich befindet, keine annehmbare andere Lösung gibt. Dieses Sorgfaltskriterium, das im Zusammenhang mit der Aussichtslosigkeit des Zustands zu betrachten ist, ergibt sich aus der Tragweite und Unumkehrbarkeit der Sterbehilfe. Falls es weniger einschneidende Möglichkeiten gibt, einen Patienten von unerträglichem Leiden zu befreien oder dieses wesentlich zu lindern, sind diese zu bevorzugen. Dieses Sorgfaltskriterium bezieht sich auf eine Überzeugung, zu der Arzt und Patient gemeinsam gelangt sein müssen. Das Empfinden und die Wünsche des Patienten spielen dabei eine wichtige Rolle. Eine Alternative zur Sterbehilfe gibt es dann, wenn ein reeller und für den Patienten annehmbarer Weg existiert, ihn von seinem Leiden zu befreien oder das Leiden zu lindern. Eine einschneidende oder langwierige Intervention, bei der eine beschränkte Wahrscheinlichkeit besteht, ein positives Resultat zu erzielen, stellt im Allgemeinen keine annehmbare Alternative dar. Ein medizinischer Eingriff oder eine Behandlung, der bzw. die das Leiden für einen längeren Zeitraum substanziell lindern oder den Patienten davon befreien kann, gilt in der Regel als eine annehmbare Alternative (SterbehilfeKodex 2018, S. 27).

FALLBESCHREIBUNG: UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND SOWIE FEHLEN EINER ANNEHMBAREN ANDEREN I ÖSUNG

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, unerträgliches Leiden, Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung, Stiftung Lebensende-Klinik, veröffentlicht unter Nummer 2019-125

Ein Patient im Alter zwischen 50 und 60 Jahren litt an einer angeborenen Erkrankung der Regenbogenhaut (Aniridie); infolge dieser Erkrankung erblindete er allmählich. Eine Heilung war nicht möglich. Die medizinische Vorgeschichte des Patienten umfasste außerdem Diabetes mellitus, Tinnitus und rezidivierende Nierensteine, die regelmäßig heftige Schmerzen verursachten.

Das Leiden des Mannes bestand aus seinem immer schlechter werdenden Sehvermögen und seiner schwindenden Eigenständigkeit. Er litt unter dem Wissen, dass er irgendwann völlig blind und damit von Dritten und Hilfsmitteln abhängig sein würde. Das wollte er keinesfalls. Auf Anraten des Arztes hatte der Patient versucht, den Umgang mit Hilfsmitteln für Sehbehinderte zu erlernen. Er war jedoch zu dem Schluss gekommen, dass dies absolut nicht seiner Persönlichkeit entsprach. Der Arzt konnte das nachvollziehen. Auch der Gedanke, dass er seinen bislang eher exzessiven Lebensstil an seine Behinderung würde anpassen müssen, war für den Patienten unerträglich. Die Vorstellung, dass sein soziales Umfeld ihn bemitleiden würde, machte ihm enorm zu schaffen. Aus diesem Grund hatte er sein soziales Leben und Besuche von oder bei Freunden bereits seit längerem eingeschränkt. Kurz vor seinem Tod erblindete der Patient nach Einschätzung seines Augenarztes fast vollständig.

Er empfand sein Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Sechs Wochen vor seinem Tod wurde der Patient auf Empfehlung der vom Arzt hinzugezogenen ersten Konsiliarärztin von einer unabhängigen Psychiaterin untersucht. Diese sollte untersuchen, ob eine psychiatrische Störung die Ursache dafür war, dass der Patient seine Behinderung so schwer akzeptieren konnte. Die Psychiaterin beschrieb den Mann als joviale Persönlichkeit, die schnell zur Sache komme und in den Kategorien »alles oder nichts« denke. Eine psychiatrische Störung lag ihrer Ansicht nach nicht vor.

Der behandelnde Arzt zog eine unabhängige SCEN-Ärztin als erste Konsiliarärztin hinzu, die den Patienten etwa vier Monate vor der Lebensbeendigung besuchte. In ihrem Bericht kam die Konsiliarärztin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Sie empfahl dem Arzt, den Patienten psychiatrisch untersuchen zu lassen, was zu dem vorstehend beschriebenen Ergebnis führte. Nach der Untersuchung des Patienten durch die Psychiaterin zog der behandelnde Arzt einen zweiten Konsiliararzt hinzu, der ebenfalls SCEN-Arzt und zugleich Psychiater war. Dieser kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Er erklärte nachdrücklich, dass dieses Leiden für diesen Patienten unerträglich war.

Die Kommission widmete dem Kriterium, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient unerträglich leidet, besonderes Augenmerk. Gleiches gilt für die Frage, ob der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung kommen konnte, dass es, insbesondere im Kontext seiner Erkrankung, keine annehmbaren anderen Lösungen gab.

Dabei kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt seine Überzeugung, dass die Blindheit für diesen individuellen Patienten ein unerträglicher Zustand war, hinreichend begründet hat. In dieser Überzeugung wurde er durch die Beurteilung der unabhängigen Psychiaterin bestärkt. Auch der zweite Konsiliararzt bestätigte dies. Die klare Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten durch den Arzt ließ keinen anderen Schluss für die Kommission zu.

Hinsichtlich des Kriteriums, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung kommen muss, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt, ist die Kommission ebenfalls der Ansicht, dass der Arzt zu dieser Überzeugung gelangen konnte. Der Arzt hatte den Patienten dazu bewegt, sich mit einer Einrichtung für die Begleitung von Sehbehinderten in Verbindung zu setzen und sich dort beraten zu lassen. Der Arzt konnte gemeinsam mit dem Patienten, auch dies wiederum im Kontext von dessen Persönlichkeit, zu der Überzeugung gelangen, dass die zur Verfügung gestellten Hilfsmittel nicht zu dem Patienten passten, weil sie seiner unabhängigen Lebensweise nicht entsprachen.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

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

Das Gesetz schreibt vor, dass der Konsiliararzt den Patienten sehen muss. Den Patienten zu »sehen« bedeutet in der Regel, den Patienten zu besuchen. Befindet sich der Patient auf der Insel Bonaire, St. Eustatius oder Saba, kann dies zu praktischen Problemen führen. Ersatzweise können Konsiliararzt und Patient dann beispielsweise online über das Internet per Videoanruf miteinander kommunizieren (SterbehilfeKodex 2018, S. 33). Eine solche Situation hat es in diesem Berichtsjahr gegeben.

FALLBESCHREIBUNG: HINZUZIEHUNG EINES KONSILIARARZTES (BONAIRE, ST. EUSTATIUS, SABA)

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, der Konsiliararzt muss den Patienten sehen, sog. BES-Insel, veröffentlicht unter Nummer 2019-66

Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren erhielt etwa sechs Wochen vor ihrem Tod die Diagnose einer neurodegenerativen Erkrankung, bei der im Laufe der Jahre die Nervenzellen des zentralen Nervensystems absterben. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Das Leiden der Patientin bestand im Verlust der Kontrolle über ihr Leben. Sie wurde in kürzester Zeit vollständig pflegebedürftig und hatte zunehmend Probleme mit der Kommunikation. Ihr ganzer Körper wurde immer schwächer. Sie litt unter dem Fehlen einer Perspektive auf eine Verbesserung ihrer Situation und dem Wissen, dass sich ihr Zustand nur weiter verschlechtern würde. Die Dinge, die ihrem Leben Sinn gaben, konnte sie nicht mehr tun. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.

Als Konsiliararzt zog der Arzt eine unabhängige SCEN-Ärztin aus den Niederlanden hinzu, die sich per Videoanruf mit der Patientin in Verbindung setzte. In seinem Bericht erläuterte der Arzt seine Entscheidung, einen Konsiliararzt bzw. eine Konsiliarärztin aus den

Niederlanden hinzuzuziehen. Auf den Inseln Bonaire, St. Eustatius und Saba (den sogenannten BES-Inseln) gibt es nur wenige Hausärzte, und diese kennen sich gut. Daher kann der Anschein von Abhängigkeit nicht vermieden werden. Der Arzt empfand den Aspekt der Unabhängigkeit zwischen ihm und der Konsiliarärztin und die Tatsache, dass die Patientin nur auf diesem Wege von einem SCEN-Arzt beurteilt werden konnte, als wichtiger als einen Besuch der Konsiliarärztin bei der Patientin vor Ort.

In ihrem Bericht kam die Konsiliarärztin auch aufgrund des Videogesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Mit Blick auf die ungewöhnliche Art und Weise der Konsultation berücksichtigt die Kommission, dass es auf den BES-Inseln schwierig sein kann, einen unabhängigen Arzt, der außerdem SCEN-Arzt ist, hinzuzuziehen, und den Anschein von Abhängigkeit zu vermeiden. Der Arzt hat seine Entscheidung, eine Ärztin aus den Niederlanden zu konsultieren, hinreichend begründet. Diesbezüglich verweist die Kommission auf den SterbehilfeKodex 2018, in dem ausdrücklich die Option eines Videoanrufs zwischen Konsiliararzt und Patient als Alternative zu einem Besuch beim Patienten vor Ort niedergelegt ist. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes erfüllt hat; die in diesem Fall hinzugezogene Konsiliarärztin hat die Patientin per Videoanruf gesehen und gesprochen.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

DURCHFÜHRUNG

Ein Arzt muss die Sterbehilfe medizinisch fachgerecht durchführen. Dabei geht es unter anderem um die zu verwendenden Mittel, deren Dosierung sowie um die Kontrolle der Tiefe des herbeigeführten Komas. Bei der Beurteilung der Einhaltung dieses Sorgfaltskriteriums legen die Kommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung aus dem Jahr 2012 zugrunde (SterbehilfeKodex 2018, S. 36). Die KNMG und die KNMP überarbeiten diese Richtlinie derzeit, die neue Fassung wird voraussichtlich im Laufe des Jahres 2020 veröffentlicht werden.

Die Verantwortung für die medizinisch fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe trägt der Arzt, sein Handeln wird von den Kommissionen beurteilt. Aber auch der Apotheker trägt Verantwortung, sofern er die Spritzen oder Lösungen vorbereitet, zusammenstellt und etikettiert. Der Arzt muss kontrollieren, ob er tatsächlich die richtigen Mittel in der richtigen Dosierung erhalten hat (SterbehilfeKodex 2018, S. 38).

FALLBESCHREIBUNG: MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, schlecht laufende Infusion, Haltbarkeitsdatum des Reservesets abgelaufen, veröffentlicht unter Nummer 2019-64

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde ein halbes Jahr vor ihrem Tod Lungen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs diagnostiziert. Einige Monate später wurden Metastasen in ihrer Leber festgestellt. Ihr Zustand verschlechterte sich in den letzten Wochen vor ihrem Tod rapide. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur. Die Patientin hatte in der Vergangenheit mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. Dieser war vorübergehend nicht im Dienst; die meldende Ärztin fungierte als seine Stellvertreterin.

Die Ärztin begann die Sterbehilfe mit der intravenösen Verabreichung von 2000 mg Thiopental (ein komaauslösendes Mittel). Nachdem etwa 1300 mg verabreicht waren, stellte die Ärztin fest, dass der Zugang nicht mehr korrekt saß. Daraufhin brach sie den Vorgang ab und nahm Kontakt mit dem Konsiliararzt auf, der ihr empfahl, noch einmal von vorn zu beginnen.

Die Ärztin ließ von einem Spezialistenteam einen neuen Zugang legen. Als sie die Mittel aus dem Reserveset vorbereiten wollte, stellte sie fest, dass das Haltbarkeitsdatum des komaauslösenden Mittels bereits abgelaufen war. Sie setzte sich mit dem Apotheker in Verbindung, der neue Ampullen vorbeibrachte. Anschließend führte die Ärztin die Lebensbeendigung auf Verlangen durch.

Die Kommission stellt fest, dass es bei der Durchführung der Sterbehilfe Komplikationen gab. Nach Auffassung der Kommission hat die Ärztin die Lebensbeendigung unter den gegebenen Umständen medizinisch fachgerecht durchgeführt. Dabei berücksichtigt die Kommission, dass die Ärztin einen neuen Zugang legen ließ, nachdem sie festgestellt hatte, dass der erste Zugang nicht mehr korrekt saß. Nachdem sie bemerkt hatte, dass das Haltbarkeitsdatum des komaauslösenden Mittels aus dem Reserveset abgelaufen war, ließ sie sich neue Medikamente bringen. Anschließend führte sie die Lebensbeendigung gemäß der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 durch.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

2.3 Fünf Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von Altersbeschwerden

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung dürfen nicht nur bei Patienten in der letzten Lebensphase durchgeführt werden. Auch bei Patienten mit einer längeren Lebenserwartung, etwa Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, kann Sterbehilfe geleistet werden. Allerdings muss in einer derartigen Situation mit besonderer Behutsamkeit vorgegangen werden. So muss zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt ein unabhängiger Psychiater hinzugezogen werden. Dieser soll insbesondere die Willensfähigkeit des Patienten im Hinblick auf den Sterbewunsch, die Unerträglichkeit des Leidens und die Aussichtslosigkeit des Zustands beurteilen sowie die Frage, ob es möglicherweise eine annehmbare andere Lösung gibt.

FALLBESCHREIBUNG: PSYCHIATRIE

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Patient mit psychiatrischen Problemen, veröffentlicht unter Nummer 2019-121

Ein Patient im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt an rezidivierenden Depressionen und einer narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsstörung. (Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung kennzeichnet sich einerseits durch übersteigertes Selbstbewusstsein und die Sucht nach Anerkennung, andererseits durch große Minderwertigkeitskomplexe und Unsicherheit. Jemand mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung hat Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten und auf andere Rücksicht zu nehmen, die Störung kann mit Reizbarkeit, Aggressivität, Impulsivität und Gleichgültigkeit einhergehen.) Darüber hinaus war der Mann Alkoholiker. Im Laufe der Jahre war er sowohl mit Medikamenten als auch psychotherapeutisch behandelt worden. Mehrfach war er in eine Einrichtung eingewiesen worden. Dennoch verschlechterte sich sein Zustand stetig. Seit 2010 wohnte er in einer betreuten Wohnform. 2016 wurde eine mentalisierungsbasierte Therapie begonnen (eine Therapieform, die auf das Erkennen von Handlungen, Gefühlen und Verhalten insbesondere im Umgang mit anderen abzielt). Etwa sechs Monate vor der Lebensbeendigung hatte der Patient diese Therapie abgebrochen, da sie seiner Meinung nach keine hinreichende Veränderung seines Gesundheitszustands bewirkte.

Auf Bitten der Ärztin untersuchte ein unabhängiger Gerontopsychiater, ob es reelle Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten gab. Dieser sprach dreimal mit dem Patienten. Er bestätigte die zuvor gestellten Diagnosen, stellte aber zugleich fest, dass der Mann autistische Züge aufwies (eine Störung, die sich durch Einschränkungen bei der sozialen Interaktion und (non-)verbalen Kommunikation sowie durch ein begrenztes Verhaltensrepertoire mit vielen Wiederholungen und festen Gewohnheiten auszeichnet). Darum war der Gerontopsychiater der Ansicht, dass eine veränderungsorientierte Behandlung der Persönlichkeitsproblematik nicht zu einer Verbesserung, sondern eher zu einer Überforderung des Patienten führen würde. Der Patient war sich seiner Einschränkungen bewusst, erklärte jedoch nachdrücklich, dass er unmotiviert sei und keine Möglichkeiten für eine Veränderung oder Anpassung sehe. Vor diesem Hintergrund stellte der Gerontopsychiater fest, dass es keine reellen Behandlungsmöglichkeiten mehr gab.

Das Leiden des Patienten bestand aus seinem tiefen Misstrauen anderen gegenüber, was es ihm unmöglich machte, sich auf andere Menschen wirklich einzulassen. Oberflächlichen Kontakt konnte er pflegen, sobald er jedoch allein war, wurde er von Zweifeln an der Aufrichtigkeit der anderen Person gequält. Dann fühlte er nur noch eine große Leere. Außerdem machte ihn der Schaden, den er durch sein Verhalten in seinen persönlichen Beziehungen angerichtet hatte, zutiefst unglücklich. Dies führte zu existentieller Einsamkeit, die er nicht abschütteln und nur mit Alkohol ausblenden konnte.

Wenn er getrunken hatte, stieß er Menschen wieder von sich ab, was ihn in seinem Misstrauen und seinem Selbstbild bestätigte. Jedes Mal fiel er in Verhaltensmuster zurück, die ihn von anderen Menschen entfernten. Dies alles machte ihn mutlos, er empfand sein Leiden als unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Der Patient hatte seit August 2018 in etwa 20 Gesprächen mit der Ärztin ausführlich über Sterbehilfe gesprochen. Dabei hatte der Patient die Ärztin jedes Mal konkret um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Er wiederholte seinen Sterbewunsch auch regelmäßig gegenüber anderen behandelnden Akteuren.

Der vorgenannte Gerontopsychiater untersuchte auch die Willensfähigkeit des Mannes. Er stellte fest, dass dieser die Konsequenzen seines Ersuchens gut überblicken konnte. Trotz des schweren Alkoholismus konnte er auf Alkohol verzichten, wenn er ärztliche Termine hatte. Der Gerontopsychiater stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein.

Die Ärztin stellte fest, dass der Patient anhaltend und durchgängig um Sterbehilfe bat, sie hielt ihn für vollständig willensfähig. Der Ärztin zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Als Konsiliararzt zog die Ärztin einen unabhängigen SCEN-Arzt (Psychiater) hinzu. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten etwa sechs Wochen vor der Lebensbeendigung, nachdem er von der Ärztin über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Er stellte fest, dass es keinerlei Perspektive auf eine Verbesserung der psychiatrischen Problematik des Mannes gab. Diese Schlussfolgerung stützte er auf den chronischen Verlauf der Störungen und das Fehlen einer wirksamen Therapie. Auch er stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein.

Die Kommission weist darauf hin, dass der Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen aufgrund eines Leidens, das auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht, mit großer Behutsamkeit vorgehen muss. 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. In einem solchen Fall bedarf es des spezifischen Fachwissens eines unabhängigen Psychiaters oder eines SCEN-Arztes, der zugleich Psychiater ist, wenn der Kontakt mit sowohl einem Psychiater als auch einem Konsiliararzt für den Patienten unzumutbar ist.

Auf der Grundlage aller von der Ärztin eingereichten Informationen kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin im vorliegenden Fall diese besondere Behutsamkeit an den Tag gelegt hat und dass die Ärztin im Einklang mit der für ihre Berufsgruppe geltenden Richtlinie gehandelt hat. Darüber hinaus berücksichtigt die Kommission, dass die Ärztin einen unabhängigen Psychiater konsultiert hat, der zu dem Schluss kam, dass der Patient mit Blick auf sein Ersuchen willensfähig war, dass er unerträglich litt, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten mehr gab.

Der Konsiliararzt bestätigte die Auffassung der Ärztin, dass es nach einem langen Behandlungszeitraum, der nicht zu einer dauerhaften Verbesserung geführt hatte, für den Patienten keine reelle Alternative mehr gab. Somit bestand keine Aussicht auf Besserung des unerträglichen Leidens. Darüber hinaus stimmte er der Auffassung der Ärztin zu, dass der Sterbewunsch des Patienten bereits seit langer Zeit bestand und er seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

DEMENZ

Bei den Fällen, in denen dementen Patienten Sterbehilfe geleistet wurde, ist zwischen Demenz im Anfangsstadium und Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium zu unterscheiden. Im Anfangsstadium hat der Patient in der Regel noch ausreichend Einblick in seine Krankheit, und er ist in Bezug auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig (ein solcher Fall wird in Abschnitt 2.2 beschrieben). Die Durchführung von Sterbehilfe in einem Stadium, in dem die Demenz des Patienten so weit fortgeschritten ist, dass er nicht mehr willensfähig ist und auch nicht mehr (oder nur noch durch einfache Äußerungen oder Gesten) kommunizieren kann, ist dann möglich, wenn der Patient zu einer Zeit, in der er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung erstellt hat. Dabei muss es sich um eine eindeutige Erklärung handeln, die sich ohne jeden Zweifel auf die entstandene Situation bezieht. In derartigen Fällen bitten die Kontrollkommissionen den Arzt grundsätzlich zu sich, um den Fall mündlich zu erläutern (SterbehilfeKodex 2018, S. 47).

Nachstehend werden zwei Meldungen von Sterbehilfe bei einem Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz beschrieben. Beide Patienten hatten in einer Zeit, in der sie noch willensfähig waren, eine schriftliche Patientenverfügung erstellt. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Jahresberichts befasst sich der Hohe Rat, das oberste Verwaltungsgericht der Niederlande, mit den genauen Anforderungen, die erfüllt sein müssen, um auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe leisten zu dürfen. Dabei geht es unter anderem um die Frage, wie klar die Patientenverfügung formuliert sein muss und ob sich der Arzt vor der Durchführung der Sterbehilfe vergewissern muss, ob die Verfügung noch immer dem Wunsch des Patienten entspricht. Zum Zeitpunkt der Beurteilung der nachstehenden Meldungen konnte das Urteil des Hohen Rates somit natürlich noch nicht berücksichtigt werden.

60

FALLBEISPIEL DEMENZ (NICHT WILLENSFÄHIGER PATIENT MIT SCHRIFTLICHER PATIENTENVERFÜGUNG)

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; ausformulierte Beurteilung; Patient mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium; schriftliche Patientenverfügung; bei Sterbehilfe in diesem Stadium muss der Arzt außer dem unabhängigen Konsiliararzt auch einen entsprechend fachkundigen Arzt hinzuziehen; SLK; veröffentlicht unter Nummer 2019-79

Bei einem Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde zwei Jahre vor seinem Tod die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert. Trotz medikamentöser Behandlung verschlechterte sich sein Zustand allmählich. Anfangs wurde er noch zu Hause von seiner Frau gepflegt.

Etwa ein Jahr vor seinem Tod brach sich der Patient bei einem Sturz die Hüfte. Er wurde operiert; danach war er desorientiert und unruhig. Nach einer Rehabilitation kam er wieder nach Hause, wo sich seine psychische Verfassung schnell verschlechterte. Als viereinhalb Monate vor seinem Tod die Situation zu Hause unhaltbar wurde, kam er in ein Pflegeheim.

Ein Jahr vor seinem Tod hatte der Patient einige Male mit dem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. Ein aktueller Sterbewunsch lag zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Während der Gespräche über Sterbehilfe, die nach der Hüftfraktur geführt wurden, hatte der Mann laut Hausarzt keine Krankheitseinsicht mehr und auch keinen aktuellen Sterbewunsch. Der Hausarzt wollte die Sterbehilfe nicht leisten, weil er den Fall für zu komplex hielt. Daraufhin wurde der Patient an die Stiftung Lebensende-Klinik verwiesen.

2012 und 2018 hatte der Mann eine schriftliche Patientenverfügung verfasst. Niemand zweifelte daran, dass er zum Zeitpunkt der Verfassung der beiden Dokumente willensfähig war. Es war dem Arzt aufgefallen, dass die zweite Patientenverfügung unterzeichnet worden war, während der Mann im Krankenhaus lag. Der Arzt setzte sich darum mit dem Notar in Verbindung, bei dem die Verfügung erstellt worden war, um sich zu vergewissern, dass der Patient tatsächlich willensfähig gewesen war. Der Notar bestätigte dies.

In der ersten schriftlichen Patientenverfügung war folgendes Ersuchen niedergelegt:

- »Ich will dass alles, aber auch wirklich alles getan wird, um meinen Sterbewunsch zu erfüllen, wenn (infolge von Demenz/Alzheimer):
- ich nicht mehr kommunizieren kann,
- ich bei Alltagsverrichtungen Hilfe brauche,

- sich mein Charakter oder meine Persönlichkeit verändert,
- ich meine Angehörigen nicht mehr erkenne,
- ich keine Kontrolle mehr über mein Denken und Handeln habe.

 Außerdem bitte ich um Sterbehilfe, wenn bei mir infolge von Demenz/
 Alzheimer ein körperlicher oder geistiger Verfall eintritt, der meinem
 Lebensstil widerspricht, beispielsweise Inkontinenz, renitentes und
 aggressives Verhalten oder Verlust der eigenen Würde. Ich möchte auf
 keinen Fall in ein psychogeriatrisches Pflegeheim aufgenommen
 werden.«

In seiner Vorsorgevollmacht (die ein Jahr vor dem Tod vom Notar errichtet wurde), hieß es zum Sterbehilfewunsch:

»Für den Fall, dass ein Zustand eintritt, in dem ich ohne Aussicht auf Besserung leide und/oder in dem keine realistische Aussicht auf eine Wiederherstellung einer für mich würdigen Lebenssituation besteht und/oder in dem absehbar ist, dass ein fortschreitender körperlicher oder geistiger Verfall eintreten wird, bitte ich meinen Arzt ausdrücklich, mir Mittel zu verabreichen oder zu überlassen, die mein Leben beenden.« Weiter: »Ich habe gut über dieses Sterbehilfeersuchen nachgedacht, habe mich gut darüber informiert und bin bei Unterzeichnung dieser Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.«

Der Arzt besuchte den Patienten zehnmal. Beim vierten Besuch wurde klar, dass die Situation zu Hause nicht länger haltbar war und dass der Mann in ein Pflegeheim aufgenommen werden musste. Dem Arzt zufolge ging die Aufnahme in das Pflegeheim mit einem klaren Abbau einher. Als der Patient dorthin gebracht worden war und sich bewusst wurde, dass er dort bleiben sollte, wurde er wütend. Im Pflegeheim rief er regelmäßig: »Ich will das nicht!«

Drei Wochen nach der Aufnahme besuchte der Arzt den Patienten im Pflegeheim. Dabei konnte er nicht eindeutig feststellen, dass der Mann litt. Die Angehörigen und Pflegekräfte sahen jedoch Anzeichen für das Leiden des Patienten. Er sei unruhig, vor allem abends. Bei einem Besuch am Abend sah der Arzt, dass der Patient sehr aufgebracht war und wütend und traurig wurde, als sich seine Frau verabschiedete. Dieses Muster wiederholte sich der Krankenakte zufolge regelmäßig. Aus Berichten der Pflegekräfte ging außerdem hervor, dass der Patient oft den ganzen Tag lang ziellos umherlief. Dabei stieß er auch gegen Objekte oder lief gegen die Wand. Nachts war er sehr unruhig; er begann dann umherzuirren. Er schlief wenig und reagierte oft wütend und frustriert auf andere Bewohner. Laut Auskunft der Pflegekräfte war er auch oft traurig. Da er nicht mehr gut kommunizieren konnte, gelang es ihm nicht, seine Wünsche zu äußern und er fühlte sich unverstanden. Das machte ihn wütend. Gegen die Unruhe wurden dem Patienten

Medikamente verabreicht, die ihn aber benommen machten und seinen Bewegungsdrang verstärkten. Er stürzte regelmäßig. Nach einigen Monaten im Pflegeheim hatte sich noch immer keine einigermaßen stabile Situation eingestellt. Der Patient konnte nicht mehr kommunizieren, sein Charakter hatte sich verändert, und er hatte keine Kontrolle mehr über sein Denken und Handeln. Außerdem war er inkontinent und bei der täglichen Hygiene auf Hilfe angewiesen. Zwei Monate vor dem Tod des Patienten bat der Arzt den behandelnden Geriater um Auskunft über den Zustand des Mannes und über die Möglichkeiten, das Leiden zu lindern. Dem behandelnden Geriater zufolge war der Patient während seines Aufenthalts im Pflegeheim bei der täglichen Hygiene vollständig hilfebedürftig geworden; die Inkontinenz hatte sich verstärkt. Auch in kognitiver Hinsicht baute der Patient weiter ab.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Zur Beurteilung des Leidens musste er auf nonverbale Äußerungen zurückgreifen, da sich der Patient nicht mehr verbal verständlich machen konnte. Dem Arzt zufolge war der Verfall sichtbar, hörbar und nachvollziehbar. Eine vom Arzt anhand des Schemas von Kimsma durchgeführte Bewertung des Leidens bestärkte ihn in seiner Überzeugung, dass das Leiden für den Patienten unter Berücksichtigung von dessen Lebenslauf und Charakter unerträglich war. Er stellte fest, dass die Situation, in der sich der Mann nun befand, dem entsprach, was dieser in seiner Patientenverfügung als für ihn unerträglich beschrieben hatte. Während des letzten Besuchs, einen Tag vor der Durchführung der Sterbehilfe, fragte der Arzt den Patienten, ob er die von ihm seinerzeit gewünschte Sterbehilfe erhalten wolle. Dieser reagierte jedoch nicht auf diese Frage.

Als Berater zog der Arzt zweimal einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Die erste Konsiliarärztin, eine Geriaterin, stattete dem Patienten gut zwei Monate vor dessen Tod einen Besuch ab. Während des Besuchs der Konsiliarärztin war keine verbale Kommunikation möglich. Sie stufte den Patienten angesichts des fortgeschrittenen Stadiums der Demenz als nicht willensfähig ein. Sie sprach mit der Ehefrau des Patienten über den Krankheitsprozess. Die Konsiliarärztin kam zu dem Schluss, dass sich der nicht willensfähige Patient in einer Situation befand, in die er – laut seiner regelmäßig mit dem Hausarzt besprochenen Patientenverfügung – niemals geraten wollte. Ihr zufolge gab es Momente, in denen der Patient sichtbar litt. Wenn er nicht mit seiner Frau zusammen war, war er wütend und traurig. Behandlungsalternativen gab es der Konsiliarärztin zufolge nicht; sie bewertete die Situation so, dass für den Mann keine Aussicht auf Besserung bestand. Auf der Grundlage ihrer eigenen Beobachtungen

64

während des Besuchs beim Patienten sowie der vom Arzt erteilten und sonstiger Informationen kam die Konsiliarärztin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Später zog der Arzt einen auf weit fortgeschrittene Demenz spezialisierten Geriater hinzu, der den Patienten zweimal besuchte. Während der Besuche des Konsiliararztes war keine verbale Kommunikation möglich. Seiner Auffassung nach hatte der Patient die Kontrolle über seine Umgebung verloren, war pflegebedürftig geworden und fühlte sich im Pflegeheim immer fremder, was seine Bewegungsunruhe verstärkte. Der Sterbewunsch des Patienten kam nach Ansicht des Konsiliararztes in seinem Verhalten zum Ausdruck. Seiner Auffassung nach war die Welt des Patienten in den vorangegangenen Monaten zu sehr durcheinandergebracht worden, als dass man dies wieder hätte in Ordnung bringen können. Es gab keine Möglichkeiten mehr, dem Patienten angenehme Erlebnisse zu ermöglichen oder ihn zur Ruhe kommen zu lassen. Auch der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Angesichts des Zustands des Patienten war es nur schwer vorherzusehen, wie er auf das Legen eines Zugangs reagieren würde. Der Arzt war vom Sterbewunsch des Patienten überzeugt. Während des gesamten Untersuchungszeitraums gab es keinerlei verbale oder physische Äußerungen des Patienten, die als gegensätzlich zur schriftlichen Patientenverfügung oder seinen in der Vergangenheit geäußerten Wünschen hätten interpretiert werden können. Daher kam der Arzt zu dem Schluss, dass eventuelle abwehrende Reaktionen des Patienten nicht als Zeichen des Widerspruchs gegen die Durchführung der Lebensbeendigung anzusehen wären, sondern vielmehr als Reaktion auf die unmittelbaren Handlungen, etwa das Legen eines Zugangs. Um auf mögliche Abwehrreaktionen vorbereitet zu sein, hatte der Arzt einen Vorgehensplan für die Durchführung der Sterbehilfe erstellt.

Am Tag der Lebensbeendigung wurde der Patient zu sich nach Hause gebracht. Das Legen eines Zugangs ließ er ohne weiteres geschehen. Auf die Mitteilung des Arztes, dass er nun Sterbehilfe leisten werde, reagierte der Patient nicht.

Der Arzt war der Ansicht, alles getan zu haben, um die Situation des Patienten erträglicher zu machen. Er stellte fest, dass man möglicherweise noch versuchen könnte, über die Verabreichung anderer, stärkerer Beruhigungsmittel oder eine andere Gestaltung des Tages etwas zu bewirken. Dennoch war er davon überzeugt, dass das unerträgliche Leiden, das der Patient in seiner Verfügung beschrieben hatte und das auch klar erkennbar gegeben war, damit nicht beseitigt werden könnte.

Die Kommission weist darauf hin, dass der Arzt im Falle eines Patienten mit Demenz mit besonderer Sorgfalt vorgehen muss, insbesondere mit Blick auf die Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens annehmbarer anderer Lösungen.

Die Durchführung von Sterbehilfe in einem Stadium, in dem die Demenz des Patienten so fortgeschritten ist, dass er nicht mehr willensfähig ist und auch nicht mehr (oder nur noch durch einfache Äußerungen oder Gesten) kommunizieren kann, ist dann möglich, wenn der Patient zu einer Zeit, in der er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung erstellt hat (SterbehilfeKodex 2018, S. 47). Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann eine schriftliche Patientenverfügung eine mündlich geäußerte Bitte ersetzen; die Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes gelten entsprechend. Dabei muss es sich um eine eindeutige Erklärung handeln, die sich ohne jeden Zweifel auf die entstandene Situation bezieht. Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt mit der beschriebenen besonderen Sorgfalt vorgegangen ist. Fest steht, dass der Patient zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch den Arzt nicht mehr willensfähig war. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass es zu dem Zeitpunkt, als der Mann seine schriftliche Patientenverfügung verfasste und aktualisierte, keine Anzeichen dafür gab, dass er bereits nicht mehr willensfähig war.

Auf der Grundlage der vorliegenden Informationen gelangt die Kommission zu der Überzeugung, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung die Umstände gegeben waren, die der Patient in seiner schriftlichen Patientenverfügung genannt hatte.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Durchführung der Sterbehilfe im Einklang mit der schriftlichen Patientenverfügung stand und dass es keine dem widersprechenden Anzeichen gab; in den Unterlagen gab es keinerlei Hinweis darauf, dass der Patient im Pflegeheim oder im Vorfeld der Sterbehilfe bei sich zu Hause erklärt hätte, dass er keine Sterbehilfe wünschte.

In einem Stadium, in dem die Demenz des Patienten so fortgeschritten ist, dass er nicht mehr willensfähig ist, muss außerdem glaubhaft sein, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt unerträglich leidet. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Patienten aktuell unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Aus der Patientenakte

geht hervor, dass sich der Arzt gründlich in die Situation des Patienten vertieft hat. Umfassende und langfristige Beobachtungen haben gezeigt, dass der Patient im Pflegeheim fortwährend sichtbar verängstigt, verstört, unruhig, böse und aggressiv war. Der Arzt sah, wie sich die Situation während des gesamten Sterbehilfeprozesses immer weiter verschlechterte und das Leiden des Patienten zunahm. Trotz entsprechender Versuche war es nicht gelungen, die Situation des Patienten im Pflegeheim zu verbessern. Das machte die Unerträglichkeit des Leidens der Patienten für den Arzt nachvollziehbar. Der Arzt konnte zu der Überzeugung gelangen, dass der Mann unerträglich litt.

Hinsichtlich des Kriteriums, dass der Arzt zu der Überzeugung kommen muss, dass der Patient nicht nur unerträglich leidet, sondern dass es auch keine Aussicht auf Besserung gibt, sowie des Kriteriums, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung kommen muss, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt, ist die Kommission ebenfalls der Ansicht, dass der Arzt zu diesen Überzeugungen gelangen konnte. Im Bericht des behandelnden Geriaters ist eine Aufzählung der eventuellen Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation des Patienten enthalten. So ist unter anderem aufgeführt, dass eine Medikation mit stärkerer beruhigender Wirkung probiert werden könnte, dass der Patient mit einem Seelsorger sprechen könnte und dass die Tagesgestaltung weiter optimiert werden könnte. Die Kommission schließt sich dem Standpunkt des Arztes an, dass die Verabreichung höher dosierter Beruhigungsmittel nicht als annehmbare Alternative angesehen werden kann (SterbehilfeKodex 2018, S. 27). Die vom Geriater aufgeführte Tagesgestaltung wurde von ihm nicht näher spezifiziert. Die Kommission steht hinter dem Standpunkt des Arztes, dass Gespräche eines stark dementen Patienten mit einem Seelsorger wahrscheinlich keinen Effekt gehabt hätten. Außerdem ist aus den Unterlagen hervorgegangen, dass man umfassend versucht hatte, die Situation des Patienten erträglicher zu machen, was sich als nicht möglich erwiesen hatte. Der Arzt fühlte sich in der Beurteilung der Situation auch durch die Unterlagen des behandelnden Geriaters und der Pflegekräfte sowie die Erklärungen der Angehörigen des Patienten bestätigt.

Grundsätzlich geht es bei dem Sorgfaltskriterium, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt, um eine Überzeugung, zu der Arzt und Patient gemeinsam gelangt sein müssen. Nach der Gesetzesgeschichte zu Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes gelten die Sorgfaltskriterien, »soweit dies in einer solchen Situation faktisch möglich ist«. Das bedeutet, dass die individuellen Umstände berücksichtigt werden müssen, wie in diesem Fall die Tatsache, dass Kommunikation mit dem Patienten nicht mehr möglich war und dieser

somit keine Fragen beantworten konnte. In derartigen Fällen kommt den Ausführungen des Patienten in seiner schriftlichen Verfügung sowie seinen Äußerungen zu einer Zeit, als er noch kommunizieren konnte, große Bedeutung zu.

Als der Arzt mit dem Patienten in Kontakt kam, war dieser bereits nicht mehr willensfähig. Auf der Grundlage der Ausführungen des Mannes in seiner Patientenverfügung bezüglich der Umstände, unter denen er Sterbehilfe wünschte, und angesichts der Tatsache, dass es – wie im Vorstehenden beschrieben – keine annehmbare andere Lösung gab, diese Umstände (die das unerträgliche Leiden ausmachten) zu beseitigen oder das Leiden des Patienten wesentlich zu lindern, konnte der Arzt nach Ansicht der Kommission zu der Überzeugung gelangen, dass auch dieses Sorgfaltskriterium erfüllt war.

Bei Sterbehilfe in einem späteren Stadium der Demenz muss der Arzt zusätzlich zum regulären Konsiliararzt, der die Einhaltung aller Sorgfaltskriterien beurteilt, auch einen entsprechenden Facharzt hinzuziehen (SterbehilfeKodex 2018, S. 48).

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt zwei – entsprechend fachkundige – unabhängige Ärzte hinzugezogen hat, die den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen haben. Beide kamen zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllt waren. Damit hat der Arzt das in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz genannte Sorgfaltskriterium eingehalten. Allerdings merkt die Kommission zu beiden SCEN-Berichten an, dass darin die Schlussfolgerung, dass es keine annehmbaren anderen Lösungen gab, nicht begründet wurde und auch nicht auf die vom behandelnden Geriater vorgeschlagenen Behandlungsalternativen eingegangen wurde. Wie bereits dargelegt, hat der Arzt jedoch selbst hinreichend begründet, dass es keine Aussicht auf Besserung und keine annehmbaren anderen Lösungen gab.

Nach Ansicht der Kommission waren alle Sorgfaltskriterien erfüllt.

67

FALLBEISPIEL DEMENZ (NICHT WILLENSFÄHIGER PATIENT MIT SCHRIFTLICH NIEDERGELEGTEM STERBEHILFEERSUCHEN)

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; ausformulierte Beurteilung; Patient mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium; schriftliche Patientenverfügung; bei Sterbehilfe in diesem Stadium muss der Arzt außer dem unabhängigen Konsiliararzt auch einen unabhängigen Facharzt hinzuziehen; Stiftung Lebensende-Klinik; veröffentlicht unter Nummer 2019-119

Ein Patient im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt seit etwa sechs Jahren vor seinem Tod an zunehmenden kognitiven Problemen. Drei Jahre vor seinem Tod musste er wegen einer Lungenentzündung stationär behandelt werden; im Krankenhaus entwickelte er ein Delir. Danach zeigte sich, dass der Patient nicht mehr in der Lage sein würde, sein Leben wie zuvor zu leben. Kurz darauf erhielt er die Diagnose Alzheimer-Krankheit.

Drei Jahre vor seinem Tod hatte der Patient eine schriftliche Patientenverfügung verfasst. Darin hatte er unter anderem erklärt:

- » Wenn ich aus irgendeinem Grund in einen geistigen oder k\u00f6rperlichen Zustand gerate, der keine realistische Aussicht auf die R\u00fcckkehr in ein annehmbares und w\u00fcrdiges Leben bietet, m\u00f6chte ich nicht mehr weiterleben, sondern bald auf sanfte Weise sterben.
 - Sollte ich nicht durch Unterlassung einer (weiteren) medizinischen Behandlung bald auf sanfte Weise sterben können, bitte ich den mich behandelnden Arzt dringend, meinen Sterbewunsch zu erfüllen, indem er mir zu einem sanften Tod führende Mittel verabreicht oder sie mich unter seiner Begleitung einnehmen lässt.

Ein solcher Zustand ist für mich in jedem Fall:

- ein lang anhaltendes Leiden, das unausweichlich zum Tode führen wird,
- ein unabwendbarer körperlicher oder geistiger Verfall,
- jeder von mir näher definierte oder mich betreffende geistige oder körperliche Zustand, der für mich eindeutig unannehmbare Folgen hat.
- Sollte ich in einem solchen Zustand offensichtlich noch in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bitte ich den behandelnden Arzt hiermit, mich diese Erklärung bestätigen zu lassen. Andernfalls ist diese Erklärung als mein ausdrücklicher Wille anzusehen.«

Nach Erhalt seiner Diagnose hatte der Patient mehrfach mit seinem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. In diesen Gesprächen – die bis etwa ein Jahr vor seinem Tod stattfanden – erklärte er unter anderem, dass er den körperlichen und geistigen Verfall fürchtete und Angst hatte, aggressiv zu werden. Im letzten Jahr vor seinem Tod sprach der Patient seinen Sterbewunsch nicht mehr an und der Hausarzt fragte auch nicht mehr danach.

Ungefähr ein Jahr vor der Lebensbeendigung wurde der Patient in ein Pflegeheim aufgenommen, da er zunehmend pflegebedürftig wurde und vermehrt Streit suchte. Anfänglich ging es gut in dem Pflegeheim, doch da seine Krankheit immer weiter fortschritt, verlor der Patient zunehmend den Überblick, was mit Frustration und Angst einherging. Seine Kommunikationsfähigkeit wurde immer schlechter; letztlich war er so gut wie gar nicht mehr in der Lage zu kommunizieren. Seine Tage waren von großer Unruhe geprägt. Außerdem wurde er zunehmend aggressiv gegenüber anderen Bewohnern und ließ sich dann auch kaum ablenken. Seine aggressiven Ausbrüche wurden immer häufiger. Trotz verschiedener Versuche, die Situation zu verbessern, änderte sich sein Verhalten nicht. Seine Unfähigkeit zu sprechen (Aphasie) und seine Kommunikationsprobleme verhinderten dies. Die verabreichten Medikamente zur Verminderung der Beschwerden führten beim Patienten zu starker Benommenheit. Bei einer Verringerung der Medikation wurden seine Beschwerden wieder stärker. Neben der Medikation wurden auch andere Hilfsmittel eingesetzt. So schlief der Patient nach mehreren Stürzen in einem sog. Zeltbett, aber auch darin war er manchmal unruhig.

Das Leiden des Patienten bestand aus dem Verlust des Überblicks und der Fähigkeit, mit anderen zu kommunizieren, sowie aus der dadurch bedingten Angst und Wut. Es gab Zeiten, in denen er aufgrund seiner Unruhe mehrere Nächte in Folge kaum schlief. Dadurch war er übermüdet. Manchmal putzte er zwanghaft den Fußboden und es war kaum möglich, ihn davon abzuhalten. In seiner Verwirrung zeigte er außerdem unangemessenes Verhalten; so verschmutzte er sein Zimmer, kroch über den Boden und verhielt sich dem Pflegepersonal und den Bewohnern gegenüber aggressiv. In Momenten der Ruhe war der Patient oft völlig apathisch und in sich gekehrt.

Nachdem sich die Situation im Pflegeheim immer weiter zuspitzte und sich der Zustand des Patienten enorm verschlechterte, sprachen die Angehörigen über die schriftliche Patientenverfügung. Die Frau des Patienten besprach die Verfügung mit dem behandelnden Geriater. Dieser hielt die Verfügung jedoch für zu komplex. Daraufhin wandte sich die Frau an den Hausarzt. Der Hausarzt konsultierte einen Sterbehilfe-Konsiliararzt der Stiftung Lebensende-Klinik und besuchte den Patienten im Pflegeheim. Aber auch er sah sich letztlich nicht in der Lage,

Sterbehilfe zu leisten, da er die Verfügung für zu komplex hielt. In Absprache mit dem Sterbehilfe-Konsiliararzt übergab der Hausarzt den Fall an die Stiftung Lebensende-Klinik. Er blieb jedoch eng am Sterbehilfeverfahren bei der Lebensende-Klinik beteiligt.

Als der Arzt mit dem Patienten in Kontakt kam, war dieser nicht mehr willensfähig. Über einen Zeitraum von fünf Monaten besuchte der Arzt den Patienten viermal, wobei er jedes Mal versuchte, mit dem Patienten in Kontakt zu kommen. Der Patient reagierte zwar auf diese Versuche, aber ein Gespräch war nicht mehr möglich. Der Arzt sprach mit der Ehefrau darüber, dass die Patientenverfügung zwar nicht sehr spezifisch sei, aber doch über vieles Aufschluss gebe. Die Frau erklärte, dass die Eltern des Patienten ebenfalls an der Alzheimer-Krankheit gelitten hätten und ihr Mann den Krankheitsverlauf als schrecklich empfunden habe. Er habe nie einen Zweifel daran gelassen, dass er selbst so etwas nicht durchmachen wollte.

Daraufhin wurde mit den Angehörigen vereinbart, dass der Patient für eine bestimmte Zeit beobachtet werden sollte. In dieser Zeit sahen alle Beteiligten zahlreiche Anzeichen des Verfalls beim Patienten, vor allem Unruhe, Inkontinenz, Angst und Aggression, wobei der Patient nicht mehr ansprechbar war und Interventionen nicht halfen. Nach dieser Zeit der Beobachtung war dem Arzt klar, dass der Patient in dem Sinne, wie er es in seiner Patientenverfügung beschrieben hatte, unerträglich litt.

Gut drei Monate vor der Lebensbeendigung zog der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzu, der das Leiden des Patienten beurteilen sollte. Dieser besuchte den Patienten im Pflegeheim und stellte fest, dass es nicht möglich war, ein Gespräch mit dem Patienten zu führen. Darum sprach er mit der Frau sowie den (Schwieger-)Kindern des Patienten und setzte sich außerdem telefonisch mit dem Hausarzt in Verbindung. Basierend auf dem Besuch des Patienten und den Gesprächen mit den Angehörigen und dem Hausarzt kam der unabhängige Psychiater zu dem Schluss, dass die Ängste und die Unruhe des Patienten richtig behandelt wurden.

Angesichts der Persönlichkeit, Krankengeschichte und Patientenverfügung des Mannes hielt der Psychiater es nicht für erforderlich, dass sich der Patient verbal zu seinem Leiden äußerte. Seiner Auffassung nach konnte nicht objektiv und überzeugend festgestellt werden, dass der Patient unerträglich litt. Andererseits war während der Unruhephasen, die einen großen Teil des Tages des Patienten bestimmten, durchaus ein unerträgliches Leiden gegeben. Dabei vollzog sich ganz klar ein unabwendbarer Verfall. Der Psychiater zweifelte nicht daran, dass der Zustand des Patienten uneingeschränkt

dem entsprach, was er als unerträglich beschrieben hatte, als er noch willensfähig war.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der auch Geriater ist. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten etwa anderthalb Monate vor der Lebensbeendigung. Er versuchte mehrfach, ein Gespräch mit dem Patienten zu beginnen; dieser schaute den Konsiliararzt zwar an, reagierte aber nicht auf dessen Fragen. Der Konsiliararzt hielt den Patienten angesichts des fortgeschrittenen Stadiums der Demenz für nicht willensfähig.

Er fand es schwierig, sich ohne Möglichkeit zur Kommunikation einen Eindruck von der Stimmung und dem Leiden des Patienten zu verschaffen. Er konnte jedoch feststellen, dass bei dem Patienten jeder positive Eindruck fehlte. Auch fiel ihm auf, dass keinerlei äußerliche Kennzeichen von Genuss oder Freude erkennbar waren. Nach Einschätzung des Konsiliararztes entsprach die Situation des Patienten offenkundig dem Grenzbereich, den der Patient in seiner Verfügung beschrieben hatte. Eine Verbesserung der Situation war nicht zu erwarten; der Verfall des Patienten würde nur noch weiter voranschreiten.

In seinem Bericht kam der Konsiliararzt zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Angesichts des Zustands des Patienten ließ sich nicht gut einschätzen, wie er auf verschiedene Handlungen, die für die Durchführung der Lebensbeendigung notwendig waren, reagieren würde. Während der gesamten Untersuchungen gab es dem Arzt zufolge keinerlei verbale oder physische Äußerungen, die als von der schriftlichen Patientenverfügung abweichend hätten interpretiert werden können. Daher kam der Arzt zu dem Schluss, dass eventuelle negative Reaktionen des Patienten nicht als Zeichen seines Widerspruchs gegen die Durchführung der Lebensbeendigung anzusehen waren. Sie konnten als Reaktionen auf Handlungen wie das Legen eines Zugangs angesehen werden. Um auf alle Eventualitäten vorbereitet zu sein, hatte der Arzt einen Vorgehensplan für die Durchführung der Sterbehilfe erstellt. Darin hatte er unter anderem niedergelegt, dass von der Durchführung abgesehen werden würde, sollte der Patient ausdrücklich sagen oder anderweitig deutlich machen, dass er keine Sterbehilfe wünsche. Außerdem sollte der Patient eine Prämedikation verabreicht bekommen, um eine negative Reaktion auf den Einstich beim Legen einer Kanüle zu verhindern. Sollte der Patient die Prämedikation nicht akzeptieren, würde der Arzt etwas später einen zweiten Versuch unternehmen. Für den Fall, dass der Patient auch dies verweigerte, legte der Arzt fest, dass er das Verfahren dann abbrechen würde.

71

Die Durchführung der Sterbehilfe fand im Pflegeheim statt. Die Pflegekraft der Stiftung Lebensende-Klinik erklärte dem Patienten, dass ihm nun Mittel verabreicht würden, die sein Leben beenden würden, und dass er zuvor etwas zur Beruhigung bekäme. Daraufhin nahm der Patient die Medikamente ein. Nachdem er einige Zeit ruhig neben seiner Frau im Bett gelegen hatte, wollte der Patient aufstehen. Man versuchte, ihn daran zu hindern, wodurch er unruhig wurde. Dieses Verhalten war vergleichbar mit dem, das er regelmäßig im Pflegeheim zeigte. Der Patient lief mit Begleitung ein wenig durch das Zimmer, woraufhin er sich wieder hinlegte. Dennoch zeigte er weiterhin Anzeichen der Unruhe, weshalb beschlossen wurde, ihm zur Beruhigung Dormicum und Morphin zu geben. Kurz darauf schlief der Patient ein und der Arzt verabreichte ihm die Sterbemittel.

Die Kommission weist darauf hin, dass der Arzt bei Patienten mit Demenz mit besonderer Sorgfalt vorgehen muss, insbesondere mit Blick auf die Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens annehmbarer anderer Lösungen. Bei Sterbehilfe in einem späteren Stadium der Demenz muss der Arzt zusätzlich zum regulären Konsiliararzt, der die Einhaltung aller Sorgfaltskriterien beurteilt, auch einen entsprechenden Facharzt hinzuziehen (SterbehilfeKodex 2018, S. 48).

Die Durchführung von Sterbehilfe in einem Stadium, in dem die Demenz des Patienten so weit fortgeschritten ist, dass er nicht mehr willensfähig ist und auch nicht mehr (oder nur noch durch einfache Äußerungen oder Gesten) kommunizieren kann, ist dann möglich, wenn der Patient zu einer Zeit, in der er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung erstellt hat (SterbehilfeKodex 2018, S. 47). Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann eine schriftliche Patientenverfügung eine mündlich geäußerte Bitte ersetzen; die Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes gelten entsprechend. Dabei muss es sich um eine eindeutige Erklärung handeln, die sich ohne jeden Zweifel auf die entstandene Situation bezieht. Im vorliegenden Fall stand für die Kommission fest, dass der Patient zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch den Arzt nicht mehr willensfähig war. Basierend auf den Unterlagen und den mündlichen Erläuterungen des Arztes kommt die Kommission zu dem Schluss, dass es zu dem Zeitpunkt, in dem der Patient seine schriftliche Patientenverfügung erstellt hat, keinen Grund gab, an seiner Willensfähigkeit zu zweifeln.

Die Kommission hat sich intensiv mit dem Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung befasst, denn dabei muss es sich um eine eindeutige Erklärung handeln, die sich zweifelsfrei auf die entstandene Situation bezieht. Auf der Grundlage aller vorliegenden Informationen gelangte die Kommission zu der Überzeugung, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung eine Situation vorlag – insbesondere der »unabwendbare Verfall« –, wie sie der Patient in seiner schriftlichen Verfügung aus dem Jahr 2016 beschrieben hatte. Aus den vom Hausarzt, den Angehörigen und den Pflegekräften erteilten Informationen konnte der Arzt ableiten, was der Patient unter »unabwendbarem Verfall« verstand. Dabei berücksichtigt die Kommission, dass sowohl der hinzugezogene Konsiliararzt als auch der unabhängige Psychiater überzeugt waren, dass die Situation, in der der Patient sich befand, dem entsprach, was er in seiner Verfügung beschrieben hatte.

Laut SterbehilfeKodex 2018 (S. 49) muss der Arzt bei einem nicht willensfähigen Patienten prüfen, ob es klare Anzeichen dafür gibt, dass er keine Lebensbeendigung wünscht. In diesem Fall hat der Arzt mehrere vergebliche Versuche unternommen, mit dem Patienten in Kontakt zu kommen um zu prüfen, ob dieser verbal oder nonverbal mitteilen konnte, dass er keine Sterbehilfe mehr wünschte. Aus den Unterlagen ging hervor, dass es keine derartigen Äußerungen des Patienten gegeben hatte.

Angesichts des Vorstehenden konnte der Arzt zu dem Schluss kommen, dass die Durchführung der Sterbehilfe der schriftlichen Patientenverfügung entsprach und nicht im Widerspruch zu Äußerungen des Patienten stand. Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat und dass er selbst mit der vorgenannten besonderen Sorgfalt vorgegangen ist.

In einem Stadium, in dem die Demenz des Patienten so fortgeschritten ist, dass er nicht mehr willensfähig ist, muss glaubhaft sein, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt unerträglich leidet. Bei ihrer Beurteilung berücksichtigt die Kommission, dass aus den Unterlagen und der mündlichen Erläuterung des Arztes hervorgegangen ist, dass sich der Arzt gründlich mit der Situation des Patienten befasst hat. Der Arzt hat Schritt für Schritt untersucht, ob der Patient aktuell unerträglich litt.

Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt mit besonderer Sorgfalt vorgegangen ist und zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient aktuell unerträglich litt und sein Zustand aussichtslos war.

Mit Blick auf das Sorgfaltskriterium, dass es keine annehmbare andere Lösung geben darf, weist die Kommission darauf hin, dass es hierbei

74

grundsätzlich um eine Überzeugung gehen muss, zu der Arzt und Patient gemeinsam gelangt sind (SterbehilfeKodex 2018, S. 27). Angesichts der Gesetzesgeschichte gilt auch hier das Sorgfaltskriterium, »soweit dies in einer solchen Situation faktisch möglich ist«. Im vorliegenden Fall kommt der Kommission zufolge den Ausführungen des Patienten in seiner schriftlichen Verfügung sowie seinen Äußerungen zu einer Zeit, als er noch kommunizieren konnte, große Bedeutung zu. Zu dem Zeitpunkt, an dem der Arzt den Fall übernahm, war der Patient bereits nicht mehr willensfähig und eine Kommunikation mit ihm war, wie die Kommission aus den Unterlagen und mündlichen Erläuterungen schließen konnte, trotz mehrerer Versuchen nicht mehr möglich. Aus den Unterlagen ging hervor, dass das Leiden des Patienten nicht anders behandelt werden konnte als mit Beruhigungsmitteln in so hoher Dosis, dass sie den Patienten völlig benommen machten. Nach Auffassung der Kommission kann die Verabreichung höher dosierter Beruhigungsmittel nicht als annehmbare Alternative angesehen werden (SterbehilfeKodex 2018, S. 27). Auf der Grundlage der Ausführungen des Mannes in seiner Patientenverfügung bezüglich der Umstände, unter denen er Sterbehilfe wünschte, und angesichts der Tatsache, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es keine annehmbare andere Lösung gab, diese Umstände (die das unerträgliche Leiden ausmachten) zu beseitigen oder das Leiden des Patienten wesentlich zu lindern, kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt mit besonderer Sorgfalt gehandelt hatte und zu der Überzeugung gelangen konnte, dass auch dieses Sorgfaltskriterium erfüllt war.

Nach Ansicht der Kommission waren alle Sorgfaltskriterien erfüllt.

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Patienten können nur dann um Sterbehilfe bitten, wenn ihr Leiden eine medizinische Ursache hat. Es ist jedoch nicht so, dass unbedingt eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen muss. Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Schwerhörigkeit, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme oder ein Rückgang der kognitiven Fähigkeiten – kann die Ursache von unerträglichem Leiden und eines aussichtslosen Zustands sein.

Diese häufig degenerativen Erkrankungen treten normalerweise im höheren Alter auf. Es ist die Summe mehrerer Erkrankungen und der damit zusammenhängenden Beschwerden, die ein Leiden verursachen, das vom Patienten im Zusammenhang mit seiner Krankengeschichte, Biographie, Persönlichkeit, Widerstandsfähigkeit und seinen Wertvorstellungen als unerträglich und sein Zustand als aussichtslos empfunden wird.

Damit unterscheidet sich eine solche Kumulation von überwiegend degenerativen Erkrankungen von der Problematik des »abgeschlossenen Lebens«, jedenfalls sofern sich letzteres auf ein Leiden ohne medizinische Ursache bezieht. Im Gegensatz zur Problematik des »abgeschlossenen Lebens« hat eine Kumulation von Altersbeschwerden durchaus eine medizinische Ursache (SterbehilfeKodex 2018, S. 23). Nachstehend werden zwei derartige Fälle beschrieben.

FALLBESCHREIBUNG: KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN (SCHWERHÖRIG UND FAST BLIND)

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Patientin mit einer Kumulation von Altersbeschwerden, veröffentlicht unter Nummer 2019-127

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt an zwei Augenerkrankungen (Glaukom und Makuladegeneration) und einer Gehörkrankheit (Presbyakusis), weshalb sie schwerhörig und fast blind war. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

Ihr Leiden bestand aus den Auswirkungen ihrer Erkrankungen, die sie im sozialen Leben beeinträchtigten. Sie litt unter dem Verlust ihrer Selbständigkeit, der Aussicht, in ein Pflegeheim zu müssen, und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich.

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

Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die Fachärzte die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert haben.

Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. Dieser war anfänglich auch bereit, die Sterbehilfe zu übernehmen. Etwa fünf Monate vor der Lebensbeendigung wurde ein klinischer Psychiater konsultiert, der feststellte, dass keine depressiven Störungen vorlagen. Der Hausarzt konnte den Sterbewunsch der Patientin nicht nachvollziehen, daher wandte sich die Patientin, mit Unterstützung des Hausarztes, an die Stiftung Lebensende-Klinik.

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

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Patientin mit einer Kumulation von Altersbeschwerden, veröffentlicht unter Nummer 2019-67

Eine Patientin im Alter von über 90 Jahren litt bereits seit langer Zeit an verschiedenen Erkrankungen. Ihr Leiden bestand aus chronischen Schmerzen infolge von Arthrose (eine Form von Rheuma). Die Opiate, die sie dagegen einnahm, verursachten bei ihr nichtbehandelbare Bauchbeschwerden. Außerdem war ihr Sehvermögen stark beeinträchtigt und sie litt unter Schwerhörigkeit, Immobilität, Müdigkeit und Gewichtsverlust. Aufgrund ihrer Einschränkungen saß die Patientin den ganzen Tag zu Hause untätig in einem Sessel. Sie konnte nicht mehr fernsehen, handarbeiten oder ein Buch lesen. Ihr graute vor jedem neuen Tag und sie fand es menschenunwürdig, dass sie ohne Aussicht auf irgendeine Besserung immer weiter körperlich verfiel. Eine Heilung war nicht mehr möglich; die Behandlung war nur noch palliativer Natur.

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

Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt und anderem behandelnden Fachpersonal über Sterbehilfe gesprochen. Gut zwei Monate vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Diese Bitte wiederholte sie danach mehrfach. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Die Kommission stellt fest, dass in einem Fall wie diesem die Kumulation von Altersbeschwerden die Ursache des aussichtslosen Zustands und unerträglichen Leidens sein kann. Die Summe mehrerer Erkrankungen und der damit zusammenhängenden Beschwerden können ein Leiden verursachen, das vom Patienten im Zusammenhang mit seiner Krankengeschichte, Biographie, Persönlichkeit, Widerstandsfähigkeit und seinen Wertvorstellungen als aussichtslos und unerträglich empfunden wird. Die Kommission ist auf Grundlage der vom Arzt eingereichten Informationen der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin eine medizinische Ursache hatte und dass die Frau infolge der Kumulation ihrer Altersbeschwerden unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war.

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

2.4 Drei Fälle von Sterbehilfe bei Patienten, die einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme unterworfen waren

In diesem Berichtsjahr sind bei den Kommissionen drei Meldungen eingegangen, bei denen die Patienten während der Prüfung des Sterbehilfeersuchens einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme unterlagen. In einer solchen Situation muss zwingend untersucht werden, ob die Bitte um Sterbehilfe nicht durch den Aufenthalt in einer Einrichtung des Maßregel- oder Strafvollzugs oder einer psychiatrischen Einrichtung verursacht wird. Bei allen drei Meldungen stellte sich heraus, dass dies nicht der Fall war.

MASSREGELVOLLZUG

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Patient in einer Maßregelvollzugsklinik, Kombination somatischer und psychiatrischer Erkrankungen, Stiftung Lebensende-Klinik, veröffentlicht unter Nummer 2019-22

Ein Patient im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt an einer Autismus-Spektrum-Störung (Einschränkungen in der sozialen Interaktion und (non-)verbalen Kommunikation sowie ein beschränktes stereotypes Verhalten mit vielen Wiederholungen und festen Gewohnheiten) und an einer Zwangsstörung (Probleme durch beängstigende und unangenehme Gedanken, die sich nur schwer unterdrücken lassen). Außerdem war er an einer Lungenerkrankung (COPD), der Schaufensterkrankheit (Claudicatio intermittens) und Diabetes mellitus erkrankt. Der Patient war seit seiner Jugendzeit intensiv medikamentös und psychotherapeutisch behandelt worden. Im Laufe der Jahre hatte er mehrere Suizidversuche unternommen.

Bevor er starb, befand er sich nach einer massiven Verschlechterung seines Krankheitsbilds gut 20 Jahre im Langzeitaufenthalt in einer Maßregelvollzugsklinik. In dieser Art von Klinik sind Personen untergebracht, die eine schwere Straftat begangen haben, bei der sie aufgrund einer Persönlichkeitsstörung und/oder einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung nicht – vollständig – zurechnungsfähig waren. Patienten, die nicht geheilt werden können und von denen nach wie vor eine Gefahr ausgeht, verbleiben auf Lebenszeit in einer solchen Klinik. Der Patient wurde dort nicht mehr behandelt; er war faktisch austherapiert. Das Konsultations- und Kompetenzzentrum für das Gesundheitswesen (CCE) hatte einige Jahre vor der Lebensbeendigung stark davon abgeraten, den Patienten in eine Spezialklinik für Autismus zu verlegen, weil es dort für ihn keine realistischen Perspektiven auf eine Verbesserung seines Zustandes gäbe.

Die Unterbringung in einer herkömmlichen Einrichtung der psychischen Gesundheitsversorgung wurde ebenfalls nicht als gangbarer Weg angesehen, da dort die hohen Sicherungsmaßnahmen, die der Patient benötigte, nicht gewährleistet werden konnten. Diese basierten nicht auf einer von ihm ausgehenden Fluchtgefahr, sondern darauf, dass er wenig bis gar keine Kontrolle über seine natürlichen Affekte hatte, was zu schwerwiegenden Folgen für andere führen konnte.

Auf Bitten des Arztes befasste sich ein unabhängiger Psychiater etwa vier Monate vor der Lebensbeendigung mit der Diagnose und etwaigen Behandlungsmöglichkeiten des Patienten. In seiner Beurteilung stimmte er der Diagnose aus der Patientenakte zu. Es lag keine affektive Störung, Depression oder Manie (eine heftige Gemütsbewegung wie übermäßige Freude, Wut oder Hyperaktivität) vor. Es gab auch keine Anzeichen für eine Demenzerkrankung. Der unabhängige Psychiater stellte fest, dass der Patient an einer dauerhaften geistigen Störung, genauer gesagt an einem psychischen konstanten chronischen Defektzustand litt. Auch dieser Arzt hielt es für keine gute Idee, den Patienten in eine Spezialklinik für Autismus zu verlegen. Eine solche Verlegung wäre mit einem hohen Risiko einer Störung (des Gleichgewichts) verbunden; die Möglichkeit eines impulsiven Suizids wäre nicht auszuschließen. Der unabhängige Psychiater stellte fest, dass der Patient austherapiert war. Eine Heilung war nicht möglich.

Der Patient litt darunter, dass es ihm nicht möglich war, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Er hatte nie seinen Platz in der Welt finden können und hegte bereits seit Jahren einen Sterbewunsch. Er hatte fortwährend Zwangsgedanken und war nicht in der Lage, sich unter Menschen aufzuhalten, da er schnell überreizt war. Deshalb lebte er in der Klinik in Isolation und nahm nicht an Gruppenaktivitäten teil. Auch Tätigkeiten im Haushalt konnte er aufgrund seines Erschöpfungszustands nicht mehr ausüben. Der Patient empfand die Welt als zu kompliziert. Außerdem litt er mit zunehmendem Alter an zahlreichen körperlichen Beschwerden. Er hatte Schmerzen in den Beinen und geriet sehr schnell außer Atem. Aufgrund dieser körperlichen Beschwerden waren seine Bewegungsmöglichkeiten extrem eingeschränkt. Er konnte nur schlurfend und mit kleinen Schritten laufen, war ständig müde und wollte jeden Tag im Bett verbringen. Der Patient fühlte sich geistig und körperlich völlig aus dem Gleichgewicht geraten.

Er empfand sein Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für ihn annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Der Patient hatte in der Vergangenheit bereits mit dem behandelnden Psychiater der Klinik, in der er untergebracht war, über Sterbehilfe gesprochen. Dieser unterstützte den Wunsch des Patienten, durfte aber im Zusammenhang mit Klinikvorschriften nicht selbst Sterbehilfe leisten.

Deshalb wandte sich der Patient gut ein Jahr vor seinem Tod an die Stiftung Lebensende-Klinik. Der Arzt hat fünf ausführliche Gespräche mit dem Patienten über seinen Sterbewunsch geführt. Schon bei ihrem ersten Gespräch bat dieser den Arzt konkret um die Durchführung der Sterbehilfe. Da der Patient längere Zeit auf die Entscheidung des Ministeriums für Justiz und Sicherheit über die Zulässigkeit von Sterbehilfe in seinem Fall warten musste, fand das erste Gespräch etwa acht Monate vor der Lebensbeendigung statt. Bei vielen späteren Kontakten wiederholte er seine Bitte an den Arzt.

Der vorgenannte unabhängige Psychiater stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein. Während der Gespräche mit dem Arzt wurde deutlich, dass sich der Patient über die Konsequenzen seines Ersuchens vollkommen im Klaren war. Der Arzt stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens ebenfalls als willensfähig ein. Ihm zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser war davon überzeugt, dass der Patient infolge seiner körperlichen Mehrfachbeschwerden in Kombination mit dem psychischen konstanten chronischen Defektzustand unerträglich litt. Er stufte den Patienten als willensfähig ein.

Die Kommission beurteilte diesen Fall wie folgt.

Der Patient hielt sich aufgrund einer strafrechtlichen Maßnahme in einer psychiatrischen Justizvollzugsklinik auf. Die Kommission stellte sich die Frage, ob dieser Langzeitaufenthalt in einer geschlossenen Abteilung sowie der Grund, aus dem der Patient dort untergebracht war, in irgendeiner Weise Auswirkungen auf die Freiwilligkeit und die reifliche Überlegung der Bitte um Sterbehilfe gehabt haben könnten.

Der Patient verfügte über Krankheitsbewusstsein und Krankheitseinsicht und betrachtete den Langzeitaufenthalt in der geschlossenen Abteilung als die für ihn am besten geeignete Wohnform. Mit Hilfe seines behandelnden Psychiaters wandte er sich an die Stiftung Lebensende-Klinik. Daraus leitete die Kommission ab, dass der Sterbewunsch konsistent und reiflich überlegt war. Die Freiwilligkeit des Ersuchens war plausibel, da der Arzt, der behandelnde Psychiater und

auch der unabhängige Psychiater den Patienten hinsichtlich seiner Bitte als willensfähig einstuften. Unter Berücksichtigung der oben genannten Sachverhalte und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

STERBEHILFE EINEN TAG NACH DER HAFTENTLASSUNG

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Sterbehilfe einen Tag nach der Haftentlassung, Stiftung Lebensende-Klinik, Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und vermeidenden Zügen, PTBS und Depression, veröffentlicht unter der Nummer 2019-100

Eine Patientin im Alter zwischen 50 und 60 Jahren hatte einige Jahre vor ihrem Tod ein enges Familienmitglied getötet. Nach der Tat erfolgte Untersuchungen ihres Geisteszustands ergaben, dass sie in sich gekehrt und abhängig war, selten die Initiative ergriff und soziale Ängste hatte. Dies diagnostizierten die Ärztin und die von ihr konsultierten Fachärzte später als eine Persönlichkeitsstörung. Nach der Tötung des Familienangehörigen und einem Suizidversuch, den sie unmittelbar danach unternahm, entwickelte die Patientin eine posttraumatische Belastungsstörung (eine Angststörung, bei der eine fortwährende Wachsamkeit bezüglich einer Gefahr gegeben ist, die faktisch nicht mehr besteht) und chronische depressive Beschwerden mit Suizidalität und schweren Selbstvorwürfen. Die Patientin war nach ihrer Verurteilung in der psychiatrischen Abteilung eines Gefängnisses untergebracht, wo sie ebenfalls mehrere Suizidversuche unternahm. Während ihrer Haft wurde sie mit Medikamenten behandelt, die jedoch keine Wirkung, sondern lediglich Nebenwirkungen zeigten. Außerdem wurden Behandlungsversuche mit Psychotherapie und Trauertherapie unternommen sowie mit EMDR (eine Therapie für Patienten, die dauerhaft unter den Folgen eines traumatischen Erlebnisses wie einem Unfall oder sexueller oder anders gearteter Gewalt leiden). Keine der Behandlungen führte zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation, weshalb die Patientin deren Fortsetzung ablehnte. Während des Gesprächs mit der Kommission erläuterte die Ärztin, dass auf ihre Bitte hin noch ein Behandlungsversuch unternommen wurde. Die EMDR-Therapie wurde mit medikamentöser Unterstützung durch Antidepressiva wiederaufgenommen. Die Patientin setzte die

Medikamente jedoch kurz darauf wieder ab, da sie zu viele Nebenwirkungen verursachten. Die EMDR-Therapie löste bei ihr die Erinnerung an vergangene Erlebnisse und Emotionen aus, mit denen sie nicht umgehen konnte.

Das Leiden der Patientin bestand aus ihrer Unfähigkeit, ihr Leben weiterzuführen, was auf ihre Schuldgefühle, die Persönlichkeitsstörung und die posttraumatische Belastungsstörung zurückging. Sie empfand ihr Leben als sinn- und bedeutungslos und sah keinerlei Zukunftsperspektive mehr. Das Familienmitglied war ihr Lebensmittelpunkt gewesen. Die Patientin hatte keine sozialen Kontakte mehr und war auch nicht in der Lage, neue aufzubauen. Sie sah keine Perspektive für sich und war unglücklich, weil ihre Suizidversuche misslungen waren.

Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Die Ärztin, eine auf affektive Störungen spezialisierte Psychiaterin, war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung bestand. Es gab für die Patientin keine annehmbaren Möglichkeiten der Leidenslinderung mehr.

Der Ärztin war nach zahlreichen Gesprächen klar, dass die Frau unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand; die Patientin war derart traumatisiert, dass keine wie auch immer geartete Behandlung eine Veränderung ihrer Situation bewirken konnte. Die Ärztin schlug der Patientin vor, nach ihrer Freilassung erst einige Monate abzuwarten und dann einen erneuten Behandlungsversuch zu starten, aber die Patientin erklärte sich dazu nicht in der Lage. Ohne das Familienmitglied hatte das Leben für sie keinen Sinn mehr. Die Ärztin war der Ansicht, dass jede Behandlung zum Scheitern verurteilt sei, da die Motivation zur Veränderung fehlte. Nach ihrer Überzeugung hätte eine Behandlung in einer psychiatrischen Anstalt (nach einer Zwangseinweisung) nach den erfolglosen Therapien in der psychiatrischen Abteilung eines Gefängnisses keine Erfolgschancen.

Die Ärztin konsultierte einen unabhängigen Psychiater, ein Spezialist in forensischer Psychiatrie, und einen zweiten unabhängigen Arzt, ebenfalls ein Psychiater. Auch sie waren der Ansicht, dass die Patientin unerträglich litt und dass es weder Aussicht auf Besserung noch annehmbare Möglichkeiten der Leidenslinderung gab.

Die Ärztin war überzeugt, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Der unabhängige Psychiater und der Konsiliararzt sahen dies genauso. Das Weiterleben nach der Freilassung war für die Patientin in keiner Hinsicht eine annehmbare Alternative.

Auf Bitten der Ärztin untersuchte der vorgenannte unabhängige Psychiater auch die Willensfähigkeit der Patientin. Dieser Psychiater war der Meinung, dass diese gut und intensiv über ihr Ersuchen um Sterbehilfe nachgedacht hatte. Die Patientin war in ihrem Sterbewunsch beständig und klar. Dieser hing mit ihrer psychiatrischen Problematik zusammen, wurde jedoch nicht gänzlich davon bestimmt.

Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Patientin willensfähig war, was den von ihr konsistent und überzeugend geäußerten Sterbewunsch anging. An dem Tag, an dem die Patientin aus ihrer Haft entlassen wurde, begab sie sich in ein Hospiz. Dort wurde am selben Tag die Lebensbeendigung durchgeführt.

Vor der Prüfung der Einhaltung der Sorgfaltskriterien merkt die Kommission an, dass es sich hier um einen komplex gelagerten Fall handelt, in dem die psychiatrischen Probleme der Patientin dominieren und ihr existentielles Schuldgefühl eine wichtige Rolle spielt. Darüber hinaus war der Haftaufenthalt der Patientin ein besonderer Umstand.

Die Kommission weist darauf hin, dass ein Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen, das (überwiegend) auf ein psychisches Leiden zurückgeht, mit großer Behutsamkeit vorgehen muss. Häufig geht es in solchen Fällen um eine komplexe psychiatrische Problematik, und es sind spezifische Fachkenntnisse erforderlich. Die genannte Behutsamkeit ist vor allem bei den Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung geboten. Bei diesen Patienten muss der Arzt zusätzlich zum regulären Konsiliararzt immer auch einen unabhängigen Psychiater hinzuziehen (SterbehilfeKodex 2018, S. 45).

Es kann festgestellt werden, dass die Ärztin das Kriterium der großen Behutsamkeit erfüllt hat, indem sie sowohl einen Konsiliararzt, zugleich Psychiater, als auch einen unabhängigen, in forensischer Psychiatrie spezialisierten Psychiater hinzugezogen hat.

Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte Die Kommission ist der Ansicht, dass die Ärztin in diesem Fall zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Dazu stellt die Kommission Folgendes fest. Es muss ausgeschlossen werden, dass das Urteilsvermögen der Patientin durch die psychiatrische Erkrankung beeinträchtigt ist. Die Ärztin musste genau prüfen, ob die Patientin erkennbar relevante Informationen erfassen konnte, ob sie über ein Krankheitsbewusstsein verfügte und ob ihre Überlegungen zusammenhängend waren.

Aus den von der Ärztin eingereichten Protokollen der zwölf Gespräche, die sie mit der Patientin geführt hat, lässt sich ein konsistenter und begründeter Sterbewunsch ablesen. Bereits im ersten Gespräch hatte die Patientin erklärt, dass sie seit dem Tod des Familienmitglieds nicht mehr weiterleben wollte. Ihre Bitte um Sterbehilfe wurde nicht von anderen beeinflusst (externe Freiwilligkeit), und die Ärztin war überzeugt, dass die Patientin relevante Informationen erfassen konnte, dass sie erklären konnte, warum sie Sterbehilfe wünschte, und dass ihr Sterbewunsch konsistent war (interne Freiwilligkeit).

Die Ärztin wurde durch den hinzugezogenen unabhängigen Psychiater und den Konsiliararzt in ihrer Überzeugung bestätigt, dass die Patientin ihr Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Die Kommission ist der Ansicht, dass die Ärztin unter den gegebenen Umständen zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden und keine annehmbare andere Lösung

Die Kommission vertritt den Standpunkt, dass die Ärztin im vorliegenden Fall zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Die Ärztin konnte zusammen mit ihr zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der sich die Patientin befand, keine annehmbare andere Lösung gab. Die Kommission gründete ihre Beurteilung auf Folgendes.

Ausschlaggebend für die Unerträglichkeit des Leidens ist das Empfinden des jeweiligen Patienten vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinem Wertesystem sowie seiner körperlichen und seelischen Belastbarkeit. Für den Arzt muss auch angesichts der Vorgeschichte nachvollziehbar und verständlich sein, dass das Leiden für diesen speziellen Patienten unerträglich ist (SterbehilfeKodex 2018, S. 24).

Als aussichtslos gilt der Zustand eines Patienten dann, wenn die Krankheit oder Gesundheitsstörung, die das Leiden verursacht, unheilbar ist und ihre Symptome auch nicht so weit gelindert werden können, dass das Leiden des Patienten nicht mehr unerträglich ist. Bei

der Beurteilung der Aussichtslosigkeit stehen die Diagnose und die Prognose des Patienten im Mittelpunkt. Es geht um die Frage, ob jenseits der Sterbehilfe eine realistische Möglichkeit besteht, die Symptome zu lindern oder zu beseitigen. Ob der Zustand aussichtslos ist, muss im Kontext der Krankheit bzw. Gesundheitsstörung des Patienten und den damit verbundenen Symptomen bewertet werden. Aussichtslosigkeit ist dann gegeben, wenn es keine realistischen und für den Patienten annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten gibt. Eng mit der Beurteilung des Aspekts der Aussichtslosigkeit des Zustands verbunden ist die Bewertung des Kriteriums, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt, den Patienten von seinem Leiden zu befreien oder sein Leiden zu lindern (SterbehilfeKodex 2018, S. 24). Dieses Sorgfaltskriterium bezieht sich auf eine Überzeugung, zu der Arzt und Patient gemeinsam gelangt sein müssen. Die Wahrnehmung und die Wünsche des Patienten spielen dabei eine wichtige Rolle. Eine Alternative zur Sterbehilfe gibt es dann, wenn ein reeller und für den Patienten annehmbarer Weg existiert, ihn von seinem Leiden zu befreien oder das Leiden zu lindern (SterbehilfeKodex 2018, S. 27). In diesem Zusammenhang wird im SterbehilfeKodex angemerkt, dass die Wirkung, die mit der Alternative erzielt werden kann, in absehbarer Zeit eintreten muss und dass ein Patient eine Behandlung jederzeit ablehnen kann, außer wenn sie den Patienten von seinem Leiden befreien kann (SterbehilfeKodex 2018, S. 27).

Aus den Protokollen der zwölf Gespräche zwischen der Ärztin und der Patientin und der mündlichen Erläuterung der Ärztin kann nach Auffassung der Kommission abgeleitet werden, dass die Ärztin die Art und den Hintergrund des Leidens der Patientin sowie die Möglichkeit annehmbarer anderer Lösungen intensiv geprüft hat. Die Ärztin wurde von dem hinzugezogenen unabhängigen Psychiater und dem Konsiliararzt in ihrer Überzeugung bestätigt, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass keine Aussicht auf Besserung bestand; sie konnte zusammen mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der die Patientin sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab.

Nach Ansicht der Kommission hat die Ärztin auch im Einklang mit den anderen Sorgfaltskriterien gehandelt.

AUFNAHME IN EIN PSYCHIATRISCHES KRANKENHAUS NACH DEM BOPZ-GESETZ

Besondere Aspekte: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus nach dem BOPZ-Gesetz, Stiftung Lebensende-Klinik, veröffentlicht unter Nummer 2019-126

Ein Patient im Alter zwischen 20 und 30 Jahren zeigte seit seinem 13. Lebensjahr Verhaltensstörungen und Probleme mit der Beherrschung seiner Affekte. Deshalb war er seit seinem 16. Lebensjahr in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen und Pflegefamilien untergebracht. 2011 wurde bei ihm schließlich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit antisozialen Zügen festgestellt. (Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine psychische Störung, bei der der Patient starke Stimmungsschwankungen aufweist, Mühe hat, stabile Beziehungen zu pflegen und häufig von Verlassensängsten gequält wird. Antisoziale Züge zeichnen sich dadurch aus, dass jemand Probleme damit hat, Regeln zu befolgen und Rücksicht auf andere zu nehmen.) Darüber hinaus wurden noch weitere psychiatrische Krankheitsbilder festgestellt, etwa ADHD (eine Konzentrationsstörung) mit autistischen Merkmalen. (Autismus ist eine Störung, die sich durch Einschränkungen auf dem Gebiet der sozialen Interaktion und (non-)verbalen Kommunikation sowie durch ein eingeschränktes Verhaltensrepertoire mit vielen Wiederholungen und festen Gewohnheiten auszeichnet). Zudem litt er an einer Zwangsstörung (Probleme mit angstvollen und unangenehmen Gedanken, die nur schwer zu unterdrücken sind), Pyromanie (pathologische Brandstiftung) und einem problematischen Gebrauch von Medikamenten. Vermutlich lag auch eine nicht angeborene Hirnschädigung vor. Der Patient hatte seit seinem 14. Lebensjahr drei Suizidversuche verübt. Er verletzte sich oft schwer.

Seit seiner Pubertät wurde er intensiv medikamentös und psychotherapeutisch behandelt. Aufgrund einer nach dem BOPZ-Gesetz erfolgten gerichtlichen Anordnung zur Aufnahme in eine Klinik für psychische Gesundheitsversorgung war er längere Zeit in einer forensischen Abteilung untergebracht. Trotz der Langzeitbehandlung in dieser Einrichtung hatte sich der Zustand des Patienten in den vergangenen fünf Jahren – nach einer gewissen anfänglichen Verbesserung – im Vergleich zu seiner Verfassung bei der Aufnahme deutlich verschlechtert. Eine Resozialisierung hatte sich als unmöglich herausgestellt.

Die behandelnde Psychiaterin vermutete, dass psychologische Behandlungen erfolglos sein würden. Eine Schematherapie (eine Art der Psychotherapie, in der Patienten dabei unterstützt werden, den Ursprung von Verhaltensmustern zu ergründen und die Muster zu verändern) hatte bei dem Patienten keine Wirkung gezeigt. Eine weitere Behandlung lehnte er ab. Die behandelnde Psychiaterin glaubte, dass der vermutete Hirnschaden beim Versagen der Schematherapie eine Rolle spielte. Sie schätzte die Möglichkeiten des Patienten für eine Verhaltensänderung als sehr gering ein.

Die Ärztin konsultierte etwa zwei Monate vor dem Tod des Patienten einen unabhängigen Psychiater und bat ihn, Untersuchungen zur Diagnose und zu eventuellen Behandlungsmöglichkeiten des Patienten vorzunehmen. Die Ergebnisse dieses Psychiaters stimmten mit jenen der behandelnden Spezialisten überein. Da der Patient keinerlei Wunsch verspürte, sich behandeln zu lassen, gab es keinen Ansatz für eine Psychotherapie. Angesichts der langen Vorgeschichte von Behandlungen, die kaum Erfolg erzielt hatten, war es sowieso unwahrscheinlich, dass eine Psychotherapie eine Verhaltensänderung bewirken würde. Auch der unabhängige Psychiater schätzte die Fähigkeit des Patienten, sein Verhalten zu ändern, als sehr begrenzt ein. Er kam zu dem Schluss, dass es für den Patienten keine realistischen Behandlungsoptionen mehr gab. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Das Leiden des Patienten bestand aus zwanghaften impulsiven Handlungen, die er nicht beeinflussen konnte, darunter Brandstiftung, Selbstverletzung und »acting out« (destruktives und aggressives Handeln ohne Rücksicht auf die negativen Konsequenzen). Das war seine Art zu versuchen, der zunehmenden inneren Spannungen Herr zu werden. Brandstiftungs- und Selbstverletzungsgedanken beschäftigten ihn den ganzen Tag. Ihm gelang es kaum, diese Gedanken zu unterdrücken, und er verletzte sich fortlaufend selbst. Der Patient wusste, dass er wegen seiner Erkrankungen nie in der Lage sein würde, ein normales Leben in der Gesellschaft zu führen; daher sah er für sich keine lebenswerte Zukunft. Er empfand sein Leiden als unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Seit 2015 hatte der Patient mit mehreren behandelnden Ärzten über Sterbehilfe gesprochen; 2015 hatte er sich auch zum ersten Mal an die Stiftung Lebensende-Klinik gewandt. Wenig später zog er seinen Wunsch nach Sterbehilfe jedoch aufgrund privater Umstände zurück. Nachdem sich diese Umstände kurz darauf veränderten, kehrte der Sterbewunsch zurück und blieb in den darauffolgenden Jahren konsistent. Wiederholt sprach er mit seinen Behandlern darüber. Die behandelnde Psychiaterin des Patienten wollte aus nicht weiter

bekannten Gründen keine Sterbehilfe leisten. Außerdem war sie von der Aussichtslosigkeit seines Zustands nicht vollkommen überzeugt. Deshalb meldete sich der Patient im April 2018 erneut bei der Stiftung Lebensende-Klinik.

Über einen Zeitraum von sechs Monaten hat die Ärztin viermal ausführlich mit dem Patienten über seinen Sterbewunsch gesprochen. Bei jedem dieser Gespräche bat der Patient die Ärztin konkret, die Lebensbeendigung durchzuführen.

Auf der Basis der Gespräche, die sie mit dem Patienten geführt hatte, schätzte ihn die Ärztin hinsichtlich seiner Bitte um Sterbehilfe als willensfähig ein. Er konnte gut in Worte fassen, aus welchen Gründen er zu dieser Entscheidung gelangt war und welche Konsequenzen sein Ersuchen hatte. Der Ärztin zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Der vorgenannte unabhängige Psychiater stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens ebenfalls als willensfähig ein.

Der von der Ärztin hinzugezogene unabhängige SCEN-Arzt war davon überzeugt, dass der Patient aufgrund seiner permanenten Brandstiftungs- und Selbstverletzungsgedanken unerträglich litt und deshalb nie ein normales Mitglied der Gesellschaft sein würde. Er stellte fest, dass es angesichts der Behandlungsvorgeschichte, des Berichts des unabhängigen Psychiaters, des Charakters des Patienten und dessen Unvermögen, dem Leben etwas abzugewinnen, keine annehmbaren anderen Lösungen für den Patienten gab. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass der Patient bereits seit Jahren einen konsistenten Sterbewunsch hegte und stufte ihn diesbezüglich als willensfähig ein.

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen aufgrund eines Leidens, das auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht, mit großer Behutsamkeit vorgehen muss. 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. In solchen Fällen bedarf es des spezifischen Fachwissens eines unabhängigen Psychiaters (SterbehilfeKodex 2018, S. 44–46).

Auf der Grundlage aller von der Ärztin eingereichten Informationen kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin im vorliegenden Fall diese besondere Behutsamkeit hat walten lassen, u. a. indem sie einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen hat, der feststellte, dass der Patient bezüglich seines Ersuchens willensfähig war, dass er

unerträglich litt und keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten mehr für ihn gab. Der Konsiliararzt bestätigte das Urteil der Ärztin, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission berücksichtigte die Tatsache, dass der Patient in der Vergangenheit bereits einmal aufgrund einer strafrechtlichen Maßnahme und zum Zeitpunkt seines Sterbehilfeersuchens aufgrund einer Zwangseinweisung nach dem BOPZ-Gesetz in einer geschlossenen Abteilung untergebracht war. Dazu stellt sie Folgendes fest.

Der Aufenthalt in einem derartigen Umfeld aufgrund eines Freiheitsentzugs, der auf eine staatliche Maßnahme sowie auf konvergierende Rechtsvorschriften zur Rechtsstellung im Zusammenhang mit einer Zwangsbehandlung zurückgeht, kann sich nach Ansicht der Kommission auf die externe Freiwilligkeit, die Aussichtslosigkeit der Situation, die Unerträglichkeit des Leidens und das Fehlen annehmbarer Alternativen auswirken.

Für die Kommission ging aus den Unterlagen hervor, dass die Zwangseinweisung als Schutzmaßnahme für den Patienten diente, damit er überhaupt irgendwo verbleiben konnte. Eine Resozialisierung hatte sich bei ihm als unmöglich erwiesen, er fand sich nur in einem von Zwang geprägten Umfeld zurecht. Außerdem ist der Kommission klar geworden, dass der Patient durch Verlängerung der Unterbringungsmaßnahme weiterhin eine Bleibe gehabt hätte, wenn er seine Meinung über den Sterbewunsch geändert hätte. Damit ist für die Kommission plausibel, dass der Zwangsaspekt der Unterbringung des Patienten nicht weiter berücksichtigt werden muss.

Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

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

Beurteilungen, bei denen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss kamen, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, sind grundsätzlich ausführlicher als die übrigen Beurteilungen. Das liegt daran, dass eine solche Beurteilung erst verfasst wird, nachdem der Arzt Gelegenheit zu einer mündlichen Erläuterung des Falls hatte.

In diesem Berichtsjahr kamen die Kommissionen viermal zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. In drei Fällen ging es um das Kriterium der Hinzuziehung eines Konsiliararztes, in einem um das der medizinisch fachgerechten Durchführung.

NICHT IM EINKLANG MIT DEM KRITERIUM DER HINZUZIEHUNG MINDESTENS EINES UNABHÄNGIGEN ANDEREN ARZTES GEHANDELT

Nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes muss der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Mit dieser Konsultation soll die größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess des Arztes gefördert werden. Zudem unterstützt sie ihn bei der Prüfung, ob alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind.

Die Kommission legt großen Wert darauf, dass der durchführende Arzt die Konsultation veranlasst. Wenn von dieser Vorgabe abgewichen wird, erwartet die Kommission, dass der Arzt dies in seinem Bericht begründet. Es kann vorkommen, dass ein Patient von mehreren Ärzten behandelt wird, die als Kollegen zusammenarbeiten. In einer solchen Situation kann es sein, dass einer dieser Ärzte den Konsiliararzt einschaltet, aber später ein anderer die Durchführung der Sterbehilfe übernimmt. Auch dann muss der Konsiliararzt gegenüber dem durchführenden Arzt unabhängig agieren (SterbehilfeKodex 2018, S. 29).

Der Arzt muss die Stellungnahme des Konsiliararztes zur Kenntnis nehmen, bevor er sich endgültig zur Durchführung der Sterbehilfe entschließt. Er muss dem Urteil des Konsiliararztes großes Gewicht beimessen (SterbehilfeKodex 2018, S. 30).

Das Sterbehilfegesetz schreibt vor, dass der Konsiliararzt den Patienten sehen muss. Die Kommission geht grundsätzlich davon aus, dass der Konsiliararzt den Patienten aufsucht und mit ihm spricht. Es kann sein, dass der Patient zu dem Zeitpunkt, zu dem der Konsiliararzt ihn besucht, nicht mehr zu einem Gespräch in der Lage ist. In einem solchen Fall muss der Konsiliararzt sein Urteil anhand aller anderen relevanten Umstände und verfügbaren Informationen abgeben. Das Gesetz verlangt also nicht, dass in jedem Fall eine verbale oder nonverbale Kommunikation mit dem Patienten möglich sein muss (SterbehilfeKodex 2018, S. 33).

In der ersten nachstehend beschriebenen Meldung (2019-12) hat der Konsiliararzt den Patienten nicht besucht; im zweiten Fall (2019-03) hat ein anderer Arzt die Konsultation veranlasst und der durchführende Arzt den Konsiliarbericht nicht selbst zur Kenntnis genommen. Im dritten beschriebenen Fall (2019-15) hat der Arzt keinen Konsiliararzt hinzugezogen, der zu allen Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat.

DER KONSILIARARZT MUSS DEN PATIENTEN SEHEN

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Erfordernis der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, der Konsiliararzt muss den Patienten sehen, veröffentlicht unter Nummer 2019-12

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren erlitt etwa einen Monat vor ihrem Tod einen schweren Schlaganfall, der eine unmittelbare Lähmung ihrer rechten Körperhälfte nach sich zog; außerdem entwickelte sie Schluckstörungen. Darüber hinaus lag eine globale Aphasie vor (eine Sprachstörung). Die Patientin konnte nicht mehr sprechen und auch das Sprachverständnis schien schwer gestört zu sein, weshalb die Kommunikation mit ihr unmöglich war. Der behandelnde Neurologe stellte fest, dass die Wahrscheinlichkeit einer Erholung der Patientin bis zu einem von ihr selbst als würdevoll empfundenen Leben gegen null ging. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Patientin befand sich in einem Zustand, über den sie vor ihrem Schlaganfall gesagt hatte, so etwas unter keinen Umständen zu wollen.

Sie hatte bereits vor Jahren eine schriftliche Patientenverfügung verfasst, in die sie einen Abschnitt über Sterbehilfe im Falle von Demenz aufgenommen hatte. Außerdem hatte sie ein Behandlungsverbot schriftlich niedergelegt. Den Inhalt dieser Dokumente hatte sie mit ihrem Hausarzt besprochen. In ihrer Patientenverfügung hatte sie dargelegt, dass sie Sterbehilfe wünschte, falls sie unerträglich litt und es keine Aussicht auf Besserung gab, oder falls sie in einen Zustand geraten sollte, in dem ein weiterer körperlicher Verfall abzusehen war. Außerdem wünschte sie für den Fall Sterbehilfe, dass sich ihre Verfassung dergestalt entwickeln sollte, dass keine realistische Aussicht auf Rückkehr in ein von ihr als würdig empfundenes Leben bestand. In dem Abschnitt über Sterbehilfe im Fall von Demenz war außerdem niedergelegt, dass sie Sterbehilfe wünschte, sollte sie in einen Zustand fortschreitenden Verfalls geraten, in dem sie nicht mehr kommunizieren konnte, bei den Handlungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen war und ihre Angehörigen nicht mehr erkannte.

Der Mann und die Kinder der Patientin baten den Arzt, der den Hausarzt der Patientin vertrat, ihren Zustand zu beurteilen. Sie besprachen die Patientenverfügung mit ihm und baten ihn, die darin formulierte Bitte um Sterbehilfe zu erfüllen. Der Arzt besuchte die Patientin im Krankenhaus und versuchte, Kontakt zu ihr herzustellen. Hin und wieder beobachtete er eine gewisse Reaktion bei der Patientin – sie schien dann in der Lage, eine einfache Anweisung auszuführen. Kurz darauf war sie dazu schon wieder nicht mehr in der Lage. Sie konnte nicht mehr direkt

kommunizieren. Nachdem der Arzt festgestellt hatte, in welchem Zustand die Patientin sich befand, und nach weiteren Gesprächen mit der Familie erklärte er sich bereit, die Möglichkeiten für Sterbehilfe auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung zu prüfen.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser wurde von dem Arzt über die Patientin informiert und erhielt Einsicht in die relevanten medizinischen Unterlagen. Daraufhin nahm der Konsiliararzt telefonisch Kontakt mit der Abteilung auf, in der die Patientin untergebracht war, um einen Termin für einen Besuch zu vereinbaren. Eine Krankenschwester teilte ihm mit, dass eine Kommunikation mit der Patientin unmöglich war. Den Zustand der Patientin bestätigten ihm der Assistenzarzt und der behandelnde Neurologe in Telefonaten. Aufgrund dieser Schilderungen sowie der Informationen, die er vom Arzt erhalten hatte, beschloss der Konsiliararzt, die Patientin nicht zu besuchen, weil eine sinnvolle Reaktion von ihr nicht zu erwarten war. Stattdessen besuchte der Konsiliararzt etwa anderthalb Wochen vor dem Tod der Patientin deren Mann und Kinder. Er fragte sie, wie die Patientin selbst ihren Zustand beurteilen würde, wenn sie dazu noch in der Lage wäre. Der Mann und die Kinder waren davon überzeugt, dass die Patientin ihre jetzige Verfassung als unerträgliches Leiden betrachten und dass sie Sterbehilfe wünschen würde.

Die Kommission bat sowohl den Arzt als auch den Konsiliararzt um eine Erläuterung der Tatsache, dass der Konsiliararzt die Patientin nicht besucht hatte. Der Arzt erklärte, dass der Konsiliararzt sich in dieser Frage nicht mit ihm abgestimmt habe. Er habe bislang jedoch gedacht, dass ein konsiliarärztlicher Besuch nicht strikt erforderlich sei. Im Nachhinein sei ihm klar geworden, dass er den Konsiliararzt auf die Notwendigkeit eines Besuchs hätte hinweisen müssen.

Der Konsiliararzt erklärte, er sei davon ausgegangen, dass es um eine Patientin gehe, die nicht mehr kommunizieren könne, aber eine eindeutige schriftliche Patientenverfügung verfasst habe. Es sei ihm klar, dass er grundsätzlich zu einem Patienten gehen müsse. Allerdings hätten der Arzt und verschiedene Behandler betont, dass eine wie auch immer geartete Kommunikation mit der Patientin nicht möglich sei.

Er habe eine klare Vorstellung davon gehabt, was die Patientin in ihrer schriftlichen Patientenverfügung gemeint habe. Er sei zu der Überzeugung gelangt, dass die Patientin unerträglich litt, da sie sich in einem Zustand befand, den sie nicht miterleben wollte und der eigentlich noch über das Maß hinausgegangen sei, das sie in ihrer Verfügung beschrieben hatte. Sie hätte dies auf keinerlei Weise

bestätigen können. Ein Besuch bei der Patientin hätte keinen Mehrwert gehabt, da unklar war, ob sie überhaupt verstehen würde, was man zu ihr sagt.

Auf Nachfrage antwortete der Konsiliararzt, dass er gut über einen Besuch bei der Patientin nachgedacht habe, jedoch davon überzeugt gewesen sei, dass ihm ein solcher Besuch nicht dabei geholfen hätte, sich ein Urteil zu bilden. Verschiedene Personen hätten zu verschiedenen Zeitpunkten versucht, Kontakt zu der Patientin herzustellen, hätten damit jedoch keinen Erfolg gehabt. Der Konsiliararzt war der Ansicht, dass er nichts erreichen würde. Ein Besuch bei der Patientin wäre seiner Auffassung nach sinnlos und eine rein rituelle Geste gewesen; als er sich sein Urteil bildete, habe er diesen Umstand auch nicht als Mangel empfunden. Er betonte, dass er die Patientin aufgesucht hätte, wenn er sich davon einen Nutzen für seine Urteilsbildung versprochen hätte.

Die Kommission fragte den Konsiliararzt, ob er seine Entscheidung auch mit dem Arzt besprochen hätte. Der Konsiliararzt verneinte dies.

Die Kommission berücksichtigt, dass der Arzt als Konsiliararzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzugezogen hat, der zu dem Schluss gekommen ist, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Konsiliararzt hat seinen Standpunkt zwar klar begründet, aber die Patientin nicht besucht.

Nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes muss der Konsiliararzt den Patienten sehen. In der Gesetzesgeschichte ist hierzu folgendes Zitat der Regierung nachzulesen: »Der Konsiliararzt muss sich des medizinischen Zustandes des Patienten und dessen Sterbewunsches vergewissern, indem er ihn persönlich besucht und erforderlichenfalls untersucht. Dieses Kriterium ergibt sich aus dem Begriff »sehen«. In der Praxis entstehen manchmal Situationen, in denen ein Besuch des Konsiliararztes aufgrund des Krankheitsstadiums des Patienten überflüssig erscheint oder in denen der Besuch vom Patienten und seinen Angehörigen als Störung der intimen Situation am Sterbebett angesehen wird. Mit Blick auf die Sorgfalt des Verfahrens ist es allerdings wünschenswert, im Gesetz eine eindeutige Norm zu diesem Punkt zu formulieren.« (Parlamentsdrucksachen II, 1998/1999, Nr. 3, S. 10)

Der Konsiliararzt muss sich ein Urteil über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien bilden, darunter auch das Kriterium des unerträglichen Leidens des Patienten. In diesem Fall erfolgte die Urteilsbildung des Konsiliararztes auf der Grundlage der Patientenakte mit den darin enthaltenen Verfügungen sowie der Gespräche mit dem Arzt, den Angehörigen und den Behandlern. Auch wenn er erklärt, dass ein Besuch der Patientin nichts an seiner Beurteilung geändert hätte, ist die

Kommission doch der Ansicht, dass ein solcher Besuch ihn in seiner Urteilsfindung bestärkt hätte, denn er hätte unmittelbar eine Bestätigung seiner Einschätzung erhalten.

Dies wäre der Mehrwert des Besuchs gewesen. Selbst wenn keine Kommunikation mit der Patientin mehr möglich war, hätte der Konsiliararzt persönlich überprüfen müssen, wie es um sie stand, weil er auch allein durch das »Sehen« viel Klarheit hätte gewinnen können. So hätte der Konsiliararzt feststellen können, ob es Anzeichen für einen Zustand des Leidens gab, oder er hätte zumindest den Bewusstseinszustand der Patientin persönlich überprüfen und damit seine Beurteilung stützen können.

Die Kommission befindet, dass die Hinzuziehung eines Konsiliararztes nicht im Einklang mit dem Sorgfaltskriterium nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes durchgeführt wurde, da der Konsiliararzt die Patientin nicht gesehen hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

DER DURCHFÜHRENDE ARZT MUSS DEN KONSILIARARZT GRUNDSÄTZLICH SELBST HINZUZIEHEN UND ZUMINDEST DEN KONSILIARBERICHT LESEN

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Kriterium der grundsätzlichen Hinzuziehung eines Konsiliararztes durch den durchführenden Arzt selbst, der die Schlussfolgerungen des Konsiliararztes zumindest zur Kenntnis nehmen muss, veröffentlicht unter Nummer 2019-03

Nach Eingang der Meldung stellte sich heraus, dass nicht der behandelnde Psychiater, der den Fall meldete, die Lebensbeendigung auf Verlangen durchgeführt hatte, sondern der Hausarzt des Patienten. Der Psychiater hatte den Musterbericht ausgefüllt und unterzeichnet, letzteres hatte auch der Hausarzt getan.

Auf Nachfrage der Kommission erklärte der Psychiater, dass er den gesamten Prozess begleitet hatte, aber mit dem Hausarzt einige Wochen vor dem Vollzug der Lebensbeendigung vereinbart hatte, dass dieser die Durchführung übernehmen solle. Sie hätten dies beschlossen, weil der Psychiater wenig Erfahrung mit dem Legen eines Zugangs hatte. Der Psychiater hatte erwogen, dafür einen Rettungssanitäter einzuschalten. Der Hausarzt hielt es jedoch für keine gute Idee, bei der Durchführung

der Sterbehilfe den Zugang von einer fremden Person legen zu lassen. Außerdem hatte er Erfahrung hiermit. Des Weiteren war er der Ansicht, dass er, wenn er schon den Zugang legte, auch die Sterbemittel verabreichen sollte.

Nach dem Sterbehilfegesetz muss derjenige den Fall melden, der die Sterbehilfe leistet. Darum ist die Kommission der Ansicht, dass in diesem Fall nicht der Psychiater, sondern der Hausarzt die Meldung hätte machen müssen. Der Hausarzt hat anschließend einen Bericht zugesandt.

In Bezug auf die Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes stellt die Kommission Folgendes fest: aus den Berichten des behandelnden Psychiaters und des Hausarztes sowie aus dem Gespräch des Hausarztes mit der Kommission ging hervor, dass der behandelnde Psychiater eine SCEN-Ärztin hinzugezogen und deren Bericht zur Kenntnis genommen hatte. Der Hausarzt hatte keinen Kontakt mit der Konsiliarärztin und auch deren Bericht nicht gelesen. Demnach hat der Hausarzt auch nicht anhand des Konsiliarberichts überprüfen können, ob die Konsiliarärztin der Ansicht war, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Er hat sich diesbezüglich auf die mündliche Aussage des behandelnden Psychiaters verlassen. Der Der Hausarzt hat damit den Inhalt des Konsiliarberichts nicht überdenken können, bevor er die Lebensbeendigung durchführte.

Die Konsiliarärztin wusste nicht, dass der Arzt (und nicht der Psychiater, der sie hinzugezogen hatte) die Lebensbeendigung durchführen würde. Dementsprechend konnte sie auch nicht ihre Unabhängigkeit gegenüber dem Arzt erklären.

Hierzu merkt die Kommission an, dass in diesem Fall keine Notsituation vorlag, in der besondere Eile geboten gewesen wäre. Vielmehr hatten der Hausarzt und der behandelnde Psychiater bereits längere Zeit vor der Durchführung der Lebensbeendigung entschieden, dass der Hausarzt den Zugang legen und die Sterbemittel verabreichen sollte. Daher hätte der Hausarzt genug Zeit gehabt, den Sterbehilfeprozess zu einem früheren Zeitpunkt komplett zu übernehmen. Schließlich war er ein Jahr lang an dem Prozess beteiligt und auch selbst davon überzeugt, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Hausarzt hätte dann selbst einen Konsiliararzt hinzuziehen und den Konsiliarbericht lesen können.

Die Kommission berücksichtigt, dass der Hausarzt und der behandelnde Psychiater die Lebensbeendigung auf eine für den betreffenden Patienten möglichst wenig belastende Art und Weise durchführen wollten. Beide fühlten sich dem Patienten sehr verbunden; sie haben die Sterbehilfe mit den besten Absichten auf die beschriebene Weise durchgeführt. Beiden Ärzten war nicht klar, dass der durchführende Arzt einen Konsiliararzt hätte einschalten und dessen Schlussfolgerungen zur Kenntnis hätte nehmen müssen.

Die Kommission befindet, dass der Arzt nicht im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

ERFORDERNIS DER HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES, AUCH WENN BEREITS ZWEI UNABHÄNGIGE PSYCHIATER KONSULTIERT WURDEN

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Erfordernis der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, auch wenn bereits zwei unabhängige Psychiater konsultiert wurden, veröffentlicht unter Nummer 2019-15

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurden infolge traumatischer Erfahrungen in ihrer Jugend verschiedene psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert. Gegen Ende ihres Lebens fühlte sie sich zermürbt und ohnmächtig; sie empfand kaum noch Lebensqualität und wollte in Würde sterben. Auf Bitten des Arztes untersuchten zwei unabhängige Psychiater die Patientin.

Der erste Psychiater stufte die Patientin hinsichtlich ihres Ersuchens um Sterbehilfe als willensfähig ein. Die zweite konsultierte Psychiaterin erachtete die Patientin ebenfalls für willensfähig und war der Ansicht, dass sie unerträglich litt und dass es keine Aussicht auf Besserung gab.

Später bat der Arzt diese Psychiaterin, eine SCEN-Ärztin, zu beurteilen, inwieweit die Sterbehilfe in diesem Fall vom Sterbehilfegesetz abgedeckt wäre. Die Psychiaterin betrachtete ihre Untersuchung der Patientin jedoch als zweite psychiatrische Beurteilung; sie betonte in ihrem Bericht, dass sie nicht als SCEN-Ärztin hinzugezogen worden sei. Daher äußerte sie sich auch nicht zu allen Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a bis d des Sterbehilfegesetzes. Der Arzt hat im Weiteren keinen anderen unabhängigen Arzt hinzugezogen, der die Patientin hätte sehen und sich schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien hätte äußern können.

Auf Nachfrage nannte er mehrere Gründe für diese Entscheidung. Zunächst einmal war er auf der Grundlage der Informationen, die er bei zwei erfahrenen Psychiatern eingeholt hatte, der Auffassung, dass mit der Hinzuziehung einer Psychiaterin mit spezifischem SCEN-Fachwissen die geltenden Sorgfaltskriterien erfüllt worden wären. Der zweite Grund bestand in der Tatsache, dass die Patientin durch ihre zahlreichen erfolglosen Behandlungen eine Abneigung gegen Psychiater entwickelt hatte. Das vom Arzt vorgeschlagene Beurteilungsverfahren durch zwei Psychiater war daher für sie enorm anstrengend. Der Besuch des ersten Psychiaters hatte die Patientin aus der Bahn geworfen; nach dem Gespräch mit der zweiten Psychiaterin ging es der Patientin noch schlechter. Schließlich fragte sich der Arzt, ob die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes wirklich nötig wäre, da sich die Patientin in einem schlechten Zustand befand und der Besuch eines Konsiliararztes eine große Belastung für sie darstellte. In seinen Augen wäre die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes lediglich der formale Abschluss des Verfahrens gewesen. Er war der Auffassung, dass er mit großer inhaltlicher Sorgfalt gehandelt hatte, indem er sich mit seiner Unsicherheit bezüglich der psychiatrischen Beurteilung an zwei unabhängige Psychiater gewandt hatte. Die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes hätte zu einem geringen Erkenntnisgewinn geführt, die Patientin hingegen belastet. Rückblickend sei ihm klar geworden, dass er dennoch einen unabhängigen Konsiliararzt hätte einschalten müssen.

Mit Blick auf die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes weist die Kommission darauf hin, dass der Arzt vor der Durchführung der Sterbehilfe mindestens einen anderen unabhängigen Konsiliararzt einschalten muss, der den Patienten sieht und zu den Sorgfaltskriterien a bis d in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes Stellung nimmt. Auf diese Weise soll die größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess des Arztes gewährleistet werden. Die Konsultation ist für den Arzt eine Hilfe bei der Prüfung der Frage, ob alle Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und sie unterstützt den Reflexionsprozess über das Sterbehilfeersuchen des Patienten im Vorfeld der endgültigen Entscheidung, diesem Ersuchen Folge zu leisten.

Sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt und einem Psychiater zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen, ist es zulässig, sich auf die Hinzuziehung eines (SCEN-)Konsiliararztes zu beschränken, der auch Psychiater ist. In einem solchen Fall muss sich der Arzt jedoch darüber im Klaren sein, dass dieser Konsiliararzt nicht nur als (SCEN-) Konsiliararzt die Sorgfaltskriterien a bis d beurteilen, sondern auch als Sachverständiger auftreten muss (SterbehilfeKodex 2018, S. 45).

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt keinen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der die Patientin gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Die Tatsache, dass er sich auf einen Rat des ersten Psychiaters verlassen hat, der sich im Nachhinein als falsch erwies, entbindet ihn nicht von seiner Verantwortung, im Einklang mit den Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes zu handeln.

Gemäß Artikel 9 Absatz 5 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe vom 21. November 2006 hat die Kommission den Arzt um ergänzende Informationen gebeten, um zu prüfen, ob eine unabhängige Urteilsbildung gewährleistet war. Sollte der Arzt mit Fakten belegen können, dass dem so war, könnte die Kommission zu dem Schluss kommen, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Im vorliegenden Fall konnte der Arzt jedoch keine Fakten vorlegen, die eine unabhängige Urteilsbildung hätten belegen können.

Die Kommission ist von der Absicht des Arztes überzeugt, die Patientin, die er bereits seit vielen Jahren gut kannte und die sich in einem medizinisch hochkomplexen Zustand befand, mit Respekt und dem höchsten Maß an professioneller Sorgfalt zu begleiten. Die Kommission schätzt die Tatsache, dass der Arzt bereit war, diesen komplizierten Fall zu übernehmen, sowie die gewissenhafte Weise, in der er mit der Patientin umgegangen ist.

Da der Arzt jedoch nicht mindestens einen anderen unabhängigen Konsiliararzt eingeschaltet hat, der die Patientin gesehen und zu den Sorgfaltskriterien a bis d in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes Stellung genommen hätte, kann die Kommission nur zu dem Schluss kommen, dass das Sorgfaltskriterium nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes nicht eingehalten wurde.

Die übrigen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

NICHT IM EINKLANG MIT DEM KRITERIUM DER MEDIZINISCH FACHGERECHTEN DURCHFÜHRUNG GEHANDELT

Die Sterbehilfe muss von einem Arzt fachgerecht durchgeführt werden. Dabei geht es unter anderem um die Auswahl und Dosierung der zu verwendenden Mittel sowie um die Kontrolle der Tiefe des Komas, in das der Arzt den Patienten versetzt, bevor er ein Sterbemittel verabreicht.

Bei der Beurteilung der Einhaltung dieses Sorgfaltskriteriums legen die Kontrollkommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe aus dem Jahr 2012 zugrunde. Die dafür in Frage kommenden Mittel und die empfohlene Dosierung sind in der Richtlinie aufgeführt. Weicht der Arzt von den Vorgaben der Richtlinie ab, muss er dies hinreichend begründen können. Der Arzt trägt die Verantwortung für die medizinisch fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe; sein Handeln wird von den Kommissionen beurteilt. Aber auch der Apotheker trägt Verantwortung, und zwar für die Zusammenstellung und Etikettierung der Mittel. Der Arzt muss kontrollieren, ob er tatsächlich die richtigen Mittel in der richtigen Dosierung erhalten hat (SterbehilfeKodex 2018, S. 38).

Zur Anwesenheit des Arztes während einer Hilfe bei der Selbsttötung ist im SterbehilfeKodex 2018 auf S. 37 Folgendes geregelt: »Auf Wunsch des Patienten kann der Arzt den Raum verlassen, nachdem der Patient das Sterbemittel eingenommen hat. Allerdings muss der Arzt in unmittelbarer Nähe des Patienten bleiben, damit er im Falle von Komplikationen schnell eingreifen kann.«

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung, Alleinlassen der Patientin, veröffentlicht unter Nummer 2019-57

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde fast drei Monate vor ihrem Tod Magenkrebs festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Die Ärztin war überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab für sie keine annehmbaren Möglichkeiten der Leidenslinderung mehr. Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mit der Ärztin über Sterbehilfe gesprochen. Diese Gespräche hatten ergeben, dass die Patientin sich nachdrücklich für Hilfe bei der Selbsttötung entschied, da sie die Kontrolle über ihr Leben und dessen Ende behalten wollte.

Die Ärztin hat die Hilfe bei der Selbsttötung durchgeführt, indem sie der Patientin 200 ml Pentobarbital (ein Sterbemittel) in flüssiger Form ausgehändigt hat, das die Patientin einnahm. Nach einer gewissen Zeit verließ die Ärztin die Wohnung der Patientin und begab sich in ihre Praxis, ohne zuvor festzustellen, dass die Patientin verstorben war.

Mit Blick auf das Alleinlassen der Patientin verweist die Kommission auf die KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe, in der auf Seite 13 Folgendes nachzulesen ist: »Der Arzt muss bei der Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung anwesend sein und bleiben. Dies kann sich bei der oralen Methode (Hilfe bei der Selbsttötung) über einige Stunden hinziehen.« Der SterbehilfeKodex 2018 steht im Einklang mit dieser Richtlinie (siehe oben).

In ihrer mündlichen Erläuterung erklärte die Ärztin, dass sie die Richtlinie kenne; auch der Konsiliararzt hat sie in seinem Bericht für die Ärztin erwähnt. Fest steht, dass die Ärztin die Patientin dennoch allein gelassen hat. Die Ärztin verwies darauf, dass in begründeten Fällen von der Richtlinie abgewichen werden darf. Sie verließ die Patientin aus Respekt vor deren Wunsch und dem ihres erwachsenen Kindes, die letzten Lebensmomente ohne die Anwesenheit von Dritten zu verbringen.

Die Kommission stellt zunächst klar, dass es keinen Grund gibt, an der Darstellung des Sachverhalts und der Umstände durch die Ärztin zu zweifeln. Ebenso bestehen keine Zweifel an der Lauterkeit ihrer

Die Ärztin hat den Eintritt des Todes dann nicht explizit festgestellt. Auf der Grundlage ihrer Beobachtungen kam sie zu dem Schluss, dass keine Probleme zu erwarten wären, und begab sich in ihre Praxis. Sie hatte sichergestellt, dass die Angehörigen der Patientin ihre Handynummer hatten. Die Lebensbeendigung fand an ihrem freien Tag statt; sie hatte keine anderen Patienten und wartete auf den Anruf des Kindes der Patientin. Von der Praxis der Ärztin aus war die Wohnung der Patientin mit dem Auto innerhalb von drei Minuten zu erreichen. Etwa 12 Minuten später, unmittelbar nach der Nachricht des Kindes, dass seine Mutter verstorben zu sein schien, kehrte die Ärztin zum Haus der Patientin zurück. Sie hat den Hergang der Sterbehilfe dem Leichenbeschauer gemeldet.

Die Kommission ist in der Beurteilung des Falls 2018-75 zu dem Schluss gekommen, dass in dieser Frage eine konservative Interpretation des SterbehilfeKodex 2018 angezeigt ist. Obwohl der Sachverhalt im vorliegenden Fall ganz anders gelagert ist als in dem zitierten Fall, werden die wichtigsten Erwägungen jener Beurteilung auch hier angewandt. Die Lebensbeendigung durch die Einnahme eines Sterbemittels in flüssiger Form ist mit gewissen Risiken verbunden. Der Sterbeprozess kann länger dauern als bei einer intravenösen Injektion der Sterbemittel. Es besteht die Möglichkeit, dass der Patient – auch wenn er bereits bewusstlos ist – die Lösung erbricht. Dies würde ein unverzügliches Eingreifen des Arztes erfordern und ist der Grund dafür, dass genau darauf geachtet wird, dass die Vorgabe, einen Patienten nicht allein zu lassen, bevor der Tod festgestellt wurde, konsequent eingehalten wird.

Darüber hinaus stand der Ärztin eine Alternative zur Verfügung, um den Wunsch der Patientin zu erfüllen: sie hätte in einem anderen Zimmer, außer Sichtweite der Frau und ihres Kindes, den Sterbeprozess abwarten können. Auch wenn die Praxis nicht weit von der Wohnung der Patientin entfernt lag und die Ärztin an diesem Tag keine anderen Verpflichtungen hatte, war nicht ausreichend sichergestellt, dass sie im Fall von auftauchenden Problemen sofort hätte eingreifen können. Der Respekt vor dem Wunsch der Patientin zeugt von Empathie; das reicht aber nicht als Grund dafür, von der Richtlinie abzuweichen – es ist die Aufgabe des

Arztes in seiner Rolle als Sachverständiger, mögliche medizinische Risiken zu kontrollieren.

Die Ärztin hat dem Leichenbeschauer und der Kontrollkommission gemeldet, dass sie die Patientin allein gelassen hat. Damit hat sie ihr Handeln überprüfbar gemacht. Bei ihrer mündlichen Anhörung zeigte sie sich der möglichen Risiken bewusst. Nach eigenen Angaben hat sie später in einem vergleichbaren Fall anders gehandelt und war in unmittelbarer Nähe des betreffenden Patienten geblieben. Trotz allem legt die Kommission großen Wert auf die Einhaltung der Richtlinie und deren zugrunde liegender Argumentation. Es kann gerechtfertigte Ausnahmen davon geben, aber dieser Fall zählte nicht dazu. Die Kommission kommt daher zu dem Schluss, dass die Ärztin die Hilfe bei der Selbsttötung durch das Alleinlassen der Patientin nicht mit hinreichender Sorgfalt durchgeführt hat. Die Kommission befindet, dass die Ärztin nicht im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien waren erfüllt.

IMPRESSUM

104

Herausgeber:

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe www.euthanasiecommissie.nl

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

Übersetzung: Sprachendienst des Ministeriums für auswärtige Angelegenheiten (AVT)

April 2020

