REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2017

2017

REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2017

Hinweis zur vorliegenden Übersetzung: Die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe wollen mit der vorliegenden Übersetzung auch das Publikum im deutschsprachigen Ausland über die niederländische Sterbehilfepolitik informieren. Aus Kostengründen wurden einige Kapitel, die sich auf die Arbeitsweise und Organisation der Kontrollkommissionen beziehen, nicht übersetzt. Auch einige Fallbeispiele sowie einige Beurteilungen, in denen eine Kommission zu dem Schluss kam, der Arzt habe unsorgfältig gehandelt, blieben bei der Übersetzung außer Betracht. Auf diese Auslassungen wird an den betreffenden Stellen hingewiesen. Die betreffenden Beurteilungen können anhand der angegebenen Nummer auf der Website der Kontrollkommissionen (www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg) eingesehen werden (nur in niederländischer Sprache).

INHALT

VORWORT (gekürzt) 5

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2017

1 Jahresbericht 9
2 Meldungen
Zahl der Meldungen 9
Verhältnis Männer/Frauen 9
Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/
Hilfe bei der Selbsttötung 11
Krankheitsarten 11
Demenz 11
Psychiatrische Erkrankungen 11
Kumulation von Altersbeschwerden 13
Mehrfacherkrankungen und sonstige Erkrankungen 13
Alter 13
Ort der Lebensbeendigung 15
Meldende Ärzte 15
Sterbehilfe und Organ- und Gewebespenden 17
Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien 17
»Grauzonen« in der Kontrollpraxis (nicht aufgenommen) 17
3 Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen 19
Fragen aufwerfende und keine Fragen aufwerfende Meldungen 19
Komplexe Meldungen (nicht aufgenommen) 20
SterbehilfeKodex 2018 20
Reflexionsgremium (nicht aufgenommen) 20
Beurteilungsschreiben (nicht aufgenommen) 20
Organisation (nicht aufgenommen) 20

KAPITEL II KASUISTIK

1 Einführung 21
2 Der Arzt hat im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 24
2.1 Fünf repräsentative Fälle 24
Fall 2017-68 Krebs 24
Fall 2017-84 Erkrankung des Nervensystems
(nicht aufgenommen) 26
Fall 2017-86 Erkrankung des Nervensystems 27
Fall 2017-49 Lungenerkrankung 28
Fall 2017-59 Herz- und Gefäßkrankheiten 29
2.2 Nach vier Sorgfaltskriterien geordnete Fälle 30
Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte 30
Fall 2017-12 30

Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand 32
Fall 2017-07 32
Keine annehmbare andere Lösung 34
Fall 2017-08 34
Medizinisch fachgerechte Durchführung 36
Fall 2017-82 36
2.3 Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von Altersbeschwerden 37
Psychiatrische Erkrankung 37
Fall 2017-42 37
Demenz 39
Fall 2017-06 (nicht aufgenommen) 39
Fall 2017-14 39
Kumulation von Altersbeschwerden 42
Fall 2017-38 42
Fall 2017-19 (nicht aufgenommen) 44
3 Der Arzt hat *nicht* im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 45
Nicht im Einklang mit den Kriterien der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte und des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands gehandelt 45
Fall 2017-73 45
Schriftliche Patientenverfügung 49
Fall 2017-103 49
Nicht im Einklang mit den Kriterien des aussichtslosen Zustands und des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung gehandelt 57
Fall 2017-31 57
Fall 2017-79 60

VORWORT

GESELLSCHAFTLICHER DISKURS

Das Jahr 2017 ist aus der Sicht der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe ein Jahr widersprüchlicher Entwicklungen.

Einerseits zeichnet die im Mai 2017 veröffentlichte dritte Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz) ganz klar ein positives Bild von der gesellschaftlichen Akzeptanz der Sterbehilfepraxis in den Niederlanden, andererseits veröffentlichten mehrere Ärzte zu Beginn des Jahres ein Manifest in den Medien, in dem sie sich gegen die Durchführung von Sterbehilfe bei Patienten mit weit fortgeschrittener Demenz aufgrund einer zuvor verfassten schriftlichen Patientenverfügung aussprechen. Ihrer Ansicht nach ist Sterbehilfe nur bei Patienten vertretbar, die ihre Bitte um Sterbehilfe noch selbst mündlich zum Ausdruck bringen können. Darüber hinaus äußerten sich einige Psychiater im Herbst 2017 öffentlich kritisch über die Durchführung von Sterbehilfe bei psychiatrischen Patienten; die Frage, ob ein psychiatrischer Patient, der um Sterbehilfe bittet, sowohl willensfähig als auch austherapiert ist, lässt sich – den betreffenden Psychiatern zufolge – häufig nur vom behandelnden Psychiater beantworten. Und mit Blick auf die Kontrollpraxis werden im Rahmen der Evaluierung neben Komplimenten auch Verbesserungsvorschläge geäußert.

Ebenso wie in den Vorjahren handelt es sich in der überwiegenden Mehrheit der von den Kontrollkommissionen geprüften Fälle um Patienten, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich und die medizinische Behandlung ausschließlich palliativer Natur ist (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Dabei geht es vor allem um Krebspatienten, Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten oder Lungenerkrankungen, beginnender Demenz, einer Kombination dieser Erkrankungen oder einer Kumulation von Altersbeschwerden. Die öffentliche Diskussion über Sterbehilfe bei psychiatrischen Patienten und Patienten mit Demenz in einem weit fortgeschrittenen Stadium betrifft relativ betrachtet nur eine sehr kleine Zahl der Meldungen; 2017 bezogen sich drei Meldungen auf Fälle von Patienten mit fortgeschrittener Demenz, in 83 der insgesamt 6585 gemeldeten Fälle ging es um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung. Diese Fälle sind grundsätzlich komplex gelagert und werden von den Kommissionen erst nach eingehender Prüfung und Besprechung aller Aspekte der Meldungen beurteilt. Gibt es dann noch Fragen zu dem Fall, wird der Arzt, der die Sterbehilfe

geleistet hat, um eine mündliche Erläuterung des Falls im Rahmen einer Kommissionssitzung gebeten. Ende 2017 wurde beschlossen, einen Arzt, der bei einem Patienten mit Demenz in fortgeschrittenem Stadium aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet hat, grundsätzlich um eine nähere Erläuterung des Beschlussfassungsprozesses und der Durchführung der Sterbehilfe im Rahmen einer Kommissionssitzung zu bitten. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass es unter den 15 den Kontrollkommissionen angehörenden Ärzten zwei Psychiater, drei Fachärzte für Geriatrie und einen klinischen Geriater gibt.

In der Diskussion über die Frage, welcher Wert einer schriftlichen Patientenverfügung beizumessen ist, die zu einem Zeitpunkt verfasst wurde, zu dem der Patient noch willensfähig war, wird manchmal implizit der merkwürdige Vorwurf geäußert, dass sich die Kontrollkommissionen an die betreffende Passage des Sterbehilfegesetzes halten. Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann ein Arzt einer schriftlichen Bitte um Lebensbeendigung eines Patienten, der das 16. Lebensjahr vollendet hat und nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, nachkommen. Würden die Kommissionen derartigen Fällen kategorisch die Einstufung als »sorgfältig« versagen, könnte man ihnen zu Recht vorwerfen, dass sie nicht die ihnen vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe erfüllen (die Beurteilung der Frage, ob der Arzt im Einklang mit den im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat, einschließlich der Bestimmungen in Artikel 2 Absatz 2 dieses Gesetzes).

Die Auffassung, dass es sich bei dem Arzt, der bei einem psychiatrisch erkrankten Patienten Sterbehilfe leistet, um den behandelnden Psychiater handeln muss, entspricht nicht den gesetzlichen Bestimmungen. Dieses Kriterium ist weder aus dem Gesetzestext noch aus der Gesetzesgeschichte abzuleiten. Aus dem neuesten Richtlinienentwurf der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie geht hervor, dass auch der Berufsstand nicht die Auffassung vertritt, dass Sterbehilfe ausschließlich vom behandelnden Psychiater geleistet werden dürfe. Allerdings muss der Arzt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, der Rechtsprechung und den Beurteilungen der Kommissionen im Falle eines Sterbewunsches, der auf ein psychiatrisches Leiden zurückgeht, zusätzlich zu der gesetzlich vorgeschriebenen Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes einen unabhängigen Psychiater konsultieren. Letzterer soll ein unabhängiges Urteil insbesondere über die Willensfähigkeit des Patienten im Hinblick auf den Sterbewunsch, die Unerträglichkeit

des Leidens und die Aussichtslosigkeit des Zustands sowie in Bezug auf die Frage abgeben, ob es möglicherweise eine annehmbare andere Lösung gibt. Zur Vermeidung einer unnötigen Belastung des Patienten empfiehlt es sich, einen (SCEN-)Konsiliararzt hinzuzuziehen, der zugleich Psychiater ist.[1]

DRITTE EVALUIERUNG DES STERBEHILFEGESETZES.

(Gekürzt)

Die in der Dritten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes[2] enthaltene Empfehlung, die Möglichkeit einer Kassation im Interesse des Gesetzes gegen Beurteilungen der Kontrollkommissionen eingehender zu prüfen, entspricht den diesbezüglichen Ausführungen im Jahresbericht 2016 der Kontrollkommissionen. Die Entscheidung der Staatsanwaltschaft, erstmals seit Inkrafttreten des Gesetzes 2002 strafrechtliche Voruntersuchungen auf der Grundlage von Beurteilungen der Kommissionen aus den Jahren 2016 und 2017 einzuleiten, verleiht dieser Empfehlung besondere Aktualität.

Jacob Kohnstamm
Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Den Haag, März 2018

1 Dies ist auch so in den SterbehilfeKodex 2018 aufgenommen worden.
2 Veröffentlicht im Mai 2017.

VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Männer	3384
Frauen	3201

KAPITEL I
ENTWICKLUNGEN 2017

I

1 JAHRESBERICHT

Näheres über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen etc. kann im SterbehilfeKodex 2018 und auf www.euthanasiecommissie.nl (in niederländischer Sprache) und english.euthanasiecommissie.nl (in englischer Sprache) nachgelesen werden.

In ihrem Jahresbericht erstatten die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe Bericht über ihre Prüfungstätigkeit im zurückliegenden Kalenderjahr, womit sie gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über ihre gesetzliche Aufgabe ablegen: 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 übergreifend als Sterbehilfe bezeichnet. Eine Unterscheidung wird nur in den Fällen gemacht, in denen sie wirklich relevant ist.

Darüber hinaus soll der Jahresbericht Ärzten und anderen Interessierten einen Einblick in die Art und Weise verschaffen, wie die Kommissionen konkrete Meldungen geprüft und beurteilt haben. Diese Fallbeispiele werden im Bericht denn auch 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 in niederländische Sprache einsehbar (siehe euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

2017 gingen bei den Kontrollkommissionen insgesamt 6585 Meldungen über Sterbehilfe ein, darunter zwei aus dem karibischen Teil der Niederlande. Dabei handelte es sich um 4,4 % aller Sterbefälle in den Niederlanden in diesem Jahr (150 027). Im Vorjahr waren bei den Kommissionen 6091 Meldungen eingegangen, was 4 % aller Sterbefälle (148 973) entsprach. Die Zahl der Sterbehilfemeldungen ist im Jahr 2017 somit angestiegen, bleibt allerdings im Verhältnis zur Gesamtzahl der Sterbefälle in den Niederlanden relativ klein.

Verhältnis Männer/Frauen

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in der Zahl der Meldungen ist nahezu ausgeglichen: 3384 Männer (51,4 %) und 3201 Frauen (48,6 %).

VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen	6306
Hilfe bei der Selbsttötung	250
Kombination aus beiden	29

Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung

In 6306 Fällen (gut 95,8 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 250 Fällen (3,8 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 29 Fällen (0,4 %) um eine Kombination aus beiden.

Krankheitsarten

Häufigste Erkrankungen

Gut 89,4 % der gemeldeten Fälle (5893) betrafen Patienten, die an nicht mehr heilbaren Formen von Krebs, Erkrankungen des Nervensystems (etwa Morbus Parkinson, MS, ALS), Herz- und Gefäßkrankheiten, Lungenerkrankungen oder einer Kombination dieser Erkrankungen litten. Die genauen Zahlen waren: 4236 (Krebs), 782 (Mehrfacherkrankungen), 374 (Erkrankungen des Nervensystems), 275 (Herz- und Gefäßkrankheiten) und 226 (Lungenerkrankungen).

Demenz

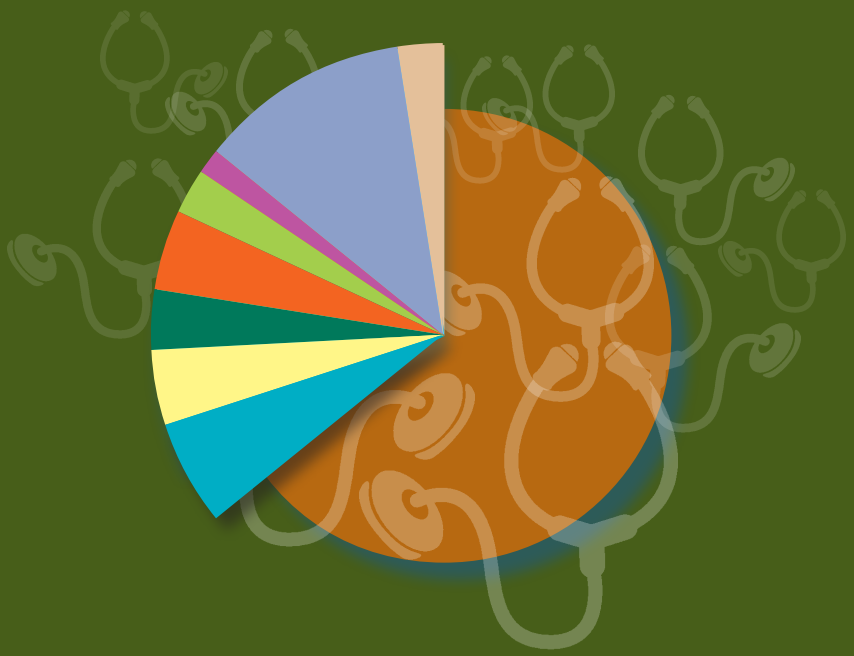
Näheres zu Aspekten bei Patienten mit Demenz enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 42.

Drei Meldungen bezogen sich auf Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, die nicht mehr in der Lage waren, ihren Sterbewunsch zu kommunizieren, weshalb die schriftliche Patientenverfügung für die Feststellung der Freiwilligkeit des Ersuchens maßgeblich war. Siehe in diesem Zusammenhang etwa Fall 2017-14 in Kapitel II. In 166 Fällen ging das Leiden des Patienten auf Demenz im Anfangsstadium zurück. Diese Patienten befanden sich in einem Stadium der Krankheit, in dem sie sich über ihre Krankheit und die Symptome, wie den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, noch im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte (noch) überblicken konnten. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel II im Rahmen von Fall 2017-06 beschrieben.

Psychiatrische Erkrankungen

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 40.

In 83 gemeldeten Sterbehilfefällen war eine psychiatrische Erkrankung Ursache des Leidens des Patienten. 36 dieser 83 Fälle wurden von einem Psychiater, 22 Fälle von einem Hausarzt, 6 Fälle von einem Geriater und 19 Fälle von einem anderen Arzt (z. B. einem Arzt in der Facharztausbildung zum Psychiater) gemeldet. In solchen Fällen muss mit großer Behutsamkeit vorgegangen werden, wie es in Fall 2017-42 (beschrieben in Kapitel II) geschehen ist. Die Niederländische Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) hat in ihrer Richtlinie zur Hilfe bei der Selbsttötung auf Verlangen von psychiatrischen Patienten 2009 beschrieben, welche Verfahren Psychiater bei derartigen



KRANKHEITSARTEN

Krebserkrankung	4236
Erkrankung des Nerven-systems	374
Herz- und Gefäßkrankheit	275
Lungenerkrankungen	226
Kumulation von Altersbeschwerde	293
Demenz	169
Psychiatrische Erkrankungen	83
Kombination aus Erkrankungen	782
Andere	147

Sterbehilfeersuchen befolgen müssen.[3] Die NVvP hat angekündigt, voraussichtlich 2018 eine überarbeitete Version der Richtlinie vorzulegen.

Kumulation von Altersbeschwerden

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 21.

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Gehörerkrankungen, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme oder Rückgang der kognitiven Fähigkeiten – kann die Ursache eines unerträglichen Leidens und 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 dazu führen, dass der Patient im Zusammenhang mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinen Wertvorstellungen und seiner Belastbarkeit sein Leiden als unerträglich und seinen Zustand als aussichtslos empfindet. 2017 gingen bei den Kontrollkommissionen 293 Meldungen dieser Kategorie ein.

Mehrfacherkrankungen und sonstige Erkrankungen

In 782 Fällen lag eine sogenannte Mehrfacherkrankung vor. In diese Kategorie werden alle Meldungen eingeordnet, bei denen eine Kombination von Erkrankungen aus den vorgenannten Kategorien vorliegt, etwa wenn das Leiden sowohl auf eine Krebserkrankung als auch auf eine Herz- und Gefäßkrankheit oder auf Demenz oder eine psychiatrische Erkrankung in Kombination mit der chronischen Lungenerkrankung COPD zurückgeht. Die Kategorie »sonstige Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom. 2017 gab es 147 Fälle in dieser Kategorie.

Alter

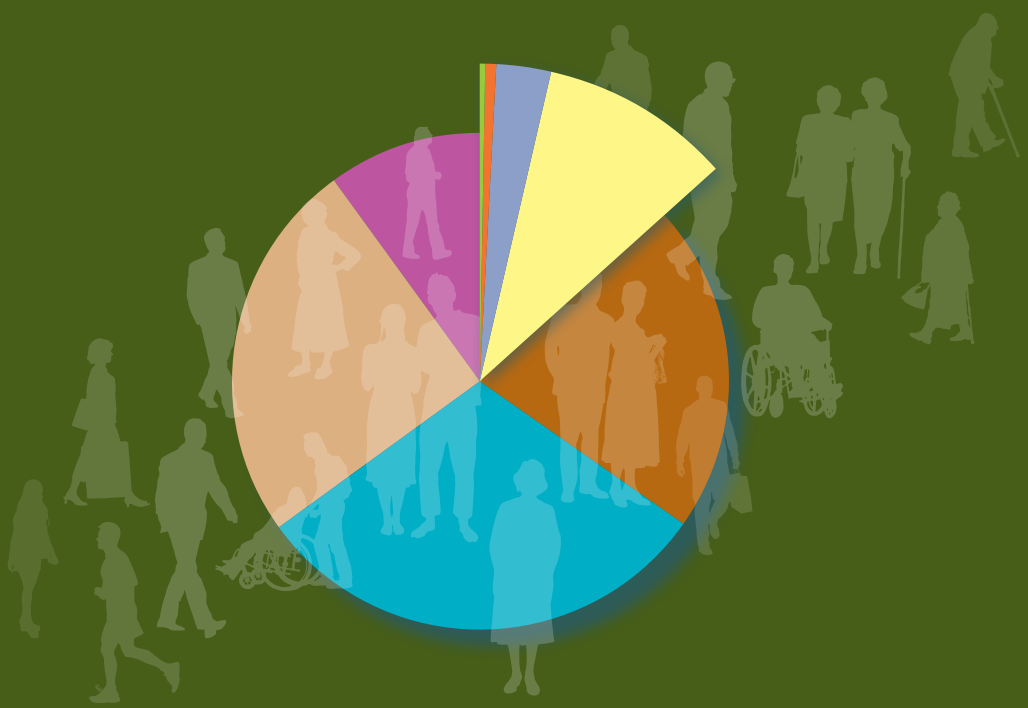
Näheres zu Aspekten bei minderjährigen Patienten enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 40.

Die meisten Sterbehilfemeldungen betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren (2002 Fälle, 30,4 %), gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 90 Jahre (1634 Fälle, 24,8 %) und 60 bis 70 Jahre (1405 Fälle, 21,3 %).

2017 ging bei den Kontrollkommissionen drei Meldungen über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Patienten ein (zwischen 12 und 17 Jahren).

Es wurden 73 Fälle gemeldet, die sich auf Patienten im Alter zwischen 18 und 40 Jahre bezogen. In 46 dieser Fälle ging das Leiden des Patienten auf Krebs, in 13 Fällen auf eine psychiatrische

3 Diese Richtlinie und andere einschlägige Dokumente sind auf der Website der NVvP einzusehen (nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie).



ALTER

Bis 30 Jahren*	22
30-40 Jahren	51
40-50 Jahren	183
50-60 Jahren	635
60-70 Jahren	1405
70-80 Jahren	2002
80-90 Jahren	1634
90 Jahren oder alter	653

** darunter drei Minderjährige*

Erkrankung zurück. In den Kategorien »Demenz« und »psychiatrische Erkrankungen« waren die meisten Patienten zwischen 80 und 90 Jahre (63 Meldungen) bzw. zwischen 50 und 60 Jahre (16 Meldungen) alt. In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« betrafen die meisten Meldungen (199) Patienten im Alter von 90 Jahren oder älter.

Ort der Lebensbeendigung

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle (5308 bzw. 80,6 %) fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt. In den übrigen Fällen handelte es sich um ein Hospiz (436 bzw. 6,6 %), ein Altersheim (286 bzw. 4,3 %), ein Pflegeheim (287 bzw. 3,8 %), ein Krankenhaus (172 bzw. 2,6 %) oder einen anderen Ort, etwa die Wohnung von Verwandten, eine Einrichtung des betreuten Wohnens oder ein Pflegehotel (96 bzw. 1,5 %).

Meldende Ärzte

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle (5636) handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt (85 % aller Meldungen). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (382), Fachärzte (247) und Ärzte in der Facharztausbildung (68). Außerdem gibt es bei den meldenden Ärzten noch eine große Gruppe von Ärzten mit einem anderen Hintergrund (252), die meisten davon Ärzte, die für die Stiftung Lebensendeklinik (SLK) tätig sind.

2017 verzeichneten die Kommissionen 751 von SLK-Ärzten gemeldete Fälle (2016: 487). Das entspricht einem Anstieg um 54 % gegenüber 2016.

Wie aus den Meldungen hervorgeht, werden in komplexen Fällen oft SLK-Ärzte konsultiert, zum Teil auf Initiative des behandelnden Arztes. Ein Großteil der Meldungen, bei denen es um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung ging, stammte von SLK-Ärzten: 52 der 83 Meldungen (gut 62 %). Von den Meldungen, bei denen sich das Leiden des Patienten aus einer Form der Demenz ergab, kamen 57 (gut 33 %) von einem SLK-Arzt. Außerdem gingen bei den Kommissionen 108 Meldungen (37 %) von SLK-Ärzten ein, bei denen die Patienten an einer Kumulation von Altersbeschwerden gelitten hatten. Aus den Meldeunterlagen geht hervor, dass diese Fälle von Ärzten als komplex beurteilt oder grundsätzlich an die SLK verwiesen werden. Darüber hinaus sind manche Ärzte nur bei Patienten in der Terminalphase bereit, Sterbehilfe zu leisten; auch sie überweisen manche Patienten an die SLK.

MELDENDE ÄRZTE

Hausarzt	5636
Geriater	382
Fachärzte	247
Fachärzte in der Ausbildung	68
Ärzten mit einem anderen Hintergrund (etwa Ärzte, die für die Stiftung Lebensendeklinik (SLK) tätig sind, oder sogenannte Basisärzte)	252

Sterbehilfe und Organ- und Gewebespenden

Eine freiwillige Lebensbeendigung durch Sterbehilfe steht einer Organ- und Gewebespende an sich nicht im Wege. In der von der Transplantationsstiftung formulierten Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe (Juli 2017) ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben.[4] Bei den Kommissionen wurden 2017 vier Fälle gemeldet, in denen nach Sterbehilfe eine Organspende stattfand. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel II im Rahmen von Fall 2017-86 beschrieben.

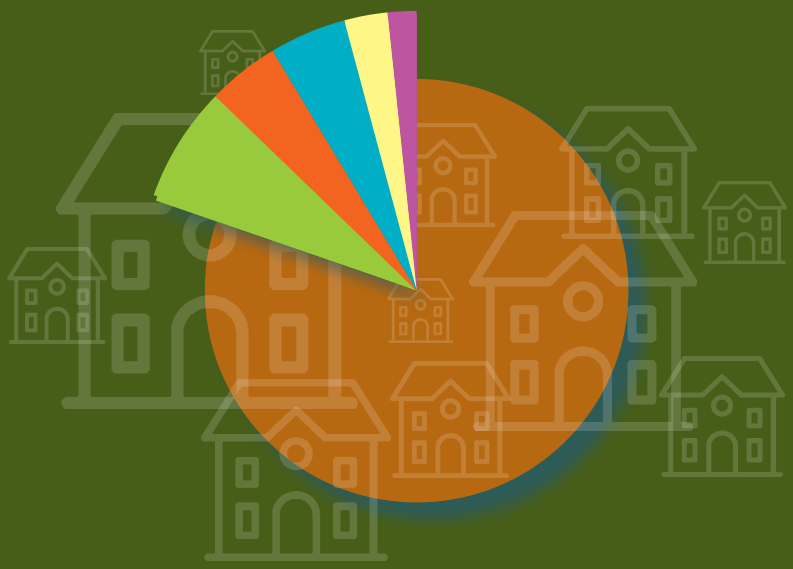
Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien

In 12 der 6585 gemeldeten Fälle kamen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss, dass der durchführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz eingehalten hat: das entspricht 0,18 % aller Meldungen. In etwas mehr als der Hälfte dieser Fälle wurde das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines anderen, unabhängigen Arztes (eine Meldung) und das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung (sechs Meldungen) nicht erfüllt. In vier der übrigen Fälle ging es um das Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte, das Kriterium des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands und das Kriterium des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung, häufig in Kombination. Und schließlich gab es einen Fall, in dem der Arzt ein zusätzliches Kriterium nicht eingehalten hat, das bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung gilt: die Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters, der insbesondere die Willensfähigkeit des Patienten im Hinblick auf dessen Sterbewunsch, die Unerträglichkeit des Leidens und die Aussichtslosigkeit des Zustands sowie das Fehlen annehmbarer anderer Lösungen beurteilt.

»Grauzonen« in der Prüfungspraxis

(nicht aufgenommen)

4 Die Richtlinie sowie die ihr zugrundeliegenden Hintergründe samt Begründung können unter transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie eingesehen werden (in niederländischer Sprache).



ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Zu Hause	5308
Hospiz	436
Altersheim	286
Pflegeheim	287
Krankenhaus	172
Anderen Ort (etwa die Wohnung von Verwandten oder ein Pflegehotel)	96

3 ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN, ENTWICKLUNGEN

Fragen aufwerfende Meldungen und keine Fragen aufwerfende Meldungen

Seit 2012 stufen die Kommissionen die Meldungen unmittelbar nach Eingang als »keine Fragen aufwerfende Meldung« oder »Fragen aufwerfende Meldung« ein. Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden den Kommissionsmitgliedern (jeweils ein Jurist, ein Arzt und ein Sachverständiger für Ethik- oder Sinnfragen) samt den dazugehörigen Unterlagen wöchentlich in digitaler Form vorgelegt und von ihnen beurteilt. So wird gewährleistet, dass diese Meldungen innerhalb der geltenden Frist bearbeitet werden können. 2017 handelte es sich in 81 % aller gemeldeten Fälle um Meldungen, die keine Fragen aufwarfen.

Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wenn der Sekretär der Kommission, ein erfahrener Jurist, zu der Einschätzung gelangt, dass die erteilten Informationen so vollständig sind und es so wahrscheinlich ist, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, dass die Kommission diese Meldung auf elektronischem Wege beurteilen kann. Als Beispiel für derartige Meldungen, die keine Fragen aufwarfen, werden in Kapitel II die Fälle 2017-68, 2017-84, 2017-49 und 2017-59 beschrieben.

Einige wenige der als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldungen (92 bzw. 1,4 % aller Meldungen) wurden im Nachhinein doch noch als »Fragen aufwerfend« eingestuft und auf einer Kommissionssitzung besprochen. Wenn auch nur eines der Kommissionsmitglieder zu einer als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldung doch Fragen hat, muss diese im Rahmen der monatlichen Kommissionssitzung behandelt werden.
Die übrigen 19 % der Meldungen, die als »Fragen aufwerfend« eingestuft wurden und damit mündlich erörtert werden mussten (etwa im Zusammenhang mit einer komplexen Problematik wie einer psychiatrischen Erkrankung und Demenz oder weil die vom meldenden Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausreichend waren), wurden von den Kommissionen auf ihren monatlichen Sitzungen beurteilt.
2017 wurden 5765 Meldungen (bzw. 87,6 % aller eingegangenen Meldungen) auf diese Weise von den Kommissionen bearbeitet.
Der Zeitraum zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt betrug 2017 durchschnittlich 52 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 Sterbehilfegesetz festgelegte Bearbeitungsfrist von sechs Wochen leicht überschritten.

Komplexe Meldungen

(nicht aufgenommen)

SterbehilfeKodex 2018

Der SterbehilfeKodex 2018 steht in englischer Sprache auf english.euthanasiecommissie.nl zum Herunterladen bereit.

Im Frühjahr 2018 wird eine aktualisierte Fassung des 2015 veröffentlichten Praxisleitfadens unter dem Titel »SterbehilfeKodex 2018, Erläuterungen zur Kontrollpraxis« erscheinen. Der SterbehilfeKodex 2018 bietet eine Übersicht über die wesentlichen Aspekte, die die Kommissionen für die Ausübung ihrer Prüfungstätigkeit, die ihnen gemäß dem Sterbehilfegesetz obliegt, für relevant erachten. Ziel dieses Kodex ist es, insbesondere Sterbehilfe leistenden Ärzten und Konsiliarärzten in zugänglicher Form ein Bild davon zu vermitteln, wie die Kommissionen die gesetzlichen Sorgfaltskriterien interpretieren und anwenden.

Reflexionsgremium

(nicht aufgenommen)

Beurteilungsschreiben

(nicht aufgenommen)

Organisation

(nicht aufgenommen)

KAPITEL II KASUISTIK

II

1 EINFÜHRUNG

Der Wortlaut des Sterbehilfegesetzes und anderer relevanter Bestimmungen aus dem Strafgesetzbuch und dem Gesetz über das Leichenwesen sind (in niederländischer Sprache) zu finden auf commissie.nl/zorgvuldigheidseisen.

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 der Krankenakten in Fällen, in denen ein Arzt eine Lebensbeendigung auf Verlangen durchgeführt oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat (im Folgenden zusammenfassend als »Sterbehilfe« bezeichnet).
Ein Arzt, der Sterbehilfe geleistet hat, ist gesetzlich verpflichtet, den Fall dem örtlichen Leichenschauer zu melden. Dieser leitet die Meldung und die zugehörigen Unterlagen zur Beurteilung an die Kontrollkommission für Sterbehilfe weiter. Die vom Arzt vorgelegte Akte enthält unter anderem die Berichte des meldenden Arztes und des hinzugezogenen unabhängigen Konsiliararztes, Auszüge aus der Krankenakte des Patienten, eine schriftliche Patientenverfügung und gegebenenfalls eine Erklärung des örtlichen Leichenschauers.
Bei dem Konsiliararzt handelt es sich fast immer um einen Arzt, der im Rahmen der Richtlinie »Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden« (SCEN) der Ärztekammer konsultiert wird. Die Kommission prüft, ob der meldende Arzt die sechs Sorgfaltskriterien aus Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: das Sterbehilfegesetz) erfüllt 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.

Bei der Prüfung der Meldungen berücksichtigen die Kontrollkommissionen die gesetzlichen Bestimmungen und deren Entstehungsgeschichte sowie die relevante Rechtsprechung. Außerdem konsultieren sie die früheren Entscheidungen der Kontrollkommissionen sowie der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Kommissionen beurteilen, ob *festgestellt werden konnte*, dass die Kriterien »Aufklärung« (c), »Konsultation« (e) und »medizinisch fachgerechte Durchführung« (f) erfüllt waren. Die Juristen sprechen in diesem Fall von einer »vollständigen Prüfung«. In Bezug auf die Sorgfaltskriterien »freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte (a)«, »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b) und »keine annehmbare andere Lösung« (d) muss der Arzt *glaubhaft machen*, dass er angesichts der Umstände des betreffenden Falls *nach vernünftigem Ermessen zu der Überzeugung gelangen konnte*, dass diese Kriterien erfüllt waren. Die Juristen sprechen in diesem Fall von einer »marginalen Prüfung«. Die Kommissionen prüfen die Einhaltung der Sorgfaltskriterien in diesem Fall also nicht vollständig, das heißt, dass sie nicht erneut dieselben Aspekte beurteilen wie der Arzt, der die frühere Entscheidung getroffen hat. Dazu wären die Kommissionen auch gar nicht in der Lage, da der Patient inzwischen verstorben ist. Genau dies sind jedoch die Aspekte, die der konsultierte Arzt eingehend prüft.

Die in diesem Kapitel angeführten Fälle gliedern sich in Fälle, bei denen die Kontrollkommissionen für Sterbehilfe zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt (Abschnitt 2) bzw. nicht erfüllt (Abschnitt 3) waren. Die letztgenannte Beurteilung bedeutet, dass der Arzt nach Auffassung der betreffenden Kontrollkommission ein oder mehrere Sorgfaltskriterien nicht erfüllt hat.

Abschnitt 2 gliedert sich in drei Unterabschnitte.
Zunächst stellen wir in Abschnitt 2.1 fünf Fälle vor, die für den größten Teil der bei den Kontrollkommissionen eingehenden Meldungen repräsentativ sind. Dabei handelt es sich um Fälle, in denen eine Genesung aufgrund von Krebs, Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten oder Lungenerkrankungen nicht mehr möglich war. Anschließend gehen wir in Abschnitt 2.2 näher auf einige der gesetzlichen Sorgfaltskriterien ein, insbesondere auf die Kriterien »freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte« (a), »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b), »keine annehmbare andere Lösung« (d) und »medizinisch fachgerechte Durchführung« (f). In diesem Abschnitt werden komplexere Fälle besprochen. Das kann etwa bedeuten, dass mehr Daten über den Patienten, dessen Bitte und Leiden angefordert wurden oder dass die Kommission zusätzliche Aspekte in Betracht gezogen hat.
Auf zwei Sorgfaltskriterien wird an dieser Stelle nicht explizit

eingegangen, nämlich auf die Aufklärung des Patienten über dessen medizinische Prognose (c) und die Konsultation mindestens eines unabhängigen Arztes (e). Das Kriterium (c) ist im Allgemeinen eng mit anderen Sorgfaltskriterien verknüpft, unter anderem mit dem Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte. Davon kann nur die Rede sein, wenn der Patient gut über seine gesundheitliche Situation und seine medizinische Prognose informiert ist. Das Sorgfaltskriterium der Konsultation eines unabhängigen Arztes kommt dann zum Tragen, wenn ein Fall als »nicht den Sorgfaltskriterien entsprechend« beurteilt wurde. Abschließend beschreiben wir in Abschnitt 2.3 einige Fälle, in denen bei Patienten einer besonderen Kategorie Sterbehilfe geleistet wurde, nämlich bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung (ein Fall), Demenz (zwei Fälle) oder einer Kumulation von Altersbeschwerden (zwei Fälle). In allen in Abschnitt 2 beschriebenen Fällen kam die Kommission also zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllt hat.

In Abschnitt 3 werden zehn der zwölf Fälle beschrieben, in denen die Kommission zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien *nicht* erfüllt waren. In zwei Fällen ging es dabei um eine Kombination der Kriterien »freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte« und »unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand« (Fälle 2017-73 und 2017-103), in zwei Fällen nur um das Kriterium »unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand« (2017-31 und 2017-79) und in einem Fall um das Kriterium der besonderen Behutsamkeit in Fällen der Sterbehilfe bei einem Patienten mit psychiatrischer Erkrankung (2017-24). Darüber hinaus gab es sieben Fälle, in denen eines der eher verfahrenstechnischen Kriterien nicht erfüllt wurde, nämlich die Konsultation (2017-10) und die medizinisch fachgerechte Durchführung (sechs Fälle, von denen vier – 2017-02, 2017-11, 2017-28 und 2017-118 – in Abschnitt 3 vorgestellt werden).

Alle Fälle sind mit einer Nummer gekennzeichnet, unter der auf der Website der Kontrollkommissionen (euthanasiecommissie.nl) die vollständige Beurteilung abgerufen werden kann.

2. DER ARZT HAT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

2.1 Fünf repräsentative Fälle

Wie in Kapitel 1 dargelegt wird Sterbehilfe am häufigsten bei Patienten mit Krebs, Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten oder Lungenerkrankungen geleistet. Als Beispiele hierfür werden im Folgenden fünf Fälle vorgestellt (die allesamt als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurden).

Im ersten dieser Fälle wird nahezu die vollständige Beurteilung veröffentlicht, nur die personenbezogenen Daten wurden gelöscht. Dies ist ein gutes Beispiel für eine Beurteilung einer Kontrollkommission. Zusammen zeichnen diese fünf Fälle ein Bild der Problematik, mit der die Kontrollkommissionen am häufigsten konfrontiert werden. In drei Vierteln der Fälle kommt ein besonderes Merkmal hinzu, beispielsweise die frühzeitige Konsultation, die Kombination von Sterbehilfe und Organspende und Sterbehilfe in Fällen, in denen der Patient überwiegend im Ausland wohnhaft war.

FALL 2017-68
KREBS

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-68 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: »Keine Fragen aufwerfende Meldung«, frühzeitige Konsultation, da infolge von Metastasen befürchtet werden musste, dass schon in naher Zukunft kein Gespräch mehr mit dem Patienten geführt werden kann.

SACHVERHALTE UND UMSTÄNDE

Aus den Berichten des Arztes und der Konsiliarärztin sowie den weiteren vorliegenden Daten ging Folgendes hervor:

a) Charakter des Leidens, Aufklärung und Alternativen

Bei einem Mann im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde acht Jahre vor seinem Tod schwerer Hautkrebs diagnostiziert. Dagegen wurde er behandelt. Vier Monate vor seinem Tod wurden Metastasen in der Lunge und im Gehirn festgestellt. Im letzten Monat vor seinem Tod bekam der Mann einen epileptischen Anfall; anschließend verschlechterte sich sein Zustand schnell. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung war nur noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Das Leiden des Mannes bestand in Verwirrtheit, Schläfrigkeit und Harn- und Stuhlinkontinenz. Auch die Kommunikation fiel ihm immer schwerer. Der Mann war zu nichts mehr in der Lage, konnte kaum

mehr selbständig laufen, war bettlägerig und vollständig von anderen abhängig. Er war sich bewusst, dass sich seine Situation nur noch verschlechtern konnte, und er litt unter der Sinnlosigkeit und Aussichtslosigkeit seiner Situation, der fehlenden Lebensqualität und dem fortschreitenden körperlichen Verfall.
Er empfand sein Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt und die Fachärzte den Patienten hinreichend über seine Lage und die Prognose informiert hatten.

b) Sterbehilfeersuchen

Der Mann hatte in der Vergangenheit mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Drei Tage vor seinem Tod bat er den Arzt, die Lebensbeendigung nunmehr durchzuführen. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

c) Konsultation

Als Konsiliarärztin zog der behandelnde Arzt zweimal dieselbe unabhängige SCEN-Ärztin hinzu. Das erste Mal besuchte die Konsiliarärztin den Patienten etwa zwei Monate vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Die Konsultation erfolgte so frühzeitig, weil die Gefahr bestand, dass Metastasen im Gehirn in naher Zukunft die Kommunikation mit dem Patienten unmöglich machen würden.
Der Bericht der Konsiliarärztin enthielt eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens des Patienten.
In ihrem Bericht kam die Konsiliarärztin auch aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Von unerträglichem Leiden konnte noch keine Rede sein, und es lag kein konkretes Sterbehilfeersuchen vor. Das zweite Mal besuchte die Konsiliarärztin den Mann einen Tag vor der Lebensbeendigung, nachdem sie vom Arzt über den Krankheitsverlauf seit dem ersten Besuch informiert worden war. Die Konsiliarärztin fasste im zweiten Konsiliarbericht die Entwicklung des Krankheitsverlaufs seit ihrem ersten Besuch beim Patienten zusammen. In ihrem Bericht kam sie zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Das Leiden war inzwischen unerträglich, und es lag ein konkretes Sterbehilfeersuchen vor.

d) Durchführung

Der Arzt hat die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 empfohlenen Mitteln durchgeführt, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.[5]

BEURTEILUNG

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

ENTSCHEIDUNG

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

FALL 2017-84

(nicht aufgenommen)

5 Einzusehen (auf Niederländisch) unter www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.

FALL 2017-86
ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-86 auf der Website.

Beurteilung: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung; Sterbehilfe in Kombination mit Organspende

Bei einer Patientin im Alter zwischen 50 und 60 Jahren wurde zwei Jahre vor ihrem Tod ALS festgestellt (eine Krankheit, bei der Nerven im Rückenmark und in einem Teil des Gehirns absterben). Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Das Leiden der Patientin bestand in der zunehmenden Verschlechterung ihres Zustands. Es kam zu einem schweren Ausfall mehrerer Funktionen. Sie konnte nicht mehr essen und nur noch schlecht kommunizieren. Die Patientin, die stets unabhängig, aktiv und kommunikativ gewesen war, war nun vollständig von anderen abhängig und alleine zu fast keinerlei Handlung mehr in der Lage. Sie wusste, dass sich ihre Situation nicht mehr verbessern, sondern lediglich weiter verschlechtern würde. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Auch der von ihm hinzugezogene unabhängige SCEN-Arzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Patientin wollte ihre Organe spenden. Nach Beratungen wurde sie zu Hause sediert und es wurde ein Beatmungsschlauch in ihrer Luftröhre angebracht. Daraufhin wurde sie in das Krankenhaus verbracht, in dem die Sterbehilfe durchgeführt wurde.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

FALL 2017-49
LUNGENERKRANKUNG

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-49 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung

Eine Patientin im Alter zwischen 50 und 60 Jahren litt bereits seit 14 Jahren an einer chronischen Verengung der Atemwege (COPD), die letztlich zu einem sehr schweren Lungenleiden führte. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Die Patientin fühlte sich allgemein schlecht und litt unter Kurzatmigkeit, Muskelbeschwerden und Müdigkeit. Sie, die immer eine selbständige Frau gewesen war, war nun zunehmend ans Bett gefesselt. Sie war von der Sauerstoffzufuhr abhängig und musste von anderen versorgt werden. Sie litt unter der Aussichtslosigkeit ihres Zustands, dem Mangel an Lebensqualität und an Erstickungsangst. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Auch der von ihm hinzugezogene unabhängige SCEN-Arzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

FALL 2017-59
HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEITEN

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-59 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung

Bei einer Patientin zwischen 80 und 90 Jahren wurde fünf Monate vor ihrem Tod eine Herzinsuffizienz festgestellt, die letztlich zu einem terminalen Zustand führte. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Die Patientin litt unter starker Atemnot bei der kleinsten Anstrengung, ihrer Immobilität und Erschöpfung. Außerdem kämpfte sie mit einem schweren Juckreiz und Rückenschmerzen. Sie war zu keiner Handlung mehr in der Lage und letztlich an ihr Sofa gefesselt. Sie litt unter der Angst zu stürzen und der Aussichtslosigkeit ihrer Situation. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Auch der von ihm hinzugezogene unabhängige SCEN-Arzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

2.2. Nach vier Sorgfaltskriterien geordnete Fälle

Näheres zu verschiedenen allgemeinen Aspekten der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 17 ff.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Im Sterbehilfegesetz ist festgelegt, dass der durchführende Arzt (im Folgenden: der Arzt) zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient sein Sterbehilfeersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Nach dem Gesetz braucht das Ersuchen nicht schriftlich abgefasst zu sein, dennoch kann es unter Umständen hilfreich sein, wenn eine schriftliche Verfügung vorliegt. Dies zeigt der nachstehende Fall.

FALL 2017-12

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-12 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Sterbehilfe bei einer Patientin mit vermindertem Bewusstsein; schriftliche Patientenverfügung

Näheres zu besonderen Aspekten im Hinblick auf die schriftliche Patientenverfügung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 36 ff.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren, die bereits seit Jahren mit einer Krebserkrankung und deren Folgen lebte, wurde sechs Monate vor ihrem Tod erneut Lungenkrebs diagnostiziert. Dieser Krebs ging mit einer Entzündung des Brust- und Lungenfells einher und befiel, so vermutete man, auch die Lymphgefäße. Ihr Zustand verschlechterte sich rapide in den letzten Tagen vor ihrem Tod. Ihr Leiden bestand in zunehmenden Schmerzen, Kurzatmigkeit und Bettlägerigkeit. Sie litt unter dem Verlust der Lebensqualität und dem Wissen, dass sich ihr Zustand nur noch weiter verschlechtern würde. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Sie hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Etwa ein Jahr vor ihrem Tod hatte sie ihm eine Patientenverfügung übergeben. Drei Tage vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nunmehr durchzuführen. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Der Konsiliararzt besuchte die Patientin am Tag der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Bei seinem Besuch war die Patientin nicht mehr in der Lage, mit ihm zu kommunizieren. Der Konsiliararzt stellte fest, dass die Patientin extrem ausgemergelt war, nach Luft schnappte und einen gespannten und verkrampften Gesichtsausdruck hatte. Er bekam den Eindruck, dass sie anhaltend litt und dass ihr Zustand aussichtslos war. Da die Patientin ihren Sterbewunsch nicht mehr aktiv äußern konnte, gab die

Patientenverfügung für den Konsiliararzt den Ausschlag bei der Beurteilung der Freiwilligkeit und reiflichen Überlegung ihres Ersuchens. In seinem Bericht kam er zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass sie unerträglich litt und dass ihr Zustand aussichtslos war. Auch wenn die Patientin zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe nicht mehr ansprechbar war, ließen sich bei ihr dennoch Anzeichen von unerträglichem Leiden feststellen. Nach dem SterbehilfeKodex 2018, S. 46, kann bei einem Patienten mit vermindertem Bewusstsein in einem solchen Fall Sterbehilfe geleistet werden.
Hinsichtlich der Hinzuziehung eines Konsiliararztes berücksichtigte die Kommission den Umstand, dass die Patientin, wie aus den Unterlagen hervorging, zum Zeitpunkt der Konsultation nicht mehr ansprechbar war. Der Konsiliararzt hatte jedoch festgestellt, dass es Zeichen von unerträglichem Leiden gegeben hatte, und er war davon überzeugt, dass die Patientin im Vorfeld ausdrücklich erklärt hatte, ein solches Leiden nicht durchmachen zu wollen. Im SterbehilfeKodex ist in Abschnitt 3.6 niedergelegt, dass das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes auch dann erfüllt sein kann, wenn ein Patient zum Zeitpunkt des Besuchs des Konsiliararztes nicht mehr ansprechbar ist. In einem solchen Fall muss sich der Konsiliararzt bei seiner Beurteilung der Sorgfaltskriterien auf Informationen des Arztes, die Patientenverfügung, die Krankenakte und Angaben anderer Personen stützen.

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

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

Näheres zu einigen allgemeinen Aspekten des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 20 ff.

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist. Der Leidensdruck, den ein Patient empfindet, hat meist mehrere Dimensionen. In der Praxis hat das Leiden des Patienten fast immer mehrere Facetten, die es unerträglich werden lassen, z. B. die Aussichtslosigkeit des Zustands. Der Arzt muss also bei seiner Beurteilung sämtliche Aspekte berücksichtigen, die zusammengenommen das Leiden für den Patienten unerträglich machen.

FALL 2017-07

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-07 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Feststellung der Unerträglichkeit des Leidens kann äußerst schwierig sein

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt seit vier Jahren unter Schwindelgefühlen. Sie fühlte ständig einen gewissen Schwindel und Bewegungen, insbesondere Drehungen, verursachten ihr Übelkeit. Drei Jahre vor ihrem Tod wurde eine beidseitige Innenohrentzündung diagnostiziert. Die enorm verschlechterte Automatisierung des Gleichgewichts, der Orientierung und der Bildstabilisierung verursachte anhaltende Probleme. Typische Beschwerden waren u. a. eine schwankende Sehschärfe, verringerte Gleichgewichtskontrolle mit erhöhtem Sturzrisiko, schnell auftretende Müdigkeit sowie Übelkeit bei bewegten Bildern. Drei Jahre vor ihrem Tod erlitt die Patientin einen Herzinfarkt; anderthalb Jahre später wurde ihr ein Herzschrittmacher eingesetzt. Im letzten halben Jahr vor ihrem Tod verschlechterten sich ihre Funktionen erheblich. Etwa drei Monate vor ihrem Tod ließ die Patientin den Herzschrittmacher ausschalten; zugleich setzte sie mit Ausnahme der Schlafmittel alle Medikamente ab.
Das Leiden der Patientin bestand in der progressiven Verschlechterung ihrer Funktionen. Alltagshandlungen kosteten sie immer mehr Zeit und Mühe. Ihre Gleichgewichtsprobleme und die schnell auftretende Müdigkeit beeinträchtigten sie sehr. Sie konnte sich nur noch sehr vorsichtig umdrehen. Wenn sie den Kopf zu schnell bewegte, wurde ihr übel, außerdem stürzte sie regelmäßig. Vieles, was ihr immer sehr wichtig gewesen war, konnte sie nicht mehr – Spaziergänge in der Natur, im Supermarkt einkaufen, lesen, Musik hören und in der Gesellschaft anderer Leute sein. Sie empfand immer weniger Lebensfreude. Sie war immer eine sehr lebenslustige und soziale Person gewesen, die großen Wert auf ihre Selbständigkeit legte. Sie litt unter der Verschlechterung ihres körperlichen Zustands, dem Verlust der Lebensfreude, der Tatsache, dass sie den Umgang mit anderen Menschen nicht mehr genießen konnte und dem drohenden Verlust ihrer Selbständigkeit. Die

Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Sie hatte in der Vergangenheit bereits mit ihrer Hausärztin über Sterbehilfe gesprochen. Diese war jedoch nicht bereit, ihrer Bitte Folge zu leisten, weil sie Schwierigkeiten hatte, die Unerträglichkeit des Leidens festzustellen, und weil sie sich von der Patientin unter Druck gesetzt fühlte. Daher wandte sich die Patientin an die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK). Der SLK-Arzt führte, gemeinsam mit einer Pflegekraft der Stiftung, drei Gespräche mit der Patientin. Anfänglich hatte auch er Probleme, die Unerträglichkeit des Leidens festzustellen, insbesondere aufgrund der aufgeweckten Art der Patientin. Die Patienten versuchte, die positiven Seiten ihres Zustands zu betonen und das empfundene Elend zu verbergen. Sie beschrieb sich selbst als jemanden, der energisch durchgreifen konnte, große Willenskraft besaß, optimistisch und belastbar war, mit wenig auskam und selten klagte. Just wegen dieser Eigenschaften fiel es der Patientin schwer, ihr unerträgliches Leiden in Worte zu fassen. Dennoch war der Arzt nach dem dritten Gespräch von der Unerträglichkeit ihres Leidens überzeugt. Dem hinzugezogenen SCEN-Arzt zufolge lautete die entscheidende Frage, ob jemand, der noch so viele Dinge konnte und noch so viel Energie zu haben schien, unerträglich leiden konnte Die Patientin machte ihm klar, dass sie ihr Leiden als unerträglich empfand. Dies ging vor allem auf den fortschreitenden Verlust von Funktionen und Lebensfreude zurück. Sie besaß lediglich noch die Automatismen ihrer früheren Lebensfreude, hatte jedoch nicht mehr das Gefühl, dazu zu gehören. Der Konsiliararzt hatte Verständnis für den Sterbewunsch der Patientin und kam zu dem Schluss – wenn auch nach einem gewissen Zögern –, dass ihr Leiden unerträglich war.

In Bezug auf den Aspekt der Unerträglichkeit des Leidens erwägt die Kommission Folgendes. Anfänglich hatte der Arzt Zweifel an der Unerträglichkeit des Leidens der Patientin, insbesondere aufgrund ihrer aufgeweckten und optimistischen Art. Nach mehreren Gesprächen mit der Patientin und Beratungen mit Kollegen kam er jedoch nach und nach zu der Überzeugung, dass die gesellschaftliche Isolation und der Verlust an sinnvoller Betätigung – eine Folge der Taubheit und des Schwindels der Patientin – für sie ein unerträgliches Leiden darstellten. Sie hatte ein geistig sehr anspruchsvolles und selbständiges Leben geführt, das sich nun in einen angstvollen Zustand der Abhängigkeit, Sturzgefahr und Isolation sowie der Aussicht auf einen weiteren körperlichen Verfall verwandelt hatte.
Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass sie unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung ist immer im Zusammenhang mit der Aussichtslosigkeit des Zustands eines Patienten zu betrachten. Näheres dazu enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 24 ff.

Der Arzt muss gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der dieser sich befindet, keine annehmbare andere Lösung gibt. Wenn es weniger einschneidende Möglichkeiten gibt, den Patienten von seinem Leiden zu befreien oder es wesentlich zu lindern, sind diese zu bevorzugen. Im nachstehend geschilderten Fall gab es lediglich noch experimentelle Behandlungsmöglichkeiten für eine junge Patientin mit einer sehr umfangreichen psychiatrischen Vergangenheit. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass es keine annehmbare andere Lösung mehr gab.

FALL 2017-08

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-08 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; keine annehmbare andere Lösung

Dieser Fall betrifft eine Patientin im Alter zwischen 18 und 30 Jahren mit einer sehr umfangreichen psychiatrischen Vorgeschichte und seit langem bestehenden Symptomen schwerer Niedergeschlagenheit (Depression), die durch eine chronische Essstörung und einer von Zwangsdenken geprägten Persönlichkeit noch verkompliziert wurden. Die Essstörung verursachte verschiedene körperliche Beschwerden wie starken Gewichtsverlust, Schwäche, Müdigkeit und Osteoporose. Darüber hinaus litt die Patientin unter einer erblichen Störung der Bindegewebsbildung, die vor allem ihre Gelenke und ihre Haut schädigte. Sie war in ihren Essritualen und ihrer nicht behandelbaren Niedergeschlagenheit gefangen. Sie hatte das Gefühl, bereits vor fünf Jahren gestorben zu sein; sie fühlte sich seitdem nur noch wie eine leere Hülle. Diese Leere »füllte« sie nach eigenen Angaben durch die Essstörung. Sie hatte an nichts mehr Interesse und kaum noch Energie für Unternehmungen. Ihre Zeit verbrachte sie hauptsächlich mit ihren Ess- und Brech-Ritualen. Außerdem litt sie unter der Verschlechterung ihres körperlichen Zustands – sie war abgemagert, fühlte sich müde und schwindelig. Sie besaß zwar Talente im kreativen Bereich und interessierte sich z. B. für die Pflege von Tieren, hatte aber zur Ausübung dieser Hobbys aufgrund ihrer Essrituale und deren zerstörerischer Auswirkung auf ihre Gesundheit kaum Gelegenheit. Ihr körperlicher Zustand verschlechterte sich zuletzt rapide. Die Patientin selbst erklärte, am meisten unter den Depressionen zu leiden. Sie war wegen ihrer Depressionen bereits stationär und ambulant mit allen verfügbaren Medikamenten, Gesprächstherapien und EKT (Elktrokonvulsionstherapie, bei dem das Gehirn unter Narkose über

Elektroden am Kopf mit Stromimpulsen stimuliert wird) behandelt worden. Wegen ihrer Essstörung wurde sie in spezialisierten Kliniken intensiv betreut. Die Patientin erklärte, an allen Behandlungen aktiv mitgewirkt zu haben. Diese hatten jedoch nur eine vorübergehende Verbesserung der Essstörungen und Depressionen zur Folge gehabt. Die Symptome beider Krankheiten kamen jedes Mal bald nach Beendigung der Behandlung bzw. des Aufenthalts in einer Einrichtung zurück. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Für die Patientin gab es lediglich noch experimentelle Behandlungen. Daher gab es für sie – trotz ihres jungen Alters – keine reellen Behandlungsmöglichkeiten mehr. Die Ärztin zog vier Monate vor der Lebensbeendigung einen unabhängigen Psychiater hinzu, der die Aussichtslosigkeit des Zustands und die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin sowie eventuelle Behandlungsalternativen beurteilen sollte. Dieser stellte, ebenso wie die behandelnden Ärzte in der Vergangenheit, fest, dass die Patientin in allen Lebensbereichen schwere Dysfunktionen zeigte und unter Hoffnungslosigkeit und der Aussichtslosigkeit ihres Zustands litt, was in einem bleibenden, konsistenten Sterbewunsch resultierte. Die Depression sprach tatsächlich nicht auf die nach Protokoll durchgeführten Behandlungen an, was den unabhängigen Psychiater vermuten ließ, dass eine genetische Prädisposition vorlag. Auch der Konsiliararzt war der Ansicht, dass die Patientin unerträglich litt und dass keine Aussicht auf Besserung bestand. Er betrachtete die Patientin als psychisch schwer kranke junge Frau. Sie hatte vieles versucht, um ihre psychische Gesundheit zu verbessern, aber ohne Erfolg. Er kam zu dem Urteil, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission berücksichtigt im Hinblick auf die Existenz einer annehmbaren anderen Lösung, dass die Patientin seit ihrer frühen Jugend sowohl gegen ihre Essstörung als auch gegen ihre Depressionen intensiv behandelt worden war. Trotz ihres sehr jungen Alters gab es keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten mehr. Der Konsiliararzt und der unabhängige Psychiater bestätigten die Auffassung der Ärztin, dass sich mit einer weiteren Behandlung keine strukturelle Verbesserung mehr erzielen ließe und dass es für die Patientin keine reellen Alternativen mehr gab. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Näheres zur medizinisch fachgerechten Durchführung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 33 ff.

Sterbehilfe muss von einem Arzt medizinisch fachgerecht durchgeführt werden. Dabei geht es unter anderem um die Auswahl und Dosierung der zu verwendenden Mittel sowie um die Kontrolle der Tiefe des vom Arzt herbeigeführten Komas. 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. Der nachstehende Fall verdeutlicht, dass eine Abweichung von dieser Richtlinie nicht automatisch bedeutet, dass das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung nicht erfüllt wurde.

FALL 2017-82

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-82 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; keine Verabreichung eines muskelrelaxierenden Mittels, da der Patient bereits verstorben war

Der Arzt führte die Lebensbeendigung durch, indem er 2000 mg Thiopental verabreichte. Fast unmittelbar danach verstarb der Patient. Da der Arzt festgestellt hatte, dass der Patient verstorben war, verabreichte er kein muskelrelaxierendes Mittel mehr.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Sterbehilfe medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

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

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 40 ff.

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

FALL 2017-42

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-42 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Vorgehen mit großer Behutsamkeit bei einem Patienten mit psychiatrischer Erkrankung

Ein Patient im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt seit seiner späten Jugend an einer affektiven Störung. Bereits als junger Mann war er langfristig stationär behandelt worden. Aber auch zu Hause wurde er intensiv behandelt. Es wurden zahlreiche Therapien ausprobiert, die entweder keine Wirkung zeigten oder zu viele Nebenwirkungen hatten. Fünf Jahre vor seinem Tod wurde der Patient nach einem Suizidversuch stationär aufgenommen und mit EKT (Elktrokonvulsionstherapie, bei dem das Gehirn unter Narkose über Elektroden am Kopf mit Stromimpulsen stimuliert wird) behandelt. Nach zehn der geplanten zwölf Behandlungen erklärte er, die Therapie abbrechen zu wollen, da er keine Verbesserung spüre. Auch für andere Behandlungen ließ er sich nicht mehr motivieren; er hatte jahrelang an allen Therapien mitgewirkt, ohne dass diese irgendeinen Erfolg gehabt hätten. Das Leiden des Patienten bestand in ständigen Ängsten. Er hielt sich fast den ganzen Tag in seinem Zimmer und auf dem Balkon auf und wagte sich nur abends aus dem Haus. Wenn er außer Haus war, litt er unter Paranoia und Beziehungswahn (alltägliche und zufällige Ereignisse werden auf die eigene Person bezogen). Dadurch vereinsamte er. Darüber hinaus war es dem Patienten strukturell nicht möglich, sich an Situationen anzupassen,

die sich unvermeidbar änderten, und sein Leben sinnvoll zu gestalten. An seinen Umzug in eine geschützte Wohneinrichtung und die Beendigung seiner Arbeit in einer geschützten Werkstätte hatte sich der Patient nie gewöhnen können. Auch mit der Aussicht, aufgrund seines Alters immer mehr von der Pflege durch andere abhängig zu werden, was seine soziale Anpassungsfähigkeit immer stärker fordern würde, konnte er nicht umgehen. Er empfand sein Leiden als unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Sie zog etwa anderthalb Monate vor dem Tod des Patienten einen unabhängigen Psychiater hinzu und bat ihn, eine Diagnose zu stellen und zu prüfen, ob diese den Ausführungen in den Unterlagen entsprach und ob es noch Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten gab. Der Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Hauptdiagnose – eine schizoaffektive Störung – korrekt war und dass in diesem Rahmen auch einige chronisch-psychotische Merkmale feststellbar waren (ein Zustand, in dem die Realitätswahrnehmung ernsthaft gestört ist, was sich etwa in visuellen und akustischen Halluzinationen äußern kann). Seiner Meinung nach gab es noch Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten, die aber angesichts seiner Vorgeschichte wenig Aussicht auf Erfolg und damit eine schlechte Prognose hatten. Er schätzte den Patienten im Hinblick auf sein Sterbehilfeersuchen als willensfähig ein. Als Konsiliararzt zog die behandelnde Ärztin einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Auch dieser stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission erwägt, dass im Falle von Patienten mit psychiatrischen Störungen dem Sterbewunsch mit großer Behutsamkeit begegnet werden muss. Nach Auffassung der Kommission hat die Ärztin, eine Psychiaterin, das in diesem Fall auch getan. Zusätzlich zum unabhängigen SCEN-Arzt hat die Ärztin außerdem noch einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen, der den Patienten hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens als willensfähig einschätzte und der Ansicht war, dass die verfügbaren Behandlungsalternativen das Leiden dieses Patienten nicht lindern würden.
Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass er unerträglich litt und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

DEMENZ

Näheres zu besonderen Aspekten bei Patienten mit Demenz enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 42 ff.

Im Falle von Sterbehilfe bei Demenzpatienten kann unterschieden werden zwischen Sterbehilfe bei Patienten in einem Anfangsstadium der Demenz (also einer Phase, in der sich der Patient in der Regel noch über seine Krankheit und die Symptome, wie den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, im Klaren ist), Sterbehilfe in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, in dem Zweifel an der Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Ersuchens bestehen, und Sterbehilfe bei einem Patienten, bei dem die Demenz so weit fortgeschritten ist, dass er selbst nicht mehr um Sterbehilfe bitten kann. In einer solchen Situation kann eine schriftliche Patientenverfügung ein mündlich geäußertes Ersuchen um Sterbehilfe ersetzen.

FALL 2017-06

(nicht aufgenommen)

FALL 2017-14
FORTGESCHRITTENE DEMENZ

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-14 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Uneinigkeit zwischen den hinzugezogenen Fachärzten

Bei einer Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde drei Jahre vor ihrem Tod ein Demenzsyndrom diagnostiziert, das am ehesten der Alzheimer-Krankheit entsprach. Eine Heilung ist bei dieser Krankheit nicht möglich. Die Patientin wurde von einem festen Betreuer beraten und unterstützt und war in einem Altersheim untergebracht. In der letzten Zeit vor ihrem Tod war die Demenz so weit fortgeschritten, dass die Aufnahme in einer geschlossenen psychogeriatrischen Abteilung für nötig erachtet wurde. Die Patientin wollte dies auf keinen Fall und drohte wiederholt, in diesem Fall aus dem Fenster zu springen. Ihr Leiden bestand in ihrer zunehmenden Vergesslichkeit und dem Verlust der Kontrolle über ihr Leben. Sie litt enorm unter der Voraussicht, in einer geschlossenen Abteilung untergebracht zu werden und damit ihre Selbständigkeit zu verlieren. Dies verursachte bei ihr zunehmende Angst und Verärgerung. Sie assoziierte die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung mit ihren traumatischen Kriegserfahrungen und wollte ihre Freiheit nicht noch einmal verlieren. Für sie war hier eine absolute Grenze erreicht; in diesem Fall wollte sie, auch angesichts ihrer Erfahrungen mit demenzkranken Angehörigen, nicht mehr leben.
Die Patientin hatte etwa 20 Jahre vor ihrem Tod zum ersten Mal eine schriftliche Patientenverfügung abgefasst. Zwei Jahre vor ihrem Tod

hatte sie eine neue schriftliche Patientenverfügung formuliert, die sich außer auf die Verschlechterung ihres körperlichen Zustands auch auf ihren geistigen Zustand bezog. Der Arzt stellte auf der Grundlage seiner Gespräche mit der Patientin fest, dass sie sowohl hinsichtlich ihrer Ablehnung der Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung als auch in Bezug auf ihren Sterbewunsch äußerst resolut war. Er hatte von der Leiterin der Abteilung, in der die Patientin zu jener Zeit noch untergebracht war, auch erfahren, dass sie zwei Jahre zuvor, bei ihrer Anmeldung, bereits erklärt hatte, niemals in eine geschlossene Abteilung zu wollen. Dies hatte die Patientin später noch wiederholt mit ihr besprochen.
Auf Ersuchen des Arztes untersuchte ein unabhängiger Geriater die Patientin ungefähr einen Monat vor ihrem Tod, um ihre Willensfähigkeit zu beurteilen. Seiner Meinung nach schien die Patientin sich nicht über ihre Krankheit, den Krankheitsverlauf und ihre Einschränkungen im Klaren zu sein. Sie schien die Situation und die Ereignisse nicht überblicken zu können. Er hielt sie für nicht willensfähig und damit für nicht in der Lage, komplexe Angelegenheiten zu verstehen und darüber entscheiden zu können.
Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der auch Gerontopsychiater ist. Dessen Ansicht nach lag keine psychotische oder affektive Störung vor, vielmehr hatte die Patientin aufgrund ihrer traumatischen Kriegserfahrungen ein großes Bedürfnis nach Kontrolle und Autonomie. Sie konnte die Komplexität ihrer Situation nicht mehr überblicken. Allerdings konnte sie – wenn man ganz ruhig mit ihr sprach – deutlich machen, dass sie ihre Freiheit behalten, nicht in einer geschlossenen Abteilung untergebracht werden und keine weitere Verschlechterung ihres Zustands miterleben wolle. Diesen Sachverhalt verstand sie hinreichend, und dem Konsiliararzt zufolge war sie in dieser Hinsicht auch konsequent. Er hielt die Frau im Hinblick auf ihren Sterbewunsch für willensfähig und ihr Ersuchen für freiwillig und reiflich überlegt.

Die Kommission erwägt, dass bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, auf den Wunsch nach Sterbehilfe mit größerer Behutsamkeit reagiert werden muss. Angesichts der Art der Krankheit können nämlich Zweifel daran bestehen, ob ein Demenzpatient willensfähig ist und ob er seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Außerdem stellt sich die Frage, ob ein unerträgliches Leiden vorliegt. Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt in diesem Fall mit hinreichender Behutsamkeit vorgegangen ist. Er hat einen unabhängigen Geriater hinzugezogen sowie einen Konsiliararzt, der als
Gerontopsychiater tätig ist. Beide haben die Willensfähigkeit der Patientin beurteilt. Der Geriater schätzte die Patientin als nicht

willensfähig bzw. nicht in der Lage ein, Entscheidungen in komplexen Angelegenheiten zu treffen. Der Konsiliararzt war hingegen der Ansicht, dass sie in Bezug auf ihren Sterbewunsch durchaus willensfähig sei. Angesichts der ausführlichen Begründung, die der Konsiliararzt zu seiner Stellungnahme abgab, verglichen mit der knapperen Begründung des Geriaters, sowie angesichts der Gespräche, die der Arzt selbst mit der Patientin geführt hat, kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt den Standpunkt des Konsiliararztes/Gerontopsychiaters als überzeugender betrachten konnte und nach vernünftigem Ermessen zu dem Urteil kommen konnte, dass die Patientin hinsichtlich ihres Ersuchens willensfähig war. Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, dass sie unerträglich litt und es keine Aussicht auf Besserung gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Siehe in diesem Zusammenhang den SterbehilfeKodex 2018, S. 21 ff und S. 51.

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, Gehörerkrankungen, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme, Rückgang der kognitiven Fähigkeiten – kann die Ursache eines unerträglichen Leidens und 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 dazu führen, dass der Patient angesichts seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinen Wertvorstellungen und seiner Belastbarkeit sein Leiden als unerträglich und seinen Zustand als aussichtslos empfindet. Nachstehend werden zwei solcher Fälle geschildert.

FALL 2017-38

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-38 auf der Website.

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Konsiliararzt gibt negative Stellungnahme ab, Ärztin leistet dennoch Sterbehilfe

Eine Patientin zwischen 80 und 90 Jahren litt unter schwerer Müdigkeit, Verschleißerscheinungen in mehreren Gelenken und Osteoporose. Infolgedessen zog sie sich ein halbes Jahr vor ihrem Tod bei einem Sturz einen Kniescheibenbruch zu. Außerdem litt sie an Altersschwerhörigkeit (auf der rechten Seite war sie taub, auf der linken Seite besaß sie nur noch 40 % ihres Hörvermögens). Zwei Mal unterzog sie sich einer Staroperation. Letztlich war sie auf dem linken Auge blind; das Sehvermögen des rechten Auges war eingeschränkt. Außerdem zeigte sie leichte kognitive Störungen. Nach ihrem Sturz unterzog sich die Patientin einer stationären Rehabilitation und konnte, nachdem sie das Treppensteigen erneut erlernt hatte, wieder nach Hause. Sie wurde aber, insbesondere nach dieser Episode, immer fragiler. Ihr Hausarzt, der während der Rehabilitation behandelnde Geriater und der von der Ärztin hinzugezogene unabhängige Geriater waren der Ansicht, dass sich die Beschwerden der Patientin nicht mehr bessern würden. Das Leiden der Patientin bestand in extremer Müdigkeit, zunehmender Schwerhörigkeit, Verlust des Sehvermögens, Schwindel und täglichen Schmerzen in fast allen Gelenken. Sie magerte ab und wurde immer fragiler. Sie konnte nur noch schlecht laufen und war unsicher auf den Beinen. Obwohl sie Angst hatte zu stürzen, weigerte sie sich, einen Rollator zu benutzen. Für sie bedeutete dies einen Verlust ihrer Würde. Ihr eingeschränktes Hörvermögen behinderte sie in ihren sozialen

Kontakten, und infolge der Verschlechterung ihrer kognitiven Fähigkeiten konnte sie ihre Hobbys nicht mehr ausüben, wie sie es gewohnt war. Dadurch blieben ihr nur noch wenige Aktivitäten, die ihr Erfüllung und Selbstachtung schenken konnte. Für die Patientin, die immer eine sehr selbständige Frau gewesen war, war es schrecklich, nicht mehr sie selbst sein zu können. Sie litt vor allem unter der zunehmenden Abhängigkeit von anderen; ihr Kniescheibenbruch hatte ihr in dieser Hinsicht bewusst gemacht und einen »Vorgeschmack« auf das gegeben, was ihr bevorstand. Die Aufnahme ins Krankenhaus und die Rehabilitation waren für sie furchtbar. Die weitere Verschlechterung ihres Zustands wollte sie nicht miterleben. Sie wünschte sich ein Ende ihres Lebens. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Die Ärztin und der Hausarzt veranlassten nach gegenseitiger Absprache weitere Untersuchungen, u. a. durch einen Gefäßchirurgen, einen Rheumatologen und einen HNO-Arzt. Außerdem zog die Ärztin einen unabhängigen klinischen Geriater hinzu. Dieser vermutete, dass die Patientin ihr Leben als »abgeschlossen« betrachtete, was, möglicherweise in Kombination mit einer Depression, zum Leiden der Patientin beitrug. Auf Anraten dieses Geriaters nahm die Patientin über kurze Zeit Antidepressiva ein, um eine Stimmungsaufhellung herbeizuführen. Diese Medikamente zeigten keinen positiven Effekt, dafür aber zu viele Nebenwirkungen. Die Patientin hielt sich selbst nicht für depressiv. Es wurde noch versucht, sie zu einem Umzug in ein geschützteres Wohnumfeld zu bewegen, das wollte sie jedoch auf keinen Fall. Keiner der beteiligten Ärzte sah noch relevante Behandlungsalternativen. Der hinzugezogene SCEN-Arzt stellte zwar fest, dass die Frau sich immer weiter einschränken musste und mit sehr ernsten Problemen kämpfte, aber er fand dennoch, dass hier eher ein Fall von »abgeschlossenem Leben« aufgrund der empfundenen Einschränkungen vorlag denn von unerträglichem Leiden. Er war der Ansicht, dass in absehbarer Zeit weitere medizinische Probleme entstehen könnten, die zu einem – für ihn nachvollziehbaren – unerträglichen Leiden führen könnten. Zu jenem Zeitpunkt konnte er das Leiden der Patientin nicht hinreichend nachvollziehen. Damit kam der Konsiliararzt zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren.

Aufgrund der negativen Stellungnahme des Konsiliararztes erläuterte die Ärztin in ihrem Bericht, dass sie von dem relativ jung wirkenden Äußeren dieser fast 90-jährigen Patientin, ihrem gepflegtem Heim und ihrer flotten Ausdrucksweise anfänglich in die Irre geführt worden war. Die Patientin war stets bemüht, den Schein zu wahren. Erst nach zahlreichen Gesprächen war die Ärztin zu der Überzeugung gelangt,

dass die Patientin unerträglich litt. Im Laufe der Zeit wurde die medizinische Ursache des Leidens immer deutlicher. Die Fragilität und Erschöpfung der Patientin traten immer mehr in den Vordergrund. Der Konsiliararzt hatte nur einmal mit der Patientin gesprochen und verglich ihr Leiden mit dem Leiden anderer sehr hochbetagter Patienten; er betrachtete es nicht im Kontext der spezifischen Persönlichkeit dieser Patientin. Die Ärztin hatte noch ein ausführliches Gespräch mit dem Konsiliararzt geführt. Sie verstand seine Argumentation, fand es aber der Patientin gegenüber unfair, zu warten, bis ein Schlaganfall oder Ähnliches weitere körperliche Beschwerden verursachten.
Die Ärztin beschloss, keinen zweiten Konsiliararzt hinzuzuziehen, da sie ihre Konsultationspflicht bereits erfüllt hatte und glaubte, dass sie ihre Sicht und die abweichende Meinung des Konsiliararztes bei der Beurteilung der Situation hinreichend begründen konnte. Dabei erwog sie, dass ein zweiter Konsiliararzt vermutlich ebenso wenig hinter die Fassade der Patientin schauen können würde. Sie selbst war davon überzeugt, dass die Patientin aufgrund einer Mehrfacherkrankung mit klarer medizinischer Ursache, mit der sie aufgrund ihrer Persönlichkeit nur schwer umgehen konnte, unerträglich litt.

Die Kommission erwägt, dass sich die Ärztin von dem gut begründeten Ersuchen der Patientin leiten ließ, sowie von ihrer eigenen, im Laufe der Zeit gewachsenen Überzeugung, dass die Patientin tatsächlich unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war. Ein Arzt hat die Möglichkeit, sich über die negative Stellungnahme des Konsiliararztes hinwegzusetzen und die Sterbehilfe durchzuführen. Nach dem Sterbehilfegesetz trägt letztlich der Arzt die Verantwortung, allerdings muss er fundiert begründen, warum er sich der Beurteilung des Konsiliararztes nicht angeschlossen hat. Die Kommission ist der Auffassung, dass die Ärztin in ihren Berichten detailliert und überzeugend begründet hat, warum sie zu der Überzeugung gelangt ist, dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war und dass es keine annehmbaren anderen Lösungen mehr gab, das Leiden der Patientin zu lindern. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Tatsachen und Umstände ist die Kommission der Ansicht, dass die Ärztin die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

FALL 2017-19

(nicht aufgenommen)

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 umfangreicher 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 zwölf Mal zu dem Schluss, dass der Arzt bei der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen bzw. Hilfe bei der Selbsttötung nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Nachstehend sind elf Beurteilungen wiedergegeben, geordnet nach den im Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien.

NICHT IM EINKLANG MIT DEN KRITERIEN DER FREIWILLIGEN UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTEN BITTE SOWIE DES UNERTRÄGLICHES LEIDENS UND DES AUSSICHTSLOSEN ZUSTANDS GEHANDELT

Zum Aspekt der freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte siehe den SterbehilfeKodex 2018, S. 17 ff. sowie zum Aspekt des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands S. 20 ff.

Eine problematische Situation kann entstehen, wenn ein Patient kurz vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe ins Koma fällt oder in einen Zustand verminderten Bewusstseins gerät. Gerät der Patient – wie im nachstehenden Fall – spontan in einen Zustand irreversibler Bewusstseinsminderung und gibt es Anzeichen für mögliches Leiden, kann der Arzt Sterbehilfe leisten. Gibt es keine Anzeichen für mögliches Leiden, darf keine Sterbehilfe geleistet werden. Gerät der Patient in eine derartige Situation, bevor der Konsiliararzt ihn gesehen hat, muss dieser sich sein Urteil über das Sterbehilfeersuchen anhand von Informationen des Arztes, der Patientenverfügung, der Krankenakte etc. bilden. In seiner Beurteilung des Leidens des Patienten muss sich der Konsiliararzt auf seine eigenen Beobachtungen, die Krankenakte und die mündlich erteilten Informationen anderer Personen stützen. Eine derart komplexe Situation liegt im nachstehenden Fall vor.

FALL 2017-73

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-73 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, Patientenverfügung, unerträgliches Leiden

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde Anfang März 2017 ein bösartiger Tumor im Bauchspeicheldrüsenkopf festgestellt, der bereits metastasiert hatte. Eine Heilung war nicht mehr

möglich. Die Behandlung war nur noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend). Das Leiden der Frau bestand in sehr schwerer Müdigkeit, zunehmender Abhängigkeit von anderen und Bettlägerigkeit. Ihr war übel und sie konnte kaum noch essen und trinken. Die Patientin, deren Ehemann kurz zuvor verstorben war, litt unter der rapiden Verschlechterung ihres Zustands; sie empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Die Patientin hatte im Herbst 2016, gemeinsam mit ihrem kranken Ehemann, mit ihrem Arzt über das Thema Sterbehilfe gesprochen. Dabei hatten die Eheleute erklärt, dass sie im Falle unerträglicher Schmerzen, Bettlägerigkeit, fehlender Lebensqualität und bei in absehbarer Zeit bevorstehendem Tod abgesehen von Sedierung und Sterbehilfe keine weitere Behandlung mehr wünschten. Anfang Januar 2017 bekräftigte die Patientin diesen Wunsch. Nach dem Erhalt ihrer Diagnose hatte sie mehrfach mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen; gut zwei Wochen vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Diese Bitte hat sie danach wiederholt. Zwei Tage vor der Durchführung der Lebensbeendigung fiel die Patientin infolge eines schweren Schlaganfalls ins Koma. Am Abend vor der Lebensbeendigung und kurz vor der Durchführung verbesserte sich das Bewusstsein der Patientin noch einmal für einen Moment. Auf die Frage des Arztes, ob sie tatsächlich Sterbehilfe wünsche, drückte sie seine Hand und zeigte ein leichtes bestätigendes Nicken. Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Für den Arzt war klar, dass die Patientin in dem Moment litt – sie hatte Schmerzen, stöhnte und weinte. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Patientin einen Tag vor der Lebensbeendigung. Der Konsiliararzt merkte an, dass die Patientin zwar auf Ansprache reagierte, dass sie aber seiner Meinung nach nicht in der Lage war, Fragen zu beantworten. Seiner Ansicht nach schien die Patientin keine Schmerzen zu haben und zu jenem Zeitpunkt nicht unter Atemnot oder Unwohlsein zu leiden. Die Unerträglichkeit des Leidens bestand – obwohl sie dem Konsiliararzt zufolge nicht mehr zu überprüfen war – in dem Verlust von Autonomie und der Bettlägerigkeit. In seinem Bericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund der Aufzeichnungen im Patiententagebuch sowie von Gesprächen mit dem Arzt und den Kindern der Patientin zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Nach Durchsicht der Meldungsunterlagen und einer zusätzlichen schriftlichen Erläuterung des Arztes hatte die Kommission Fragen zum Willen der Patientin, zur Unerträglichkeit ihres Leidens sowie zu ihrem Bewusstseinszustand einen Tag vor ihrem Tod. Der Arzt erläuterte der

Kommission gegenüber den Hintergrund der Patientin und ihres Sterbewunsches. Die Patientin befand sich in einer aufwühlenden Situation: ihr krebskranker Mann war einige Monate zuvor durch Sterbehilfe verstorben. Kurz darauf hatte sie die Diagnose Bauchspeicheldrüsenkrebs erhalten, wobei der Tumor bereits metastasiert hatte. In mehreren Gesprächen mit dem Arzt hatte die Patientin erklärt, ebenfalls Sterbehilfe zu wünschen. Die Sterbehilfe, die bei ihrem Mann geleistet worden war, hatten sie und ihre Kinder als angenehmen Prozess empfunden, in dem man voneinander Abschied nehmen konnte. Dem Arzt zufolge wollte die Patientin ihre Autonomie nicht verlieren. Sie wollte nicht bettlägerig werden und nicht unter unerträglichen Schmerzen oder schwerer Atemnot leiden müssen. Zu jenem Zeitpunkt war der Sterbehilfeprozess faktisch noch nicht eingeleitet worden, dies stand aber bevor. Zu einem früheren Zeitpunkt war mit der Patientin besprochen worden, dass sie eine Patientenverfügung verfassen solle. Diese soll in elektronischer Form verfasst worden sein, konnte jedoch umständehalber (eiliger Umzug zum Sohn, Patientenverfügung befand sich wahrscheinlich auf dem Computer des verstorbenen Ehemanns) nicht vorgelegt werden. Die Kinder der Patientin bestätigten die Existenz dieser Verfügung. Nach ihrem Schlaganfall konnte die Patientin ihren Sterbewunsch nicht mehr in Worte fassen. Die Kinder der Patientin wollten, dass der Arzt den Wunsch der Patientin nach Sterbehilfe erfüllt. Der Arzt erläuterte, dass er eine palliative Sedierung erwogen und auch mit den Angehörigen besprochen habe. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit des Sterbeprozesses, der Tage oder vielleicht sogar eine Woche dauern konnte, kam dies für die Familie nicht in Frage. Die Angehörigen erklärten, dass dies absolut nicht im Sinne der Patientin wäre.
Was die Bestätigung des Sterbewunsches am Abend der Durchführung angeht, ist sich der Arzt darüber im Klaren, dass nonverbale Signale unterschiedlich interpretiert werden können. Er war jedoch der Meinung, dass er auf der Grundlage dieser Signale zu dem Schluss kommen konnte, dass die Patientin die Durchführung der Sterbehilfe wünsche. Weiter erläuterte er, dass die Patientin schwitzte und das Gesicht verzog. Er war davon überzeugt, dass die Patientin unerträglich litt und Schmerzen hatte.

Die Kommission erwägt, dass sich die Patientin in einem Zustand der irreversiblen Bewusstseinsminderung befand, bevor der Sterbehilfeprozess zwischen Arzt und Patientin in Gang gesetzt wurde. Sterbehilfe darf in einer solchen Situation nur dann geleistet werden, wenn eine vom Patienten verfasste schriftliche Verfügung vorliegt. Außerdem muss es Anzeichen für ein mögliches Leiden geben, und der Konsiliararzt muss den Patienten sehen (SterbehilfeKodex 2018, S. 48). Aus dem Bericht des Arztes geht für die Kommission hervor, dass keine

schriftliche Patientenverfügung vorlag. Außerdem stellt die Kommission fest, dass der vom Arzt hinzugezogene Konsiliararzt die Patientin gesehen hat. Der Konsiliararzt hat jedoch erklärt, dass die Patientin ihren Sterbewunsch nicht mehr verbal äußern und nicht mehr auf Fragen antworten konnte und dass sie keine Schmerzen zu haben schien. Die Feststellungen des Konsiliararztes im Hinblick auf den Zustand der Patientin stimmen nicht mit denen des Arztes überein. Die Kommission hält die unterschiedlichen Beobachtungen des Konsiliararztes und des Arztes angesichts des wechselnden Bewusstseinszustandes der Patientin für nachvollziehbar. Mit Blick auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patientin vor der Sterbehilfe wurde in dem Gespräch festgestellt, dass die Interpretation dieser Kommunikation nicht im Vorfeld, auch nicht als Einleitung zum Thema, vereinbart worden war. Die Kommission kommt daher zu dem Schluss, dass das Nicken und das Drücken der Hand des Arztes in dieser spezifischen Situation nicht ausreichen, um den Sterbewunsch der Patientin zu bestätigen. Dies gilt umso mehr, da keine Patientenverfügung vorlag. Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Außerdem ist die Kommission der Ansicht, dass die Überzeugung des Arztes, die Patientin habe unerträglich gelitten, nicht ausreichend durch die Fakten und Umstände kurz vor Durchführung der Sterbehilfe gestützt wird. Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Näheres zu den Aspekten im Hinblick auf die schriftliche Patientenverfügung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 36 ff.

Eine schriftliche Patientenverfügung kann ein mündliches Ersuchen ersetzen (Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz). Die übrigen Sorgfaltskriterien gelten dann »entsprechend«. Wichtig ist, dass der Patient in der Verfügung so eindeutig wie möglich beschreibt, unter welchen konkreten Umständen sein Sterbewunsch erfüllt werden soll. Es muss dabei um Umstände gehen, die ein Leiden beschreiben, das der Patient als unerträglich empfunden hat. Die Kommission hatte im nachstehenden Fall Fragen in Bezug auf beide Kriterien.

FALL 2017-103

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-103 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Patientenverfügung, unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt seit 2007 unter Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit und Panik. Sie wurde immer verschlossener. 2010 wurde die Alzheimersche Krankheit bei ihr festgestellt. Ihre Krankheit zeigte einen progressiven Verlauf. Ende 2013 wurde die Patientin in einer kleinen Pflegeeinheit eines Altersheims untergebracht, weil sie nicht länger zu Hause bleiben konnte. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie ihre Situation bereits nicht mehr überblicken. Ihrer Familie gegenüber hatte die Patientin stets erklärt, sie wolle nicht in ein Altersheim. Im letzten halben Jahr vor ihrem Tod verschlechterte sich ihr Zustand rapide.
Der Ärztin zufolge kennzeichnete sich das Leiden der Patientin durch regelmäßiges unruhiges Rufen und Schreien. Infolge dieses Verhaltens konnte sie nicht mehr in der Gruppe betreut werden. Die Patientin widersetzte sich oft allen Aktivitäten des täglichen Lebens, auch immer wieder dem Wechsel der Windeln, die sie aufgrund ihrer Harn- und Stuhlinkontinenz tragen musste. Inzwischen saß sie im Rollstuhl, weshalb sie sich nicht mehr Situationen entziehen konnte, die sie als unangenehm empfand. Sie war zunehmend in ihrem Körper gefangen. Die Patientin konnte lediglich noch auf einem Stuhl sitzen, selbst essen konnte sie nicht mehr. Man durfte ihr nicht immer nahekommen, manchmal wurde sie zornig. Das stellte ein großes Problem bei ihrer Versorgung dar: die Patientin schlug und trat um sich, verschüttete Dinge, krallte sich fest und ließ nicht mehr los. Sie bekam Weinkrämpfe und wurde oft böse. Der Ärztin zufolge lag bei der Patientin ein »vorherrschendes Grundleiden« vor. Die Ärztin war – ebenso wie die Angehörigen und das Pflegepersonal – aufgrund der nonverbalen Äußerungen der Patientin davon überzeugt, dass das Leiden für sie unerträglich und ihr Zustand nach der herrschenden medizinischen Auffassung aussichtslos war.

Nach dem Erhalt ihrer Alzheimer-Diagnose war die erste Reaktion der Patientin ihren Kindern zufolge: »Oh nein, das will ich nicht.« Sie hatten oft mit ihr über Demenz gesprochen, da verschiedene Familienmitglieder dement geworden waren und in einem Pflegeheim untergebracht werden mussten. Das hatte ihre Mutter als schrecklich empfunden. Sie hatte immer gesagt, dass für sie Schluss sei, wenn sie dement würde und in ein Pflegeheim müsste. Dann wolle sie sterben. Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mit ihrem Hausarzt, der sie bis zu ihrer Aufnahme im Altersheim 2013 betreute, über Sterbehilfe gesprochen. 2011 hatte sie eine Patientenverfügung verfasst und diese ihrem Hausarzt übergeben. Zu diesem Zeitpunkt war die Patientin noch willensfähig. In ihrer Patientenverfügung hatte die Frau unter anderem erklärt: *[…] dass ich zu jedem Zeitpunkt sowohl physisches als auch psychisches unerträgliches Leiden für mich selbst verhindern möchte. Da die Diagnose Demenz (Alzheimer) und COPD gestellt wurde, könnten sowohl mein psychisches als auch mein physisches Leiden dazu führen, dass ich in eine für mich unerträgliche Situation gerate. Mit Hilfe dieser Patientenverfügung möchte ich festlegen, was ich nicht mehr will. Ich bin in der Lage, dies nun festzulegen. Sollte sich mein mentales Wohlbefinden derart verschlechtern, möchte ich, dass mein Facharzt […] hinzugezogen wird, um meine Patientenverfügung zu bestätigen. […] Ich will unter keinen Umständen nicht in ein Pflegeheim aufgenommen werden. In dem Fall möchte ich, dass aktive Sterbehilfe geleistet wird. Es ist mir wichtig, auf eine für mich menschenwürdige Art sterben zu können, und wenn die vorgenannten Punkte eingehalten werden, vertraue ich darauf, dass dies dann auch geschehen kann.*

Bei der Übergabe ihrer Patientenverfügung im Jahr 2011 bat die Patientin den Hausarzt auch direkt um Durchführung der Lebensbeendigung. Der Hausarzt wollte dieser Bitte jedoch nicht nachkommen. Daraufhin zog sich die Patientin immer mehr in sich selbst zurück, ihre Angehörigen drangen kaum noch zu ihr durch. Danach wurde nicht mehr darüber nachgedacht, das Thema noch einmal anzusprechen, da der Hausarzt sehr bestimmt war in seiner Weigerung. Während ihres Aufenthalts im Altersheim beschlossen die Kinder, den Sterbewunsch der Patientin mit dem Hausarzt zu besprechen, der in Diensten des Altersheims stand. Dieser Hausarzt wandte sich etwa vier Monate vor dem Tod der Patientin an die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK) zwecks Einholung einer Zweitmeinung. Da der Hausarzt die Sterbehilfe nicht selbst durchführen wollte, übernahm die SLK-Ärztin die weitere Betreuung der Patientin. Sie besuchte die Patientin noch vier Mal. Die Ärztin beobachtete die Patientin zu verschiedenen Tageszeiten. Außerdem ließ sie sich von den Angehörigen und dem Pflegepersonal ausführlich informieren. Als Konsiliararzt zog die behandelnde Ärztin einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Der Konsiliararzt, ein Facharzt für

Geriatrie, besuchte die Patientin gut einen Monat vor der Lebensbeendigung, nachdem er von der behandelnden Ärztin ausführlich über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass kein unerträgliches Leiden vorlag und dass die Patientenverfügung nicht explizit genug war. Darum war er der Überzeugung, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Aufgrund der Ergebnisse, zu denen der hinzugezogene SCEN-Arzt gekommen war, hatte die Ärztin intensiv über dessen Argumente nachgedacht, sich persönlich mit dem SCEN-Arzt ausgetauscht und die Durchführung der Sterbehilfe aufgeschoben, um sich mit ihren SLK-Kollegen über den Fall beraten zu können. Sie beschloss, keinen weiteren Konsiliararzt hinzuzuziehen, sondern bat einen SLK-Kollegen – einen klinischen Geriater, der zugleich SCEN-Arzt war – um nochmalige Beobachtung der Patientin. Die Ärztin erklärte, sie habe mehr Bedarf an gemeinsamer Reflexion mit einem Kollegen gehabt, der Erfahrung mit dieser Art von Patienten hatte und der ihres Wissens nach kritisch war. Dieser Kollege beurteilte die Patientin etwa anderthalb Wochen vor ihrem Tod. Die Ärztin hatte ihren Kollegen kurz mündlich über die Patientin informiert. Der Kollege war der Meinung, dass es nicht möglich war, auf anderem Wege als durch Interpretation des nonverbalen Verhaltens der Patientin – ein Verhalten, das größtenteils automatisch durch externe Reize gesteuert zu werden schien – Einblick in das Denken und Fühlen der Patientin zu erhalten. Davon, wie es in ihrem Inneren aussah, war wenig zu sehen. Dem Kollegen zufolge machte die Patientin in ihrem Verfall einen mitleiderregenden Eindruck. Die Ärztin begründete ihre Entscheidung, trotz der negativen Empfehlung des SCEN-Arztes Sterbehilfe zu leisten, unter anderem folgendermaßen:

– Das Ausmaß des Leidens kann von Moment zu Moment unterschiedlich sein. Ich habe die Patientin öfter gesehen als der SCEN-Arzt. Meine Einschätzung des Leidens wird außerdem von den Beobachtungen des Pflegepersonals gestützt, das noch viel mehr Umgang mit der Patientin hatte, sowie von der Familie.

– Das Gesetz schreibt vor, dass der Arzt zu der Überzeugung gekommen sein muss, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war. Mit »Arzt« ist hier der durchführende Arzt gemeint, nicht der SCEN-Arzt. Ich bin sehr wohl zu der Überzeugung gelangt, dass das Leiden unerträglich war.

– Bei der Beurteilung des Leidens kann es immer zu verschiedenen persönlichen Interpretationen kommen, was auch aus der einschlägigen Literatur hervorgeht […].

Auf die Frage, wie sie festgestellt habe, dass das Leiden der Patientin unerträglich gewesen sei, erläuterte die Ärztin, sie sei vor allem aufgrund ihrer Beobachtungen zu dieser Überzeugung gelangt. Sie hatte die

Patientin beobachtet und gefilmt und sich später das Bildmaterial von der Versorgung der Patientin angesehen. So hatte die Ärztin unter anderem beobachtet, wie die Patientin ruhig in ihrem Bett lag und plötzlich ganz steif wurde, wenn das Pflegepersonal zu ihr kam. Die SLK-Pflegefachkraft ergänzte, dass die Stimmung der Patientin plötzlich umschlagen und die Patientin sehr wütend werden konnte. Auf Nachfrage erklärte die Ärztin, dass sie die Wut der Patientin als unerträgliches Leiden interpretiert hatte. Die Ärztin war sich vollkommen darüber im Klaren, dass dies immer eine Frage der Interpretation bleibt; demente Patienten werden schließlich häufig wütend. Bei ihrer Beurteilung berücksichtigte die Ärztin auch die Vorgeschichte der Patientin. So hat die Ärztin bei der Beurteilung der Unerträglichkeit des Leidens auch berücksichtigt, dass die Patientin eindeutig erklärt hatte, auf keinen Fall wegen Demenz in einem Pflegeheim untergebracht werden zu wollen. Die Situation, in die sie geraten war, war genau das, was sie nicht gewollt hatte. Der Ärztin zufolge war der Zustand der Patientin aussichtslos und gab es keine annehmbare andere Lösung. Die Versorgung der Patientin wurde fachkundig durchgeführt. Man wusste, in welcher Lage sich die Patientin befand und was zu tun war. Der Ärztin war bewusst, dass sich ihre Beurteilung und die Beurteilung des Konsiliararztes widersprachen. Auf die Frage, wie die Ärztin den Bericht des von ihr hinzugezogenen Konsiliararztes interpretiere, antwortete sie, dass der Konsiliararzt die Meinungen der Angehörigen und des Pflegepersonals außer Acht gelassen habe. Damit war die Ärztin nicht einverstanden, denn gerade sie würden die Patientin schließlich am besten kennen. Die Ärztin sagte, dass der Konsiliararzt auch hätte beschließen können, die Patientin noch ein zweites Mal zu besuchen. Sie wies darauf hin, dass ihr Kollege ihre Einschätzung der Unerträglichkeit des Leidens der Patientin teilte und ihr dies auch mitgeteilt hatte. Ihrer Meinung nach war der Bericht des Kollegen vollkommen eindeutig und die Formulierung »mitleiderregender Eindruck« hinreichend klar. Wäre der Kollege nicht ihrer Meinung gewesen, hätte sie die Sterbehilfe nicht durchgeführt. Ihrer Meinung nach hatte eine Neubeurteilung des Falles durch einen zweiten unabhängigen Konsiliararzt keinen Mehrwert.
Auf die Frage, warum dem ausdrücklichen, in der Patientenverfügung niedergelegten Wunsch der Patientin, ihren behandelnden Facharzt im Krankenhaus hinzuzuziehen, um ihre Patientenverfügung zu bestätigen, nicht nachgekommen worden war, antwortete die Ärztin, dass sie versucht hatte, den behandelnden Facharzt ausfindig zu machen, dieser aber nicht mehr dort tätig war, wo die Patientin bei ihm in Behandlung gewesen war.

Mit Blick auf die freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte erwägt die Kommission Folgendes. Ihren Angehörigen zufolge hat

die Patientin, unmittelbar nach Erhalt ihrer definitiven Alzheimer-Diagnose erklärt, dass sie dies nicht wolle. Das hatte sie auch so in ihrer Patientenverfügung festgelegt. Dass die Patientin zum Zeitpunkt des Verfassens ihrer Patientenverfügung zu einer vernünftigen Einschätzung ihrer Interessen fähig war, steht außer Frage. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese Verfügung, die inzwischen mehrere Jahre alt ist und in jüngerer Vergangenheit weder schriftlich noch mündlich aktualisiert wurde, noch uneingeschränkt gültig ist. Wie im SterbehilfeKodex 2018 auf S. 36 dargelegt, ist im Sterbehilfegesetz nicht festgelegt, dass eine einmal verfasste schriftliche Patientenverfügung eine bestimmte Gültigkeitsdauer hat oder regelmäßig aktualisiert werden muss. Je älter aber die Patientenverfügung ist, desto mehr Zweifel können sich hinsichtlich der Frage ergeben, ob sie tatsächlich noch dem Willen des Patienten entspricht.
Nun gilt es also u. a. die Frage zu beantworten, ob die in der Patientenverfügung – die nach Übergabe an den Hausarzt im Jahr 2011 von der Patientin weder schriftlich noch mündlich erneut bestätigt wurde – niedergelegten Umstände konkret genug beschrieben wurden, um von einer freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte ausgehen zu können. Im SterbehilfeKodex 2018 wird in diesem Zusammenhang auf S. 43 dargelegt, dass in einem Stadium, in dem der Demenzprozess so weit fortgeschritten ist, dass der Patient nicht mehr willensfähig ist und auch nicht mehr (oder nur noch durch einfache Äußerungen oder Gebärden) kommunizieren kann, dennoch Sterbehilfe geleistet werden kann, wenn der Patient zu der Zeit, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat. Es muss sich dabei um eine eindeutige Verfügung handeln, die unmissverständlich auf die eingetretene Situation anwendbar ist. Der Arzt und der Konsiliararzt müssen bei ihren Erwägungen den gesamten Krankheitsprozess und alle sonstigen spezifischen Umstände berücksichtigen. Es ist ihre Aufgabe, das Verhalten und die Äußerungen des Patienten sowohl während des Krankheitsprozesses als auch kurz vor der Durchführung der Sterbehilfe zu interpretieren. Zu diesem Zeitpunkt muss davon ausgegangen werden können, dass die Durchführung der Sterbehilfe der zuvor verfassten schriftlichen Patientenverfügung entspricht und dass es keine anderslautenden Hinweise gab (etwa klare Zeichen des Patienten, dass er keine Lebensbeendigung wünscht).

Die Kommission stellt fest, dass die Patientin in ihrer Verfügung dargelegt hat, dass sie körperliches oder seelisches unerträgliches Leiden zu jedem Zeitpunkt vermeiden wollte und dass sie Sterbehilfe wünschte, sollte ihre Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich werden. Ebenso hatte sie bestimmt, auf eine menschenwürdige Art und Weise sterben zu wollen. Die Kommission erkennt an, dass es unterschiedliche

Auffassungen darüber geben kann, wie detailliert und konkret die Umstände in der Patientenverfügung beschrieben sein müssen, unter denen der Patient Sterbehilfe wünscht, sowie in Bezug auf die Frage, ob die vorliegende Patientenverfügung im betreffenden Fall hinreichend eindeutig war. Was für die Kommission jedoch bei ihrer Beurteilung der Frage, ob eine freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte vorlag, besonders schwer wiegt, ist die Tatsache, dass die Patientin die im Jahr 2011 erstellte Patientenverfügung vor ihrer Aufnahme in das Pflegeheim weder bei ihren Angehörigen noch dem damaligen Hausarzt oder dem beteiligten Facharzt bekräftigt hat und dass der Arzt zu keinem Zeitpunkt mit der Patientin über ihren Sterbewunsch gesprochen hat. Vor diesem Hintergrund betrachtet die Kommission den Inhalt der Patientenverfügung alles in allem denn auch als unzureichende Grundlage für den Arzt, um nach vernünftigem Ermessen feststellen zu können, dass diese den dauerhaften Willen der Patientin bis zu dem Zeitpunkt, in dem sie ihre Willensfähigkeit verlor, zum Ausdruck bringt. Außerdem spielt eine Rolle, dass sich die Ärztin nicht mit dem ehemaligen Hausarzt der Patientin und dem behandelnden Facharzt in Verbindung gesetzt hat, um sich ein Bild vom Willen der Patientin zu machen. Die Kommission kommt daher zu dem Schluss, dass es für die Ärztin nicht möglich war, nach vernünftigem Ermessen festzustellen, dass im vorliegenden Fall eine freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte im Sinne des Artikels 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz vorlag.

Hinsichtlich der Frage, ob die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass für die Patientin keine Aussicht auf Besserung bestand, sie unerträglich litt und dass es keine annehmbare andere Lösung gab, erwägt die Kommission Folgendes. Für die Beantwortung der Frage, ob das Leiden der Patientin unerträglich war, waren sowohl die Ärztin als auch der Konsiliararzt auf die Interpretation des Verhaltens und der Äußerungen der Patientin angewiesen, die inzwischen nicht mehr willensfähig war. Die Ärztin hat erklärt, dass sie vor allem aufgrund ihrer Beobachtungen zu der Überzeugung gelangt war, dass die Patientin unerträglich litt. Bei der Beurteilung der Unerträglichkeit des Leidens der Patientin hat die Ärztin auch berücksichtigt, dass diese in ihrer schriftlichen Patientenverfügung sehr klar angegeben hatte, absolut nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden zu wollen. Der Konsiliararzt kam jedoch auf der Grundlage seines Besuchs der Patientin und nach Durchsicht des verfügbaren Bildmaterials zu dem Schluss, dass kein unerträgliches Leiden vorlag, da seine Beobachtungen und das Bildmaterial das Gegenteil dessen zeigten, was behauptet wurde. Angesichts der Tatsache, dass sich die Beurteilungen der Ärztin und des Konsiliararztes hinsichtlich der Unerträglichkeit des Leidens der Patientin widersprachen, hat die Kommission beschlossen, das

vorliegende Bildmaterial selbst zu sichten. Die Kommission ist der Meinung, dass das Bildmaterial die Beurteilung der Ärztin, die Patientin leide unerträglich, nicht hinreichend stützt. Hinzu kommt, dass die Patientenverfügung relativ allgemein gehalten war, was die Beschreibung des Leidens betrifft. Die Tatsache, dass die Patientin in ihrer Verfügung erklärt hatte, Sterbehilfe in dem Moment zu wünschen, in dem sie in einem Pflegeheim untergebracht werden müsse, reicht nicht aus, ein unerträgliches Leiden anzunehmen. Es muss davon ausgegangen werden können, dass die Patientin tatsächlich unerträgliches Leiden empfindet, und zwar sowohl während des Krankheitsverlaufs als auch kurz vor der Durchführung der Sterbehilfe. Hinsichtlich der Hinzuziehung des Konsiliararztes erwägt die Kommission, dass der Arzt sich über eine negative Empfehlung des Konsiliararztes hinwegsetzen und die Sterbehilfe durchführen kann. Der Arzt trägt nach dem Sterbehilfegesetz die Letztverantwortung; er muss allerdings stichhaltig begründen, warum er sich der Beurteilung des Konsiliararztes nicht angeschlossen hat (KNMG-Richtlinie »Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe«, Abschnitt 23[6]). Im SterbehilfeKodex 2018 wird in diesem Zusammenhang auf S. 28 dargelegt, dass der Arzt der Beurteilung des Konsiliararztes großes Gewicht beimessen muss. Es ist jedoch nicht Aufgabe des Konsiliararztes, der Sterbehilfe »zuzustimmen«. Beurteilen der Arzt und der Konsiliararzt die Situation unterschiedlich, kann der Arzt dennoch entscheiden, der Bitte des Patienten zu entsprechen. Diese Entscheidung muss der Arzt allerdings gegenüber der Kommission hinreichend begründen können. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sich der Arzt – wenn er die Situation anders beurteilt als der Konsiliararzt – an einen anderen Konsiliararzt wendet, der über spezifische Fachkenntnis bezüglich der betreffenden Problematik verfügt. In diesem Fall jedoch hatte eine Neubeurteilung des Falles durch einen zweiten unabhängigen Konsiliararzt für die Ärztin keinen Mehrwert. Stattdessen zog sie einen Kollegen der SLK hinzu. Dieser Arzt kann nach Auffassung der Kommission nicht als unabhängiger Konsiliararzt im Sinne des Sterbehilfegesetzes betrachtet werden. Die Ärztin hat detailliert erläutert – sowohl schriftlich als auch mündlich –, warum sie trotz der negativen Empfehlung des Konsiliararztes Sterbehilfe geleistet hat. Dabei hat sie u. a. argumentiert, dass laut Sterbehilfegesetz ihrer Meinung nach der durchführende Arzt und nicht der SCEN-Arzt zu der Überzeugung gelangen muss, dass der Patient unerträglich leidet und dass sein Zustand aussichtslos ist. Die Kommission weist darauf hin, dass der vom Arzt hinzugezogene unabhängige Konsiliararzt nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz aber schon beurteilen muss, ob im vorliegenden Fall

6 Einzusehen unter www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/goede-steun-en-consultatie-bij-euthanasie.htm.

die in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a bis d Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, darunter auch das Kriterium des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands. In ihrer Erläuterung hat die Ärztin u. a. erklärt, dass sie beschlossen hatte, die Sterbehilfe trotz der negativen Empfehlung des Konsiliararztes durchzuführen, weil der von ihr hinzugezogene SLK-Kollege ihre Meinung geteilt hatte, dass die Patientin unerträglich litt. Wäre ihr SLK-Kollege nicht ihrer Meinung gewesen, hätte sie die Sterbehilfe nicht durchgeführt. Die Kommission ist jedoch der Ansicht, dass – abgesehen von der Tatsache, dass dieser SLK-Kollege nicht als unabhängiger Konsiliararzt betrachtet werden kann – der von diesem Kollegen formulierte Bericht sehr allgemein gehalten ist und dass darin nicht hinreichend begründet wird, warum der Kollege der Meinung war, dass das Leiden der Patientin unerträglich war.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Ärztin nicht ausreichend begründet hat, warum das von ihr beobachtete Verhalten der Patientin als Zeichen für unerträgliches Leiden anzusehen war. Die Ärztin hat dargelegt, dass sie die Versorgung der Patientin als fachgerecht ansah, dass die Beteiligten wussten, was mit der Patientin los war und was getan werden musste. Ihrer Meinung nach war die Betreuung der Patientin nicht unfachgerecht oder weniger fachgerecht, als es in einem regulären Pflegeheim der Fall gewesen wäre. Die Patientin war jedoch in einer kleinen geschlossenen Wohneinheit eines Altersheims untergebracht, nicht in einer Pflegeeinrichtung, die für die Versorgung von Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz ausgerüstet ist. Die Versorgung dieser Patientin überstieg die Kapazitäten des Altersheims, was es durchaus rechtfertigte, auf eine Unterbringung der Patientin in einer spezialisierten Einrichtung zu drängen, die auf Patienten mit einem entsprechenden Behandlungsaufwand eingestellt war. Der Kommission zufolge hätte man denn auch erwägen können, die Patientin in eine für sie geeignete Einrichtung zu verlegen, wodurch möglicherweise – aufgrund eines anderen Versorgungsansatzes oder geeigneteren persönlichen Umgangs – eine gewisse Verbesserung ihrer Situation hätte erzielt werden können. Aufgrund des Vorstehenden kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin nicht zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin unerträglich litt und es weder Aussicht auf Besserung noch eine annehmbare andere Lösung gab.

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

Näheres zum Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 24 ff.

Keine Aussicht auf Besserung liegt dann vor, wenn eine Krankheit bzw. Gesundheitsstörung, die das Leiden eines Patienten verursacht, nicht heilbar ist und auch eine Linderung der Symptome, die das Leiden des Patienten erträglich machen würde, nicht möglich ist. Ein aussichtsloser Zustand ist dann gegeben, wenn es keine realistischen und für den Patienten annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten gibt, die auf Heilung oder eine Verbesserung der Lebensqualität abzielen (palliative Behandlung). Eng mit der Beurteilung des Aspekts der Aussichtslosigkeit des Zustands verbunden ist die Frage, ob es keine annehmbare andere Lösung gibt, um den Patienten von seinem Leiden zu befreien. Ob es eine annehmbare andere Lösung gibt, ist vor dem Hintergrund der aktuellen Diagnose des Patienten zu beurteilen.

FALL 2017-31

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-31 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, keine Aussicht auf Besserung

Bei einer Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde dreißig Jahre vor ihrem Tod eine Verengung der Atemwege (COPD) diagnostiziert. Sie wurde mit Inhalationsmedikamenten behandelt, jedoch ohne Erfolg.
Im letzten Jahr vor ihrem Tod litt die Frau zunehmend unter Kurzatmigkeit, insbesondere bei Anstrengung. Eine Behandlung mit Sauerstoffzufuhr lehnte sie ab. Darüber hinaus litt die Patientin seit 2002 unter Altersschwerhörigkeit und seit 2014, nachdem sie ihren Geruchs- und Geschmackssinn verloren hatte, unter mangelndem Appetit. Außerdem bereitete ihr die Klauenhaltung ihrer Finger Probleme. Diese war zum Teil infolge einer Verhärtung der Haut, zum Teil durch eine Verdickung der Sehnen entstanden, die in sogenannten »Schnappfingern« resultierten (die Finger werden durch eine Sehnenscheidenentzündung blockiert, verbleiben in einer gebeugten Haltung und schnappen regelmäßig zurück). Injektionen hatten anfänglich einen positiven Effekt, später jedoch nicht mehr.
Das Leiden der Patientin ergab sich aus der Summe ihrer Beschwerden, wobei ihr die Kurzatmigkeit die meisten Probleme verursachte. Sie geriet insbesondere bei Anstrengung schnell außer Atem, konnte nur noch kurze Wege laufen und war sehr müde. Außerdem geriet sie zunehmend in soziale Isolation. Sie litt unter dem Wissen, dass sich ihre Situation in naher Zukunft nur noch verschlechtern würde. Die Patientin fürchtete,

bald nicht mehr Auto fahren und nicht mehr selbständig wohnen zu können, von Dritten abhängig zu werden und in absehbarer Zeit aus ihrem Haus ausziehen zu müssen. Dies machte ihr enorm zu schaffen. Die Patientin, die stets sehr selbständig gelebt hatte, empfand ihr Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war, dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab und dass es keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr gab, das Leiden zu lindern. Bei der Besprechung dieser Meldung auf der Kommissionssitzung entstanden bei der Kommission Fragen bezüglich der Erkrankungen, an denen die Patientin litt und aufgrund deren sie um Hilfe bei der Selbsttötung gebeten hatte. Die Kommission wollte mit dem Arzt auch darüber sprechen, welche Möglichkeiten er der Patientin zur Linderung ihres Leidens geboten hatte und dass die Patientin diesen Möglichkeiten sehr ablehnend gegenüberstand, sowie über die Reaktion des Arztes auf diesen Sachverhalt. Der Arzt legte dar, dass die Patientin bereits seit Jahren an einer Verengung der Atemwege (COPD) litt und dagegen mit Inhalationsmedikamenten behandelt wurde. Nach 1986 wurden keine weiteren diagnostischen Untersuchungen mehr vorgenommen. Mit Blick auf eine erneute Diagnostik und weitere Behandlungsmöglichkeiten hatte der Arzt im Anfangsstadium der Beschwerden mehrfach eine Überweisung an den Lungenfacharzt vorgeschlagen. Die Patientin lehnte dies jedoch ab. Die Patientin hatte bereits 2001 eine Sterbehilfeerklärung verfasst und mit ihrem Arzt ab 2015 sehr oft über ihren Sterbewunsch gesprochen. Dabei hatte sie auch neue Patientenverfügungen unterzeichnet. Der Arzt hat zu keinem Zeitpunkt irgendeinen Zwang empfunden, ihrer Bitte nachzukommen. Wie er es immer tat, wenn er mit einer Bitte um Sterbehilfe konfrontiert wurde, hatte er auch in dieser Situation stets nach Alternativen gesucht. So hat er ganz konkret mit der Patientin über den Umzug in eine ebenerdige Wohnung in ihrem direkten Umfeld gesprochen. Sie wollte diese Möglichkeit nur in dem Fall in Betracht ziehen, dass die Sterbehilfe nicht durchgeführt werden könnte, etwa weil ein Konsiliararzt der Auffassung wäre, dass nicht alle gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt seien. Die Lebensbeendigung würde sie jedoch am glücklichsten machen. Eine alternative Behandlungsmöglichkeit mit Sauerstoffzufuhr lehnte die Patientin entschieden ab.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte und dass sie unerträglich litt. Hinsichtlich des Sorgfaltskriteriums des aussichtslosen Zustands erwägt die Kommission Folgendes. Aus den Unterlagen und dem Gespräch mit dem Arzt ging für die Kommission hervor, dass das Leiden der Patientin

hauptsächlich auf eine nicht hinreichend behandelbare Kurzatmigkeit zurückging. Diese Kurzatmigkeit schränkte sie in ihrer Bewegungsfreiheit und Selbständigkeit derart ein, dass sie den Arzt wiederholt um Sterbehilfe bat. Im Allgemeinen erwartet die Kommission von Ärzten, dass sie – in einer Situation, in der ein Patient wegen eines als unerträglich empfundenen Leidens um Sterbehilfe bittet – zunächst prüfen, ob die Ursache des Leidens feststeht und angemessen behandelt wurde. Im vorliegenden Fall erwartet die Kommission entsprechend von dem Arzt, dass er untersucht, ob die Ursache der Kurzatmigkeit ausreichend feststeht und ob die Patientin in diesem Punkt angemessen behandelt wurde.
Für die Kommission ging aus den Unterlagen und der eingehenderen Erläuterung des Arztes hervor, dass die Patientin etwa dreißig Jahre lang an Asthma/chronisch verengten Atemwegen (COPD) gelitten hatte. Dagegen behandelte sie der Arzt mit Inhalationsmedikamenten, und er betreute sie in der hausärztlichen Versorgungskette für Patienten mit chronisch verengten Atemwegen. Die Behandlung mit einem Bronchodilatator zeigte kaum bis gar keine Wirkung. Im Laufe der Jahre hat der Arzt bei der Patientin Lungenfunktionstests durchführen lassen. Die Ergebnisse dieser Tests zeichneten ein uneinheitliches Bild von erschwerter Ausatmung, das zu Asthma/COPD passen könnte. Der Kommission fiel auf, dass die Patientin nicht auf die Medikamente ansprach, die ihr auf der Grundlage der Arbeitsdiagnose »chronisch verengte Atemwege (COPD)« verschrieben wurden, und dass ihre Atembeschwerden zunahmen. Vor diesem Hintergrund kamen bei der Kommission Zweifel darüber auf, ob die Kurzatmigkeit der Patientin wirklich eine Folge von COPD war. Lungenfunktionstests können eine vermutete Diagnose zwar stützen, reichen aber für eine sichere Diagnose von COPD oder Asthma nicht aus. Dafür bedarf es eingehenderer Untersuchungen durch einen Lungenfacharzt. Der Arzt hatte der Patientin zwar mehrfach eine Überweisung zum Lungenfacharzt vorgeschlagen, aber in den letzten zwei Jahren vor der Lebensbeendigung nicht weiter auf nähere fachärztliche Untersuchungen gedrängt und sich nach Auffassung der Kommission zu schnell damit abgefunden, dass die Patientin weitere Untersuchungen ablehnte. Als sich zeigte, dass die Patientin nicht auf die ihr seit Jahren verschriebene Medikation ansprach, wäre es die Aufgabe des Arztes gewesen zu prüfen, ob sich die Kurzatmigkeit der Patientin auf andere Art und Weise so weit lindern ließ, dass sie ihr Leiden nicht mehr als unerträglich empfand. Der Arzt hat jedoch lediglich noch ein EKG machen lassen, um eventuelle Herzprobleme auszuschließen. Dieses EKG lieferte ebenfalls keine Erklärung für die Kurzatmigkeit.

Nach Durchsicht aller vorliegenden Informationen kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt die Ursache der

Kurzatmigkeit der Patientin nicht hinreichend untersucht hat, sich gegenüber den Ergebnissen der Untersuchungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgungskette nicht ausreichend kritisch gezeigt hat und zu leichtfertig zu dem Urteil kam, dass der Zustand der Patientin aussichtslos war. Es wäre die Aufgabe des Arztes gewesen, die Patientin nachdrücklicher auf die Bedeutung eingehenderer Untersuchungen zur Feststellung der Ursache ihres Leidens hinzuweisen. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

FALL 2017-79

Vollständiger Wortlaut unter Beurteilung 2017-79 auf der Website.

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, keine Aussicht auf Besserung, keine annehmbaren Alternativen

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt an Arthrose und in der Folge unter Schmerzen in Gelenken, Gliedmaßen und Rücken. Außerdem war sie in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Dadurch war die Patientin steif, konnte schlecht laufen, stürzte oft und verlor mehr und mehr an Selbständigkeit. Darüber hinaus waren ihre Blutgefäße wahrscheinlich in schlechtem Zustand; sie hatte Probleme mit Ödemen und zunehmender Kurzatmigkeit (die wahrscheinlich auf eine Herzinsuffizienz oder eine Lungenerkrankung infolge ständigen Bluthochdrucks zurückging). Die Beschwerden waren im Laufe der Jahre aufgetreten und hatten allmählich zugenommen. Die letzten anderthalb Jahre vor ihrem Tod wurde die Patientin durch ihre Beschwerden immer stärker eingeschränkt. Sie verließ das Haus nicht mehr und war bereits einige Male zu Hause gestürzt. Selbst nach wenigen mühsamen Schritten musste sie schon wieder verschnaufen. Wegen ihrer schlechten Kondition war es der Patientin nicht mehr möglich, Hunde zu halten. Da Hunde ihr enorm viel bedeuteten, empfand sie dies als weitere Verschlechterung ihrer Lebensqualität. Sie konnte lediglich noch lesen, sah ab und zu fern und ging regelmäßig bereits nachmittags zu Bett. Die Patientin lehnte Untersuchungen und Behandlungen durch Fachärzte ab. Sie sah darin aufgrund ihres Alters und ihrer Lebenserwartung keinen Sinn mehr. Außerdem wollte sie nicht, dass an ihr »herumgedoktert« wird. Da ihr klar war, dass ihr Körper immer weiter abbaute, lehnte sie jegliche Hilfsmittel im Zusammenhang mit ihren Bewegungseinschränkungen ab. Mit Hilfe von Diuretika hätte sich ihre Herzinsuffizienz noch etwas lindern lassen, aber auch dann wäre die

Patientin in ihrer Beweglichkeit nach wie vor eingeschränkt gewesen. Ihr Leiden bestand in ihrer zunehmenden Hilfsbedürftigkeit. In diesem Zustand wollte sie keinesfalls sein. Darüber hinaus war ihr oft übel, sie schlief schlecht und ihre Schmerzen ließen sich nicht immer gut lindern. Sie war eine besondere und sehr eigenwillige Frau, die nicht gern eine Einmischung Dritter duldete. Sie litt unter der Angst vor einer weiteren Verschlechterung ihres Zustands bis zur vollständigen Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Die Patientin empfand ihr Leiden als unerträglich. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab ihrer Meinung nach keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Die Patientin hatte bereits einige Monate zuvor mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen. Der Hausarzt war jedoch der Ansicht, dass es sich bei der Patientin um einen Fall von »abgeschlossenem Leben« handelte, weshalb er dem Sterbewunsch der Patientin nicht Folge leisten wollte. Die Patientin unternahm einen Suizidversuch. Anschließend wandte sie sich an die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK). Der erste Besuch der meldenden Ärztin fand gut einen Monat vor dem Tod der Patientin statt. Dabei bat die Patientin die Ärztin konkret um Durchführung der Lebensbeendigung. Diese Bitte wiederholte sie bei den zwei darauffolgenden Besuchen der Ärztin. Der Ärztin zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande. Sie war davon überzeugt, dass die Patientin nicht um Sterbehilfe bitten würde, wenn sie keine Einschränkungen hätte.

Die Kommission stellte sich die Frage, wie die Ärztin – auch angesichts der relativ kurzen Zeit, die der Sterbehilfeprozess in Anspruch genommen hatte – zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin unerträglich litt und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Die Ärztin erläuterte, dass sie nach den drei Gesprächen mit der Patientin und aufgrund der von ihr erteilten Vorinformationen genügend Einblick in die Unerträglichkeit ihres Leidens erhalten hatte. Der Zustand, in dem sie sich befand, und der Art, wie sie inzwischen ihr Leben führte, entsprachen nicht ihrem unabhängigen Charakter. Insbesondere aufgrund ihrer Bewegungseinschränkungen und der Konsequenzen, die diese für ihr Leben hatten, war die Ärztin zu der Überzeugung gelangt, dass die Patientin unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war. Die Ärztin erklärte, sie habe mögliche Behandlungsalternativen geprüft und versucht, mit der Patientin darüber zu sprechen. Die Patientin erklärte wiederholt, nicht untersucht oder behandelt werden zu wollen. Die SLK-Pflegefachkraft ergänzte in diesem Zusammenhang, dass für die Patientin jedes Hilfsmittel zu weit ging. Sie war nicht einmal bereit, die Benutzung eines Rollators in Betracht zu ziehen. Die Ärztin war der Meinung, dass es keine

Behandlungsalternativen für die Patientin gab. Auf Nachfrage erklärte sie, dass sich die Schmerz- und Atemnotsymptome möglicherweise mit ergänzender Medikation hätten lindern lassen. Da die Patientin jedoch jeden Vorschlag für eingehendere Untersuchungen und mögliche Behandlungen ablehnte, hatte die Ärztin nicht weiter mit ihr darüber gesprochen. Für die Ärztin war ausschlaggebend, dass im Hinblick auf die Bewegungseinschränkungen keine Verbesserung mehr möglich war. Ihrer Auffassung war die Patientin so schlecht zu Fuß, dass eine Wiederherstellung der Mobilität nicht mehr möglich war. Die Ärztin weist außerdem darauf hin, dass auch der Konsiliararzt zu dem Schluss gekommen war, dass es wenig Behandlungsmöglichkeiten gab. Die Ärztin hatte den Hausarzt der Patientin angerufen, da sie wissen wollte, warum er den Sterbehilfewunsch nicht erfüllen konnte oder wollte. Der Hausarzt war, anders als die Ärztin, der Ansicht, dass es sich um einen Fall von »abgeschlossenem Leben« handelte. Die Ärztin ist sich darüber im Klaren, dass keine eingehenderen Untersuchungen stattgefunden haben; sie bestätigt, dass die Situation kompliziert ist, wenn ein Patient jegliche Untersuchung und Behandlung ablehnt. Dennoch wollte die Ärztin die Patientin nicht im Stich lassen.

Hinsichtlich der Frage, ob die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass für die Patientin keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine annehmbare andere Lösung gab, erwägt die Kommission Folgendes. Keine Aussicht auf Besserung liegt dann vor, wenn eine Krankheit bzw. Gesundheitsstörung, die das Leiden eines Patienten verursacht, nicht heilbar ist und auch eine Linderung der Symptome, die das Leiden des Patienten erträglich machen würde, nicht möglich ist. Es geht also um die Frage, ob eine realistische Möglichkeit besteht, die Symptome auf andere Weise als durch Sterbehilfe zu beseitigen oder zu lindern. Dabei spielen sowohl das Ausmaß der durch die Behandlung zu erzielenden Verbesserung als auch die damit verbundene Belastung des Patienten eine Rolle. Eng mit der Beurteilung des Aspekts der Aussichtslosigkeit des Zustands verbunden ist die Frage, ob es keine annehmbare andere Lösung gibt, um den Patienten von seinem Leiden zu befreien. Wenn es weniger einschneidende Möglichkeiten gibt, den Patienten von seinem Leiden zu befreien oder es 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 also 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 (siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 25).

Die Kommission stellt fest, dass die Patientin unter diversen Symptomen litt. Die Ärztin hatte zwar erklärt, dass sie beabsichtigt hatte, eventuell vorhandene Behandlungsalternativen mit der Patientin zu besprechen, dass diese aber jegliche Behandlung ablehnte. Die Kommission ist dennoch der Ansicht, dass die Ärztin die Erfüllung des Sterbewunsches der Patientin an die Bedingung hätte knüpfen müssen, dass die Patientin zunächst noch mögliche, für sie selbst weder zu drastische noch zu belastende Behandlungen ausprobiert. Wenn ein Patient jegliche Untersuchungen zur Feststellung der Möglichkeiten für die Linderung seiner Beschwerden ablehnt, lässt sich kein fundiertes Urteil über die Aussichtslosigkeit des Zustands fällen, insbesondere dann nicht, wenn der Arzt den Patienten erst seit kurzer Zeit kennt. Die kontinuierliche und sorgfältige Erwägung von Alternativen zur Sterbehilfe ist von entscheidender Bedeutung. In diesem Fall wurden mögliche Alternativen nicht hinreichend untersucht. So hätten etwa die Schmerzen und Atembeschwerden der Patientin möglicherweise mit Medikamenten gelindert werden können, was eventuell auch zu einer gewissen Verbesserung der Bewegungseinschränkungen geführt hätte. Hätte sich nach einiger Zeit herausgestellt, dass trotz der durchgeführten Behandlung keine hinreichende Verbesserung der Situation der Patientin eingetreten wäre, hätte die Ärztin noch immer Sterbehilfe leisten können. In diesem Zusammenhang erwägt die Kommission, dass es zwar kein gesetzliches Sorgfaltskriterium gibt, nach dem ein Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patienten bestehen muss, dass aber ein nicht behandelnder Arzt im Allgemeinen dennoch schlüssig darlegen muss, dass er sich ausreichend Zeit genommen hat, die Situation des Patienten vor dem Hintergrund der gesetzlich niedergelegten Sorgfaltskriterien gut zu erfassen (siehe hierzu auch SterbehilfeKodex, S. 16). Im vorliegenden Fall ist die Ärztin jedoch nach sehr kurzer Zeit zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab. Die Ärztin hat nicht hinreichend geprüft, ob es für die Linderung der Symptome der Patientin – was die Unerträglichkeit des Leidens hätte verringern können – annehmbare andere Lösungen als Sterbehilfe gab. Die Kommission ist daher der Meinung, dass die Ärztin nicht zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es keine anderen Lösungen gab, die Patientin von ihrem Leiden zu befreien, und ihr Zustand somit aussichtslos war. Die Ärztin hat nicht im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben b und d des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt.

FALL 2017-24
(nicht aufgenommen)

FALL 2017-10
(nicht aufgenommen)

FALL 2017-02
(nicht aufgenommen)

FALL 2017-11
(nicht aufgenommen)
(vergleichbarer Fall 2017-40)

FALL 2017-28
(nicht aufgenommen)

FALL 2017-118
(nicht aufgenommen)

IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

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

Übersetzung:
Ministerium für auswärtige Angelegenheiten der Niederlande, Sprachendienst

April 2018

RTE