REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2018

REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2018

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 jeweiligen 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 5

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2018

1 Jahresbericht 11

2 Meldungen 11
Zahl der Meldungen 11
Verhältnis Männer/Frauen 13
Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung 13
Krankheitsarten 13
Häufigste Krankheiten 13
Demenz 13
Psychiatrische Erkrankungen 15
Kumulation von Altersbeschwerden 15
Sonstige Erkrankungen 15
Alter 17
Ort der Lebensbeendigung 17
Meldende Ärzte 17
Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende 19
Lebensgefährten 19
Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 19
Grauzonen in der Kontrollpraxis 21

3 Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen 21
Fragen aufwerfende Meldungen, keine Fragen aufwerfende Meldungen und Beurteilungsschreiben 21
Komplex gelagerte Fälle 26
SterbehilfeKodex 2018 26
Reflexionsgremium 27
Organisation 27

KAPITEL II KASUISTIK

1 Einführung 29

2 Der Arzt hat im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 32
2.1 Fünf repräsentative Fälle 32
Beurteilungsschreiben 33
Krebs
Fall 2018-116 34
Erkrankung des Nervensystems
Fall 2018-117 (nicht aufgenommen) 36

Lungenerkrankung
Fall 2018-118 (nicht aufgenommen) 36
Herz- und Gefäßkrankheit
Fall 2018-119 (nicht aufgenommen) 36
Mehrfacherkrankungen
Fall 2018-125 (nicht aufgenommen) 36

2.2 Fünf nach den vier Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle 37
Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte 37
Fall 2018-80 37
Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand 40
Fall 2018-32 (nicht aufgenommen) 40
Keine annehmbare andere Lösung 41
Fall 2018-120 (nicht aufgenommen) 41
Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes 42
Fälle 2018-121 und 2018-122 (nicht aufgenommen) 42

2.3 Fünf Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von Altersbeschwerden 43
Psychiatrische Erkrankung 43
Fall 2018-31 43
Demenz 46
Fall 2018-123 46
Fall 2018-41 48
Kumulation von Altersbeschwerden 54
Fall 2018-44 (nicht aufgenommen) 54
Fall 2018-50 (nicht aufgenommen) 54

3 Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 55
Nicht im Einklang mit den Kriterien des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren Alternative gehandelt 55
Fall 2018-69 56
Fall 2018-70 (nicht aufgenommen) 62
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung eines (zusätzlichen) Konsiliararztes bei einem psychiatrischen Patienten gehandelt 63
Fall 2018-42 63
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen anderen Arztes gehandelt 67
Fall 2018-04 (nicht aufgenommen) 67
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt 68
Fall 2018-23 68
Fall 2018-75 (nicht aufgenommen) 71

VORWORT

Gesellschaftlicher Diskurs

Das Jahr 2018 stand im Zeichen lebhafter Diskussionen über das Thema Sterbehilfe.
So gab es unter anderem Kontroversen über Sterbehilfe bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung sowie bei Patienten mit Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium, die einst ihren Sterbehilfewunsch schriftlich dokumentiert hatten und zum Zeitpunkt der Durchführung nicht mehr in der Lage waren, ihren Willen zu äußern. In diesen Diskussionen traten die Meinungsunterschiede in Medien, Politik, Öffentlichkeit und Ärzteschaft zutage.
Die im Herbst 2018 von der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) veröffentlichte Richtlinie zur Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit einer psychischen Störung wird die Diskussion über Sterbehilfe in der Psychiatrie möglicherweise wieder etwas beruhigen. Auch die Absicht der Ärztekammer KNMG, Ärzten Entscheidungshilfen für Fälle an die Hand zu geben, in denen sie aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung eines inzwischen willensunfähigen Patienten gebeten werden, Sterbehilfe zu leisten, kann dazu beitragen.
Im Frühjahr 2018 haben die Kontrollkommissionen für Sterbehilfe den SterbehilfeKodex 2018 vorgelegt, der unter anderem einen guten Einblick in die Art und Weise vermittelt, wie die Kontrollkommissionen die Sorgfaltskriterien aus dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) auslegen. Die Kontrollkommissionen begrüßen es, dass der SterbehilfeKodex 2018 mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsministeriums allen Hausärzten in den Niederlanden zugeschickt wurde. Sie betrachten den SterbehilfeKodex als Pflichtlektüre für alle Ärzte, die mit Ersuchen um Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung konfrontiert werden.

Obwohl Psychiatrie und Demenz in fortgeschrittenem Stadium in Kombination mit Sterbehilfe grundlegende und ausgesprochen komplexe Fragen aufwerfen, muss zugleich festgestellt werden, dass 2018 nur ca. 1 % der insgesamt 6126 Meldungen, die bei den Kontrollkommissionen eingingen, Patienten betrafen, die an einer psychiatrischen Erkrankung litten (67 Fälle) oder denen aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet wurde (2 Fälle).
Ebenso wie im Jahr 2017 ging es auch 2018 in über 90 % der Meldungen (5553 Fälle) um Situationen, in denen es aufgrund einer

unheilbaren oder austherapierten Krankheit, etwa Krebs, Herz- und Gefäßkrankheiten, Demenz im Anfangsstadium, Erkrankungen des Nervensystems oder Mehrfacherkrankungen, keine Aussicht auf Besserung gab und der Patient unerträglich litt.

Rolle der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde

Eine weitere Besonderheit im Jahr 2018 war, dass erstmals seit über zehn Jahren ein Sterbehilfefall von der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend (IGJ) vor das Berufsgericht gebracht wurde. Später beschloss das Kollegium der niederländischen Staatsanwälte erstmals seit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes im Jahr 2002, den betreffenden Arzt strafrechtlich zu verfolgen. In vier anderen Fällen, in denen die Kontrollkommissionen 2017 zu dem Schluss gekommen waren, dass die beteiligten Ärzte nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes gehandelt hatten, beschloss das Kollegium der Staatsanwälte ebenfalls, strafrechtliche Ermittlungen einzuleiten. In den Medien wurde auf diese neuen Entwicklungen unterschiedlich reagiert; die Kommentare reichten von »sehr unerfreuliche Trendwende« bis hin zu »endlich tut die Staatsanwaltschaft, was der Gesetzgeber von ihr erwartet«.

Nach dem Sterbehilfegesetz müssen die Kontrollkommissionen, wenn sie zu dem Schluss kommen, dass nicht im Einklang mit allen gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt worden ist, die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend informieren.
Die Aufsichtsbehörde und die Staatsanwaltschaft leiten dann eine Untersuchung der von den Kontrollkommissionen gemeldeten Fälle ein.

Die Kontrollkommissionen, die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde beurteilen also dieselben Fälle, allerdings jeweils aus einer anderen rechtlichen Perspektive.

Die Kontrollkommissionen beurteilen, ob der Arzt die im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.
Die Aufsichtsbehörde prüft, ob das Handeln des Arztes – kurz gesagt – eine potentielle Gefahr für das Gesundheitswesen darstellt.
Die Staatsanwaltschaft schließlich geht der Frage nach, ob dem Arzt ein strafrechtlicher Vorwurf gemacht werden kann.
Die drei Institutionen bedienen sich dabei unterschiedlicher Untersuchungsmethoden und Verfahren.

Beurteilungen 2017 und 2018

Im Rückblick auf die Jahre 2017 und 2018 kann die Frage gestellt werden, ob die Beurteilungen und Entscheidungen der Kontrollkommissionen, der Staatsanwaltschaft und der

Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend eine eindeutige und klare Normsetzung für die Praxis darstellen. Anders gefragt: Wissen Ärzte dadurch, wie sie sich in vergleichbaren Situationen zu verhalten haben?
Daran schließt sich eine weitere Frage an: Welche Schlussfolgerungen können gezogen werden, sollten die drei Institutionen zu unterschiedlichen Beurteilungen ein und desselben Falles gelangen?

Die eingehende Analyse der Beurteilungen der Kontrollkommissionen und der Entscheidungen der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend sowie der Staatsanwaltschaft versucht diese Problematik zu beantworten. Sie ergibt folgendes Bild.

Die Kontrollkommissionen kamen 2017 zu dem Ergebnis, dass die beteiligten Ärzte in zwölf Fällen nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes gehandelt hatten. In acht von zwölf als »nicht sorgfältig« beurteilten Fällen wurde das Verfahren nach einer Untersuchung und einem Gespräch (mit Auflagen) eingestellt, mit allen Differenzierungen, die in den einzelnen Entscheidungen ausgeführt werden.[1] Die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend hielt eine weitere disziplinarrechtliche Verfolgung der Ärzte in diesen Fällen für nicht notwendig. Es handelte sich dabei um Meldungen, bei denen nach Auffassung der Kontrollkommissionen die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Arztes strittig bzw. die Lebensbeendigung nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt worden war. Diese beiden Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes werden in der Durchführungsbestimmung zur Einleitung einer Strafverfolgung im Falle von Lebensbeendigung auf Verlangen von der Staatsanwaltschaft nicht als »substantielle Sorgfaltskriterien« eingestuft.[2]
Die betreffenden Ärzte pflichteten der Beurteilung der Kontrollkommissionen bei oder erklärten zumindest, dass sie daraus gelernt hätten und sich in künftigen Fällen an die von den Kommissionen in ihren Beurteilungen beschriebenen Normen halten würden.
In den genannten acht Fällen bestätigten die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend und die Staatsanwaltschaft die von den Kontrollkommissionen festgestellte Verletzung des Sterbehilfegesetzes. Da die betroffenen Ärzte jedoch Lehren aus der Kritik an ihrem Handeln gezogen hatten, entschied die Staatsanwaltschaft, dass keine Wiederholungsgefahr und keine

1 Die Entscheidungen der Staatsanwaltschaft bezüglich der Beurteilungen der Kontrollkommissionen sind auf der folgenden Website einsehbar: https://www.om.nl/onderwerpen/euthanasie/beslissingen-college/.
2 Die Durchführungsbestimmung zur Einleitung einer Strafverfolgung im Falle von aktiver Lebensbeendigung auf Verlangen (Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung) findet sich auf https://wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

Gefahr für das Gesundheitswesen bestehen. Mit nahezu gleicher Begründung kam die Staatsanwaltschaft zu dem Schluss, dass den Ärzten strafrechtlich nichts vorgeworfen werden könne, es jedenfalls nicht opportun wäre, eine strafrechtliche Verfolgung einzuleiten.

2018 befanden die Kontrollkommissionen, dass Ärzte in sechs Fällen nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes gehandelt hatten.
Fünf dieser sechs als »nicht sorgfältig« beurteilten Fälle wurden sowohl von der Staatsanwaltschaft als auch von der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend mittlerweile abschließend bearbeitet. In einem Fall läuft die Untersuchung noch.
Die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend entschied in den übrigen fünf Fällen nach Gesprächen mit den beteiligten Ärzten, dass es bezüglich der Patientensicherheit keinen Grund gebe, weitere Untersuchungen einzuleiten oder zusätzliche Maßnahmen bezüglich des medizinischen Handelns der Ärzte zu ergreifen.
Die Staatsanwaltschaft stellte in denselben fünf Fällen nach einer Untersuchung und Gesprächen mit den betroffenen Ärzten ihre Ermittlungen (mit Auflagen) ein. Sie bestätigte in diesen Fällen zwar die von den Kontrollkommissionen festgestellte Verletzung der Sorgfaltskriterien, kam aber zu dem Schluss, dass dem jeweiligen Arzt kein strafrechtlicher Vorwurf gemacht werden könne und dass eine strafrechtliche Verfolgung nicht opportun sei. Die betroffenen Ärzte hatten an der Überprüfung ihres Handelns mitgewirkt und versichert, Maßnahmen zu ergreifen, damit es in Zukunft zu keiner Verletzung der Sorgfaltskriterien mehr kommt.
Die Entscheidung der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend in einem der Fälle, die von den Kontrollkommissionen als »nicht sorgfältig« beurteilt wurden, steht noch aus.

Ausdrückliche Bestätigung der Normsetzung durch die Kontrollkommissionen

Die Kontrollkommissionen kamen in den Jahren 2017 und 2018 bei insgesamt 18 Meldungen zu dem Schluss, dass ein oder mehrere Sorgfaltskriterien nicht erfüllt wurden. In 13 dieser Fälle wurden die Untersuchungen nun mit ausdrücklicher Bestätigung der Normsetzung durch die Kontrollkommissionen (mit Auflagen) eingestellt, weil keine strafrechtliche Vorwerfbarkeit gegeben war und/oder eine strafrechtliche Verfolgung als nicht opportun angesehen wurde. Auch die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend war der Ansicht, dass eine weitere disziplinarrechtliche Verfolgung der Ärzte in diesen 13 Fällen nicht notwendig sei.
Obwohl diese Meldungen aus drei verschiedenen juristischen Blickwinkeln von drei unabhängig voneinander arbeitenden

Institutionen untersucht wurden, war das Ergebnis eindeutig und klar: Ärzte, die Sterbehilfe leisten, bekommen aufgrund dieser einheitlichen Beurteilung klare Normen an die Hand, nach denen sie sich in vergleichbaren Situationen richten können.

Bezüglich der übrigen vier Fälle aus dem Jahr 2017, in denen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss gekommen waren, dass das Handeln nicht im Einklang mit dem Sterbehilfegesetz stand, teilte die Staatsanwaltschaft am 8. März 2018 mit, dass in diesen Fällen »strafrechtliche Ermittlungen wegen möglicherweise strafbarer Sterbehilfe« eingeleitet werden.
Bei diesen vier Fällen geht es um Sorgfaltskriterien aus dem Sterbehilfegesetz, die von der Staatsanwaltschaft als »substantielle Sorgfaltskriterien« eingestuft werden. Untersucht wurde in diesem Zusammenhang, ob der Arzt nach vernünftigem Ermessen zu dem Urteil kommen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, und ob damit zusammenhängende Fragen zur Gültigkeit der schriftlichen Patientenverfügung klar beantwortet waren. Darüber hinaus ging es darum, ob der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war.

In zwei dieser vier Fälle hat die Staatsanwaltschaft mittlerweile das Verfahren ohne Auflagen eingestellt.
Vergleicht man in diesen beiden Fällen die Beurteilung der Kontrollkommissionen mit dem Beschluss der Staatsanwaltschaft, das Verfahren ohne Auflagen einzustellen, so fällt auf, dass bei den strafrechtlichen Ermittlungen, die im Auftrag des Kollegiums der Staatsanwälte von einem Staatsanwalt durchgeführt wurden, andere, zum Teil neue Fakten ans Licht kamen. Im Gegensatz zu den Kontrollkommissionen befragt der Staatsanwalt im Zuge der strafrechtlichen Ermittlungen den Arzt als Beschuldigten. Darüber hinaus hat der Staatsanwalt unter anderem die Möglichkeit, Familienangehörige unter Eid als Zeugen zu vernehmen. Infolgedessen können Sachverhalte ans Licht kommen, die in dem Gespräch des Arztes mit der Kontrollkommission nicht aufgedeckt wurden.
Um das (zu) späte Bekanntwerden neuer Sachverhalte zu vermeiden, sollte sich der Arzt noch detaillierter auf die Sitzung der Kontrollkommission vorbereiten, in der er die von ihm geleistete Sterbehilfe erläutert. Hierbei muss er alle denkbaren wichtigen Sachverhalte und Umstände offenlegen.
Die Kontrollkommission muss bei der Befragung des Arztes – ungeachtet der Tatsache, dass der Arzt dabei ausdrücklich nicht als Beschuldigter gilt – alle relevanten Sachverhalte und Umstände mit noch größerer Beharrlichkeit ans Licht bringen.

Zusammenfassung

In den Jahren 2017 und 2018 beurteilten die Kontrollkommissionen insgesamt 12 711 Fälle von Sterbehilfe. Sie befanden, dass in 18 Fällen ein oder mehrere Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes nicht erfüllt waren. In 15 dieser 18 Fälle hat die Staatsanwaltschaft die Ermittlungen inzwischen eingestellt.

Ärzte stehen ohne Frage unter einer großen Belastung, wenn ihr Vorgehen von den Kontrollkommissionen geprüft wird, vor allem wenn sie ihr Tun danach auch noch gegenüber der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend verantworten müssen. Die Sterbehilfepraxis wird in den Niederlanden sehr streng kontrolliert. In Anbetracht der obengenannten Zahlen besteht für Ärzte jedoch kein Grund zu großer Besorgnis. Die sich aus der Kontrolle ergebende Normsetzung trägt dazu bei, dass die Sterbehilfe in der Praxis sorgfältig durchgeführt wird und dass Ärzte nicht unnötig mit gegen sie gerichteten Verfahren konfrontiert werden.

Die Einhaltung der KNMG-Richtlinie und der NVvP-Richtlinie, bessere Handlungsanweisungen des KNMG bezüglich des Themenkomplexes Sterbehilfe und Demenz und eine eingehende Konsultation des SterbehilfeKodex 2018 der Kontrollkommissionen vonseiten der Ärzte sollen die Belastungen bei der Durchführung von Sterbehilfe verringern. Gleichzeitig muss die genaue Einhaltung der im Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien weiter verbessert werden.

Jacob Kohnstamm
Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

März 2019

KAPITEL I
ENTWICKLUNGEN 2018

1 JAHRESBERICHT

Näheres über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen u. a. m. kann im SterbehilfeKodex 2018 und auf www.euthanasie-commissie.nl 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 als »Sterbehilfe« bezeichnet. Eine Unterscheidung wird nur in den Fällen gemacht, in denen sie wirklich relevant ist.

Der Jahresbericht dient außerdem dazu, Ärzten und anderen Beteiligten einen Einblick zu geben, auf welche Weise die Kommissionen konkrete Meldungen geprüft und beurteilt haben. Im Jahresbericht wird darum auch ausführlicher auf einige individuelle Meldungen eingegangen.
Um den Jahresbericht einem breiteren Publikum zugänglich zu machen, wurde weitgehend auf juristische oder medizinische Fachbegriffe verzichtet bzw. wurden diese näher erläutert.

2 MELDUNGEN

Zahl der Meldungen

Die Übersichten über die Sterbehilfemeldungen in den fünf Regionen sind auf unserer Website einsehbar (siehe euthanasie-commissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

2018 wurden den Kommissionen 6126 Fälle von Sterbehilfe gemeldet. Dies entspricht 4,0 % aller Todesfälle, die in den Niederlanden im Jahr 2018 verzeichnet wurden (153 328). 2017 waren bei den Kommissionen 6585 Meldungen eingegangen, was 4,4 % aller Todesfälle (150 027) entsprach. Damit ging die Zahl der gemeldeten Sterbehilfefälle 2018 erstmals seit Jahren zurück, sowohl absolut betrachtet als auch als Anteil an den Todesfällen insgesamt. Am 6. November 2018 sagte der Minister für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport in seiner Antwort auf die Anfrage einer Abgeordneten[3] zu, dass die Ergebnisse einer inzwischen eingeleiteten Untersuchung zur Zahl der Sterbehilfemeldungen im Zeitraum 2003 bis 2018

3 Abgeordnetenhaus, Sitzungsjahr 2018/19, Anhang zu den Plenarprotokollen, 521

VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen	5898
Hilfe bei der Selbsttötung	212
Kombination aus beiden	16

dem Abgeordnetenhaus im Frühjahr 2020 vorgelegt würden. Möglicherweise wird diese Untersuchung auch eine Erklärung für den Rückgang im Jahr 2018 liefern.

Verhältnis Männer/Frauen

Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es etwa gleich häufig um Männer (3191 Fälle, 52,1 %) wie um Frauen (2935 Fälle, 47,9 %).

Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung

Näheres zu den besonderen Aspekten der medizinisch fachgerechten Durchführung siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 36 ff.

In 5898 Fällen (96,2 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 212 Fällen (3,4 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 16 Fällen (0,3 %) um eine Kombination aus beiden. Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient, der im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung das vom Arzt überreichte tödliche Mittel eingenommen hat, nicht innerhalb einer zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. In diesem Fall führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf Verlangen nach dem üblichen Verfahren durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht.

Krankheitsarten

Häufigste Krankheiten

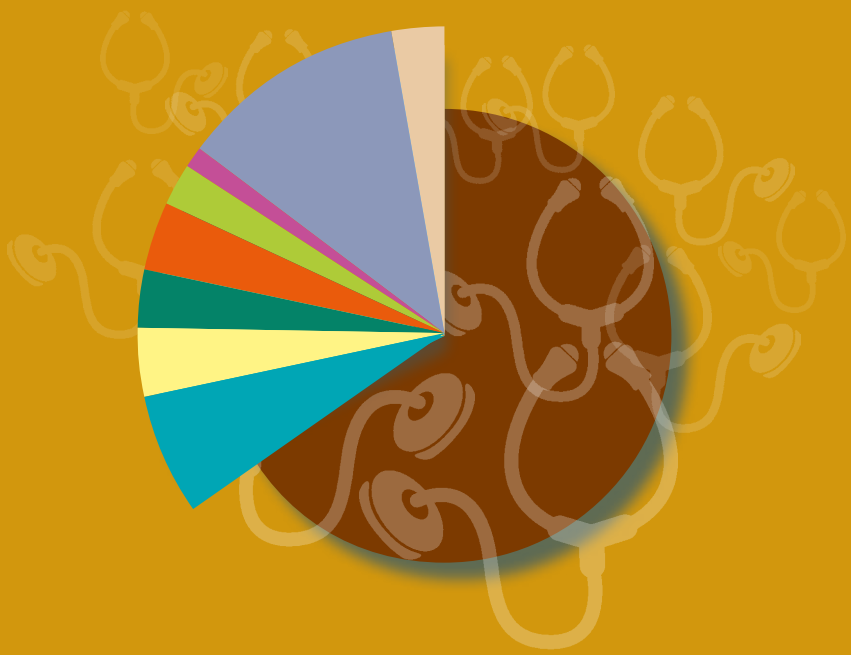
Bei 90,6 % der Meldungen (5553 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

- nicht (mehr) heilbarer Krebserkrankung (4013 Fälle);
- Erkrankungen des Nervensystems, beispielsweise Parkinson, MS oder ALS (382 Fälle);
- Herz- und Gefäßkrankheiten (231 Fälle);
- Lungenerkrankungen (189 Fälle);
- Mehrfacherkrankungen (738 Fälle).

Demenz

Näheres zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit Demenz enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 46 ff.

Bei zwei Meldungen 2018 ging es um Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, die nicht mehr in der Lage waren, über ihren Sterbehilfewunsch zu kommunizieren und bei denen für die Beurteilung der Frage, ob die Freiwilligkeit und die reifliche Überlegung der Bitte um Sterbehilfe gegeben waren, die schriftliche Patientenverfügung ausschlaggebend war. Siehe Meldung 2018-41 in Kapitel II dieses Kommissionsberichts und Meldung 2018-21 auf www.euthanasiecommissie.nl.
Bei 144 gemeldeten Fällen war Demenz im Anfangsstadium die Grundlage des Leidens. Es ging um Patienten in einem Stadium der



KRANKHEITSARTEN

Krebserkrankungen	4013
Erkrankungen des Nervensystems	382
Herz- und Gefäßkrankheiten	231
Lungenerkrankungen	189
Kumulation von Altersbeschwerden	205
Demenz	146
Psychiatrische Erkrankungen	67
Kombination aus Erkrankungen	738
Andere	155

Demenz, in dem sie sich noch über ihre Krankheit und die Symptome, etwa den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte noch überblicken konnten. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel II im Rahmen von Fall 2018-123 beschrieben.

Psychiatrische Erkrankungen

Näheres zu den besonderen Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 44.

In 67 gemeldeten Sterbehilfefällen lag dem Leiden eine psychiatrische Erkrankung zugrunde. In 34 dieser Fälle war der meldende Arzt ein Psychiater, in 20 Fällen ein Hausarzt, in zwei Fällen ein Geriater und in elf Fällen ein anderer Arzt. In solchen Fällen muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen, wie es in Fall 2018-31 (beschrieben in Kapitel II) geschehen ist. Die Niederländische Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) hat 2018 eine überarbeitete Richtlinie zur Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung veröffentlicht. Darin wird beschrieben, welche Verfahren Psychiater der NVvP zufolge einhalten müssen, wenn ein Psychiatriepatient um Sterbehilfe bittet.[4]

Kumulation von Altersbeschwerden

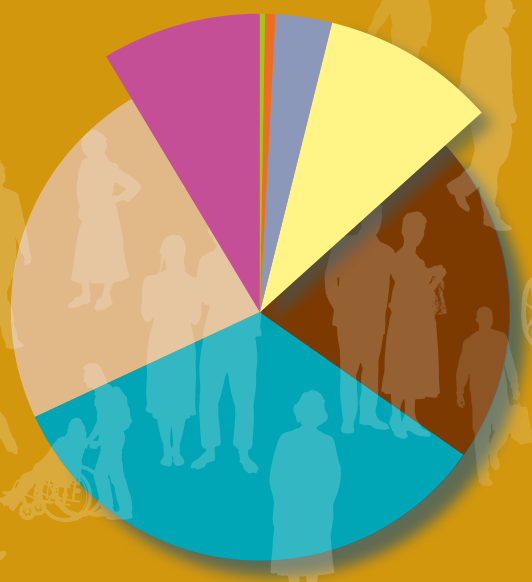
Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden enthält der SterbehilfeKodex 2018, S. 23.

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Gehörerkrankungen, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme, Rückgang der kognitiven Fähigkeiten – kann die Ursache eines unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sein. Diese oft degenerativen Prozesse manifestieren sich in der Regel in höherem Alter und sind häufig die Summe mehrerer Grunderkrankungen und Beschwerden. Diese führen zu einem Leiden, das vom betreffenden Patienten im Zusammenhang mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinem Wertesystem und seiner Leidensfähigkeit als aussichtslos und unerträglich empfunden werden kann. 2018 wurden den Kommissionen 205 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

Sonstige Erkrankungen

Die Kategorie »sonstige Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom. 2018 wurden 155 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

4 Diese Richtlinie und andere einschlägige Unterlagen können auf der Website der NVvP nachgelesen werden (nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie).



ALTER

Bis 30 Jahre	25
30-40 Jahre	43
40-50 Jahre	181
50-60 Jahre	574
60-70 Jahre	1363
70-80 Jahre	1986
80-90 Jahre	1442
90 Jahre oder älter	512

Alter

Die meisten Sterbehilfemeldungen (1986 Fälle, 32,4 %) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 90 Jahre (1442 Fälle, 23,5 %) und 60 bis 70 Jahre (1363 Fälle, 22,2 %).

2018 beurteilten die Kommissionen drei Meldungen über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Kind (12 bis 17 Jahre). Diese Fälle sind auf der Website unter den Nummern 2018-48, 2018-51 und 2018-94 zu finden.

In der Altersgruppe 18 bis 40 Jahre gingen 68 Meldungen ein. In 42 dieser Fälle war Krebs, in zehn Fällen eine psychische Erkrankung die Ursache des Leidens. In der Kategorie Demenz bezogen sich die meisten Meldungen (60 Fälle) auf Patienten im Alter von 80 bis 90 Jahren. In der Kategorie der psychischen Erkrankungen gab es 2018 in den Altersgruppen 50 bis 60 Jahre und 60 bis 70 Jahre jeweils 16 Meldungen. In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« betrafen die meisten Meldungen (139) Patienten im Alter von 90 Jahren oder älter.

Ort der Lebensbeendigung

In den mit Abstand meisten Fällen (4919 Fälle, 80,2 %) wurde die Sterbehilfe beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Hospiz (491 Fälle, 8,0 %), einem Pflegeheim (239 Fälle, 3,9 %), einem Altersheim (233 Fälle, 3,8 %), einem Krankenhaus (169 Fälle, 2,8 %) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten, in einem Wohnheim oder einem Pflegehotel (75 Fälle, 1,2 %).

Meldende Ärzte

In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet (5194 Fälle, 84,8 %). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (294), Fachärzte (293) und Ärzte in der Facharztausbildung (64). Und schließlich gibt es noch eine größere Gruppe von Meldungen (281), bei denen Ärzte in einer anderen Funktion Meldung erstatteten; die meisten von ihnen arbeiten für die »Stiftung Lebensendeklinik« (SLK).

Die Zahl der Meldungen von Ärzten der SLK ging 2018 im Vergleich zum Vorjahr geringfügig (3,4 %) von 751 auf 726 zurück.
Aus den Meldedaten geht hervor, dass Ärzte bei Sterbehilfewünsche, die sie als komplex bewerten, oft einen Arzt der SLK hinzuziehen. Diese Konsultation kann auf Initiative des behandelnden Arztes, des Patienten selbst oder, auf dessen Wunsch, seiner Angehörigen

MELDENDE ÄRZTE

Hausärzte	5194
Geriater	294
Fachärzte	293
Fachärzte in der Ausbildung	64
Ärzte mit einem anderen Hintergrund (etwa Ärzte, die für die Stiftung Lebensendeklinik (SLK) tätig sind, oder sogenannte Basisärzte)	281

erfolgen. Die weitaus meisten der Meldungen (44 von 67, gut 65 %), bei denen der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt, wurden von einem SLK-Arzt erstattet. Von den Meldungen, bei denen sich das Leiden des Patienten aus einer Form der Demenz ergab, stammten 59 von 146 (gut 40 %) von einem SLK-Arzt. Außerdem kamen 81 der 205 Meldungen (39,5 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von SLK-Ärzten. Auch Ärzte, die prinzipiell keine oder nur im Falle einer unausweichlich in Kürze zum Tode führenden Erkrankung Sterbehilfe zu leisten bereit sind, verweisen ihre Patienten regelmäßig an die SLK.

Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende

Eine Lebensbeendigung durch Sterbehilfe steht einer Organ- oder Gewebespende nicht im Wege. In der von der Transplantationsstiftung formulierten Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben.[5] Bei den Kommissionen wurden 2018 sieben Fälle gemeldet, in denen nach der Sterbehilfe eine Organspende stattfand.

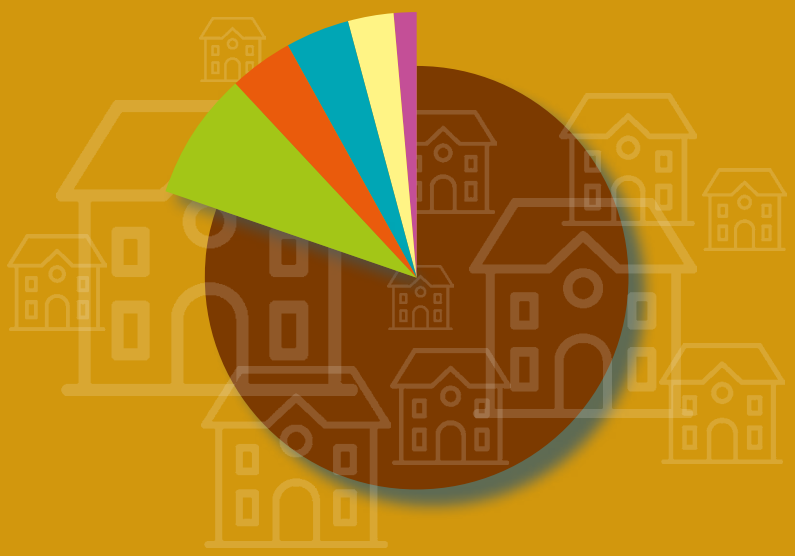
Lebensgefährten

Bei 18 Meldungen ging es um die gleichzeitige Sterbehilfe bei zwei Partnern (neun Paare). Beispiele hierfür sind die Fälle 2018-121 und 2018-122. Selbstverständlich muss der Arzt in einem solchen Fall in seiner Meldung darlegen, dass er bei jedem der Partner die im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

In sechs der 6126 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der ausführende Arzt nicht alle in Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien erfüllt hatte; dies entspricht weniger als 0,1 % der Meldungen. Alle sechs Fälle werden in Kapitel II beschrieben.

5 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	4919
Hospiz	491
Altersheim	233
Pflegeheim	239
Krankenhaus	169
Anderer Ort (etwa die Wohnung von Verwandten oder ein Pflegehotel)	75

Grauzonen in der Kontrollpraxis

Wir würden der Differenziertheit der Prüfungspraxis Unrecht tun, wenn wir uns darauf beschränken würden darzulegen, wie häufig die Kommissionen zu dem Urteil kamen, dass der Arzt mindestens ein Sorgfaltskriterium missachtet hat, denn in der Prüfungspraxis gibt es auch Grauzonen. Die Kommissionen haben in 37 gemeldeten Fällen – die vorgenannten sechs Meldungen eingerechnet – den Arzt und in wenigen Fällen den Konsiliararzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten. Bei 35 Meldungen haben die Kommissionen den meldenden Arzt, in Einzelfällen den Konsiliararzt oder den früheren Hausarzt des Patienten, gebeten, während einer Kommissionssitzung mündlich die Fragen der Kommission zu beantworten. Die mündlichen und schriftlichen Erläuterungen der Ärzte und Konsiliarärzte waren für die Kommission in der Regel hinreichend aufschlussreich, um feststellen zu können, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Dennoch haben die Kommissionen den Ärzten auch regelmäßig Anweisungen zur Verbesserung ihrer Handlungsweise bei der Durchführung der Sterbehilfe oder der Meldung des Falls erteilt.

3 ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN, ENTWICKLUNGEN

Fragen aufwerfende Meldungen, keine Fragen aufwerfende Meldungen und Beurteilungsschreiben

Seit 2012 gehen die Kontrollkommissionen bei der Beurteilung einer Meldung wie folgt vor. Nach dem Eingang einer Meldung wird der Fall vom Sekretär der Kommission, einem erfahrenen Juristen, als »Fragen aufwerfend« oder »keine Fragen aufwerfend« eingestuft. Im Jahr 2018 kam noch eine dritte Kategorie hinzu: keine Fragen aufwerfende Meldungen, bei denen eine voll ausformulierte Beurteilung in bestimmten Fällen durch ein kurzes sogenanntes Beurteilungsschreiben ersetzt wird (»Beurteilungsschreiben ausreichend«). In diese letzte Kategorie fallen ausschließlich Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf Krebs, COPD, ALS, Herzinsuffizienz oder auf eine Kombination dieser Erkrankungen zurückgeht.

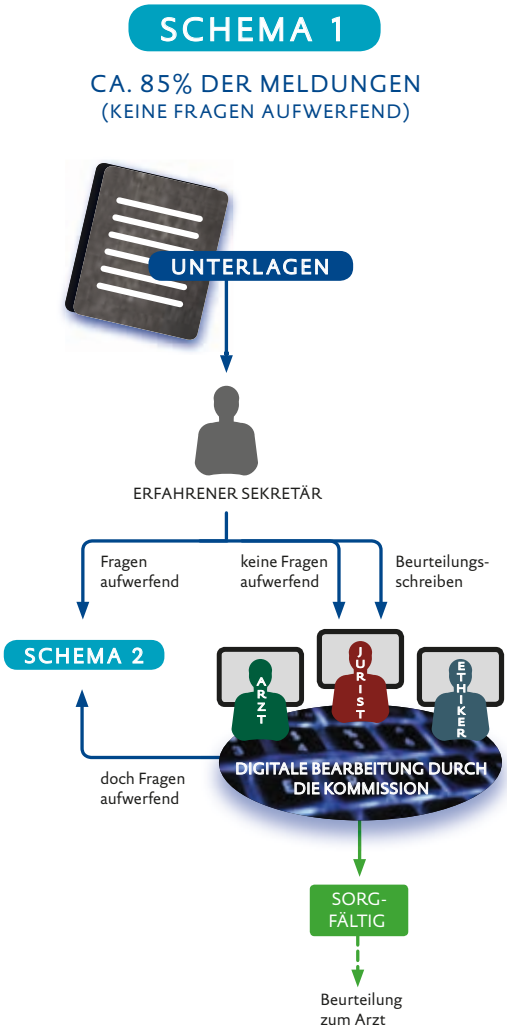
Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« oder »Beurteilungsschreiben ausreichend« eingestuft, wenn der Sekretär der Kommission zu der Einschätzung kommt, dass die erteilten Informationen vollständig sind und dass der Arzt die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

Nach der Vorauswahl werden die Meldungen durch die Kommission beurteilt. Bei den Meldungen der Kategorien »keine Fragen aufwerfend« und »Beurteilungsschreiben ausreichend« geschieht

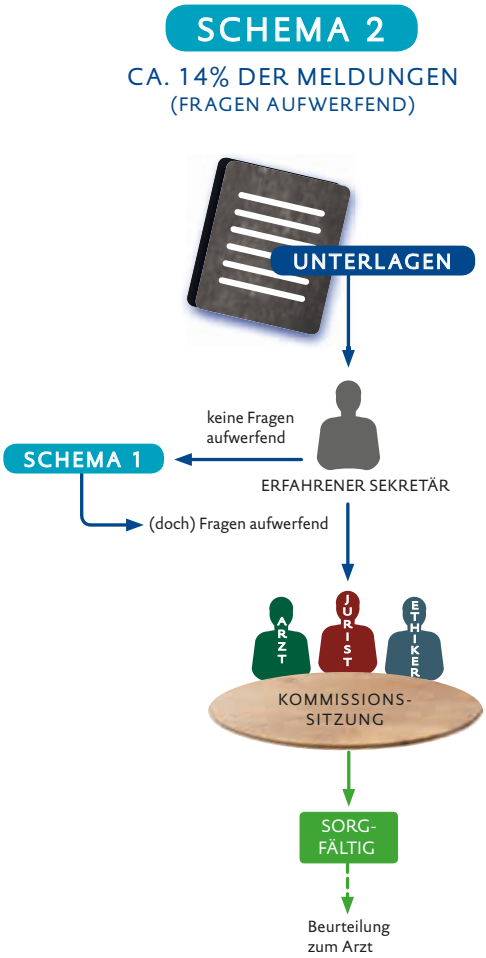
VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Männer	3191
Frauen	2935

dies auf elektronischem Wege. Als Beispiele für diese Arten von Meldungen werden in Kapitel II die Fälle 2018-116, 2018-117, 2018-118, 2018-119 und 2018-125 beschrieben. Wenn auch die Kommission zu dem Schluss kommt, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt wurden *und* die Meldung mit einem Beurteilungsschreiben erledigt werden kann, wird der Arzt in knapper Form schriftlich, unter Verweis auf den in der betreffenden Meldung beschriebenen Sachverhalt, über das Ergebnis der Beurteilung informiert. Ein Beispiel eines solchen Beurteilungsschreibens ist auf Seite 31 dieses Jahresberichts wiedergegeben. Bei den vorgenannten Beurteilungen 2018-116 und 2018-117 würde inzwischen statt der ausführlichen Beurteilung ein Beurteilungsschreiben an den Arzt gesandt.



Durch die effizientere Zuweisung der Meldungen an Kommissionsmitglieder und die veränderte administrative Bearbeitung wurde der Zeitraum zwischen Eingang der Meldung und Information des Arztes verkürzt. Die Einführung der Kategorie »Beurteilungsschreiben ausreichend« hat ebenfalls wesentlich zur Verkürzung der Bearbeitungszeit beigetragen.
2018 vergingen zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung im Schnitt 37 Tage.
Wenn eines der Kommissionsmitglieder der Meinung ist, dass eine vom Sekretär als »keine Fragen aufwerfend« oder »Beurteilungsschreiben ausreichend« eingestufte Meldung doch Fragen aufwirft, wird die Meldung zur Behandlung im Rahmen der monatlichen Kommissionssitzung weitergeleitet. Ein kleiner Teil der als »keine Fragen aufwerfend« oder »Beurteilungsschreiben ausreichend« eingestuften Meldungen (42 bzw. 0,7 % der Meldungen) wurde als Fragen aufwerfende Meldung umklassifiziert und auf der Kommissionssitzung besprochen.

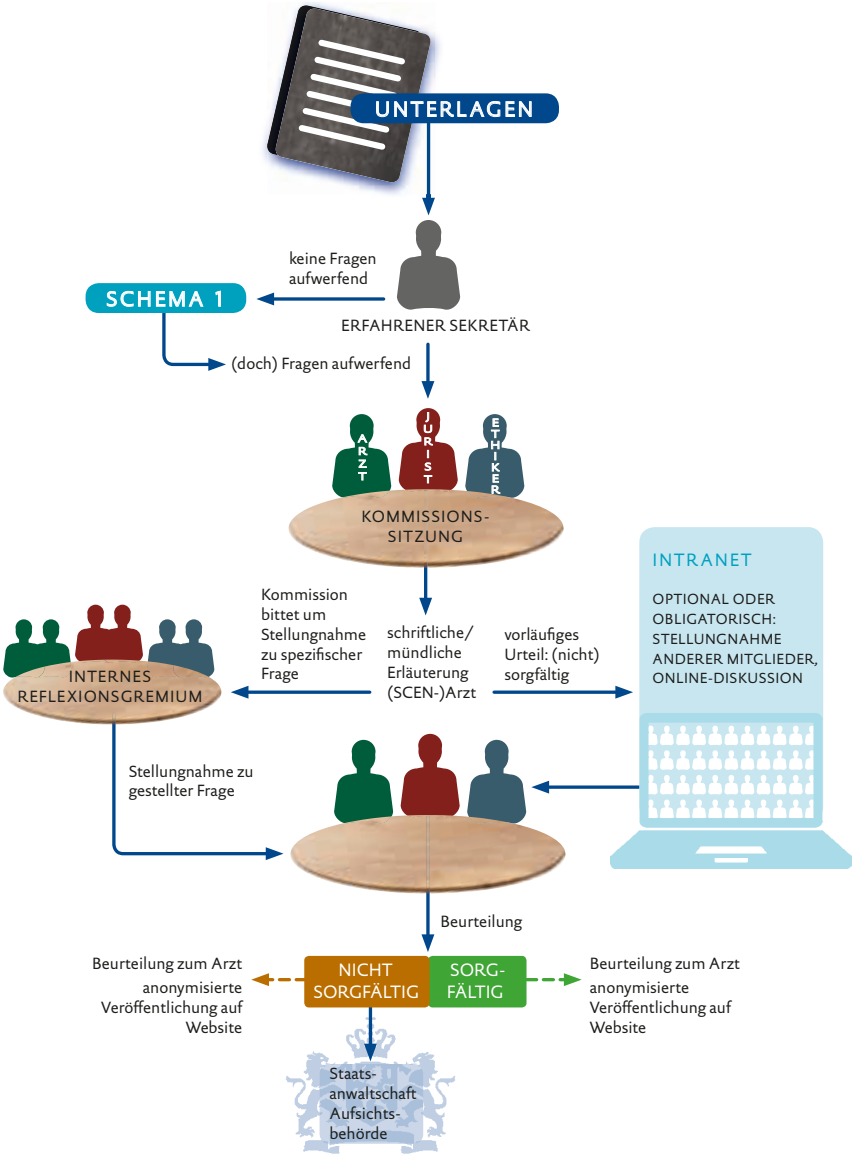


Als Fragen aufwerfend eingestufte Meldungen werden grundsätzlich im Rahmen der monatlichen Kommissionssitzung besprochen und beurteilt.

2018 wurden 46 % aller gemeldeten Fälle als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft. In 39 % der Fälle wurde dem Arzt die definitive Beurteilung der Kommissionen mittels

SCHEMA 3

CA. 1% DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)



Beurteilungsschreiben übermittelt. Dabei ist anzumerken, dass das Beurteilungsschreiben erst im Laufe des Jahres 2018 eingeführt wurde.

Von allen eingegangenen Meldungen wurden 14 % (798) unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert, etwa – jedoch nicht ausschließlich – weil der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung oder Demenz litt oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren.

Komplex gelagerte Fälle

Die Kommissionen beraten sich untereinander intensiv über komplex gelagerte Fälle, bei denen man es für angezeigt hält, dass sich alle Kommissionsmitglieder dazu äußern können. So wird der vorläufige Beurteilungsentwurf einer Meldung, bei der die prüfende Kommission der Ansicht ist, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden, zusammen mit den zugehörigen Unterlagen allen anderen Kommissionsmitgliedern digital im Intranet vorgelegt. Nach Kenntnisnahme der Reaktionen der anderen Kommissionsmitglieder formuliert die prüfende Kommission anschließend eine definitive Beurteilung.

Auch in anderen Fällen, in denen die prüfende Kommission eine interne Debatte für angezeigt hält, werden die vorläufigen Beurteilungen ins Intranet eingestellt. Ziel dieses Vorgehens ist es, maximale Qualität des Beurteilungsverfahrens sowie größtmögliche Einheitlichkeit der Beurteilungen zu gewährleisten. 2018 wurden, einschließlich der als »nicht sorgfältig« beurteilten Meldungen, 18 Fälle im Rahmen der Kommissionssitzungen besprochen.

SterbehilfeKodex 2018

Im Frühjahr 2018 erschien eine aktualisierte Fassung des 2015 veröffentlichten Praxisleitfadens unter dem Titel »SterbehilfeKodex 2018, Erläuterungen zur Kontrollpraxis«. Darin wird erörtert, welche Aspekte die Kontrollkommissionen bei der Ausübung ihrer Prüfungstätigkeit, die ihnen gemäß dem Sterbehilfegesetz obliegt, für wichtig erachten. Der SterbehilfeKodex 2018 dient dazu, insbesondere (Sterbehilfe leistenden) Ärzten und Konsiliarärzten in leicht zugänglicher Form die Art und Weise zu erläutern, wie die Kontrollkommissionen die im Sterbehilfegesetz verankerten Sorgfaltskriterien interpretieren und anwenden. Er wurde mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsministeriums an alle Hausärzte in den Niederlanden gesandt.
Der Kodex steht unter https://euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/euthanasiecode zum Herunterladen bereit.

Reflexionsgremium

2016 haben die Kontrollkommissionen ein internes Reflexionsgremium eingerichtet, das unter anderem die Abstimmung der Kommissionen untereinander und die Harmonisierung der Beurteilungen weiter fördern soll. Das Gremium setzt sich aus zwei Juristen, zwei Ärzten und zwei in Ethik- oder Sinnfragen sachkundigen Personen zusammen, die jeweils seit mindestens drei Jahren einer Kontrollkommission angehören und diese Position voraussichtlich noch mindestens zwei Jahre innehaben werden. Sie werden von einem Sekretär unterstützt. Das Reflexionsgremium kann von den Kommissionen in komplexen Fällen eingeschaltet werden. Es beurteilt eine Meldung nicht in vollem Umfang, sondern befasst sich mit einer oder mehreren spezifischen Fragen, die von der Kommission formuliert wurden, die das Gremium angerufen hat. Da das Reflexionsgremium eine gewisse Zeit für seine Arbeit benötigt, wird der meldende Arzt darüber informiert, dass sich die Beurteilung seines Falls möglicherweise verzögern wird. 2018 gab das Gremium drei Stellungnahmen ab. In der ersten ging es um den Begriff »medizinische Grundlage«, Gegenstand der zweiten Stellungnahme war die große Behutsamkeit, mit der bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung vorgegangen werden muss, und die dritte beschäftigte sich mit schriftlichen Patientenverfügungen. 2019 wird die Arbeit des Reflexionsgremiums evaluiert.

Organisation

Die Kontrollkommissionen decken fünf Regionen ab, in denen es jeweils drei Juristen (Vorsitzende), drei Ärzte und drei Sachverständige für Ethik- oder Sinnfragen (Ethiker) gibt. Damit gehören den Kommissionen insgesamt 45 Mitglieder an.

Sie werden im Rahmen eines öffentlichen Verfahrens angeworben und auf Vorschlag der Kommissionen vom Gesundheitsminister und vom Justizminister für einen Zeitraum von vier Jahren ernannt und können einmalig wiederernannt werden.

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

Der koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen leitet die strategischen Beratungen aller Kommissionsvorsitzenden, wobei immer auch jeweils ein Vertreter der Ärzte und der Ethiker anwesend ist. Er ist zugleich Vorsitzender in einer der fünf Regionen.

Unterstützt werden die Kommissionen von einem Sekretariat mit ca. 25 Mitarbeitern, das aus dem Generalsekretär, den Sekretären (Juristen) und administrativen Mitarbeitern besteht. Die Sekretäre haben eine beratende Stimme in den Kommissionssitzungen.
Die inhaltliche Leitung liegt beim Generalsekretär. Die Sekretariate unterstehen dem Stellvertretenden Direktor der »Einheit Disziplinarausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate« (ESTT).

Die Sekretariatsmitarbeiter stehen in Diensten des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und sind in den Räumlichkeiten der ESTT untergebracht. Bei dieser Einheit sind gut 70 Mitarbeiter tätig. Ihr gehören außerdem der Sekretariatspool (10 Mitarbeiter) und das Management (der Direktor und der Stellvertretende Direktor) an.
Die administrativen Mitarbeiter der Kontrollkommissionen sind für alle administrativen Prozesse verantwortlich, von der Registrierung der Merkmale einer eingegangenen Meldung bis zum Versand der Beurteilung an den meldenden Arzt und/oder die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend.
Das Kommissionssekretariat hat landesweit drei Standorte: Groningen, Arnheim und Den Haag. Der Sekretariatspool und das Management der ESTT befinden sich in Den Haag.

Aktuell sind Veränderungen geplant, die die Probleme der (zu) kleinen dezentralisierten Einheiten verringern und die in Gang gesetzte Professionalisierung des Kommissionssekretariats fördern sollen.
Ende 2018 hat das Leitungsgremium des Gesundheitsministeriums eine Reorganisation beschlossen, in deren Rahmen das gesamte Sekretariat an einem Standort in Utrecht untergebracht werden soll. Formell handelt es sich hierbei um einen »geplanten Reorganisationsbeschluss«. Der endgültige Beschluss wird voraussichtlich Anfang 2020 in Form eines noch zu erstellenden Organisations- und Personalstandsberichts getroffen.
Die Funktionsarten und Mitarbeiterzahlen werden sich nicht ändern, sondern nur der Standort. Das bringt für die meisten Mitarbeiter eine große Veränderung mit sich – statt in Groningen, Arnheim oder Den Haag arbeiten sie dann in Utrecht. Dahinter steht der Gedanke, dass alle Kommissionssitzungen ebenfalls in Utrecht stattfinden werden. Der Umzug ist für Anfang 2020 geplant.

Abschließend noch eine Anmerkung zu den Kosten:
2018 beliefen sich die Kosten der Kontrollkommissionen auf gut 4,2 Mio. Euro. Davon entfielen 857 000 Euro auf Vergütungen für die Kommissionsmitglieder, 998 000 Euro auf Material-, IT- und Standortkosten und 2 380 000 Euro wurden für Personalkosten (Management, Sekretariatspool und Sekretariate) aufgewendet.

KAPITEL II
KASUISTIK

II

1 EINFÜHRUNG

In diesem Kapitel geben wir Einblick in eine Reihe von Beurteilungen der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Im Kern besteht die Arbeit der Kommissionen aus der Beurteilung ärztlicher Unterlagen, die die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfe) betreffen.

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

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

Nach diesen Sorgfaltskriterien muss der Arzt:

a. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat,
b. zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und der Patient unerträglich litt,
c. den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert haben,
d. mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gab,
e. mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und

f. die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.

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

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

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

Abschnitt 2 gliedert sich in drei Unterabschnitte.
In Abschnitt 2.1 werden fünf Fälle dargelegt, die für den weitaus größten Teil der bei den Kommissionen eingehenden Meldungen stehen. Dabei handelt es sich um Fälle, in denen eine Heilung nicht (mehr) möglich war und der Patient an Krebs, einer Erkrankung des Nervensystems, einer Lungenerkrankung, einer Herz- und Gefäßkrankheit oder einer Mehrfacherkrankung litt.

In Abschnitt 2.2 wird auf verschiedene Sorgfaltskriterien genauer eingegangen, insbesondere auf die Kriterien »freiwillige und nach

reiflicher Überlegung geäußerte Bitte« (a), »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b), »keine andere annehmbare Lösung« (d) und »Konsultation« (e). Diese Fälle sind im Vergleich zu den Meldungen in Abschnitt 2.1 komplexer gelagert. Dies spiegelt sich in der umfangreicheren Dokumentation von Daten über den Patienten wider, darunter seine Bitte um Sterbehilfe, die Beschreibung seines Leidens und die Erwägung zusätzlicher Aspekte durch die Kommission. Auf zwei Sorgfaltskriterien wird an dieser Stelle nicht explizit eingegangen, nämlich auf die Aufklärung des Patienten über dessen medizinische Prognose (c) und die medizinisch fachgerechte Durchführung (f). Das Kriterium (c) ist im Allgemeinen eng mit anderen Sorgfaltskriterien verknüpft, zum Beispiel mit dem Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte. Davon kann nur dann die Rede sein, wenn der Patient gut über seine gesundheitliche Situation und seine medizinische Prognose informiert ist.
Das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung wird im Rahmen der Fälle erörtert, in denen die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden.

Abschließend werden in Abschnitt 2.3 einige Fälle beschrieben, in denen bei Patienten eines besonderen Typs Sterbehilfe geleistet wurde. Dies waren Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung (ein Fall), Demenz (zwei Fälle) oder einer Kumulation von Altersbeschwerden (zwei Fälle).
In allen in Abschnitt 2 beschriebenen Fällen kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllt hat.

In Abschnitt 3 werden sechs Fälle beschrieben, in denen nach Auffassung der Kommission die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. In zwei Fällen entschied die Kommission, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Kriterien des unerträglichen Leidens und des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung gehandelt hatte; in einem Fall mangelte es bei der Sterbehilfe an der gebotenen Behutsamkeit, mit der bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung vorgegangen werden muss; in einem Fall ging es um die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes und in zwei Fällen kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Sterbehilfe nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt worden war.

Alle Fälle sind mit einer Nummer gekennzeichnet, unter der auf der Website der Kontrollkommissionen (www.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 nachzulesen, wird Sterbehilfe am häufigsten bei Patienten mit Krebs, Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten, Lungenerkrankungen oder Mehrfacherkrankungen 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. In Fällen, bei denen der Patient an Krebs, ALS, Herzinsuffizienz oder COPD litt, wird dem Arzt seit Mitte 2018 anstelle einer ausformulierten Beurteilung ein Beurteilungsschreiben (siehe Seite 31) übermittelt. Darin wird der Arzt darüber informiert, von welchem Vorsitzenden, Arzt und Ethiker die Meldung auf elektronischem Weg geprüft wurde und dass diese zu dem Schluss gekommen sind, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Für alle anderen Meldungen wird eine vollständige Beurteilung erstellt. Die nachfolgenden Beispiele zeigen, wie eine Beurteilung einer Kontrollkommission aussieht, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurde. Zusammengenommen zeichnen die fünf Fälle ein repräsentatives Bild der Mehrheit der bei den Kontrollkommissionen eingegangenen Meldungen. Unter Umständen wurde ein besonderes Merkmal hinzugefügt, etwa die Aufnahme in ein Hospiz, eine geistige Behinderung oder eine besondere Art der Kommunikation mit dem Patienten.

BEURTEILUNGSSCHREIBEN

Sehr geehrte(r) [Anrede],

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

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

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

Die Kontrollkommission setzte sich zusammen aus:
[Name], Vorsitzende(r), Jurist(in)
[Name], Mitglied, Arzt/Ärztin
[Name], Mitglied, Ethiker(in)

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

Mit freundlichen Grüßen

Vorsitzende(r)
(Unterschrift)

Sekretär(in)
(Unterschrift)

KREBS
FALL 2018-116

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

Besondere Aspekte: Meldung, die keine Fragen aufwarf; inzwischen würde dem Arzt in einem derartigen Fall ein Beurteilungsschreiben übermittelt.

SACHVERHALT UND UMSTÄNDE

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

a) Art des Leidens, Aufklärung und Alternativen

Bei einem Patienten im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde im Dezember 2017 ein bösartiger Tumor im Brustfell diagnostiziert. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer Natur (auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielend).
Das Leiden des Patienten bestand aus Schmerzen, insbesondere Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, nichts mehr essen und kaum trinken zu können. Er hatte Schluckbeschwerden und war völlig abgemagert. Außerdem kämpfte er mit Verstopfung, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit und einer eingeschränkten Mobilität.
Er litt unter der Aussichtslosigkeit seiner Situation und dem bevorstehenden weiteren körperlichen Verfall, der ihn vollständig pflegeabhängig werden lassen würde.
Für ihn war sein Leiden unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Es gab keine für den 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 Patient hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen.
Drei Tage vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung nunmehr durchzuführen. Danach wiederholte der Patient seine Bitte.
Dem Arzt zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

c) Konsultation

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten zwei Tage vor der Lebensbeendigung, nachdem er vom behandelnden Arzt über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte.
Sein Bericht enthielt eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens des Patienten.
In seinem Bericht kam der Konsiliararzt auch aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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.

BEWERTUNG

Die Kommission überprüft im Nachhinein das Handeln des Arztes anhand der in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien.
Unter Berücksichtigung des obengenannten Sachverhalts und der 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 medizinisch fachgerecht durchgeführt.

ENTSCHEIDUNG

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

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS FALL 2018-117

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Meldung, die keine Fragen aufwarf, ALS, eingeschränkte Kommunikation; inzwischen würde dem Arzt in einem derartigen Fall ein Beurteilungsschreiben übermittelt.

Nicht aufgenommen

LUNGENERKRANKUNG FALL 2018-118

BEURTEILUNG: im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

Nicht aufgenommen

HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEIT FALL 2018-119

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

Nicht aufgenommen

MEHRFACHERKRANKUNGEN FALL 2018-125

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

Nicht aufgenommen

2.2 Fünf nach den vier Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle

Nachstehend werden vier Fälle beschrieben, in denen die folgenden vier Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes behandelt werden: der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, dass der Patient unerträglich leidet und keine Aussicht auf Besserung besteht, dass es keine annehmbare Alternative gibt, um das Leiden des Patienten zu lindern, und dass ein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen wurde. Einige der beschriebenen Fälle zeichnen sich durch besondere Begleitumstände aus, zum Beispiel die zwangsweise Einweisung des Patienten aufgrund einer gerichtlichen Anordnung, eine Kombination von körperlichen und psychiatrischen Problemen und eine sogenannte Duo-Sterbehilfe (in diesem Fall wird bei zwei Personen gleichzeitig Sterbehilfe geleistet).

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Im Sterbehilfegesetz ist festgelegt, dass der durchführende Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient sein Sterbehilfeersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Nach dem Gesetz muss das Ersuchen nicht schriftlich abgefasst sein, ein mündliches Ersuchen reicht aus. Hinsichtlich dieses Sorgfaltskriteriums können sich in bestimmten Situationen spezielle Fragen stellen. Der nachfolgende Fall illustriert eine solche Situation. Der Patient wurde aufgrund einer gerichtlichen Anordnung in die Psychiatrie eingewiesen, weil er zu diesem Zeitpunkt eine Gefahr für sich und andere darstellte und suizidale Symptome zeigte. Es muss ausgeschlossen werden, dass das Urteilsvermögen des Patienten durch eine psychiatrische Erkrankung beeinträchtigt ist.

FALL 2018-80

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Ausschließen einer Depression auf Anraten des Konsiliararztes

Ein Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren erlitt 2012 einen Schlaganfall, daraufhin verschlechterte sich sein körperlicher Zustand stark. In den folgenden Jahren entwickelte er verschiedene Erkrankungen; Ende 2017 wurde bei ihm eine vaskuläre Demenz festgestellt (Demenz als Folge eines Gefäßleidens im Gehirn). Seit dieser Diagnose verschlechterte sich der Zustand des Patienten stetig.

Im März 2018 wurde er aufgrund einer gerichtlichen Anordnung zwangsweise in eine psychogeriatrische Pflegeabteilung eingewiesen. Der Grund für die Einweisung war eine Charakterveränderung des Patienten und damit einhergehende aggressive Episoden, die seinen Verbleib in der häuslichen Umgebung unmöglich machten. Auf die Einweisung des Patienten ins Krankenhaus und die Krisenaufnahme in ein Pflegeheim folgte eine dauerhafte Aufnahme. Diese Umstände trugen dazu bei, dass sich sein Zustand zunächst weiter verschlechterte. Die Vielzahl der Reize im Zuge der Aufnahmen, die Veränderung seiner gewohnten Umgebung und die medizinischen Untersuchungen waren unter anderem für diese Verschlechterung verantwortlich. Nachdem der Patient einige Wochen im Pflegeheim verbracht hatte, nahm sein aggressives Verhalten ab und er wurde ruhiger.
Doch der Patient war von der Pflege durch andere abhängig, ein Zustand, der furchtbar für ihn war. Er litt unter dem Wissen, dass sich seine Situation nicht verbessern und dass seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten unaufhaltsam schwinden würden. Dem Patienten war bewusst, dass die von dem Schlaganfall verursachten Schäden irreversibel waren, und er empfand keinerlei Lebensqualität mehr. Zudem hatte er Angst vor einem weiteren Schlaganfall und der Gefahr, infolgedessen seinen Willen nicht mehr äußern zu können. Der Patient wollte seinen weiteren Verfall nicht mehr erleben und in Würde sterben.

Der Mann sprach circa eineinhalb Monate vor seinem Tod das erste Mal mit einem Arzt über Sterbehilfe und bat ihn dabei konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung. Bei den Gesprächen, die der Arzt mit dem Patienten führte, konnte dieser die Folgen seines Handelns, die Situation, in der der sich befand, und die Entscheidungen, die er traf, klar überschauen. Der Arzt stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens als willensfähig ein. Ihm zufolge kam die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande.

Der Arzt zog einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser stellte fest, dass es eine frühere Empfehlung gab, den Patienten aufgrund seiner Suizidalität einem Psychiater vorzustellen, und dass dies noch nicht geschehen war. Der Konsiliararzt empfahl, die gerichtliche Anordnung nicht mehr zu verlängern oder aufzuheben. Durch diesen Schritt würde der Patient mehr Freiheiten erhalten und er könnte in eine andere, ihm besser entsprechende Wohnumgebung verlegt werden. Der Konsiliararzt stellte auch zur Diskussion, ob die Medikation des Patienten angepasst werden sollte.
Im Gespräch mit der Kommission erklärte der Arzt, dass die gerichtliche Anordnung nicht verlängert werden sollte, sie sei nur für

die Krisenaufnahme des Patienten notwendig gewesen. Der Patient sei in der Zwischenzeit ruhiger geworden und arbeite viel besser mit. Der Arzt erklärte, dass der Patient seiner Meinung nach alles andere als depressiv sei. Obwohl der Arzt nicht an der Willensfähigkeit des Patienten zweifelte, folgte er dem Rat des Konsiliararztes und zog einen unabhängigen Psychiater hinzu.

Der unabhängige Psychiater untersuchte den Mann ungefähr eine Woche vor dem Tod des Patienten. Er prüfte, ob bei dem Sterbehilfewunsch des Patienten eine Depression eine Rolle spielte, konnte jedoch kein depressives Krankheitsbild im engeren Sinn feststellen. Der Patient war nicht selbstmordgefährdet. Allerdings diagnostizierte der unabhängige Psychiater eine Niedergeschlagenheit als Folge des Verlustes der Selbständigkeit und des körperlichen und geistigen Verfalls des Patienten; im Hinblick auf seinen Sterbewunsch stufte er ihn als willensfähig ein. Bezüglich der Medikation sah der hinzugezogene unabhängige Psychiater keinerlei Grund, die Behandlung mit Psychopharmaka anzupassen. Die Medikamentengabe war beinahe vollständig heruntergefahren, wobei die Einschränkungen der Funktionen des Patienten unverändert geblieben waren.

Unter Berücksichtigung der obengenannten 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. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

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 2018-32

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Kombination von körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen, aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden, freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Altersbeschwerden.

Nicht aufgenommen

KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

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

FALL 2018-120

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; keine annehmbare andere Lösung, Beckenfrakturen nach einem Sturz eine Woche vor dem Tod. Die Patientin verzichtete auf einen riskanten operativen Eingriff mit unsicheren Erfolgschancen aufgrund der minimalen Chance, nach der Operation wieder laufen zu können.

Nicht aufgenommen

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Der Arzt hat im Vorfeld der Sterbehilfe mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, der den Patienten untersucht und beurteilt, ob die Sorgfaltskriterien seines Ersuchens – unerträgliches Leiden, keine annehmbare Alternative und seine Aufklärung – erfüllt sind. Vereinzelt kommt es vor, dass zwei Partner gleichzeitig um Sterbehilfe bitten. Wenn in beiden Fällen Sterbehilfe geleistet wird, spricht man auch von »Duo-Sterbehilfe«. Die Kommissionen erwarten in einem solchen Fall, dass der Arzt oder die Ärzte für jeden der beiden Partner einen eigenen Konsiliararzt hinzuziehen. Dieses Vorgehen ist notwendig, um zu garantieren, dass jeder Fall individuell beurteilt wird. Beide Konsiliarärzte müssen sich vergewissern, dass von dem einen Partner kein ungebührlicher Druck auf den anderen Partner hinsichtlich dessen Sterbewunsches ausgeübt wird.

FALL: 2018-121 UND 2018-122

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; Konsultation bei Duo-Sterbehilfe; Durchführung.

Nicht aufgenommen

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

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

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

FALL 2018-31

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung; besonders behutsames Vorgehen bei einem Patienten mit psychiatrischer Erkrankung; Konsultation eines unabhängigen Psychiaters; keine annehmbare andere Lösung. Kombination von Angststörung, Depression und Persönlichkeitsstörung.

Ein Mann im Alter zwischen 50 und 60 Jahren litt seit seiner späten Jugend an einer psychiatrischen Erkrankung mit Suchtproblematik. Er kämpfte mit anhaltenden Depressionen und sozialen Angststörungen. Darüber hinaus litt er an einer Persönlichkeitsstörung mit Vermeidungs- und Suchtaspekten sowie begrenzter Frustrationstoleranz und Wutkontrolle.

Seit seiner späten Jugend empfand er immer wieder den Wunsch zu sterben. Der Mann hatte bereits mehrere Selbstmordversuche hinter sich. Er bekam mehrere medikamentöse und andere Behandlungen, darunter eine Elektrokonvulsionstherapie (EKT), bei der das Gehirn unter Narkose über Elektroden am Kopf mit Stromimpulsen stimuliert wird. Die Behandlung blieb jedoch ohne dauerhaften Erfolg. Trotz der therapeutischen und medikamentösen Behandlungen gemäß den multidisziplinären Richtlinien verschwanden die Beschwerden nicht. Darüber hinaus führte die EKT bei dem Mann zu einer Hirnschädigung.

Das Leiden des Patienten bestand aus chronischer Niedergeschlagenheit, dem Gefühl sozialer Isolation, chronischen Schmerzen und eingeschränkter Mobilität. Er blieb in seinem Trübsinn und seinen negativen Gedanken gefangen. Jahrelang war er antriebslos und es gelang ihm nicht, sich zu irgendetwas aufzuraffen. Die fehlende Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, trug zur Unerträglichkeit seines Leidens bei. Der Mann litt unter der Aussichtslosigkeit seiner Situation und der fehlenden Perspektive einer Besserung. Jeder Tag war ein Kampf. Er verbrachte den größten Teil des Tages im Bett, da es ihm an Energie und Willen fehlte, sich zu bewegen oder aktiv zu sein. Der Mann empfand jeden Tag als einen Tag zuviel. Für ihn war sein Leiden unerträglich.

Auf Ersuchen des Arztes wurde der Mann etwa zwei Monate vor seinem Tod von einem unabhängigen Psychiater untersucht. Dieser Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit gering war, mit längeren, intensiveren psychologischen Behandlungen eine wesentliche und bleibende Verbesserung zu erzielen.
Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Der Mann hatte vier Jahre vor seinem Tod einen klaren Wunsch nach Sterbehilfe geäußert. Nach Auffassung des Arztes gab es damals aufgrund des Depressionsprotokolls noch einige Behandlungsmöglichkeiten. Der Patient hatte an den vom Arzt vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten uneingeschränkt mitgewirkt.

Ein knappes Jahr vor seinem Tod begann er, seinen anhaltenden und konsequenten Wunsch nach Sterbehilfe auszudrücken. Etwa neun Monate vor seinem Tod bat der Mann den Arzt konkret um Durchführung der Lebensbeendigung. Anschließend wiederholte er seinen Sterbewunsch konsequent.

Der bereits genannte unabhängige Psychiater bescheinigte dem Mann ein klares Bewusstsein und die Fähigkeit zu einer logisch kohärenten Entscheidungsfindung. Nach Auffassung des Arztes war der Mann in der Lage, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für seinen Wunsch nach Sterbehilfe zu verstehen und die Folgen seines Entschlusses zu überblicken. 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 auch Geriater ist. Dieser besuchte den Patienten einige Tage vor der Lebensbeendigung. Auch der Konsiliararzt vertrat die

Auffassung, dass der Patient die Folgen seiner Bitte um Sterbehilfe überblicken konnte, und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission erwägt hinsichtlich der Aspekte der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens sowie der Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten und der Unerträglichkeit seines Leidens Folgendes: im Falle einer psychiatrischen Erkrankung muss die Beurteilung einer Bitte um Sterbehilfe mit besonderer Behutsamkeit erfolgen. Nach Auffassung der Kommission hat der Arzt das in diesem Fall auch getan. Zusätzlich zum unabhängigen SCEN-Arzt hat der Arzt, der schon seit neun Jahren behandelnder Psychiater des Patienten war, einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen. Dieser unabhängige Psychiater bestätigte die Auffassung des Arztes, dass es nach einem langen Zeitraum mit vielen und intensiven psychiatrischen Behandlungen, die nicht zu einer strukturellen Verbesserung geführt hatten, für den Patienten keine reelle Alternative mehr gab. Somit bestand keine Aussicht auf Besserung des unerträglichen Leidens und der Mann hatte seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Der Konsiliararzt bestätigte das Urteil des Arztes , dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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

DEMENZ

Im Falle von Sterbehilfe bei Demenzpatienten kann unterschieden werden zwischen 1. 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 im Klaren ist), 2. Sterbehilfe in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, in dem Zweifel an der Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Ersuchens bestehen, und 3. Sterbehilfe bei einem Patienten, bei dem die Demenz so weit fortgeschritten ist, dass er selbst nicht mehr um Sterbehilfe bitten kann. In den beiden letztgenannten Situationen kann eine schriftliche Patientenverfügung ein mündlich geäußertes Ersuchen um Sterbehilfe ersetzen.

Nachstehend werden zwei Meldungen von Sterbehilfe bei Patienten mit Demenz beschrieben, wobei in einem Fall der Patient noch willensfähig war und im anderen Fall die Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung geleistet wurde.
Im vergangenen Jahr hat ein Fall aus dem Jahr 2016 Aufsehen erregt, bei dem die Kontrollkommission zu dem Schluss gekommen war, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt worden waren. Dafür gab es zwei Gründe: zum einen existierten Unklarheiten in der schriftlichen Patientenverfügung, zum anderen wurde die die Art und Weise der Durchführung der Sterbehilfe beanstandet. Die wichtigsten Unterschiede zwischen der Meldung aus dem Jahr 2016 und dem aktuellen Fall 2018-41 auf Seite 46 bestehen darin, dass der Arzt mit dem Patienten zahlreiche Gespräche geführt hatte, bevor der Patient willensunfähig wurde, dass die schriftliche Patientenverfügung eindeutig war und dass als Bestandteil des medizinisch fachgerechten Handelns eine Prämedikation verabreicht worden war.

FALL 2018-123

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Willensfähigkeit, Beeinträchtigung der Fähigkeiten, die das Leben des Patienten bestimmt hatten.

Bei einem Mann im Alter von 70 bis 80 Jahren wurde nach einer von Beschwerden geprägten Zeit im Jahr 2014 die Alzheimer-Krankheit festgestellt. Nachdieser Diagnose verschlechterte sich der Zustand des Patienten stetig.
Das Leiden des Mannes bestand in einem progressiven geistigen Verfall, dessen er sich ständig bewusst war. Der Mann, dessen Leben im

Zeichen des Lesens, der scharfsinnigen Formulierungen, des Studiums und der Diskussionen gestanden hatte, war infolge seiner Erkrankung zu all diesen Aktivitäten nicht mehr in der Lage. Er wurde immer vergesslicher und konnte seine Gedanken nicht mehr gut in Worte fassen. Ständig fühlte er sich unruhig, frustriert und ratlos.
Er litt unter dem Wissen, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass sich seine Situation unaufhaltsam verschlechtern würde. Er fühlte sich zermürbt und wollte seinen weiteren Verfall nicht miterleben. Er empfand sein Leiden als unerträglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für den Patienten annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Der Patient hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Der Arzt führte über einen langen Zeitraum hinweg intensive Gespräche mit dem Mann. Dabei konnte der Mann seine Gedanken noch gut zum Ausdruck bringen. Der Arzt zweifelte nicht an der Willensfähigkeit des Mannes. Etwa drei Monate vor seinem Tod bat der Mann den Arzt konkret um Durchführung der Lebensbeendigung. Dieser Bitte waren verschiedene Untersuchungen vorausgegangen.

Sieben Monate vor seinem Tod war der Mann wegen Stimmungsstörungen von einem unabhängigen Psychiater untersucht worden. Dieser war zu dem Schluss gekommen, dass diese Beschwerden als Reaktion auf die Krankheit und deren Begleiterscheinungen erklärt werden konnten. Es hatte keine depressive Störung vorgelegen. Der Mann hatte seinen Sterbehilfewunsch gut zum Ausdruck bringen und begründen können, und der unabhängige Psychiater hatte ihn hinsichtlich seines Wunsches für willensfähig gehalten.

Nach der Untersuchung des unabhängigen Psychiaters zog der behandelnde Arzt drei Mal denselben unabhängigen SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinzu. Das erste Mal besuchte der Konsiliararzt den Mann etwa sechs Monate vor der Lebensbeendigung. Es handelte sich dabei um eine frühzeitige Konsultation. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Mann noch keinen konkreten Wunsch nach Sterbehilfe geäußert und er empfand sein Leiden noch nicht als unerträglich. Der zweite Besuch des Konsiliararztes bei dem Mann fand etwa einen Monat vor der Lebensbeendigung statt. Dem Konsiliararzt zufolge war der Mann willensfähig und nicht depressiv; seinen Sterbehilfewunsch beurteilte er als konsistent. Der Mann äußerte aber immer noch keine konkrete Bitte um Durchführung der Sterbehilfe, unter anderem weil es ihm schwerfiel, ein Datum festzulegen. Etwa zwei Wochen vor der

Lebensbeendigung besuchte der Konsiliararzt den Mann zum dritten Mal. Zu diesem Zeitpunkt empfand der Mann sein Leiden bereits als unerträglich; er äußerte konkret den Wunsch nach Sterbehilfe. Der Konsiliararzt war der Meinung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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

FALL 2018-41

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Hausarzt, weit fortgeschrittenes Stadium der Demenz, aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden, freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte, Sterbehilfe aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung, medizinisch fachgerechte Durchführung, Verabreichung von Prämedikation. Wird die Sterbehilfe aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung durchgeführt, erhält der durchführende Arzt immer die Aufforderung, den Fall mündlich zu erläutern.

Eine Frau zwischen 60 und 70 Jahren erhielt ungefähr sechs Jahre vor ihrem Tod aufgrund von schon länger bestehenden Beschwerden die Diagnose Alzheimer. Die Frau wurde medikamentös behandelt, um den Krankheitsprozess zu verzögern. Die Behandlung schlug jedoch kaum an. Im Lauf der Jahre verschlechterte sich ihr Zustand nach und nach. Ungefähr vier Jahre vor ihrem Tod wurde die Frau in ein Pflegeheim aufgenommen.

Ihr geistiger Verfall verlief dergestalt, dass sie schließlich niemanden mehr erkannte und vollkommen von der Pflege durch andere abhängig wurde. Sie befand sich in einem permanenten Zustand des Unbehagens, in dem sie sich panisch und häufig ängstlich verhielt. Zum Beispiel erschrak sie vor ihrem Spiegelbild, das sie vermutlich für einen Angreifer hielt. Nachts war die Frau regelmäßig verwirrt und irrte schreiend durch die Gänge des Pflegeheims. Sie konnte nicht mehr vermitteln, was sie wütend machte, sie konnte einem Gespräch nicht folgen und ihrem Gegenüber nicht antworten. Deutlich war zudem, dass sie darunter litt, nicht mehr allein zur Toilette gehen zu können. Sie beschmutzte sich dabei regelmäßig und fing dann an zu schreien, was als Ausdruck dafür zu verstehen ist, wie schlimm das für sie war.

Die Patientin nahm ihr Leiden als unerträglich wahr. Die Ärztin stellte fest, dass es im Leben der Frau keine Momente des Austauschs im menschlichen Kontakt und keine Lebensfreude mehr gab.
Der Ärztin zufolge war es nicht mehr möglich, der Patientin ein für sie menschenwürdiges Leben zu bieten. Sie war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für diese unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Demzufolge gab es für sie keine annehmbaren Möglichkeiten der Leidenslinderung mehr.

Laut der Ärztin war die Patientin am Beginn ihrer Erkrankung noch willensfähig. Nach dem Erhalt der Diagnose sprach sie sofort den Wunsch nach Sterbehilfe für den Fall aus, dass sie sich irgendwann in einem weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung befinden sollte und unerträglich leiden würde. Ungefähr fünf Jahre vor ihrem Tod verfasste sie zu diesem Zweck eine schriftliche Patientenverfügung, deren Inhalt sie ausführlich mit der Ärztin besprach. In den darauffolgenden Jahren aktualisierte die Frau ihre schriftliche Patientenverfügung mehrmals. Darin bekräftigte sie, dass sie viel Wert auf eine gute Lebensqualität und ein würdevolles Lebensende lege. Umstände, die sie als unerträglich empfände und unter denen sie den Wunsch nach Sterbehilfe habe, lägen dann vor, wenn sie ihre engsten Familienmitglieder nicht mehr erkennen könne, vollständig von der Pflege durch andere abhängig sei und ihre Würde verliere.

In verschiedenen multidisziplinären Beratungen wurden die Umstände besprochen, die die Patientin in ihrer schriftlichen Patientenverfügung genannt hatte. Am Anfang fiel es der Familie der Frau schwer, deren Situation einzuschätzen. Ungefähr fünf Monate vor dem Tod der Frau waren sich alle Familienangehörigen einig, dass die Umstände gegeben waren, die die Patientin in ihrer schriftlichen Patientenverfügung genannt hatte. Sie baten die Ärztin schriftlich, die Situation der Frau zu beurteilen.
In dem darauf folgenden multidisziplinären Gespräch wurde unter anderem festgelegt, dass das Pflegepersonal des Pflegeheims die Patientin aufmerksam beobachten und über seine Erkenntnisse berichten sollte. Aus diesen Berichten ging hervor, dass die Patientin anfangs noch klare Momente zu haben schien. Im Lauf der Zeit verschlechterte sich ihr Zustand jedoch. Sie wusste nicht mehr, womit sie ihre Tage ausfüllen sollte und litt unter ernsten Stimmungsproblemen.

Auf Ersuchen der Ärztin wurde die Frau etwa drei Monate vor ihrem Tod von einem unabhängigen Facharzt für Geriatrie untersucht. Die kognitiven und sprachlichen Störungen der Frau erschwerten die

Kommunikation mit ihr. Sie war nicht imstande, sich auf das Gespräch zu konzentrieren und lief nach einiger Zeit davon. Der unabhängige Geriater schloss aus dem Verhalten der Frau, dass sie nicht mehr in der Lage war, ihr Ersuchen zu erläutern.
Angesichts dessen war die Ärztin davon überzeugt, dass sie auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung in das Ersuchen der Frau einwilligen konnte.

Die Ärztin zog als Konsiliararzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Nachdem dieser von der Ärztin über den Fall informiert worden war und die relevanten medizinischen Unterlagen eingesehen hatte, sprach er ungefähr einen Monat vor dem Tod der Frau mit ihrer persönlichen Betreuerin und fünf engen Familienangehörigen. Im Anschluss daran suchte der Konsiliararzt die Frau zusammen mit ihrer persönlichen Betreuerin auf.
Diese teilte dem Konsiliararzt mit, dass die Frau ihre Wünsche deutlich geäußert und regelmäßig wiederholt hatte, solange sie dazu noch imstande gewesen war. Der Kern ihrer Aussagen deckte sich mit den Aussagen in ihrer schriftlichen Patientenverfügung. Nach Angaben der persönlichen Betreuerin befand sich die Frau ein halbes Jahr vor ihrem Tod in dem Zustand, in den sie nie hatte kommen wollen. Vereinzelt habe es noch kurze Momente gegeben, in denen sie einigermaßen zufrieden war.

In den folgenden Monaten verschlechterte sich ihre Situation rapide, und sie zeigte stets mehr Anzeichen von Unruhe. Sie geriet in einen Zustand permanenter Angst und Unruhe, der dazu führte, dass sie regelmäßig gegen Wände hämmerte. Da die Ursache für dieses Verhalten unklar war, konnte ihr auch nicht geholfen werden. Nach Ansicht des Konsiliararztes machten die Familienangehörigen der Frau einen anteilnehmenden und besonnenen Eindruck und traten mit Nachdruck für deren Belange ein.
Als der Konsiliararzt die Frau traf, konnte er keinen Kontakt mit ihr herstellen. Er beobachtete sie und stellte fest, dass sie einen unruhigen, traurigen und in sich gekehrten Eindruck machte. Nach einiger Zeit lief die Frau davon und irrte durch die Gänge des Pflegeheims.
Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass sie niemanden mehr erkannte und dass sie vollkommen von der Pflege anderer abhängig geworden war. Die Frau machte einen unglücklichen Eindruck. Laut Konsiliararzt war die Betreuung der Frau im Pflegeheim optimal, auch von den engsten Familienangehörigen erhielt sie liebevolle Zuwendung. Dies alles reichte jedoch nicht aus, um ihr Leiden zu lindern.

Der Konsiliararzt kam in seinem Bericht aufgrund seiner Feststellungen zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Dennoch war

er der Auffassung, dass es hilfreich wäre, einen unabhängigen Gerontopsychiater hinzuzuziehen. Dieser sollte eine Einschätzung über das Maß der Unerträglichkeit des Leidens der Frau abgeben.
Die Begegnung zwischen dem unabhängigen Gerontopsychiater und der Frau fand ungefähr zwei Wochen vor ihrem Tod statt. Er stellte fest, dass der Verfall der Frau als Folge ihrer Erkrankung für sie katastrophal war. Die Frau konnte ihre Gedanken nicht mehr in Worte fassen, erkannte ihre Familie nicht mehr und machte einen aufgewühlten Eindruck, ein Zustand, der offenbar durch Ohnmacht und Frustration begründet war. Auch aufgrund von Gesprächen mit engen Familienangehörigen kam er zu dem Ergebnis, dass die Frau weder an einer depressiven Störung litt, noch an einer Angststörung oder einer psychotischen Störung. Der unabhängige Gerontopsychiater stellte fest, dass es keine Anzeichen für eine behandelbare psychiatrische Problematik gab.

Die Ärztin hielt Rücksprache mit dem Konsiliararzt und einem internistischen Intensivmediziner und entschied, der Frau vor der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen eine Prämedikation zu verabreichen. Grund hierfür war das manchmal unvorhersehbare Verhalten der Frau bei körperlichem Kontakt. Die Ärztin konnte nicht ausschließen, dass die Patientin die Infusionsnadel aus dem Arm ziehen und sich selbst verletzen würde. Das Pflegepersonal des Heims verabreichte der Frau am Morgen oral eine Tablette mit 7,5 Milligramm Dormicum (ein Mittel mit beruhigender Wirkung). Nach ungefähr 45 Minuten trug die Ärztin eine schmerzstillende Creme auf und verabreichte unter einem Abdeckpflaster 10 Milligramm Dormicum und 25 Milligramm Nozinan subkutan (Nozinan wird als Schlafmittel verwendet und verstärkt die Wirkung von Schmerzmitteln).
Nach einer halben Stunde legte eine Pflegekraft eines häuslichen Pflegedienstfachteams den Zugang. Die Ärztin hat die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 empfohlenen Mitteln durchgeführt, die sie in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission ist der Ansicht, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Die Kommission stellt fest, dass das Kommunikationsvermögen der Frau im Zeitraum unmittelbar vor ihrem Tod so eingeschränkt war, dass sie ihren Willen nicht mehr äußern konnte. Die Kommission erwägt, dass es zu dem Zeitpunkt, als die Frau ihre schriftliche Patientenverfügung verfasste und

aktualisierte, keine Anzeichen dafür gab, dass sie bereits nicht mehr willensfähig war.

Die Ärztin, der Konsiliararzt, die persönliche Betreuerin, das Pflegepersonal und ihre engste Familie erklärten, dass die Frau in ihrem Wunsch durchgehend konsistent gewesen war und ihn mehrmals bekräftigt hatte. Die Kommission ist der Überzeugung, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung die Umstände gegeben waren, die die Patientin in ihrer schriftlichen Patientenverfügung genannt hatte.
Die Kommission kommt außerdem zu dem Schluss, dass die Ärztin hinreichend nachvollziehbar dargelegt hat, dass das Leiden der Patientin zum fraglichen Zeitpunkt unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Aus der Patientenakte geht hervor, dass sich die Ärztin gründlich in die Situation der Frau vertieft hat. Die Ärztin bestätigte, dass sich die Frau in einer Situation befand, in der sie ernsthaft litt. Auf Anraten des Konsiliararztes ließ die Ärztin das Leiden der Frau nochmals von einem unabhängigen Gerontopsychiater beurteilen. Aus seiner Beurteilung ging ebenfalls hervor, dass die Erkrankung der Patientin zu einem vollständigen Verlust ihrer Selbstständigkeit geführt hatte und dass sie die Welt um sie herum nicht mehr verstehen konnte. Aus dieser Situation heraus entstand ein permanentes Gefühl der Angst und Unruhe. Das machte die Aussichtslosigkeit und die Unerträglichkeit des Leidens der Frau für die Ärztin nachvollziehbar.

Die Kommission ist der Ansicht, dass die Ärztin die Frau hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert hat, als sie noch willensfähig war. Die Ärztin konnte zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation der Frau keine andere annehmbare Lösung gab. Die Beobachtungen des Pflegepersonals und das Gutachten des Konsiliararztes unterstützten ihre Überzeugung. Aus diesen unterschiedlichen Quellen ging deutlich hervor, dass der Zustand der Frau nicht mehr positiv beeinflusst werden konnte, dass ihr Leiden unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab.
Außerdem konstatiert die Kommission aufgrund des Berichts und der mündlichen Erläuterungen der Ärztin, dass diese vor der Durchführung der Lebensbeendigung die Möglichkeit der Prämedikation genutzt hat. Der Grund hierfür lag in dem Umstand, dass sich die Frau in der letzten Phase vor dem Tod in einem dauerhaften Zustand der Unruhe und Angst befand. Durch eine eventuelle Schreckreaktion ihrerseits bestand die reelle Gefahr, dass es bei der Durchführung der Sterbehilfe zu Komplikationen kommen könnte. Die Kommission kommt zu dem Urteil, dass die Gabe einer Prämedikation durch die Ärztin unter diesen spezifischen Umständen angemessenem medizinischen Handeln

entsprach. Die Lebensbeendigung auf Verlangen wurde medizinisch fachgerecht durchgeführt.
In dem geschilderten Fall konnte die Ärztin hinreichend nachvollziehbar darlegen, dass die Durchführung der Sterbehilfe mit früheren schriftlichen Patientenverfügungen der Patientin in Einklang stand und dass die übrigen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Patienten können nur dann Sterbehilfe erhalten, wenn ihr Leiden eine medizinische Ursache hat. Es ist jedoch nicht so, dass unbedingt eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen muss. Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Schwerhörigkeit, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme oder ein Rückgang der kognitiven Fähigkeiten – kann die Ursache von unerträglichem Leiden und eines aussichtslosen Zustands sein.
Diese häufig degenerativen Erkrankungen treten normalerweise in höherem Alter auf. Es ist die Summe mehrerer Erkrankungen und der damit zusammenhängenden Beschwerden, die dazu führen, dass dieser Patient sein Leiden als unerträglich und seinen Zustand als aussichtslos empfinden kann. Dabei spielen die Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten, seine Persönlichkeit, seine Wertvorstellungen und seine Belastbarkeit eine wichtige Rolle. Nachfolgend zwei Fälle, auf die diese Situation zutrifft.

FALL 2018-44

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden, zahlreiche Erkrankungen einer Patientin über 90, die für sich genommen nicht lebensbedrohlich waren, ihr Leben jedoch unerträglich machten.

Nicht aufgenommen

FALL 2018-50

BEURTEILUNG: Im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Kumulation von Altersbeschwerden, Schwerhörigkeit und Sehbehinderung

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 ausführlicher als die übrigen Beurteilungen. Das liegt daran, dass eine solche Beurteilung erst verfasst wird, nachdem der Arzt Gelegenheit zu einer mündlichen Erläuterung des Falls hatte.

In diesem Berichtsjahr kamen die Kommissionen sechs Mal zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Nachstehend werden die sechs Fälle beschrieben, geordnet nach den im Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien.

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

Gemäß dem Urteil des Hohen Rates im Fall Chabot aus dem Jahr 1994 gilt, dass der Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen, das (überwiegend) auf ein psychisches Leiden zurückgeht, mit großer Behutsamkeit vorgehen muss. Häufig geht es in solchen Fällen um eine komplexe psychiatrische Problematik, und es sind spezifische Fachkenntnisse erforderlich. Der eingeschaltete Facharzt darf – im Gegensatz zu einem Konsiliararzt – Behandlungsempfehlungen aussprechen. Die große Behutsamkeit, mit der der Arzt vorgehen muss, ist vor allem bei den Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung geboten.

Der erste der zwei nachfolgend beschriebenen Fälle zeigt, wie Defizite bei der Hinzuziehung des Konsiliararztes dazu führen können, dass die Kommission zu dem Schluss kommt, der Arzt habe nicht davon überzeugt sein können, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war und dass es keine annehmbare Alternative gab. Außerdem wird klar, dass für die Kommissionen der Arzt die Verantwortung für die Qualität des Konsiliarberichts trägt. Der zweite Fall verdeutlicht, dass der Arzt die Einschätzung des Konsiliararztes, dass es noch realistische Behandlungsmöglichkeiten gibt, ernst nehmen muss.

FALL 2018-69

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand, annehmbare Alternative, Hinzuziehung eines Konsiliararztes, Arzt ist für die Qualität des Facharzt-Berichts verantwortlich

Ein Patient im Alter zwischen 50 und 60 Jahren litt seit über dreißig Jahren an psychiatrischen Erkrankungen. Drei Jahre vor seinem Tod – nachdem ein Elternteil verstorben war – wurde er an die psychische Gesundheitsfürsorge überwiesen. Es wurde festgestellt, dass er nur dank der Unterstützung und Struktur seines direkten Umfelds bislang noch keine psychologische Hilfe in Anspruch genommen hatte. Seine Diagnose lautete: Trauerreaktion bei einem Mann mit sowohl autistischen als auch psychotischen Zügen. Bei dem Patienten handelte es sich um einen psychisch anfälligen Mann, bei dem Überlastung auch eine Depression verursachen konnte. Der Patient wurde in den zwei Jahren vor seinem Tod im Zusammenhang mit einer Suizidneigung mehrfach (kurz) eingewiesen.
Er sprach mit seinem Hausarzt über Sterbehilfe, der daran jedoch nicht mitwirken wollte. Daraufhin wandte sich der Patient gut zwei Jahre vor seinem Tod mit seinem Sterbewunsch an die Stiftung Lebensende-Klinik (SLK). Sein Ersuchen um Sterbehilfe wurde von einer SLK-Pflegekraft abgelehnt, da erst wenig Zeit seit dem Tod des Elternteils vergangen war.

Der Patient wurde mit Medikamenten, darunter Antidepressiva und Antipsychotika, behandelt. Es gab Gespräche mit einem Psychiater sowie unterstützenden und strukturgebenden Kontakt mit einer Pflegekraft, bei dem es auch um Tagesgestaltung ging. Der Patient leistete ehrenamtliche Arbeit und erhielt künstlerische Therapie sowie Psychoedukation. Obwohl die depressiven und psychotischen Symptome des Patienten nach diesen Behandlungen weniger im Vordergrund standen, hatten letztere keinen nennenswerten Effekt auf dessen Leiden.
Sein Leiden bestand darin, dass ihm alles zu viel war: schon das Tageslicht beim Aufwachen und überhaupt alles, was er am Tag machen musste. Er vergaß Namen, konnte häufig den Weg nicht finden und hatte immer mehr Mühe mit technischen Handlungen. Er kämpfte mit Albträumen, Panikattacken, Wutanfällen und starker Überreizung, u. a. verursacht durch Kontakte mit Dritten. Er litt unter seiner Abhängigkeit von Ärzten und Pflegekräften. Aufgrund seiner starren und zwanghaften Art konnte er sich nicht auf die stetig wechselnden

Personen in seinem Umfeld einstellen. Er empfand eine ständige Anspannung und verlor die Übersicht über sein tägliches Leben. Panik und Verzweiflung waren ständige Begleiter. Er fühlte sich ohnmächtig und nicht in der Lage, sich in der heutigen Gesellschaft zurechtzufinden; er war nicht die Person, die er sein wollte – ein Mann mit Job und Familie. Außerdem hatte er Darmprobleme, die sein Leiden verschlimmerten. Für ihn war sein Leiden unerträglich.

Etwa zehn Monate vor seinem Tod erklärte ein an seiner Behandlung beteiligter Psychiater, dass die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung keine Aussicht auf Besserung der Beschwerden bot. Der Psychiater erwartete aber durchaus, dass des dem Patienten guttun würde, wenn er in einer geschützten Wohnform mit Struktur, Pflege und Ansprache untergebracht würde. Etwa neun Monate vor seinem Tod zog der Patient in eine entsprechende Wohnform um. Dies linderte sein Leiden jedoch nicht, was unter anderem an den erzwungenen Kontakten mit Dritten lag.

Etwa ein Jahr vor seinem Tod wandte er sich erneut an die SLK. Neun Monate vor seinem Tod sprach er zum ersten Mal mit der Ärztin (einer Psychiaterin) über Sterbehilfe und bat sie direkt, die Lebensbeendigung durchzuführen. Ungefähr drei Monate vor seinem Tod begann die Ärztin (insgesamt vier) Gespräche mit dem Patienten zu führen. Sie beriet sich mit seinem Hausarzt, einem an der Behandlung des Patienten beteiligten Psychiater, der betroffenen sozialpsychiatrischen Pflegekraft, dem persönlichen Betreuer des Patienten sowie einem pflegenden Angehörigen.

Im Zuge der konkreten Bitte des Patienten um Sterbehilfe zog die Ärztin einen unabhängigen Psychiater hinzu, um eine zweite Meinung zur Diagnose sowie zu eventuellen Behandlungsmöglichkeiten und deren Prognose einzuholen. Der unabhängige Psychiater stellte etwa zwei Monate vor dem Tod des Patienten die Hauptdiagnose Autismus-Spektrum-Störung bzw. ASS (ASS ist ein Sammelbegriff für die verschiedenen Autismusformen, bei denen die Informationsverarbeitung im Gehirn gestört ist). Darüber hinaus litt der Patient an einer unspezifizierten Schizophrenie-Spektrum-Störung mit kurzzeitigen Psychosen (ein Zustand, in dem die Realitätswahrnehmung gestört ist, was sich etwa in visuellen und akustischen Halluzinationen äußern kann) sowie einer unspezifizierten affektiven Störung. Nach Meinung des unabhängigen Psychiaters gab es hinsichtlich der Hauptdiagnose kaum Behandlungsmöglichkeiten. Allerdings gab es durchaus Möglichkeiten für die Behandlung der psychotischen und depressiven Beschwerden des Patienten. Diese lehnte der Patient jedoch ab.

Als Konsiliararzt zog die behandelnde Ärztin einen unabhängigen Psychiater hinzu, der zugleich SCEN-Arzt ist. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass der Patient den Eindruck einer Person machte, deren psychotische Zustände nicht den üblichen Krankheitsbildern zugeordnet werden konnten (atypische Psychosen). Er sah einen mäßig begabten Mann mit einer relativ leichten Form von Autismus und zwanghaften Zügen. Von einer affektiven Störung im engeren Sinne hatte der Konsiliararzt kaum etwas gesehen.

Der Patient konnte, trotz wiederholter Nachfrage, dem Konsiliararzt keine konsistente Antwort auf Fragen zur Unerträglichkeit seines Leidens geben. Er war sehr auf seinen Wunsch fokussiert, seinem Leben mittels Sterbehilfe ein Ende zu setzen. Es gelang ihm jedoch nicht, dem Konsiliararzt zu verdeutlichen, woraus sein Leiden genau bestand, warum es für ihn unerträglich war und warum es keine Aussicht auf Besserung gab. Der Konsiliararzt war der Ansicht, dass der Patient die Möglichkeiten zur wesentlichen Verbesserung seiner physischen und psychosozialen Umstände auch aufgrund seiner geistigen Störung nicht anerkennen konnte. Das subjektiv als unerträglich empfundene Leiden konnte bei einer objektiveren Betrachtung der Sachlage nach Auffassung dieses Psychiaters nicht nachempfunden werden. Er war der Meinung, dass man für diesen Patienten noch viel mehr tun konnte. Das Unvermögen oder die fehlende Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, rechtfertigten seiner Ansicht nach keine Sterbehilfe. So kam er denn auch zu dem Schluss, dass der Sterbewunsch des Patienten im Zusammenhang mit unerträglichem Leiden und aussichtslosem Zustand bei einer willensfähigen Person nicht hinreichend nachvollziehbar war. Seiner Ansicht nach waren die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt.

Die meldende Ärztin war der Meinung, dass das Leiden des Patienten fast ausschließlich durch dessen Hauptdiagnose ASS begründet wurde. Die Behandlung der Nebendiagnosen – der vorübergehenden psychotischen und depressiven Beschwerden – würde, selbst wenn sie erfolgreich wäre, nur sehr wenig am Leiden des Patienten ändern. Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab.
Die Kommission hatte nach Durchsicht der Unterlagen noch Fragen an die Ärztin, u. a. dazu, wie es dem Patienten im geschützten Wohnumfeld ergangen war und warum die Ärztin nicht noch einen weiteren Arzt hinzugezogen hatte, nachdem der Konsiliararzt zu dem Schluss gekommen war, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren.

Hinsichtlich des geschützten Wohnens antwortete die Ärztin, dass der Patient erklärt habe, ihm falle es schwer, dort zu wohnen. Es gab zwar Vorteile (Menschen, zu denen er Kontakt haben konnte, eine gute Tagesgestaltung), die Nachteile überwogen aber. Er erlebte die Konfrontation mit seinen Mitbewohnern, die ebenfalls psychiatrische Patienten waren, als schwierig und sehr belastend. Es gab wenig Privatsphäre, und es war sehr hellhörig. Dadurch war er ständig überreizt, was ihn noch weiter beeinträchtigte. Den Umzug in ein alternatives Wohnumfeld mit mehr Privatsphäre lehnte der Patient ab. Er war gerade erst von einer solchen Wohnsituation in das jetzige Wohnumfeld umgezogen, da Einsamkeit bei ihm ebenfalls starke Spannungen verursachte. Ihm wurde klar, dass er wieder in eine Situation zurückkehren würde, mit der er zuvor bereits nicht zurechtgekommen war, und dass er wieder mit gewisser Regelmäßigkeit aufgrund von Krisen eingewiesen werden müsste. Dieses Dilemma trug zu seinem Leiden bei. Er konnte nicht allein leben, aber ein geschütztes Wohnumfeld war für ihn ebenfalls keine Option.

Im Hinblick darauf, dass sie sich über die Einschätzung des Konsiliararztes hinweggesetzt hatte, erklärte die Ärztin, dass sie dessen Meinung nicht geteilt habe. Allgemein merkte die Ärztin dabei an, dass sie, wenn der Bericht eines SCEN-Arztes bei ihr Zweifel an ihrer Einschätzung hervorrufe, weitere Untersuchungen durchführe. In diesem Fall habe der Konsiliararzt das Leiden des Patienten nicht gut einschätzen können. Das lag der Ärztin zufolge an der Art der Störung des Patienten. ASS-Patienten können ihr Leiden nicht gut in Worte fassen und vermitteln. Dass es noch Behandlungsmöglichkeiten gebe, die der Patient jedoch ablehne, hatte der Konsiliararzt in seinem Bericht nicht näher ausgeführt, auch auf wiederholte Nachfrage der Ärztin nicht. Vermutlich hatte er damit die von dem unabhängigen Psychiater genannten Behandlungsmöglichkeiten in Bezug auf die Nebendiagnosen gemeint, z. B. die Depression. Der Ärztin zufolge hätte die Behandlung einer eventuell vorhandenen Depression keine Auswirkungen auf die Linderung des Leidens des Patienten gehabt. Soweit es überhaupt depressive Beschwerden gegeben hatte, waren sie reaktiv und hatten das Leiden nicht primär verursacht. Das Leiden des Patienten ging auf seine Einschränkungen infolge der Autismus-Spektrum-Störung zurück. Die Ärztin war daher davon überzeugt, dass es für den Patienten keine annehmbare andere Lösung gab. Die von dem behandelnden Psychiater vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten hatten sehr wohl eine Chance bekommen, allerdings hatten sie keinen wesentlichen Effekt auf den Ernst des Leidens. Da der Bericht des Konsiliararztes sie nicht an ihrer Einschätzung hatte zweifeln lassen, sah die Ärztin keinen Anlass, einen

zweiten SCEN-Arzt zu Rate zu ziehen. Sie hätte es auch nicht für angemessen gehalten, da dies für den Patienten eine schwere zusätzliche Belastung dargestellt hätte. Das galt insbesondere für die Einholung einer weiteren Zweitmeinung eines unabhängigen Psychiaters. Die Ärztin wollte auch nicht den Eindruck erwecken, so lange Zweitmeinungen einzuholen, bis sich eine mit ihrer Einschätzung deckte.

Die Kommission erklärt, dass – wie auch die Kommissionen nach dem Urteil des Hohen Rates im Fall Chabot aus dem Jahr 1994 mehrfach erwogen haben – der Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen, das überwiegend auf ein durch eine psychiatrische Erkrankung verursachtes Leiden zurückgeht, mit großer Behutsamkeit vorgehen muss. Häufig geht es in solchen Fällen um eine komplexe psychiatrische Problematik, und es sind spezifische Fachkenntnisse erforderlich (siehe hierzu auch die Richtlinie der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) von 2009 zur Hilfe bei der Selbsttötung auf Verlangen von psychiatrischen Patienten). Diese Behutsamkeit ist vor allem bei den Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung geboten (siehe den SterbehilfeKodex 2018, Abschnitt 4.3).

Fest steht, dass der an der Behandlung des Patienten beteiligte Psychiater, der unabhängige Psychiater und der Konsiliararzt (ein Psychiater) den Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches für willensfähig hielten. Auch angesichts dieser Tatsache konnte die Ärztin nach Auffassung der Kommission zu der Überzeugung gelangen, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.
Wurde die große Behutsamkeit auch mit Blick auf das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand sowie auf das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung an den Tag gelegt? Die Kommission ist der Ansicht, dass dem nicht so war. In Bezug auf den unabhängigen Psychiater kommt sie zu dem Schluss, dass ein solcher zwar hinzugezogen wurde, dass dessen Bericht aber derart knapp gehalten war, dass von einer vollwertigen Zweitmeinung keine Rede sein konnte. Die Kommission ist der Ansicht, dass sich die Ärztin mit einem solchen Bericht nicht hätte zufriedengeben dürfen. Die gebotene große Behutsamkeit impliziert auch, dass der Qualität des Berichts des hinzugezogenen Kollegen besonderes Augenmerk gelten muss. Der Bericht muss belegen, dass der Patient hinreichend untersucht wurde. Außerdem müssen die gezogenen Schlussfolgerungen ausreichend begründet werden. Andernfalls liegt es in der Verantwortung des

meldenden Arztes, den unabhängigen Psychiater um eingehendere Untersuchungen bzw. eine Überarbeitung des Berichts zu bitten. Führt auch das nicht zu einem befriedigenden Ergebnis, ist es Aufgabe des Arztes, andere Fachärzte um Informationen und Rat zu bitten, die seine eigene Einschätzung untermauern.

Hinsichtlich der Tatsache, dass sich die Ärztin über die (negative) Einschätzung des Konsiliararztes hinweggesetzt hat, erwägt die Kommission Folgendes: Wenn ein SCEN-Arzt zu dem Schluss kommt, dass ein oder mehrere Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes nicht eingehalten wurden, muss der Arzt gründlich überdenken, ob die geplante Sterbehilfe tatsächlich durchgeführt werden kann. Zwar schreibt das Sterbehilfegesetz nur vor, dass ein Konsiliararzt hinzugezogen werden muss, und nicht, dass dieser der Sterbehilfe zustimmen muss, allerdings muss der meldende Arzt bei einer negativen Einschätzung des Konsiliararztes gut begründen, warum er sich über diese Einschätzung hinweggesetzt hat (siehe SterbehilfeKodex 2018, Abschnitt 3.6). Bei dem Sterbewunsch eines psychiatrischen Patienten wiegt die negative Einschätzung eines SCEN-Arztes – der Kommission zufolge – noch schwerer. Dann impliziert die erforderliche große Behutsamkeit, dass der Arzt noch ausführlicher als in anderen Fällen begründen muss, warum er dennoch der Ansicht ist, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Auch wenn es nicht zwingend erforderlich ist, liegt es nahe, in einem solchen Fall einen zweiten SCEN-Arzt (der vorzugsweise auch ein Psychiater sein sollte) einzuschalten. Die Kommission verweist in diesem Zusammenhang auch auf die bereits genannte Richtlinie der NVvP zur Hilfe bei der Selbsttötung auf Verlangen, in der niedergelegt ist, dass bei einer grundlegenden Meinungsverschiedenheit – und die war nach Auffassung der Kommission in diesem Fall gegeben – stets noch ein weiterer Konsiliararzt hinzugezogen werden sollte.

Die Kommission stuft die Argumentation der Ärztin, warum sie dies nicht getan hat, als nicht überzeugend ein. Der SCEN-Bericht stammte von einem sehr erfahrenen Psychiater, der darin klar und deutlich argumentierte, warum in diesem Fall keine Sterbehilfe geleistet werden dürfe. Dennoch hielt die Ärztin an ihrer Meinung fest, ohne diese eingehender prüfen zu lassen. Unabhängig davon, ob diese Meinung richtig war oder nicht, ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin unter den gegebenen Umständen (darunter auch der knapp gehaltene Bericht des unabhängigen Facharztes) auf jeden Fall einen zweiten SCEN-Arzt (der vorzugsweise auch ein Psychiater sein sollte) bzw. einen zweiten unabhängigen Facharzt hätte hinzuziehen müssen. Auf diese Weise hätte auch besser festgestellt werden können, ob es für den Patienten (auch wenn die Hauptdiagnose nicht behandelbar war)

noch Möglichkeiten gegeben hätte, seine Widerstandsfähigkeit zu stärken. Dass weitere Untersuchungen für den Patienten eine gewisse Belastung dargestellt hätten, ist in den Augen der Kommission kein hinreichender Grund dafür, von diesem Schritt abzusehen. Gleiches gilt für das Argument, die Ärztin habe nicht den Eindruck erwecken wollen, so lange Zweitmeinungen einzuholen, bis sich eine mit ihrer Einschätzung deckte: das Einschalten eines zweiten SCEN-Arztes hätte in diesem Fall die Position der Ärztin sogar gestärkt, die damit ihre Bereitschaft signalisiert hätte, ihr Handeln kritisch hinterfragen zu lassen.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Ärztin nicht im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben b und d des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

FALL 2018-70

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldungen, Psychiatrie, große Behutsamkeit erforderlich, unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand, keine annehmbare Alternative

Nicht aufgenommen

NICHT IM EINKLANG MIT DEM KRITERIUM DER HINZUZIEHUNG EINES (ZUSÄTZLICHEN) KONSILIARARZTES BEI EINEM PSYCHIATRISCHEN PATIENTEN GEHANDELT

Im Falle eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung muss der Arzt zusätzlich zum Konsiliararzt, der die Einhaltung der ersten vier Sorgfaltskriterien beurteilt, immer auch einen unabhängigen Psychiater hinzuziehen, der insbesondere die Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf sein Ersuchen um Sterbehilfe, die Aussichtslosigkeit seines Zustands und das Fehlen annehmbarer anderer Lösungen beurteilt. Dieser darf – im Gegensatz zu einem Konsiliararzt – Behandlungsempfehlungen aussprechen. Sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt *und* einem Psychiater zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen, ist es zulässig, sich auf die Hinzuziehung eines (SCEN-)Konsiliararztes, der auch Psychiater ist, zu beschränken.
Im nachfolgend beschriebenen Fall hat der Arzt keinen Psychiater konsultiert.

FALL 2018-42

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, bei psychiatrischen Patienten gebotene große Behutsamkeit, Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters, Behandlungen dürfen abgelehnt werden

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt seit ihrem 18. Lebensjahr an psychiatrischen Erkrankungen. Ihre Beschwerden wurden als schizoaffektive Störung (eine psychiatrische Erkrankung mit Psychosen und Depressionen) diagnostiziert. Die Patientin durchlebte sowohl schwer depressive als auch psychotische Phasen. Sie hatte einige Suizidversuche hinter sich und war mehrfach eingewiesen worden. Im Laufe der Zeit hatte sich die Patientin intensiven medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen unterzogen, die jedoch nicht zu einer Verbesserung ihrer psychischen Verfassung geführt hatten.

Etwa fünf Monate vor ihrem Tod wurde bei der Patientin ein Aneurysma der Bauchschlagader festgestellt. Sie musste dringend operiert werden. Außerdem wurde Lungenkrebs diagnostiziert. Die Patientin lehnte eine Behandlung ab, da sie aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankungen unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war. Sie hegte bereits seit Jahren einen Todeswunsch. Für

sie waren das Bauchschlagader-Aneurysma und der Lungenkrebs eine willkommene Möglichkeit, sich von ihrem schweren Leben erlösen zu lassen.

Ihr Hausarzt leistete aus grundsätzlichen Erwägungen keine Sterbehilfe und bat deshalb den meldenden Arzt (ebenfalls ein Allgemeinmediziner), den Fall zu übernehmen. Das erste Gespräch zwischen der Patientin und dem Arzt über Sterbehilfe fand etwa zwei Monate vor dem Tod der Patientin statt. Etwa zweieinhalb Wochen vor ihrem Tod bat die Patientin den Arzt konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung. Der Arzt beriet sich telefonisch mit einem Psychiater der Einrichtung, in der die Frau behandelt worden war. Dieser Psychiater war der Meinung, dass die Patientin einen realistischen Sterbewunsch aufgrund eines schweren und unbehandelbaren psychiatrischen Leidens hatte.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu (kein Psychiater). Dieser besuchte die Patientin etwa anderthalb Wochen vor der Lebensbeendigung und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien noch nicht erfüllt waren. Seiner Ansicht nach lagen noch keine konkrete Bitte um Sterbehilfe und noch kein unerträgliches Leiden vor. Der Konsiliararzt bat den Arzt, erneut Kontakt mit ihm aufzunehmen, wenn sich diese Umstände geändert hätten. Zwei Tage vor dem Tod der Patientin stellte der Konsiliararzt – basierend auf den telefonischen Kontakten mit dem Arzt – fest, dass sich die Situation der Patientin verändert hatte. Sie hatte um kurzfristige Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Der Konsiliararzt war überzeugt, dass der Sterbewunsch der Patientin eindeutig auf eine Kombination aus einem schweren chronischen und austherapierten psychiatrischen Leiden und einem kürzlich diagnostizierten, möglicherweise lebensbedrohenden körperlichen Leiden zurückging. Er kam zu dem Urteil, dass nun alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission fand den vorgelegten Bericht zu knapp und bat deshalb den Arzt um eine schriftliche Erläuterung. Die daraufhin erteilten Informationen brachten der Kommission zufolge keine hinreichende Klärung, weshalb der Arzt zu einem Gespräch einbestellt wurde. Die Kommission hatte insbesondere Fragen zur Krankenakte der Patientin, zur Überzeugung des Arztes, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war und dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihr Zustand aussichtslos waren, sowie zur unterlassenen Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters.
Der Arzt antwortete, dass nur wenig Patientendaten in digitaler Form vorgelegen hätten. Er hatte sich zusätzliche Informationen durch

Gespräche mit dem Hausarzt und dem Ehemann der Patientin verschafft. Außerdem hatte er Kontakt mit der psychiatrischen Einrichtung aufgenommen, in der die Patientin behandelt worden war. Es war nicht ganz klar, wer die Patientin behandelte, da es kurz zuvor eine Übergabe von einem Psychiater an einen anderen gegeben hatte. Darüber hinaus gab es inzwischen nur noch relativ wenig Kontakt zwischen der psychiatrischen Einrichtung und der Patientin.

Auf die Frage der Kommission, ob die Patientin noch in der Lage war, die Ablehnung einer Behandlung reiflich zu überlegen, antwortete der Arzt, dass er darüber intensiv nachgedacht hatte. Er war zu jedem Zeitpunkt von ihrer Willensfähigkeit überzeugt gewesen. Es hatte nur einen Moment des Zweifels gegeben – als er den ersten Bericht des Konsiliararztes las und diesen nicht richtig verstand. Darin legte der Konsiliararzt dar, dass er das Leiden der Patientin noch nicht für unerträglich hielt, weil die Patientin noch nicht konkret um Sterbehilfe gebeten hatte. Für einen Moment hatte der Arzt das Gefühl gehabt, dass die Patientin manipulierte. Er sprach mit ihr und nahm auch noch einmal Kontakt zum Konsiliararzt auf. Während des Gesprächs mit dem Arzt zeigte sich die Patientin sehr enttäuscht darüber, dass der Konsiliararzt eine negative Beurteilung ausgesprochen hatte.

Mit dem Arzt konnte die Patientin gut darüber sprechen, woraus ihr Leiden bestand. Jeder Tag war von schrecklichem Leid geprägt; sie empfand ihr Leben als die Hölle. Der Arzt sah sich in seiner Einschätzung durch den Konsiliarbericht nicht hinreichend gestützt, weshalb er die Sterbehilfe so nicht durchführen wollte. Als die Patientin dann eindeutig und konkret um die kurzfristige Durchführung der Sterbehilfe bat, beriet sich der Arzt nochmals telefonisch mit dem Konsiliararzt. Dieser kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien nun erfüllt waren.

Mit Blick auf die Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters erklärte der Arzt, dass er daran nicht gedacht habe. Schließlich war die Patientin im Laufe ihrer sehr langen Krankengeschichte von zahlreichen Psychiatern behandelt worden, ohne nennenswertes Ergebnis. Er hatte sich allerdings mit Kollegen beraten. Im Nachhinein erkannte er, dass er nicht völlig korrekt gehandelt hatte. Obwohl er intensiv darüber nachgedacht hatte, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt waren, und obwohl er selbst davon vollkommen überzeugt war, war ihm inzwischen klar geworden, dass er die große Behutsamkeit, mit der bei Patienten vorgegangen werden muss, deren Leiden auf eine psychiatrische Erkrankung zurückgeht, nicht hatte walten lassen. Er hätte zu diesem Zweck einen unabhängigen Psychiater konsultieren sollen.

Die Kommission erwägt, dass dem Sterbewunsch von Patienten mit psychiatrischen Störungen mit großer Behutsamkeit begegnet werden muss (dies folgt aus dem Chabot-Urteil des Hohen Rates aus dem Jahr 1994). In diesem Kontext muss neben dem regulären Konsiliararzt auch ein unabhängiger Psychiater hinzugezogen werden.
Letzterer stellt eigene Untersuchungen bezüglich der Freiwilligkeit und reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe (a) an. Es muss ausgeschlossen werden, dass das Urteilsvermögen eines Patienten durch die psychiatrische Erkrankung beeinträchtigt ist. Damit sich der Patient seine Bitte reiflich überlegen kann, muss er außerdem hinreichend über die Krankheit, die Diagnosen, die Prognosen und die Behandlungsmöglichkeiten im Bilde sein. Aus diesem Grund muss ein Patient ausreichend über die Situation, in der er sich befindet, informiert werden (c). Was die Aussichtslosigkeit des Zustands (b) und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung (d) angeht, so muss von einem unabhängigen Psychiater gründlich geprüft werden, ob es für den Patienten noch Behandlungsmöglichkeiten gibt (SterbehilfeKodex2018, S. 45 und 46). Dabei wird übrigens nicht ausgeschlossen, dass der SCEN-Arzt und der unabhängige Psychiater gegebenenfalls ein und dieselbe Person sein dürfen.
Die Kommission ist sich darüber im Klaren, dass die Aufgabe des Arztes aufgrund der gegebenen Umstände schwierig war. Der Bereitschaft des Arztes, diesen komplizierten Fall von einem Kollegen zu übernehmen, zollt sie Respekt. Dennoch ist die Kommission der Ansicht, dass die vom Arzt vorgelegten Unterlagen, seine nähere schriftliche Erläuterung und das Gespräch mit ihm belegen, dass der Arzt nicht mit der großen Behutsamkeit vorgegangen ist, die beim Sterbewunsch eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung geboten ist.

Da er keinen unabhängigen Sachverständigen hinzugezogen hat, der eigene Untersuchungen zu den vorgenannten Sorgfaltskriterien anstellt, hat der Arzt nicht hinreichend begründen können, dass die in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a, b, c und d des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Er konnte keinen überzeugenden Grund nennen, warum er die Hinzuziehung eines zusätzlichen Sachverständigen unterlassen hat, zumal auch der Kontakt mit dem behandelnden Psychiater äußerst knapp gewesen war.

Der Arzt hat einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der die Patientin gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat. Damit hat er das in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz genannte Sorgfaltskriterium eingehalten. Der vom Arzt eingeschaltete Konsiliararzt besaß jedoch nicht das in diesem Fall erforderliche Fachwissen, um selbst

Untersuchungen zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien (Buchstaben a bis d) des Sterbehilfegesetzes anzustellen.

Die Kommission merkt darüber hinaus an, dass der Konsiliararzt den Arzt nicht adäquat beraten hat. Es wäre angezeigt gewesen, dass der Konsiliararzt den Arzt darauf hinweist, dass sich – angesichts seines fehlenden Fachwissens und der weit zurückreichenden psychiatrischen Vorgeschichte der Patientin – die Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters angezeigt gewesen wäre.
Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

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

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

FALL 2018-04

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes

Nicht aufgenommen

NICHT IM EINKLANG MIT DEM KRITERIUM DER MEDIZINISCH FACHGERECHTEN DURCHFÜHRUNG GEHANDELT

Sterbehilfe muss von einem Arzt medizinisch fachgerecht durchgeführt werden. Dies bezieht sich unter anderem auf die Auswahl und Dosierung der zu verwendenden Mittel sowie auf die Kontrolle der Tiefe des Komas, in das der Arzt den Patienten versetzt, bevor er ein Sterbemittel verabreicht. Bei der Beurteilung der Einhaltung dieses Sorgfaltskriteriums legen die Kontrollkommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe aus dem Jahr 2012 zugrunde. Die dafür in Frage kommenden Mittel und die empfohlene Dosierung sind in der Richtlinie aufgeführt. Weicht der Arzt von den Vorgaben der Richtlinie ab, muss er dies hinreichend begründen. Der Arzt trägt die Verantwortung für die medizinisch fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe; sein Handeln wird von den Kommissionen beurteilt. Aber auch der Apotheker trägt Verantwortung, sofern er die Spritzen oder Lösungen vorbereitet, zusammenstellt und etikettiert. Der Arzt muss kontrollieren, ob er vom Apotheker die richtigen Mittel in der richtigen Dosierung erhält. Darüber hinaus muss der Arzt – für den Fall, dass bei der Durchführung der Sterbehilfe etwas Unvorhergesehenes passiert – Reservemedikamente bei sich haben, da der Arzt den Patienten bei der Durchführung nicht allein lassen soll. Mit Blick auf die Anwesenheit des Arztes bei der Hilfe bei der Selbsttötung ist im SterbehilfeKodex 2018 niedergelegt, dass der Arzt auf Wunsch des Patienten den Raum verlassen kann, nachdem der Patient das Sterbemittel eingenommen hat. Allerdings muss der Arzt in unmittelbarer Nähe des Patienten bleiben, damit er im Falle von Komplikationen schnell eingreifen kann. Nachfolgend wird zuerst ein Fall beschrieben, in dem der Arzt keine Reservemedikamente bei sich hatte und den Patienten während des Sterbehilfevorgangs allein ließ; danach geht es um einen Fall der Hilfe bei der Selbsttötung, in dem der Arzt das Haus des Patienten verließ, nachdem dieser das Sterbemittel eingenommen hatte.

FALL 2018-23

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung, Bereithaltung von Reservemedikamenten, Alleinlassen des Patienten

Ein Patient im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt seit einem Jahr vor seinem Tod an einem bösartigen Tumor im Brustfell. In den letzten

Wochen vor seinem Tod verschlechterte sich sein Zustand drastisch. Eine Heilung war nicht möglich. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Knapp zwei Wochen vor seinem Tod bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu. Sie kam zu dem Schluss, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren.
Auf Ersuchen des Arztes legte ein Rettungsdienstmitarbeiter einen Zugang. Der Arzt führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er 1000 mg Thiopental (ein Schlafmittel, das den Patienten in ein Koma versetzt) verabreichte. Da der Patient nicht ins Koma fiel, glaubte der Arzt, dass das Thiopental subkutan statt intravenös injiziert worden war. Er beschloss, keine zweite Injektion mit 1000 mg Thiopental und auch kein Muskelrelaxans zu verabreichen. Er wollte zuerst den Rettungsdienst einen neuen Zugang legen lassen. Noch bevor dieser bei dem Patienten ankam, ging der Arzt zur Apotheke, um einen neuen Satz Sterbemittel abzuholen. Da die inzwischen von den Rettungsdienstmitarbeitern gelegte Infusion nicht lief, verabreichte der Arzt schließlich 2000 mg Thiopental und 150 mg Rocuronium (das Muskelrelaxans) über eine Kanüle, woraufhin der Patient verstarb.

Im Gespräch mit der Kommission erklärte der Arzt, dass die Durchführung der Sterbehilfe anders als beabsichtigt verlaufen war. In seinem Arbeitsgebiet gibt es eine feste Vereinbarung zwischen Ärzten und Apothekern, dass die Ärzte nur einen Satz Sterbemittel bei sich haben und dass die Apotheker im Zeitraum der Durchführung immer einen Reservesatz vorrätig haben. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass Sterbemittel vorbereitet werden, die letztlich nicht benötigt und dann entsorgt werden müssen.

Nach der Verabreichung von 1000 mg Thiopental fiel dem Arzt auf, dass es lang dauerte, bis der Patient einschlief. Daher vermutete er, dass der Zugang subkutan verlief. Er erklärte, dass er in dem Moment selbst eine Frist gesetzt hatte. Er wollte wissen, ob die Infusion richtig saß. Bei der Injektion des Thiopentals hatte er jedoch keinen unnormalen Widerstand gefühlt. In der Zwischenzeit fiel der Patient nun doch in einen tieferen Schlaf; ab einem gewissen Zeitpunkt war er nicht mehr ansprechbar. Nach etwa zwanzig Minuten kontrollierte der Arzt den Pupillen- und Wimpernreflex; beide waren nicht mehr gegeben. Da aber der Wirkungseintritt des Thiopentals derart lange auf sich hatte warten lassen, hielt es der Arzt dennoch für nicht vertretbar, das Rocuronium zu injizieren.

Nachdem er den Zustand des Patienten überprüft hatte, fuhr der Arzt zur Apotheke, um einen neuen Satz Sterbemittel abzuholen. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt ruhig, und auch die Angehörigen zeigten sich beherrscht. Es herrschte eine vollkommen ruhige Atmosphäre. Der Arzt beschloss, selbst zur Apotheke zu fahren, da das schneller gehen würde, als den Apotheker mit den Sterbemitteln kommen zu lassen. In der Zwischenzeit hatte der Apotheker Zeit, die Medikamente vorzubereiten. Die Apotheke befand sich etwa einen Kilometer vom Haus des Patienten entfernt; der Arzt fuhr die Strecke mit dem Auto. Insgesamt war der Arzt ungefähr 10 Minuten lang nicht beim Patienten. Einige Minuten, nachdem der Arzt sich auf den Weg gemacht hatte, kam der Rettungsdienst, um einen neuen Zugang zu legen. Der Patient war nur kurze Zeit ohne medizinische Betreuung. Der Arzt betonte, dass er den Patienten auf keinen Fall allein gelassen hätte, wenn er bei ihm oder seinen Angehörigen Zeichen von Instabilität beobachtet hätte. In dem Fall hätte er gewartet, bis der Apotheker die Sterbemittel gebracht hätte.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass das Alleinlassen des Patienten durch den Arzt während der Durchführung der Sterbehilfe nicht im Einklang mit der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung vom August 2012 steht, die die Kommissionen als Leitfaden heranziehen. Darin werden u. a. die folgenden – für diesen Fall relevanten – Vorgaben genannt:

- Der Arzt muss einen Reservesatz der intravenösen Sterbemittel bei sich haben.
- Der Arzt ist und bleibt während der Durchführung der Sterbehilfe beim Patienten.

Die Kommission ist der Ansicht, dass diese Vorgaben einzuhalten sind und dass der Arzt selbst dafür verantwortlich ist, über diese Vorgaben informiert zu sein und sie zu befolgen. Diese Verantwortung hat der Arzt nicht wahrgenommen.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

FALL 2018-75

BEURTEILUNG: Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, medizinisch fachgerechte Durchführung, Hilfe bei der Selbsttötung, Alleinlassen des Patienten vor Eintritt des Todes

Nicht aufgenommen

IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen
für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

Übersetzung:
Ministerium für auswärtige
Angelegenheiten
Sprachendienst (AVT)

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

April 2019

RTE