REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2020

REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

JAHRESBERICHT 2020

INHALT

VORWORT 5

KAPITEL I ENTWICKLUNGEN 2020

1 Jahresbericht 8

2 Meldungen
Zahl der Meldungen 10
Verhältnis Männer/Frauen 10
Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/
Hilfe bei der Selbsttötung 10
Krankheitsarten 13
Demenz 13
Psychiatrische Erkrankungen 13
Kumulation von Altersbeschwerden 15
Andere 15
Alter 15
Ort der Lebensbeendigung 15
Meldende Ärzte 17
Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende 17
Lebensgefährten 17
Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 19
»Grauzonen« in der Kontrollpraxis 19

3 Arbeitsweise der Kontrollkommissionen, Entwicklungen 20
Fragen aufwerfende und keine Fragen aufwerfende Meldungen 20
Komplex gelagerte Fälle 21
Reflexionsgremium 23
Organisation 24

KAPITEL II FALLBESCHREIBUNGEN

1 Einführung 29

2 Der Arzt hat im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 33
2.1 Fünf repräsentative Fälle 33
Beurteilung 2020-153 Krebs 34
Beurteilung 2020-95 Erkrankung des Nervensystems 36
Beurteilung 2020-96 Lungenerkrankungen 37
Beurteilung 2020-102 Herz- und Gefäßkrankheiten 38
Beurteilung 2020-152 Mehrfacherkrankungen 39

2.2 Nach fünf Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle 40
Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte 40
Beurteilung 2020-85 44
Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand 42
Beurteilung 2020-100 44
Hinzuziehung eines unabhängigen anderen Arztes 45
Beurteilung 2020-147 46
Medizinisch fachgerechte Durchführung 48
Beurteilung 2020-77 49
Beurteilung 2020-83 50

2.3 Fälle von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer Kumulation von Altersbeschwerden 52
Psychiatrische Erkrankung 52
Beurteilung 2020-53 53
Kumulation von Altersbeschwerden 56
Beurteilung 2020-110 57
Demenz 58
Beurteilung 2020-76 59
Demenz im fortgeschrittenen Stadium 60
Beurteilung 2020-118 61

3 Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 79
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen anderen Arztes gehandelt 79
Beurteilung 2020-151 79
Nicht im Einklang mit dem Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt 82
Beurteilung 2020-98 82

VORWORT

Die Urteile des Hohen Rates in einem Fall, in dem Sterbehilfe bei einem Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Demenz auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung geleistet wurde, werden mit Spannung erwartet – so endete das Vorwort des Jahresberichts 2019 der Kontrollkommissionen. Inzwischen hat der Hohe Rat im April 2020 die Richtung vorgegeben, was die Beantwortung der drei folgenden herausgehobenen Fragen angeht, die dieser Fall aufgeworfen hatte:

1 Wenn eine schriftliche Patientenverfügung eines inzwischen nicht mehr willensfähigen Patienten nicht ganz eindeutig ist, »muss das Ersuchen nicht nur anhand des Wortlauts ausgelegt werden, sondern es spielen auch andere Umstände eine Rolle, aus denen Schlüsse über die Absichten des Patienten gezogen werden können. Es gibt also Spielraum für die Auslegung der schriftlichen Patientenverfügung«, so der Hohe Rat.

2 Die Verabreichung von Prämedikation kann dem folgenden Abschnitt des Urteils des Hohen Rats zufolge unter Umständen medizinisch fachgerechtes Handeln beinhalten: »Bei der Durchführung der Lebensbeendigung muss der Arzt ein mögliches irrationales oder unvorhersehbares Verhalten des Patienten berücksichtigen. Dann kann es angezeigt sein, dem Patienten bereits im Vorfeld Medikation zu verabreichen.«

3 Bezüglich der Frage, ob Rücksprache mit einem inzwischen nicht mehr willensfähigen Patienten über den Zeitpunkt und die Art der Durchführung der Sterbehilfe gehalten werden muss, hat der Hohe Rat das Gerichtsurteil nicht beanstandet. »Ein solches Gespräch wäre nicht nur sinnlos, weil die Patientin ihm nicht hätte folgen können, es hätte bei ihr möglicherweise sogar noch größere Unruhe und Erregung auslösen können«, so das Gericht.

Die Kontrollkommissionen haben den SterbehilfeKodex 2018 im Sinne der vorstehend beschriebenen Abschnitte der Urteile des Hohen Rates überarbeitet. Schließlich soll der überarbeitete SterbehilfeKodex[1] eine zugängliche und aktuelle Übersicht über die Auslegung und Anwendung der Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes durch die Kommissionen auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen und der Rechtsprechung bei der Beurteilung der gemeldeten Sterbehilfefälle bieten.

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

Die Zahl der gemeldeten Fälle, in denen ein Arzt bei einem inzwischen nicht mehr willensfähigen Patienten auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet hat, ist – ebenso wie in den Vorjahren – äußerst klein. 2020 ging es in zwei der fast 7000 eingegangenen Meldungen um solch einen Fall. Patienten, mit denen keinerlei Kommunikation mehr möglich ist, Sterbehilfe zu leisten, stellt Ärzte unbestritten medizinisch, aber auch darüber hinaus vor komplexe Dilemmas. Die Urteile des Hohen Rates und der daraufhin überarbeitete SterbehilfeKodex bieten den Ärzten, die mit diesen Dilemmas konfrontiert werden, klare Orientierungshilfen.

Die im Rahmen der Coronakrise ergriffenen Maßnahmen hatten natürlich auch für die Kontrollkommissionen weitreichende Folgen. Für die betroffenen Ärzte wäre es ausgesprochen unangenehm gewesen, wäre der Zeitraum zwischen der geleisteten Sterbehilfe und dem Erhalt der Beurteilung durch die Kommissionen infolge des dringenden Aufrufs, nach Möglichkeit von zu Hause aus zu arbeiten, deutlich länger geworden. Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeitern der Kommissionen – insbesondere den administrativen Kräften –, die mit großem Einsatz dafür gesorgt haben, dass die größtenteils noch in Papierform eingehenden Sterbehilfemeldungen schnell und effektiv digitalisiert und dann den Kommissionsmitgliedern übermittelt wurden. Aufgrund dieser Anstrengungen vergingen zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung – ebenso wie 2019 – etwa 29 Tage. Danken möchte ich in diesem Zusammenhang außerdem allen Kommissionsmitgliedern, die mit Hilfe von Videokonferenzen die Beurteilung der sogenannten »Fragen aufwerfenden Meldungen« sichergestellt haben. Für uns alle gilt indes, dass wir uns enorm darauf freuen, uns – sofern Corona es zulässt – wieder persönlich zu treffen.

Zu Beginn der ersten Lockdown-Phase standen SCEN-Ärzte vor der Frage, ob Konsultationen per Video zulässig waren. Schließlich muss der unabhängige Arzt, der von dem die Sterbehilfe durchführenden Arzt hinzuzuziehen ist, nach dem Gesetz »den Patienten gesehen« haben. Auf Bitten der KNMG haben die Kommissionen wissen lassen, dass die Konsultationen von SCEN-Ärzten aufgrund der aktuellen Ausnahmesituation auch per Video durchgeführt werden dürfen.

Im vergangenen Jahr gingen bei Kommissionen fast 7000 Meldungen ein – das entspricht einem Anstieg von 9 % gegenüber dem Jahr 2019. Dabei handelte es sich um 4,1 % aller 2020 in den Niederlanden verstorbenen Personen. In lediglich zwei der in diesem Jahr eingegangenen Meldungen bildete Covid-19 die medizinische Begründung für das Sterbehilfeersuchen. In vier weiteren Fällen lag eine Corona-Infektion neben anderen Erkrankungen dem Sterbehilfeersuchen zugrunde. Ein direkter Kausalzusammenhang

zwischen Covid-19 und dem Anstieg der Zahl der Meldungen ist daher unwahrscheinlich.

Zum 1. Februar 2021 bis ich als Koordinierender Vorsitzender der Kontrollkommissionen zurückgetreten. Ich habe dieses Amt fast 5 Jahre mit viel Engagement und Überzeugung ausgeübt.
Jede Bitte um Sterbehilfe stellt den Arzt vor medizinische, ethische und rechtliche Dilemmas. Meine Erfahrung der vergangenen fünf Jahre hat mich gelehrt, dass die Art und Weise, wie Ärzte mit diesen Dilemmas umgehen, zu einer ganz besonderen Sorgfalt in der niederländischen Sterbehilfe-Praxis führt. Damit helfen die Ärzte ihren Patienten, wenn diese ihrem unerträglichen Leiden ohne Aussicht auf Besserung ein Ende setzen wollen. Dafür gebührt Ihnen allergrößte Anerkennung.

Es war mir eine besondere Ehre, meinen Teil zur Überwachung der Einhaltung der im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien beitragen und als »Galionsfigur« der Kommissionen fungieren zu dürfen. Da ich diese beiden Aufgaben bei ihm in besten Händen weiß, habe ich den Koordinierenden Vorsitz inzwischen mit großem Vertrauen an Jeroen Recourt übergeben.

Jacob Kohnstamm
Amsterdam, Februar 2021

KAPITEL I
ENTWICKLUNGEN 2020

I

1 JAHRESBERICHT

Näheres über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen u.a.m. kann in der überarbeiteten Fassung des SterbehilfeKodex 2018 und auf der Website der Kommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) nachgelesen werden.[2]

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

Der Jahresbericht dient außerdem dazu, Ärzten und anderen Interessierten einen Einblick zu geben, auf welche Weise die Kommissionen konkrete Meldungen geprüft und beurteilt haben. Hierzu werden in Kapitel II einige Beurteilungen der Kommissionen, sowohl häufig vorkommende als auch außergewöhnliche Fälle, ausführlich beschrieben. Um den Jahresbericht einem breiten Publikum zugänglich zu machen, wurde weitgehend auf juristische oder medizinische Fachbegriffe verzichtet bzw. wurden diese näher erläutert.

2 Der SterbehilfeKodex 2018 (in überarbeiteter Fassung aus dem Jahr 2020) steht unter www.euthanasiecommissie.nl zum Download bereit. Außerdem kann auch ein gesondertes Einlegeblatt heruntergeladen und in die Druckfassung des SterbehilfeKodex 2018 eingefügt werden.

VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

Lebensbeendigung auf Verlangen	6705
Hilfe bei der Selbsttötung	216
Kombination aus beiden	17

2 MELDUNGEN

Zahl der Meldungen

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

2020 wurden den Kommissionen 6938 Fälle von Sterbehilfe gemeldet. Dies entspricht 4,1% aller Todesfälle, die in den Niederlanden im Jahr 2020 verzeichnet wurden[3] (168 566). Dies ist im Vergleich zu 2019 (6361 Meldungen) eine Zunahme um 9,1 %. Damit wurde 2020 die höchste Zahl an Sterbehilfe-Meldungen registriert, die bei den Kommissionen seit Bestehen des Sterbehilfegesetzes eingegangen sind. Die Gesamtzahl der Todesfälle lag um 0,1 Prozentpunkt niedriger als 2019. Dabei ist anzumerken, dass 2020 eine Übersterblichkeit von ungefähr 15 000 Personen verzeichnet wurde.[4]

Verhältnis Männer/Frauen

Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es erneut etwa gleich häufig um Männer (3562 Fälle, 51,3 %) wie um Frauen (3376 Fälle, 48,7 %).

Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/ Hilfe bei der Selbsttötung

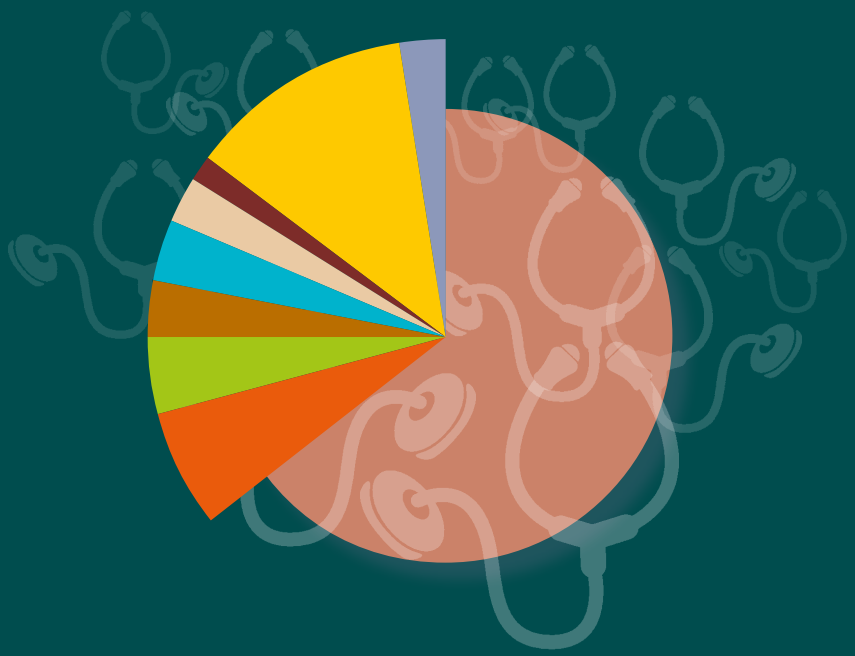
Näheres zu den besonderen Aspekten der medizinisch fachgerechten Durchführung siehe die überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, S. 36 ff.

In 6705 Fällen (96,6 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 216 Fällen (3,1 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 17 Fällen (0,25 %) um eine Kombination aus beiden. Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient, der im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung das vom Arzt überreichte Mittel eingenommen hat, nicht innerhalb einer zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. In diesem Fall führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht.

3 Quelle: Statistisches Zentralamt (CBS), 5. Februar 2020
4 Quelle: Statistisches Zentralamt (CBS)

VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Männer	3562
Frauen	3376



KRANKHEITSARTEN

Krebs	4480
Erkrankungen des Nervensystems	458
Herz- und Gefäßkrankheiten	286
Lungenerkrankungen	209
Kumulation von Altersbeschwerden	235
Demenz	170
im Anfangsstadium: 168	
im (weit) fortgeschrittenen Stadium: 2	
Psychiatrische Erkrankungen	88
Mehrfacherkrankungen	856
Andere	156

Krankheitsarten

Häufigste Krankheiten

Bei 90,6 % der Meldungen (6289 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

- nicht (mehr) heilbarem Krebs (4480 Fälle),
- Erkrankungen des Nervensystems (458 Fälle), etwa Morbus Parkinson, MS oder ALS,
- Herz- und Gefäßkrankheiten (286 Fälle),
- Lungenerkrankungen (209 Fälle),
- Mehrfacherkrankungen (856 Fälle).

Demenz

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

Bei zwei Meldungen aus dem Jahr 2020 handelte es sich um Patienten in einem (weit) fortgeschrittenen Stadium der Demenz, die nicht mehr in der Lage waren, über ihr Ersuchen zu kommunizieren. In diesen Fällen war die schriftliche Patientenverfügung für die Feststellung der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe maßgeblich. Eine dieser Meldungen wurde in Kapitel II dieses Jahresberichts aufgenommen. Beide Meldungen wurden auf der Website der Regionalen Kontrollkommissionen veröffentlicht (Nummer 2020-88 und Nummer 2020-118).
Bei 168 gemeldeten Fällen war Demenz im Anfangsstadium die Grundlage des Leidens. Es ging um Patienten in einem Stadium der Demenz, in dem sie sich noch über ihre Krankheit und die Symptome, etwa den Verlust des Orientierungssinns und der Persönlichkeit, im Klaren waren. Sie wurden mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte noch überblicken konnten. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel II im Rahmen von Fall 2020-76 beschrieben.

Psychiatrische Erkrankungen

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychiatrischer Erkrankung siehe SterbehilfeKodex 2018, S. 44 ff.

In 88 gemeldeten Sterbehilfefällen lagen dem Leiden der Patienten eine oder mehrere psychiatrische Erkrankungen zugrunde. In 35 dieser Fälle war der meldende Arzt ein Psychiater, in 14 Fällen ein Hausarzt, in 6 Fällen ein Geriater und in 33 Fällen ein anderer Arzt. In 68 Fällen, in denen bei einem Patienten aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung(en) Sterbehilfe geleistet wurde, war der durchführende Arzt für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE, die frühere Stiftung Lebensende-Klinik) tätig. In solchen Fällen muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen, wie es in Fall 2020-53 (beschrieben in Kapitel II) geschehen ist.

ALTER

unter 30 Jahre	23
30–40 Jahre	49
40–50 Jahre	178
50–60 Jahre	608
60–70 Jahre	1452
70–80 Jahre	2320
80–90 Jahre	1722
über 90 Jahre	586

Kumulation von Altersbeschwerden

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

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 können die Summe mehrerer Grunderkrankungen und Beschwerden sein. Sie resultieren in einem Leiden, das vom betreffenden Patienten im Zusammenhang mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinem Wertesystem und seiner Leidensfähigkeit als aussichtslos und unerträglich empfunden werden kann. 2020 wurden den Kommissionen 235 Fälle dieser Kategorie gemeldet. In Kapitel II wird unter der Nummer 2020-62 eine Meldung beschrieben, die sich auf Sterbehilfe bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden bezieht.

Sonstige Erkrankungen

Die Kategorie »sonstige Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom. 2020 wurden 156 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

Alter

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

Die meisten Sterbehilfemeldungen (2320 Fälle, 33,4 %) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 90 Jahre (1722 Fälle, 24,8 %) und 60 bis 70 Jahre (1452 Fälle, 20,9 %). 2020 beurteilten die Kommissionen eine Meldung über Sterbehilfe bei einem minderjährigen Patienten (12 bis 17 Jahre). Der älteste Patient war 106 Jahre.

Es gingen 72 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 18 bis 40 Jahre ein. In 44 dieser Fälle war Krebs, in 16 Fällen eine psychiatrische Erkrankung die Ursache des Leidens. In der Kategorie Demenz bezogen sich die meisten Meldungen (64 Fälle) auf die Altersgruppe 70 bis 80 Jahre, gefolgt von Patienten im Alter zwischen 80 und 90 Jahren (62 Fälle). In der Kategorie der psychiatrischen Erkrankungen gab es 2020 in der Altersgruppe 60 bis 70 Jahre dreißig und in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre fünfzehn Meldungen. In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« betrafen die meisten Meldungen (150) Patienten im Alter von 90 Jahren oder älter.

MELDENDE ÄRZTE

Hausärzte	5715
Geriater	243
Im Krankenhaus tätige Fachärzte	254
Ärzte in der Facharztausbildung	70
Ärzte mit anderem Hintergrund (z. B. für die Stiftung Lebensende-Klinik tätige Ärzte oder sog. Basisärzte)	656

Ort der Lebensbeendigung

Wie auch in den Vorjahren wurde die Sterbehilfe in den mit Abstand meisten Fällen (5676, 81,8 %) beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Hospiz (475 Fälle, 6,9 %), einem Pflegeheim (305 Fälle, 4,4 %), einem Altersheim (214 Fälle, 3,1 %), einem Krankenhaus (136 Fälle, 2,0 %) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten, in einem Wohnheim oder einem Pflegehotel (132 Fälle, 1,9 %).

Meldende Ärzte

In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet (5715 Fälle, 82,4 %). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (243), Fachärzte (254) und Ärzte in der Ausbildung (70). Und schließlich gibt es noch eine größere Gruppe von Meldungen (656), bei denen Ärzte in einer anderen Funktion Meldung erstatteten; die meisten von ihnen arbeiten für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE).

Die Zahl der Meldungen von Ärzten, die beim EE tätig sind (916), erhöhte sich gegenüber 2019 (904) nur geringfügig. Ärzte des Kompetenzzentrums werden oft hinzugezogen, wenn der behandelnde Arzt des Patienten den Fall als zu komplex beurteilt. Auch Ärzte, die prinzipiell keine oder nur im Falle einer unausweichlich in Kürze zum Tode führenden Erkrankung Sterbehilfe zu leisten bereit sind, verweisen ihre Patienten regelmäßig an das EE. Es kommt auch vor, dass sich der Patient selbst oder ein Angehöriger an das Kompetenzzentrum wendet. Die weitaus meisten der Meldungen, bei denen der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt (68 von 88, gut 77 %), wurden von einem Arzt des Kompetenzzentrums erstattet. Von den Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Form der Demenz zurückging (170), stammten 81 (gut 47,6 %) von einem EE-Arzt. Außerdem kamen 105 der 235 Meldungen (44,7 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von Ärzten des Kompetenzzentrums.

Sterbehilfe und Organ- bzw. Gewebespende

Eine Lebensbeendigung durch Sterbehilfe schließt eine Organ- oder Gewebespende nicht aus. In der von der Transplantationsstiftung formulierten Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben. Bei den Kommissionen wurden 2020 sechs Fälle gemeldet, in denen nach der Sterbehilfe eine Organspende stattfand.

ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Zu Hause	5676
Hospiz	475
Pflegeheim	214
Altersheim	305
Krankenhaus	136
Anderer Ort (etwa die Wohnung von Verwandten, ein Wohnheim oder ein Pflegehotel)	132

Lebensgefährten

Bei 26 Meldungen ging es um die gleichzeitige Sterbehilfe bei zwei Partnern (dreizehn Paare). Beispiele hierfür sind die Fälle 2020-148 und 2020-149 auf der Website. Selbstverständlich muss in einem solchen Fall gesondert erläutert werden, dass der Arzt bei jedem der Partner die im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Dabei muss je Partner ein eigener Konsiliararzt eingeschaltet werden, damit eine unabhängige Beurteilung des Falles gewährleistet ist.

Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt

In zwei der 2020 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der ausführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt hatte, die in Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegt sind. Diese beiden Fälle werden in Kapitel II beschrieben.

Grauzonen in der Kontrollpraxis

Wir würden den feinen Abstufungen in der Prüfungspraxis nicht gerecht werden, wenn wir allein darlegten, wie häufig die Kommissionen zu dem Urteil kamen, dass der Arzt nicht im Einklang mit allen gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt hat, denn in der Prüfungspraxis gibt es auch Grauzonen. Die Kommissionen haben in 13 gemeldeten Fällen – die vorgenannten zwei Meldungen eingerechnet, in denen sie zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden – den Arzt und in wenigen Fällen den Konsiliararzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten. Bei 14 Meldungen haben die Kommissionen den meldenden Arzt, in Einzelfällen den Konsiliararzt, gebeten, auf einer Kommissionssitzung mündlich die Fragen der Kommission zu beantworten, zum Teil, nachdem dem Arzt zuvor schriftlich Fragen gestellt worden waren. Die mündlichen und schriftlichen Erläuterungen der Ärzte und Konsiliarärzte waren für die 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« und »keine Fragen aufwerfende Meldungen«

Seit 2012 gehen die Kontrollkommissionen bei der Beurteilung einer Meldung wie folgt vor. Nach dem Eingang einer Meldung wird der Fall vom Sekretär der Kommission, einem Juristen, als »Fragen aufwerfend« oder »keine Fragen aufwerfend« eingestuft. Meldungen werden als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wenn der Sekretär der Kommission zu der Einschätzung kommt, dass die erteilten Informationen vollständig sind und dass der Arzt die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Eine Ausnahme bilden Meldungen, die in eine Kategorie fallen, die grundsätzlich als »Fragen aufwerfend« eingestuft wird. Nach der Vorauswahl durch den Sekretär werden die Meldungen durch die Kommission beurteilt. Bei den Meldungen der Kategorie »keine Fragen aufwerfend« geschieht dies auf elektronischem Weg. Wenn die Meldung tatsächlich keinerlei Fragen aufwirft, formuliert die Kommission ihre endgültige Beurteilung. Gibt es nach Ansicht der Kommission entgegen der Einschätzung des Sekretärs doch Fragen, stuft sie die Meldung als »Fragen aufwerfend« ein. 2020 traf dies auf 42 Meldungen zu (das sind 0,6 %).

In Fällen, in denen die Kommissionen keinerlei Fragen haben, geht dem Arzt immer ein sogenanntes Beurteilungsschreiben zu. Darin wird der Arzt unter Verweis auf den in der betreffenden Meldung beschriebenen Sachverhalt darüber informiert, dass die Kommission aufgrund dieses Sachverhalts zu dem Schluss gekommen ist, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Ein solches Beurteilungsschreiben wurde seit Mitte 2018 bereits bei als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Fällen versandt, in denen das Leiden des Patienten auf Krebs, ALS, COPD, Herzinsuffizienz oder auf eine Kombination dieser Erkrankungen zurückzuführen war. Inzwischen wurde entschieden, bei allen als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldungen so vorzugehen.

Wurde eine Meldung dagegen als »Fragen aufwerfend« eingestuft, wird sie im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen und es erfolgt eine detaillierte schriftliche Beurteilung des betreffenden Falls. In dieser Beurteilung legt die Kommission dar, welcher Aspekt der Meldung Fragen aufwarf und aufgrund welcher Überlegungen sie zu dem Urteil kam, dass in dem betreffenden Fall die Sorgfaltskriterien eingehalten bzw. nicht eingehalten wurden.

Aufgrund der ausführlicheren Darstellung bestimmter Aspekte in Beurteilungen von als »Fragen aufwerfend« eingestuften Fällen erwarten die Kommissionen, dass Ärzte und andere Interessierte

einen besseren Einblick darüber erhalten, wie die Kommissionen zu ihren Beurteilungen kommen und welches Argument dabei jeweils ausschlaggebend war. Im verkürzten Beurteilungsschreiben und dem Brief, der einer ausformulierten Beurteilung beiliegt, wird darauf hingewiesen, dass die Fallbeschreibung bzw. die Beurteilung in anonymisierter Form veröffentlicht werden kann. Außerdem wird dem Arzt empfohlen, dem Konsiliararzt das Ergebnis der Beurteilung mitzuteilen, da die Kommissionen ihre Beurteilungen nur dem die Sterbehilfe durchführenden Arzt übermitteln, nicht aber dem hinzugezogenen Konsiliararzt.

Fallbeispiele von Meldungen, die als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurden, werden u. a. in Kapitel 2.1 beschrieben. Dabei ist anzumerken, dass dort eine Zusammenfassung des jeweiligen Falls wiedergegeben ist und nicht die an den Arzt versandte Beurteilung, da der Arzt in diesen Fällen schließlich mit einem Beurteilungsschreiben über das Ergebnis der Beurteilung informiert wurde. Auch auf der Website der Kommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) werden Fallbeschreibungen von einem Teil der keine Fragen aufwerfenden Meldungen nebst Beurteilung der Kommissionen veröffentlicht.

2020 wurden 95,5 % der eingegangenen Meldungen vom Sekretär der Kommissionen als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, das ist erneut eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr. Das lässt sich auch in diesem Jahr größtenteils dadurch erklären, dass die Definition der Kriterien, unter denen ein Fall vom Sekretär als »Fragen aufwerfend« eingestuft werden muss, angepasst wurde. Darüber hinaus fassen die Ärzte ihre Berichte immer vollständiger ab, auch das wirkt sich aus. Von allen eingegangenen Meldungen wurden 623 (4,5 %) unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert, etwa – jedoch nicht ausschließlich – weil der Patient an einer psychiatrischen Erkrankung litt, weil Fragen zur Durchführung der Sterbehilfe aufkamen oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren. 2020 vergingen zwischen Eingang der Meldung und Versand der Beurteilung im Schnitt 29 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes festgelegte Frist von sechs Wochen eingehalten, und die Dauer entspricht der des Vorjahres. Das ist bemerkenswert, wenn man bedenkt, dass die Coronapandemie die Arbeit der Kommissionen nicht vereinfacht hat.

Komplex gelagerte Fälle

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

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], gestorben am [Datum], erhalten. Die von Ihnen eingereichten Unterlagen wurden von der Kontrollkommission geprüft.

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

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

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

Die Kontrollkommission übermittelt diese Beurteilung *nicht* dem hinzugezogenen Konsiliararzt/der hinzugezogenen Konsiliarärztin. Wir empfehlen, dass Sie den Konsiliararzt/die Konsiliarärztin über das Ergebnis des Beurteilungsverfahrens informieren.
Außerdem weisen wir Sie darauf hin, dass eine anonymisierte Fassung der Beschreibung Ihres Falls auf der Website oder im Jahresbericht der Kommissionen veröffentlicht werden kann.
Ich gehe davon aus, Ihnen mit diesen Informationen gedient zu haben.

Mit freundlichen Grüßen
Vorsitzende(r) (Unterschrift)
Sekretär(in) (Unterschrift)

eingehalten wurden, zusammen mit den zugehörigen Unterlagen allen anderen Kommissionsmitgliedern im Intranet vorgelegt. Nach Kenntnisnahme der Reaktionen der anderen Kommissionsmitglieder formuliert die prüfende Kommission anschließend eine definitive Beurteilung.

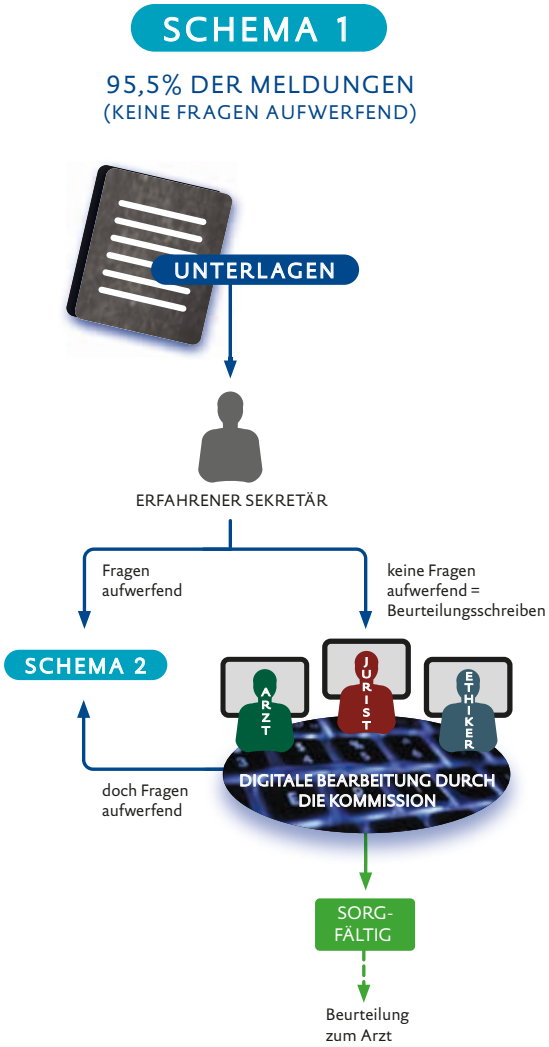
Auch in anderen Fällen, in denen die Kommission eine interne Debatte für angezeigt hält, werden die vorläufigen Beurteilungen ins Intranet eingestellt. Ziel dieses Vorgehens ist es, die bestmögliche Qualität des Beurteilungsverfahrens und die größtmögliche Einheitlichkeit der Beurteilungen zu gewährleisten. 2020 wurden, einschließlich der als »Sorgfaltskriterien nicht erfüllt« beurteilten Fälle, 11 Meldungen im Rahmen der Kommissionssitzungen besprochen.

Reflexionsgremium

2016 haben die Kontrollkommissionen ein internes Reflexionsgremium eingerichtet, das unter anderem die Abstimmung der Kommissionen untereinander und die Harmonisierung der Beurteilungen weiter fördern soll. Das Gremium setzt sich aus zwei Juristen, zwei Ärzten und zwei in Ethik- oder Sinnfragen sachkundigen Personen zusammen, die jeweils seit mindestens drei Jahren einer Kontrollkommission angehören und diese Position voraussichtlich noch mindestens zwei Jahre innehaben werden. Sie werden von einem Sekretär unterstützt. Das Reflexionsgremium kann von den Kommissionen in komplexen Fällen eingeschaltet werden. Es beurteilt eine Meldung nicht in vollem Umfang, sondern befasst sich mit einer oder mehreren spezifischen Fragen, die von der Kommission formuliert wurden, die das Gremium angerufen hat. 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. 2020 haben die Kommissionen das Reflexionsgremium nicht eingeschaltet.
Eine Evaluierung des Reflexionsgremiums hat ergeben, dass die Kommissionsmitglieder der Ansicht sind, dass sich das Gremium in der Praxis bewährt hat. 2020 hat das Reflexionsgremium dem Gremium der Vorsitzenden auf dessen Bitten eine Empfehlung zu den Konsequenzen erarbeitet, die die im April dieses Jahres ergangenen Urteile des Hohen Rates für die Prüfungspraxis haben. Aufgrund dieser Empfehlung wurde der SterbehilfeKodex 2018 überarbeitet. 2021 wird das Gremium mit der Aktualisierung des Kodex auf der Grundlage der Entwicklungen beginnen, die sich in der Prüfungspraxis in den vergangenen Jahren vollzogen haben.

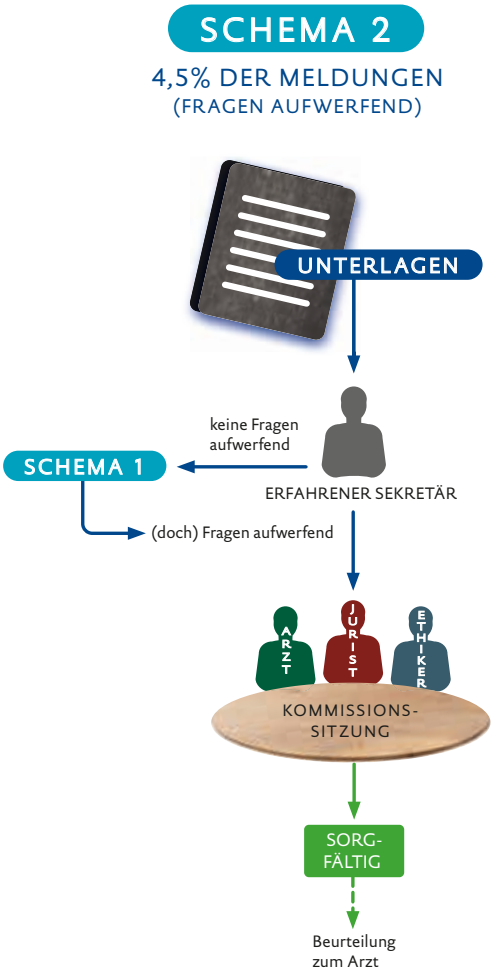
Organisation

2020 war ein schwieriges Jahr für die Sekretariate der Kontrollkommissionen, wie für so viele andere Organisationen auch. Aufgrund der Coronakrise mussten die meisten Sekretariatsmitarbeiter von zu Hause aus arbeiten. Da die Arbeit der Kommissionen als »systemrelevant« eingestuft wurde, haben die administrativen Mitarbeiter in den Sekretariaten Arnheim und Den Haag die Kontinuität dieser Arbeit sicherstellen können. Dass die Sekretariate trotz der Krise kontinuierlich weitergearbeitet haben, ist eine besondere Leistung, die in diesem Jahresbericht denn auch erwähnt werden soll. Die Zahl der Sterbehilfemeldungen ist 2020 gegenüber dem Vorjahr um 9 % gestiegen, gleichzeitig ist die



Bearbeitungsdauer der Fälle fast gleich geblieben ist – das ist ein großes Verdienst der Mitarbeiter.

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 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, andere 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.

2020 haben elf Mitglieder ihre Tätigkeiten in den Kommissionen niedergelegt. Ihr Mandat, das 2012 bei der Erweiterung der Kommissionen von 30 auf 45 Mitglieder begonnen hatte, war ausgelaufen. Einige von ihnen hatten ihr Amt bereits vorher aus persönlichen Gründen niedergelegt. Zum 1. Dezember 2020 sind zehn neue Mitglieder ernannt worden.

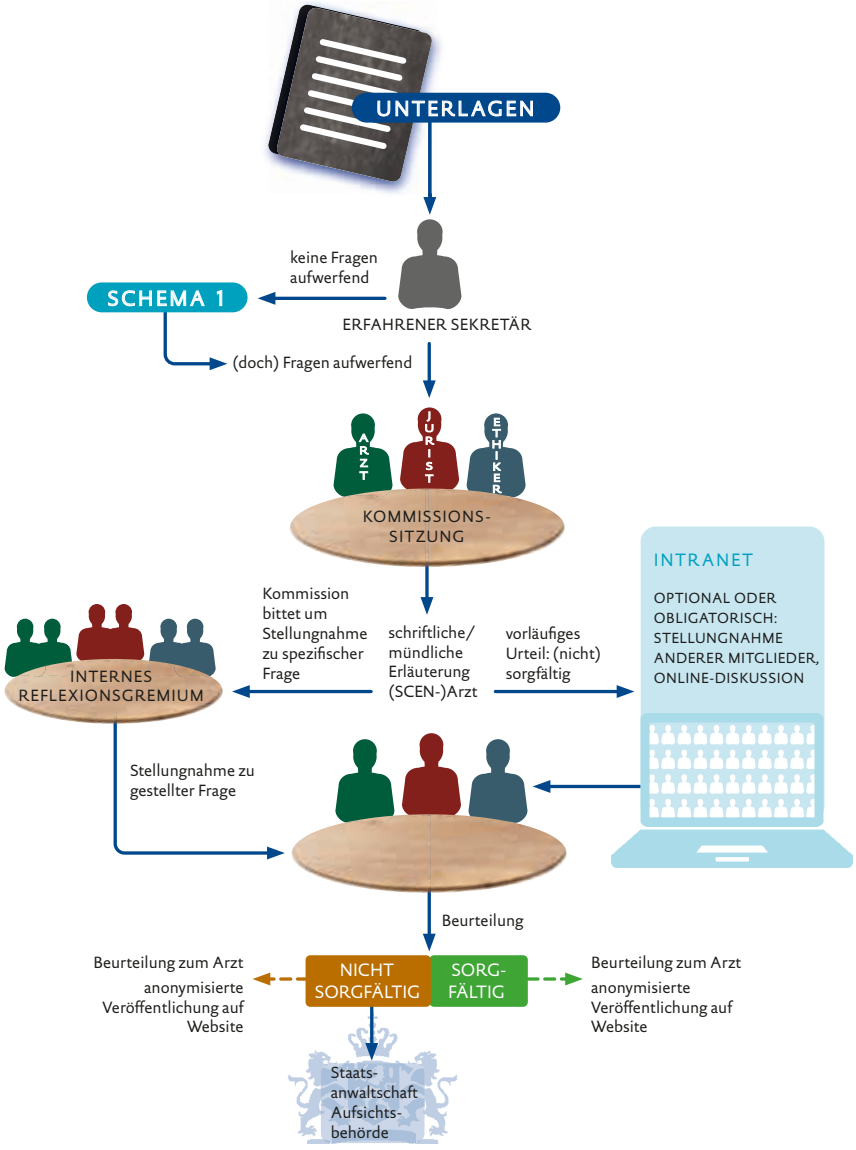
Und die Generalsekretärin der Kommissionen, Nicole Visée, ist 2020 in den Ruhestand gegangen. Sie war seit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes für die Kommissionen tätig. Ihr Wissen über das Sterbehilfegesetz und die Prüfungspraxis, wie auch ihre Tatkraft und ihr Engagement werden uns sehr fehlen. Zum 1. November 2020 hat Simone Madunić die überzeugende Nachfolge von Frau Visée angetreten.

Der Koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen leitet die strategischen Beratungen aller Kommissionsvorsitzenden, an denen immer auch jeweils ein Vertreter der Ärzte und der Ethiker teilnimmt. Er ist zugleich Kommissionsvorsitzender in einer der fünf Regionen. Unterstützt werden die Kommissionen von einem Sekretariat mit ca. 25 Mitarbeitern, das aus dem Generalsekretär, den Sekretären (Juristen) und administrativen Mitarbeitern besteht. Die Sekretäre haben eine beratende Stimme in den Kommissionssitzungen. Die inhaltliche Koordinierung liegt beim Generalsekretär. Die Sekretariate unterstehen dem Stellvertretenden Leiter der Direktion »Einheit Disziplinarausschuss- und Kontrollkommissions-Sekretariate« (ESTT).

Die Sekretariatsmitarbeiter stehen formal in Diensten des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und sind in den Räumlichkeiten der Direktion ESTT untergebracht. Bei dieser Einheit sind gut 100 Mitarbeiter tätig. Ihr gehören außerdem der Sekretariatspool 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.

SCHEMA 3

< 1% DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)



2020 beliefen sich die Kosten für die Kontrollkommissionen auf gut 3,7 Mio. Euro. Davon entfielen 778 000 Euro auf Vergütungen für die Kommissionsmitglieder, 553 000 Euro auf Material-, IT- und Standortkosten sowie externes Personal, und 2 641 000 Euro wurden für Personalkosten (Management, Sekretariatspool und Sekretariate) aufgewendet.

Das Kommissionssekretariat hatte 2020 landesweit zwei Standorte: Arnheim und Den Haag. Im März 2021 sind die Sekretariate nach Utrecht umgezogen. Sobald die Coronamaßnahmen es zulassen, werden alle Kommissionssitzungen ebenfalls in Utrecht stattfinden.

KAPITEL 2
FALLBEISPIELE

II

1. EINLEITUNG

In diesem Kapitel geben wir Einblick in eine Reihe von Beurteilungen der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Im Kern besteht die Arbeit der Kommissionen aus der Beurteilung ärztlicher Meldungen, 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 Facharztberichte, die schriftliche Patientenverfügung, sofern diese vorliegt, und eine Erklärung des Leichenbeschauers. Als unabhängiger Konsiliararzt wird fast immer ein Arzt hinzugezogen, der im Rahmen des Projekts »Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden« (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland/SCEN) ausgebildet wurde.

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

Nach diesen Sorgfaltskriterien muss der Arzt:

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

Die Kontrollkommissionen prüfen die Meldungen anhand des Sterbehilfegesetzes, der Gesetzesgeschichte, der einschlägigen Rechtsprechung sowie des (überarbeiteten) SterbehilfeKodex 2018[5], 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. Die übrigen drei Sorgfaltskriterien geben vor, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde (a), dass ein unerträgliches Leiden und ein aussichtsloser Zustand vorlagen (b) und dass es keine annehmbare andere Lösung (d) für den Patienten gab. Die Formulierung »zu der Überzeugung gelangt sein« gewährt dem Arzt bei diesen drei Sorgfaltskriterien einen gewissen Beurteilungsspielraum. Die Kommissionen prüfen bei der Beurteilung des ärztlichen Handelns in diesen drei Punkten, wie der Arzt die betreffenden Sachverhalte untersucht und wie er seine Entscheidung begründet hat. Die Kommissionen kontrollieren also, ob der Arzt angesichts seines gesetzlichen Beurteilungsspielraums zu der Entscheidung kommen konnte, dass diese drei Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Dabei prüfen sie außerdem, wie der Arzt seine Entscheidung begründet. Der Bericht des Konsiliararztes stützt häufig die Begründung des Arztes.

In seinem Urteil vom 21. April 2020 (4.11.2) stellt der Hohe Rat fest, dass diese Art der Prüfung auch im Lichte einer möglichen Strafverfolgung zu sehen ist:

> Bei der Beurteilung der Sorgfalt des medizinischen Handelns des Arztes gelten hinsichtlich der Grenzen, in denen dieses Handeln erfolgen muss, die Erkenntnisse und Normen des medizinischen Fachpersonals. Für den Fall, dass eine Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten eine strafrechtliche Verfolgung nach sich zieht, ist es Aufgabe des Strafgerichts, die gesetzliche Regelung zu interpretieren, allerdings ist dabei eine gewisse Zurückhaltung angezeigt, wenn es um die Beantwortung der Frage geht, welche Arten des medizinischen Handelns in diesem Rahmen vertretbar ist.

5 Der SterbehilfeKodex 2018 (in überarbeiteter Fassung aus dem Jahr 2020) steht unter www.euthanasiecommissie.nl zum Download bereit. Außerdem kann auch ein gesondertes Einlegeblatt heruntergeladen und in die Druckfassung des SterbehilfeKodex 2018 eingefügt werden.

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

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

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

Des Weiteren werden in Abschnitt 2.3 vier Fälle beschrieben, in denen bei Patienten Sterbehilfe geleistet wurde, die einer besonderen Patientengruppe angehörten. Es handelte sich um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, einer Kumulation von Altersbeschwerden oder Demenz (zwei Fälle). Diese Fälle werden mehrheitlich von Ärzten des Kompetenzzentrums Sterbehilfe gemeldet. Bei den in Abschnitt 2.3 ausgewählten Fällen wurde die Sterbehilfe hingegen von einem behandelnden Arzt geleistet.

In Abschnitt 3 werden die zwei Fälle beschrieben, in denen die Kommissionen in diesem Jahr zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien *nicht* erfüllt waren. In einem Fall hat der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht die Anforderungen erfüllt, die an

die Hinzuziehung eines anderen unabhängigen Arztes gestellt werden. Im anderen Fall kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Lebensbeendigung nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt worden war.

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

2 DER ARZT HAT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

2.1 Fünf Beispiele der häufigsten Meldungen

Wie in Kapitel I dargelegt, wird Sterbehilfe zum weitaus größten Teil bei Patienten geleistet, die an Krebs (64,6 % der Meldungen), Erkrankungen des Nervensystems (6,6 % der Meldungen), Herz- und Gefäßkrankheiten (4,1 %), Lungenerkrankungen (3,0 %) oder Mehrfacherkrankungen (12,3 %) leiden. Als Beispiele hierfür werden im Folgenden fünf Fälle beschrieben, die allesamt als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft wurden. Diese Beurteilungen illustrieren die Problemfelder, mit denen sich die Kommissionen am häufigsten befassen.

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

KREBS

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, besondere Art der Verabreichung, auf der Website unter Nummer 2020-153 zu finden.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde im Frühjahr 2020 Eileiterkrebs (Tubenkarzinom) festgestellt. Als sie operiert werden sollte, stellte sich heraus, dass dies keine valide Option mehr war, und ihr wurde vorgeschlagen, sich einer Chemotherapie zu unterziehen. Anfänglich lehnte sie dies ab, da die Therapie nicht auf Heilung abzielen und ihr Lebensqualität nehmen würde. Ihre Familie wirkte auf sie ein, sie möge es dennoch mit der Chemotherapie probieren. Schnell zeigte sich, dass sie die Medikamente nicht vertrug: Sie bekam Durchfall; und sie spürte ein Kribbeln in Händen und Füßen. Aus diesem Grund brach sie die Chemotherapie ab. Ende September traten bei der Patientin Bauchschmerzen und schwere Verstopfung auf. Die verschriebenen Medikamente schafften keine hinreichende Abhilfe. Als Palliativmedikation (zur Linderung des Leidens) nahm sie zunächst Cannabisöl, später Oxycodon (ein starkes Schmerzmittel) und letztlich Morphin. Abgesehen von regelmäßig auftretenden Krämpfen war der Schmerz damit für sie erträglich. Außerdem bekam sie Suppositorien gegen Übelkeit und Erbrechen. Diese zeigten kaum Wirkung, aber die Patientin war nicht bereit, andere Therapien auszuprobieren, da dies ihr Leiden nur verlängern würde. Die Ärztin notierte in ihrem Bericht, dass sowohl die behandelnden Gynäkologen als auch sie selbst die Patientin über ihre Lage wie auch über ihre Prognose informiert hatten.

Das Leiden der Patientin bestand aus der Tatsache, dass sie kaum noch essen oder trinken konnte ohne zu erbrechen, dass ihr fortwährend übel war und sie unter starker Müdigkeit litt. Aufgrund dieser Müdigkeit fiel es ihr schwer, sich auf irgendetwas zu konzentrieren, weshalb sie nicht mehr lesen oder fernsehen konnte. Außerdem litt sie unter der Angst vor zunehmendem Funktionsverlust und körperlichem Verfall. Die Ärztin sah, dass die Patientin erschöpft war. Sie kannte sie als positiv eingestellte Person, für die Lebensqualität wichtig war. Von Lebensqualität konnte keine Rede mehr sein, weshalb die Ärztin nachvollziehen konnte, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war. Angesichts des Schweregrads des Tubenkarzinoms (III c), das in das Bauchfell metastasiert hatte (Peritonealkarzinose), und der Tatsache, dass es keine Möglichkeiten gab, das Leiden der Patientin zu lindern, war die Ärztin von der Aussichtslosigkeit des Zustands der Patientin überzeugt.

Geraume Zeit vor ihrer Erkrankung hatte die Patientin mit der Ärztin bereits über ihren Wunsch nach Sterbehilfe für den Fall gesprochen, dass jegliche Lebensqualität für sie verloren wäre. Sie hatte als jemand, der

Kranke gepflegt hat, und innerhalb ihrer Familie viel Krankheit und Leid miterlebt, und deshalb wusste sie genau, wo für sie die Grenze lag. Nach Abbruch der Chemotherapie hatte sie ihre Wünsche im Hinblick auf Sterbehilfe schriftlich niedergelegt. In den darauf folgenden Gesprächen mit der Ärztin kam das Thema Sterbehilfe ebenfalls zur Sprache. Einen Tag vor ihrem Tod erklärte die Patientin, dass es ihr so schlecht gehe, dass sie nun die Durchführung der Sterbehilfe wünsche. Die Ärztin war davon überzeugt, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Zu dieser Überzeugung war sie gelangt, weil sie mehrfach mit der Patientin unter vier Augen über Sterbehilfe gesprochen hatte und keinerlei Zweifel bei der Patientin festgestellt hatte. Sie schätzte die Patientin als unabhängige und intelligente Person ein, die sich nicht von Dritten beeinflussen lässt.

Eine Woche vor ihrem Tod bat die Patientin darum, den SCEN-Arzt hinzuzuziehen. Sie fürchtete, benommen oder verwirrt zu werden, wenn sie noch länger wartete. Der Konsiliararzt kam einen Tag später zu ihr. Sein Bericht enthielt eine Zusammenfassung der Krankengeschichte und eine Beschreibung des Leidens der Patientin. Zum Zeitpunkt seines Besuchs empfand die Patientin ihr Leiden noch nicht als unerträglich. Als dies dann eintrat (drei Tage später), nahm die Ärztin Kontakt mit dem Konsiliararzt auf, der daraufhin zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Ärztin hat die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 empfohlenen Mitteln durchgeführt, die sie in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.[6]
Da es bei der Patientin kaum möglich war, einen Zugang zu legen, war ihr für die Chemotherapie ein Portkatheter gelegt worden (ein implantierbarer Katheter, mit dem Ärzte unproblematisch Zugang zu großen, tief liegenden Venen erhalten). Die Patientin hatte darum gebeten, den Portkatheter nicht zu entfernen, damit er für eine eventuelle Sterbehilfe genutzt werden könne. Die Sterbemittel wurden über diesen Zugang verabreicht. Zur Kontrolle der hinreichenden Komatiefe für eine sichere Verabreichung des Muskelrelaxans hatte die Ärztin einen Schmerzreiz ausgelöst und das Ausbleiben des Lidschlussreflexes (unwillkürliche Bewegung, die bei Berührung der Wimpern erfolgt) beobachtet.

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

6 Einsehbar unter www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijk-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding. KNMG und KNMP aktualisieren derzeit die Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe. Die neue Richtlinie wird voraussichtlich im Lauf des Jahres 2021 veröffentlicht.

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, fortschreitender Funktionsverlust durch Morbus Parkinson, auf der Website unter Nummer 2020-95 zu finden.

Bei einer Patientin im Alter von über 90 Jahren wurde etwa acht Jahre vor ihrem Tod die Diagnose Parkinson gestellt. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer (schmerzlindernder) Natur. Etwa vier Jahre vor ihrem Tod wurde die Frau in einem Pflegeheim aufgenommen.

Das Leiden der Patientin bestand aus dem fortschreitenden Verlust von Funktionen. So litt sie u. a. an Schluckbeschwerden, Dysarthrie (neurologisch bedingte Sprachstörung), Gleichgewichtsstörungen und Kraftverlust. Die Patientin war nicht mehr mobil und vollständig pflegebedürftig geworden. Sie konnte nichts mehr ohne fremde Hilfe tun – nicht einmal sich im Bett umdrehen oder im Rollstuhl eine andere Position einnehmen. Hierdurch war an ihrem Steißbein eine schmerzhafte Wunde (Dekubitus) entstanden. Die Patientin befürchtete, infolge ihrer Schluckbeschwerden zu ersticken.

Sie litt unter dem Verlust ihrer Autonomie, der Abhängigkeit von anderen, der Aussichtslosigkeit ihrer Situation und unter der realen Angst vor zunehmendem körperlichen Verfall. Sie empfand ihr Leiden als unerträglich.

Der Arzt, ein Geriater des Pflegeheims, in dem die Patientin lebte, war davon überzeugt, dass das Leiden für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern.

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

LUNGENERKRANKUNGEN

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Hilfe bei der Selbsttötung, auf der Website unter Nummer 2020-96 zu finden.

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt bereits seit Jahren an der chronischen Lungenerkrankung COPD. Schließlich wurde festgestellt, dass die Krankheit das Stadium GOLD 3 erreicht hatte. Die Atemwege der Patientin waren regelmäßig entzündet; den ganzen Tag über litt sie unter Atemnot, geringste Anspannungen verursachten Kurzatmigkeit und völlige Erschöpfung. Schließlich war sie ohne fremde Hilfe zu nichts mehr in der Lage, sie konnte sich nicht einmal mehr selbständig im Bett aufsetzen. Auch hatte sie nicht mehr genug Energie, um ausreichend essen zu können. Dadurch magerte sie stark ab, was sie noch weiter schwächte. Die Frau konnte nur noch auf dem Sofa sitzen oder im Bett liegen, ihren Hobbys, z. B. puzzeln oder lesen, konnte sie nicht mehr nachgehen. Sie erklärte, sie könne einfach nicht mehr.

Die Patientin litt unter der Leere in ihrem Leben, der fehlenden Perspektive und der reellen Angst, bei einem Hustenanfall zu ersticken. Sie empfand ihr Leiden als unerträglich. Die Medikation konnte nicht weiter erhöht werden. Die Patientin lehnte es ab, zusätzlich mit Sauerstoff versorgt zu werden, weil das ihr Leben verlängern würde, und genau das wollte sie unter keinen Umständen. Eine Heilung war nicht möglich, die Behandlung war nur noch palliativer (schmerzlindernder) Natur.

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

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

HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEITEN

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Verzicht auf Amputation, auf der Website unter Nummer 2020-102 zu finden.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde ein halbes Jahr vor ihrem Tod Ischämie (Minderdurchblutung) im linken Unterschenkel diagnostiziert. Vier Monate vor ihrem Tod war das Fontaine-Stadium IV erreicht, in dem das Absterben des Körpergewebes einsetzt. Der Unterschenkel war kaum noch durchblutet, es kam zu einer Nekrose (Absterben von Gewebe). Die Patientin unterzog sich noch einer Angioplastie (Behandlung zur Erweiterung verengter Blutgefäße), aber das erhoffte Ergebnis blieb aus. Angesichts ihrer mäßigen Kondition, ihres Alters und möglicher Komplikationen wie etwa einer Entzündung oder Delir (Verwirrtheitszustand) lehnte sie eine Amputation ihres Unterschenkels ab. Dabei spielte auch eine Rolle, dass die Frau hierdurch ihre Selbständigkeit verlieren würde. Diese Vorstellung fand sie schrecklich. Inzwischen befand sich die Patientin bereits in einem Hospiz, also einer Einrichtung, die auf die palliative Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase spezialisiert ist.

Ihr Leiden bestand aus permanenten starken Schmerzen im linken Bein und dem Verlust der Mobilität. Unabhängigkeit und Selbstbestimmung waren für sie immer sehr wichtig gewesen. Sie litt unter dem Kontrollverlust, den Schmerzen, der Abhängigkeit von anderen und unter der reellen Angst vor Entzündungen oder einer Blutvergiftung (Sepsis), was einen weiteren körperlichen Verfall nach sich ziehen würde. Sie wollte die zunehmende Verschlechterung ihres Zustands nicht mehr erleben und in Würde sterben. Die Patientin nahm ihr Leiden als unerträglich wahr.

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

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

MEHRFACHERKRANKUNGEN

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Herzinsuffizienz, Gicht und Nierenprobleme, auf der Website unter Nummer 2020-152 zu finden.

Bei einem Patienten im Alter zwischen 80 und 90 Jahre wurde drei Jahre vor seinem Tod eine Herzinsuffizienz im letzten Stadium diagnostiziert. Dadurch war seine Mobilität sehr eingeschränkt. Außerdem hatte er Gicht in Händen und Füßen. Aufgrund der Knoten und Wunden, die seine Hände aufwiesen, konnte er diese nur schlecht benutzen. Seit einigen Jahren litt er zudem an einer schweren Niereninsuffizienz. Der Patient erklärte, er wolle sich nur noch Behandlungen unterziehen, die zu Hause durchgeführt werden könnten.
Seine Frau sei in einem Pflegeheim gewesen, das wollte er selbst nicht auch erleben. Er lehnte Behandlungen (etwa mit Morphin) ab, die zu einem weiteren Funktionsverlust oder einer noch stärkeren Beeinträchtigung der Mobilität führen würden.

Infolge seiner Mehrfacherkrankungen konnte der Mann schon seit längerer Zeit nicht mehr aus dem Haus gehen. In den letzten Monaten nahm seine Hilfsbedürftigkeit zu. Er konnte nicht mehr allein zur Toilette gehen, und auch die Körperpflege schaffte er nicht mehr allein. Er hatte dabei Schmerzen, und er war kurzatmig. Für den Patienten war sein Leiden unerträglich.

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

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

2.2. Fünf Beispiele von Meldungen, nach Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnet

Nachstehend werden fünf Beurteilungen beschrieben, in denen fünf Sorgfaltskriterien behandelt werden: der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde (a), dass der Patient unerträglich leidet und sein Zustand aussichtslos ist sowie dass es keine annehmbare andere Lösung gibt (b und d), es muss ein unabhängiger Arzt hinzugezogen werden (e) und die Lebensbeendigung muss medizinisch fachgerecht durchgeführt werden (f). Zwei Meldungen zum letztgenannten Punkt enthielten Besonderheiten, deshalb wird auf beide eingegangen. Auch diese Meldungen waren als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft worden. Die meldenden Ärzte hatten – bis auf einen – ein Beurteilungsschreiben erhalten.

Im SterbehilfeKodex werden die Sorgfaltskriterien aus dem Sterbehilfegesetz behandelt und erläutert. Daraus kann auch abgeleitet werden, welche Anforderungen der Gesetzgeber *nicht* stellt. Zusammengefasst gilt, dass es *nicht* erforderlich ist, dass der Patient an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet; der Patient muss nicht im Sterben liegen; zwischen Arzt und Patient muss kein Behandlungsverhältnis bestehen; es ist nicht erforderlich, dass der Patient zusätzlich zu seinem mündlichen Ersuchen auch schriftlich um Sterbehilfe bittet; der Sterbewunsch muss nicht über einen längeren Zeitraum bestanden haben; der Konsiliararzt muss nicht seine »Zustimmung« erteilen; die Willensfähigkeit muss nicht immer von einem anderen Arzt festgestellt werden; die Angehörigen müssen nicht in den Sterbehilfeprozess einbezogen werden, geschweige denn, dass ihr Einverständnis erforderlich wäre. (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 57f.)

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

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

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Mehrfacherkrankungen, Ehefrau lehnt Sterbehilfe ab, auf der Website unter Nummer 2020-85 zu finden.

Bei einem Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde ein knappes Jahr vor seinem Tod die progressive Nerven- und Muskelkrankheit ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) diagnostiziert. Außerdem litt er an einem chronischen Schmerzsyndrom, also andauernde Schmerzen, für die sich keine medizinische Ursache finden lässt. Er unterzog sich mehreren medikamentösen Schmerzbehandlungen und Operationen, doch alles ohne nennenswerten Erfolg. Der Mann litt unter seinem schnellen körperlichen Verfall, den ständigen Schmerzen, dem Verlust der Selbständigkeit, der reellen Angst, zu ersticken, sowie der Aussichtslosigkeit seiner Lage. Er empfand seine Lage als hoffnungslos und sein Leiden als unerträglich.

Drei Monate vor seinem Tod bat der Patient erstmals um Sterbehilfe. Seine Frau lehnte dies aus religiösen Gründen strikt ab, sie konnte seinen Wunsch nicht unterstützen. Dadurch geriet der Mann in einen inneren Zwiespalt bezüglicher der Frage, welcher Wunsch wichtiger war: der seiner Frau oder sein eigener. Er zog seine Bitte um Sterbehilfe zurück, um seiner Frau Zeit zu geben, seinen Wunsch zu akzeptieren. Letztlich bat er zwei Wochen vor seinem Tod um die tatsächliche Durchführung der Sterbehilfe. An jenem Tag kam der Mann in ein Hospiz, also eine Einrichtung, die auf die palliative Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase spezialisiert ist.

Die Ärztin stellte fest, dass der Patient bei seiner endgültigen Bitte, zwei Wochen vor seinem Tod, entschlossen war und trotz des Widerstands seiner Frau an seiner Bitte festhielt. Seine Frau war der Meinung, dass die Ärztin ihrem Mann die Sterbehilfe aufdrängte. Die Ärztin hat sich hierüber Gedanken gemacht und letztlich entschieden, Sterbehilfe zu leisten, weil der Mann seine Bitte so klar geäußert hatte, und zwar nicht nur ihr gegenüber, sondern auch dem Pflegepersonal, dem Konsiliararzt und ihrem Kollegen in der Praxis gegenüber. Das Recht des Mannes auf Selbstbestimmung wog für die Ärztin schwerer als die Einwände der Ehefrau. Der Ärztin zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen.

Die Kommission urteilte, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.
Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

AUSSICHTSLOSER ZUSTAND UND UNERTRÄGLICHES LEIDEN SOWIE FEHLEN EINER ANNEHMBAREN ANDEREN LÖSUNG

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangen, dass das Leiden des Patienten unerträglich ist und dass für den Patienten keine Aussicht auf Besserung besteht. Im Sterbehilfe-Kodex steht hierzu u.a. Folgendes:

> Der Begriff des Leidens ist vielschichtig. Leiden kann die Folge sein von Schmerzen und Atemnot, extremer Erschöpfung und Müdigkeit, aber auch einer zunehmenden Abhängigkeit oder des körperlichen und geistigen Verfalls, der Aussichtslosigkeit des eigenen Zustands oder des Verlusts der eigenen Würde (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 21).
>
> Die Unerträglichkeit des Leidens lässt sich zum Teil schwer feststellen, weil Leiden sehr individuell empfunden wird. Was für den einen Patienten noch erträglich ist, ist es für einen anderen nicht. Es geht darum, wie der einzelne Patient das Leiden in Verbindung mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinen Wertvorstellungen und seiner physischen und psychischen Belastbarkeit empfindet. Für den Arzt muss es unter Berücksichtigung der Vorgeschichte begreiflich und nachvollziehbar sein, dass dieser Patient unerträglich leidet. Der Arzt muss sich also nicht nur in die Situation hineinversetzen, sondern sich die individuelle Perspektive des Patienten vergegenwärtigen (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 24).
>
> Der Arzt muss gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der dieser Patient sich befindet, keine annehmbare andere Lösung gibt. Dieses Sorgfaltskriterium, das im Zusammenhang mit der Aussichtslosigkeit des Zustands zu betrachten ist, ergibt sich aus der Tragweite und Unumkehrbarkeit der Sterbehilfe. Falls es weniger einschneidende Möglichkeiten gibt, einen Patienten von unerträglichem Leiden zu befreien oder dieses wesentlich zu lindern, sind diese zu bevorzugen. (…) Dieses Sorgfaltskriterium bezieht sich auf eine Überzeugung, zu der Arzt und Patient gemeinsam gelangt sein müssen. 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 (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 27).

In der letzten Lebensphase spielt die palliativmedizinische Behandlung, darunter die Schmerzbekämpfung und palliative Sedierung, eine wichtige Rolle. In Fällen, in denen das Leiden des Patienten zum Teil oder überwiegend eine Folge von Schmerzen ist, kann eine Schmerzbehandlung eine Alternative zur Sterbehilfe sein. Allerdings kann ein Patient auch gute Gründe haben, eine Palliativbehandlung abzulehnen, weil er beispielsweise nicht (durch eine höhere Morphindosierung) benommen werden oder (durch palliative Sedierung) das Bewusstsein verlieren möchte. Wichtig ist, dass der Arzt den Patienten gut über die Vor- und Nachteile einer Palliativbehandlung informiert. Die Entscheidung, ob diese Alternative genutzt werden soll, liegt aber letztendlich beim Patienten.
Lehnt der Patient eine palliative Sedierung ab, steht dies der Durchführung der Sterbehilfe im Allgemeinen nicht im Wege (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 27f.).

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND SOWIE KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Kumulation von Altersbeschwerden, Ablehnung einer höherdosierten Medikation, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, auf der Website unter Nummer 2020-100 zu finden.

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt acht Jahre lang bis zu ihrem Tod an einer degenerativen Skoliose (schwere Krümmung der Wirbelsäule mit Verschleißerscheinungen) sowie an Arthrose in mehreren Gelenken. Sie stürzte regelmäßig, und ungefähr ein Jahr vor ihrem Tod brach sie sich dabei das Handgelenk. Darüber hinaus ließen ihr Geschmackssinn, ihr Seh- und ihr Hörvermögen nach. Anderthalb Monaten vor ihrem Tod wurde die Frau in einem Wohn- und Pflegezentrum aufgenommen.

Das Leiden der Patientin bestand aus permanenten Schmerzen in den Hüften, Knien, Handgelenken, Händen und im Rücken. Die Schmerzen ließen sich auch mit Medikamenten nicht ausreichend lindern. Eine höherdosierte Medikation lehnte die Frau ab, weil sie nicht benommen werden wollte und Angst hatte, dann noch häufiger zu stürzen. Vier Monate vor ihrem Tod verschlechterte sich die Lage der Frau schnell. Sie war nahezu vollständig pflegebedürftig geworden und konnte nur noch sehr kurze Wege mit Hilfe eines Rollators zurücklegen. Auch ihren Hobbys konnte sie nicht mehr nachgehen. Die Patientin verbrachte ihre Tage im Sessel sitzend, und weil Lesen oder Fernsehen sie zu sehr ermüdeten, hatte sie keinerlei Ablenkung. Sie hatte immer ein selbstbestimmtes Leben geführt und litt unter der Abhängigkeit von anderen, den permanenten Schmerzen und der Sinnlosigkeit ihres Lebens. Sie empfand ihr Leiden als unerträglich.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt sich mit dieser Überzeugung innerhalb des gesetzlichen Rahmens bewegte.
Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Der Arzt hat im Vorfeld der Sterbehilfe mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, der den Patienten untersucht und beurteilt, ob die Sorgfaltskriterien seines Ersuchens – unerträgliches Leiden, keine annehmbare Alternative und Aufklärung des Patienten – erfüllt sind. Im SterbehilfeKodex 2018 heißt es hierzu unter anderem:

> Der hinzugezogene Konsiliararzt gibt ein unabhängiges Urteil zu der Frage ab, ob seiner Meinung nach die ersten vier Sorgfaltskriterien (a bis d) eingehalten wurden; dieses Urteil übermittelt er dem Arzt in einem schriftlichen Bericht. Mit dieser Konsultation soll die größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess des Arztes gefördert werden. Sie ist für den Arzt eine Hilfe bei der Prüfung der Frage, ob bereits alle Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und sie fördert den Reflexionsprozess im Vorfeld der Entscheidung, dem Sterbehilfeersuchen des Patienten Folge zu leisten.
> Die Kommission legt Wert darauf, dass der durchführende Arzt einen Konsiliararzt hinzuzieht. Geschieht dies nicht, erwartet die Kommission, dass der Arzt diese Entscheidung in seinem Bericht näher erläutert (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 28f.).

> Es ist nicht außergewöhnlich, dass zwischen dem Besuch des Konsiliararztes beim Patienten und der Durchführung der Sterbehilfe eine gewisse Zeit vergeht. In der Regel ist das kein Problem. Die gesetzlichen Vorschriften enthalten kein »Verfallsdatum« für einen Konsiliarbericht. Allgemein kann festgestellt werden, dass der Bericht seine Aussagekraft behält, solange sich die Situation des Patienten nicht wesentlich ändert und die Krankheit wie erwartet verläuft. Dabei geht es überwiegend um Zeiträume von Tagen oder Wochen und nicht um Monate. Je mehr Zeit zwischen dem Besuch des Konsiliararztes und der Durchführung der Sterbehilfe liegt, desto mehr empfiehlt es sich, dass Arzt und Konsiliararzt noch einmal miteinander in Kontakt treten. Tun sie dies nicht, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Kommissionen hierzu Fragen stellen. In manchen dieser Fälle muss der Konsiliararzt den Patienten ein zweites Mal besuchen; in anderen Fällen genügt ein telefonischer Kontakt zwischen Arzt und Konsiliararzt bzw. zwischen Konsiliararzt und Patient. Genaue Vorgaben kann es hier nicht geben. Ob ein neuerlicher Kontakt erforderlich ist, muss der Arzt unter Berücksichtigung der vom Konsiliararzt bereits abgegebenen Stellungnahme und der anschließenden Entwicklung in der Situation des Patienten entscheiden. Seine Entscheidung muss er der Kommission auf Nachfrage erklären können (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 33f.).

KONSULTATION

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Mehrfacherkrankungen, »Gültigkeitsdauer« einer Konsultation, Arzt übernimmt den Fall nach Hinzuziehung des Konsiliararztes, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, auf der Website unter Nummer 2020-147 zu finden.

Eine Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren erlitt zehn Jahre vor ihrem Tod mehrere TIAs (vorübergehende Durchblutungsstörung im Gehirn); hierdurch bedingt kam es zu einer allgemeinen Müdigkeit und zum Verlust von Kraft in ihrer linken Körperhälfte bei der Patientin. Darüber hinaus war ihr künstliches Hüftgelenk auf der linken Seite entfernt und kein neues eingesetzt worden (Girdelstone-Operation). Seit einigen Jahren war die Frau außerdem auf dem linken Auge blind, und ihre Sehfähigkeit auf dem rechten Auge hatte sich enorm verschlechtert. Außerdem war sie schwerhörig. Die Patientin litt unter den Einschränkungen, die dies für ihr Leben bedeutete. Ihr Zustand und das Wissen, dass es keine Aussicht auf irgendeine Besserung ihrer Situation gab, machten ihr Leiden unerträglich. Als sie im Sterbehilfeverfahren schon recht weit fortgeschritten war, verschob sie die Durchführung der Sterbehilfe auf den ausdrücklichen und emotionalen Wunsch ihres Sohnes hin.

Etwa zweieinhalb Monate vor ihrem Tod bat die Patientin die betreuende Ärztin des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe um die Durchführung der Sterbehilfe. Die Ärztin führte drei Gespräche mit der Patientin. Außerdem bat sie einen SCEN-Arzt um eine Konsultation. Dieser besuchte die Patientin etwa anderthalb Monate vor der Lebensbeendigung. Seiner Auffassung nach waren die von ihm zu beurteilenden Sorgfaltskriterien erfüllt.

Aufgrund der mit der Coronapandemie zusammenhängenden Gesundheitsrisiken musste sich die Ärztin des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe dann jedoch aus dem Fall zurückziehen. Ein anderer Arzt des Kompetenzzentrums übernahm die Patientin. Dieser besuchte die Patientin elf Tage vor der Lebensbeendigung. Der Wunsch der Patientin nach Sterbehilfe war unverändert präsent. Der Arzt entschied sich, das Verfahren unter Einbeziehung des bereits vorliegenden Konsultationsberichts fortzusetzen.

Die Kommission ist der Auffassung, dass mit der vom Arzt verfolgten Vorgehensweise das unter Buchstabe e genannte Sorgfaltskriterium – Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen anderen Arztes – erfüllt wurde. Der Arzt hat den vom SCEN-Arzt erstellten Konsultationsbericht gelesen und auch Kontakt mit ihm aufgenommen, als er den Fall

übernahm. Außerdem erklärte er, der Konsiliararzt habe unabhängig gehandelt. Bei der Prüfung des Konsiliarberichts bezog er die Angaben seiner Kollegin vom Kompetenzzentrum mit ein.

Mit Blick auf den Zeitraum, der zwischen der Konsultation des SCEN-Arztes und der Durchführung der Sterbehilfe lag, stellt die Kommission Folgendes fest. Mit sechs Wochen war der Zeitraum in diesem Fall nicht zu lang, als dass er die Aussagekraft des Konsiliarberichts geschwächt hätte. Schließlich hatte sich die Situation der Patientin seit dem Besuch des Konsiliararztes nicht wesentlich verändert. Außerdem hatte der Konsiliararzt im Wechsel der Ärzte des Kompetenzzentrums keinen Anlass gesehen, die Patientin noch einmal zu besuchen. Darüber hinaus erfolgte die Aufschiebung der Durchführung auf Wunsch der Patientin aus persönlichen Gründen. Auch dies ist kein Grund, an der zuvor vom Konsiliararzt gezogenen Schlussfolgerung zu zweifeln, dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines anderen, unabhängigen Arztes, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, erfüllt hat. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Zum Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung heißt es im SterbehilfeKodex unter anderem wie folgt:

> Leistet ein Arzt Sterbehilfe, so muss er sie medizinisch fachgerecht durchführen. Dabei geht es unter anderem um die zu verwendenden Mittel, deren Dosierung sowie um die Kontrolle der Tiefe des herbeigeführten Komas. Bei der Beurteilung der Einhaltung dieses Sorgfaltskriteriums legen die Kommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe aus dem Jahr 2012 (im Folgenden: die Richtlinie) zugrunde (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 36).
>
> Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte dieser Richtlinie entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden. Die dafür in Frage kommenden Mittel und die empfohlene Dosierung sind in der Richtlinie aufgeführt. Weicht der Arzt von den Vorgaben der Richtlinie ab, muss er dies hinreichend begründen können. Es empfiehlt sich, dass der Arzt vor der Durchführung der Lebensbeendigung mit dem Patienten und den Angehörigen darüber spricht, wie die zu verwendenden Mittel wirken. Es ist wichtig, dass die individuellen Wünsche des Patienten unter Beachtung der Richtlinie so weit wie möglich berücksichtigt werden (Überarbeiteter SterbehilfeKodex 2018, S. 36).

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG, 1. BEISPIEL

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, Krebs, höhere Dosis des komaauslösenden Mittels, auf der Website unter Nummer 2020-77 zu finden.

Bei einem Patienten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren wurde anderthalb Jahre vor seinem Tod Krebs im Mund- und Rachenbereich diagnostiziert. Eine Heilung war nicht mehr möglich, die Behandlung war nur noch palliativer (schmerzlindernder) Natur. Etwa vier Monate vor seinem Tod zog der Patient in ein Hospiz (eine Einrichtung zur Versorgung unheilbar Kranker in ihrer letzten Lebensphase), da seine Situation zu Hause unhaltbar geworden war.

Dem Patienten war es enorm wichtig, noch die Geburt seines Enkelkindes zu erleben. Nach der Geburt, etwa sechs Wochen vor der Lebensbeendigung, brach der Patient die Sondenernährung ab und äußerte den Wunsch, unter palliativer Sedierung zu versterben. Die Sedierung zeigte jedoch nicht die erwünschte Wirkung, der Patient wachte immer wieder auf. Dabei wuchs der Tumor in seinem Hals, Mund und Gesicht immer weiter, was ihm viel Schmerzen verursachte und dazu führte, dass er das Gefühl hatte zu ersticken. Die Schmerzen konnten trotz sehr hoher Dosierung der Medikamente nicht auf ein erträgliches Maß verringert werden. Vor diesem Hintergrund äußerte der Patient etwa zwei Wochen vor seinem Tod dem behandelnden Geriater gegenüber die Bitte um Sterbehilfe. Dieser konnte der Bitte jedoch aus für ihn wichtigen Gründen nicht nachkommen. Daraufhin wandte sich der Patient an das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe.

Der Arzt führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er 4000 mg des komaauslösenden Mittels Thiopental (statt der laut der KNMG-/KNMP-Richtlinie vorgeschriebenen 2000 mg) und anschließend 150 mg Rocuronium (ein Muskelrelaxans, das zum Tod führt) intravenös verabreichte. Daraufhin verstarb der Patient. Der Arzt hatte sich dafür entschieden, eine höhere Dosis Thiopental zu verabreichen, weil es bei dem Patienten zu einer schnellen Gewöhnung an zuvor verabreichte Medikamente gekommen war, und weil er wusste, dass der Patient schwer zu sedieren war.

Der Arzt begründete sein Handeln damit, dass der SCEN-Arzt empfohlen hatte, mit der Apotheke über die Thiopental-Dosierung Rücksprache zu halten, da bei dem Patienten zuvor wiederholt eine schnelle Gewöhnung an verabreichte Medikamente eingetreten war. Daraufhin beschloss der Arzt, die Dosierung von Thiopental zu verdoppeln.

Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt die Lebensbeendigung medizinisch fachgerecht durchgeführt hat. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG, 2. BEISPIEL

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung nach Rücksprache, ausformulierte Beurteilung, Krebs, Angaben zu den persönlichen Wünschen hinsichtlich der Durchführung, auf der Website unter Nummer 2020-83 zu finden.

Eine Patientin im Alter zwischen 60 und 70 Jahren fragte den Arzt, ob sie bei der Durchführung der Sterbehilfe selbst eine Rolle spielen könne. Laut dem Arzt verlief die Durchführung wie folgt: nachdem er kontrolliert hatte, dass der Zugang durchlässig war, hat die Patientin selbst das Lidocain gespritzt (lokales Schmerzmittel). Danach injizierten der Arzt und die Patientin gemeinsam das komaauslösende Medikament (Propofol). Allerdings reichte die Kraft der Patientin nur dazu, gleich zu Beginn der Verabreichung des Propofols ein wenig mitzuwirken.

Die Kommission stellt fest, dass gemäß der KNMG-/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 nur der Arzt die Sterbemittel verabreichen darf. Der Patient darf selbst eine aktive Rolle übernehmen, etwa beim Öffnen des Infusionshahns, sofern dies die sorgfältige Durchführung der Sterbehilfe nicht beeinträchtigt. Im SterbehilfeKodex 2018 (S. 36) ist darüber hinaus niedergelegt, dass es wichtig ist, die individuellen Wünsche des Patienten unter Beachtung der Richtlinie so weit wie möglich zu berücksichtigen.

Aus den Unterlagen ging hervor, dass die Patientin bis zum Ende die Kontrolle über ihr Leben behalten wollte. Die telefonischen Erläuterungen des Arztes hatten außerdem ergeben, dass sich die Frau nicht für Hilfe bei der Selbsttötung entschieden hatte. Dies lehnte sie ab, weil sie damit schlechte Erfahrungen bei einem Bekannten von ihr gemacht hatte. Außerdem scheute sie den möglicherweise unangenehmen Geschmack des Barbiturats.

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt, ganz im Einklang mit der im Vorstehenden beschriebenen Aussage des SterbehilfeKodex 2018, den Wunsch der Frau erfüllen durfte und dass dieses Vorgehen auch nicht gegen die Richtlinie verstößt. Dass die Patientin das Lidocain und einen Teil des komaauslösenden Mittels selbst injizierte, kann der Kommission zufolge als die aktive Rolle betrachtet werden, die ein

Patient im Einklang mit der Richtlinie selbst ausüben darf. Laut Richtlinie darf der Patient »zum Beispiel« selbst den Infusionshahn öffnen; daraus ist abzuleiten, dass dies nicht die einzige Option ist. Die Kommission berücksichtigt in ihrer Beurteilung auch die Tatsache, dass die Lebensbeendigung auf Verlangen mit den in der Richtlinie empfohlenen Mitteln und in der empfohlenen Dosierung durchgeführt und dass die Tiefe des eingeleiteten Komas korrekt überprüft wurde.

Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass der Arzt die Lebensbeendigung medizinisch fachgerecht durchgeführt hat. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

2.3 Vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung (psychiatrische Erkrankung, Kumulation von Altersbeschwerden und Demenz)

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

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

Auch bei Patienten mit einer (leichten) geistigen Behinderung muss ein Arzt mit besonderer Sorgfalt vorgehen. Auch sie können eine freiwillige Bitte nach reiflicher Überlegung äußern (siehe auch Ärztekammer NVAVG, »Medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende bei Menschen mit geistiger Behinderung«, 2007). In diesen Fällen muss besonders aufmerksam geprüft werden, ob der Patient mit Blick auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig ist. Darum muss der Arzt, neben dem regulären Konsiliararzt, der die Einhaltung der Sorgfaltskriterien a bis d überprüft, im Prinzip auch einen Facharzt hinzuziehen, der die Willensfähigkeit des Patienten beurteilt (z. B. einen Arzt, der auf Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert ist). Sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt und einem Facharzt zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen, ist es zulässig, sich auf die Hinzuziehung eines (SCEN-)Konsiliararztes, der auch ein entsprechender Facharzt ist, zu beschränken (SterbehilfeKodex 2018, S. 48).

PSYCHIATRIE

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, psychiatrische Mehrfacherkrankungen, geistige Behinderung, auf der Website unter Nummer 2020-53 zu finden.

Eine Patientin im Alter zwischen 50 und 60 Jahren und mit geistiger Behinderung litt bereits seit längerer Zeit an einer anhaltenden Depression, die einherging mit Panikattacken, Angst- und Spannungsgefühlen, dem Hören von Stimmen, die ihr Aufträge erteilten (imperative Halluzinationen), fortwährenden Selbstmordgedanken und Schlaflosigkeit. Wenn die Spannung sie überwältigte, biss sie sich in die Hand. Sie schlief schlecht und nichts machte ihr mehr Freude. Sie wollte nur noch sterben.

Zwei Jahre vor ihrem Tod begann die Patientin, mit verschiedenen behandelnden Ärzten über Sterbehilfe zu sprechen. Acht Monate vor ihrem Tod bat die Patientin die Ärztin, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen.
Die Ärztin zog einen unabhängigen Psychiater hinzu, der die Patientin zwei Wochen vor der Lebensbeendigung untersuchte. Als Konsiliararzt zog die Ärztin eine unabhängige SCEN-Ärztin hinzu, die die Patientin fünf Tage vor der Lebensbeendigung besuchte.

Die Kommission beschreibt ihre Erwägungen bezüglich der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe, der Aussichtslosigkeit des Zustands und des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung anhand des in den Unterlagen beschriebenen Sachverhalts und der Umstände (soweit relevant).

Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte

Bei Sterbehilfeersuchen von Patienten mit einer psychiatrischen Problematik muss dem Aspekt der Willensfähigkeit des Patienten besondere Aufmerksamkeit gelten. Die Kommission stellt fest, dass dies im vorliegenden Fall angesichts der geistigen Behinderung der Patientin von noch größerer Bedeutung ist.

Sie ist der Auffassung, dass die Ärztin bei der Feststellung der Willensfähigkeit der Patientin mit großer Behutsamkeit vorgegangen ist. Dabei berücksichtigt die Kommission außerdem, dass die Ärztin in ihrem Bericht klar erläutert hat, warum sie davon überzeugt war, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Diese Überzeugung beruhte auf mehreren ausführlichen Gesprächen, die sie mit der Patientin geführt hatte. Auf der Grundlage dieser Gespräche stellte sie fest, dass die Patientin in ihrem Sterbewunsch und ihrer Bitte nach Sterbehilfe eindeutig war. Die Ärztin

stellte fest, dass die Patientin nach jahrelangem Kampf Bilanz gezogen und sich bewusst dafür entschieden hatte, Abschied vom Leben zu nehmen. Sie stufte die Patientin im Hinblick auf ihr Ersuchen als willensfähig ein.

Die Ärztin konsultierte einen unabhängigen Psychiater, der auf Patienten mit geistiger Behinderung spezialisiert war. Dieser stellte fest, dass die Patientin schwachbegabt war, weshalb sie nur begrenzt in der Lage war, ihren Sterbewunsch zu reflektieren, und diesen lediglich fortwährend auf dieselbe Art und Weise betonen konnte. Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Patientin im Hinblick auf ihr Ersuchen willensfähig war.

Auch die hinzugezogene SCEN-Ärztin kam zu diesem Urteil. Obwohl die Patientin ihrer Ansicht nach Schwierigkeiten damit hatte, sich verbal auszudrücken, war sie durchaus in der Lage, ihr gegenüber ihre Situation und ihren Sterbewunsch darzulegen. Die Patientin war sich in ihrem Gespräch mit der Konsiliarärztin ihrer Situation bewusst, konnte ihr mitteilen, was bei der Sterbehilfe geschehen würde, und sie wusste genau, worum sie die Ärztin bat. Die Konsiliarärztin war der Auffassung, dass die Frau nicht von Dritten unter Druck gesetzt wurde und bereits seit vielen Jahren über Sterbehilfe nachgedacht hatte.

Die Kommission kommt angesichts des Vorstehenden zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden sowie Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Aus den vorgelegten Unterlagen geht für die Kommission Folgendes hervor. Seit 2001 war die Patientin langfristig wegen ihrer psychiatrischen Erkrankungen behandelt und mehrfach stationär aufgenommen worden. Nach dem Tod ihres Mannes im Jahr 2014 verschlimmerten sich ihre Symptome. Die Patientin durchlief das gesamte Behandlungsprotokoll für Psychosen wie auch das für Depressionen, mit Ausnahme von MAO-Hemmern (einem Psychopharmakon). Die Patientin wirkte bei allen Behandlungen mit; mehrfach brach sie die Einnahme von Medikamenten aufgrund von Nebenwirkungen ab. Seit Januar 2019 hatte man einen Behandlungsplan verfolgt, der auf die fortwährenden Selbstmordgedanken und eine vitale Depression (eine Form der Depression, bei der Patienten neben den depressiven Symptomen außerdem früh wach werden, sich morgens besonders schlecht fühlen, in ihrer Motorik gehemmt sind, weniger Appetit haben, Gewicht verlieren und unter starken Schuldgefühlen leiden) ausgerichtet war. Die Patientin wurde u. a. einer

Elektrokonvulsionstherapie unterzogen, da man dies bislang noch nicht versucht hatte. Diese brach sie nach 15 Behandlungen ab, da sie keine Verbesserung feststellen konnte und infolge der Behandlungen inakzeptable körperliche Beschwerden auftraten. Die Ärztin beriet sich mit einem Kollegen über eine Behandlung mit Ketamin (einem Betäubungsmittel) und MAO-Hemmern. Von Ketamin wurde abgesehen, da eine solche Behandlung noch erforscht wird und ihre Wirksamkeit noch nicht bewiesen ist. Die Ärztin besprach den Einsatz von MAO-Hemmern mit der Patientin, die dies jedoch ablehnte. Auch die Ärztin schätzte die Wahrscheinlichkeit, dass diese Medikamente wirken würden, nach Rücksprache mit ihrem Kollegen als sehr gering ein.

Etwa vier Monate vor ihrem Tod wurde die Patientin auf Anraten der Ärztin in einer Abteilung für Patienten mit geistiger Behinderung und psychiatrischer Problematik untergebracht. Dort war sichergestellt, dass immer jemand in ihrer Nähe war, und es gab ein umfangreiches Tagesprogramm, das sie von ihren Selbstmordgedanken ablenken sollte. Der Aufenthalt dort verbesserte die Beschwerden der Patientin nicht, und sie erklärte weiterhin, dass sie sterben wolle.

Der von der Ärztin konsultierte unabhängige Psychiater untersuchte, ob es noch Behandlungsmöglichkeiten für die Patientin gab. Er stellte fest, dass sich die Patientin umfangreichen Behandlungen unterzogen hatte, die jedoch zu keinem Zeitpunkt eine Verbesserung bewirkt hatten. Weiterhin stellte er fest, dass ab 2019 alle davor noch nicht durchlaufenen Behandlungen ausprobiert oder besprochen worden waren. Auch diese Behandlungen führten nicht zu einer Verbesserung. Er stimmte der Feststellung der Ärztin zu, dass es keine echten Behandlungsoptionen mehr für die Patientin gab und dass ihr Zustand aussichtslos war.

Auch die von der Ärztin hinzugezogene SCEN-Ärztin stellte in Bezug auf eine annehmbare andere Lösung fest, dass die Patientin sich einer erschöpfenden Anzahl von Behandlungen unterzogen hatte, ohne irgendein Resultat. Auf der Grundlage des Berichts des unabhängigen Psychiaters kam sie zu dem Schluss, dass es keine annehmbaren Behandlungsmöglichkeiten mehr gab. Auch sie war der Ansicht, dass der Zustand der Patientin aussichtslos war.

Aus dem Vorstehenden folgt nach Auffassung der Kommission, dass die Ärztin bei der Feststellung der Aussichtslosigkeit des Zustands der Patientin und des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung mit der geforderten großen Behutsamkeit vorgegangen ist. Die Ärztin hat gründlich geprüft, ob sich die Situation der Patientin verbessern lässt.

Darüber hinaus hat sie in ihrem Bericht ausführlich dargelegt und begründet, warum sie zu dem Schluss gekommen ist, dass es keine annehmbaren Behandlungsalternativen mehr gab. Sie hat einen auf diesem Gebiet spezialisierten Experten hinzugezogen, der ihren Schlussfolgerungen nach umfangreichen Untersuchungen zustimmte. Außerdem wurde die Ärztin von der hinzugezogenen SCEN-Ärztin in ihrer Einschätzung bestätigt, dass der Zustand der Patientin aussichtslos war und dass es keine Möglichkeiten mehr gab, deren Leiden zu lindern.

Die Kommission ist der Ansicht, dass die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin hinreichend aus den Unterlagen hervorgegangen ist. Dabei hat sie die Tatsache berücksichtigt, dass alle an dem Fall beteiligten Ärzte der Überzeugung waren, dass das Leiden der Patientin unerträglich war. Vor diesem Hintergrund äußert sich die Kommission diesbezüglich nicht weiter.

Die Kommission kommt angesichts des Vorstehenden zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Darüber hinaus ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin gemeinsam mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der diese sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

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

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Verlust der Selbständigkeit und der Mobilität, auf der Website unter Nummer 2020-110 zu finden.

Eine Patientin im Alter von über 90 Jahren brach sich fünf Monate vor ihrem Tod die Hüfte. Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (fast drei Monate vor ihrem Tod) wurde sie in einem Pflegeheim untergebracht. Sie war nicht mehr mobil, konnte weder stehen noch laufen und musste mit maschineller Hilfe ins Bett gelegt bzw. aus dem Bett geholt werden. Außerdem litt sie an einer Makuladegeneration (eine Augenkrankheit), schwerer Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit), wiederkehrenden Harnwegsentzündungen und Harninkontinenz.

Das Leiden der Patientin bestand aus ihrer Immobilität und starken Schmerzen in der Hüfte, die medikamentös nicht hinreichend behandelt werden konnten. Außerdem litt sie unter ihrer Schwerhörigkeit und verminderten Sehfähigkeit. Aufgrund dieser Umstände verbrachte die Patientin ihre Tage ausschließlich in ihrem Zimmer. Da sie immer unabhängig und selbständig gelebt hatte, litt sie unter dem plötzlichen Kontrollverlust. Bis zu ihrem Sturz hatte sie ohne jegliche Hilfe selbständig zu Hause gelebt. Die Unterbringung in einem Pflegeheim und die vollständige Abhängigkeit von Dritten fand sie furchtbar. Die Patientin nahm ihr Leiden als unerträglich wahr. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Demzufolge gab es für sie keine annehmbaren Möglichkeiten der Leidenslinderung mehr. Aus den Unterlagen ging des weiteren hervor, dass der Arzt und die Fachärzte die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert hatten.

Seit ihrer Unterbringung in einem Pflegeheim hatte die Patientin mit dem Arzt, der sich in der Facharztausbildung zum Geriater befand, über Sterbehilfe gesprochen. Gut zwei Monate vor ihrem Tod bat sie den Arzt konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Patientin zwei Wochen vor der Lebensbeendigung und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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

DEMENZ

Bei Patienten mit Demenz muss der Arzt mit besonderer Behutsamkeit prüfen, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt sind, insbesondere das Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte und das der Unerträglichkeit des Leidens des Patienten. Bei Sterbehilfe im Anfangsstadium der Demenz genügt im Allgemeinen das reguläre Konsultationsverfahren. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich gezielt einen sachkundigen Kollegen um eine Stellungnahme bitten (SterbehilfeKodex 2018, S. 48).

In fast allen derartigen Fällen, die den Kommissionen bisher gemeldet wurden, ging es um Patienten, die sich über ihre Krankheit noch hinreichend im Klaren und mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig waren. Ausschlaggebend für das Leiden dieser Patienten ist, neben dem aktuellen Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten und Funktionen, häufig auch die Angst vor einer weiteren Verschlechterung und den damit verbundenen negativen Auswirkungen insbesondere auf ihre Würde und Eigenständigkeit. Dabei geht es um die Wahrnehmung des immer weiter fortschreitenden Verlustes der Persönlichkeit, von Funktionen und Fähigkeiten sowie um die Erkenntnis, dass sich dieser Prozess stetig fortsetzen wird. Diese Aussichten können großes, aktuell empfundenes Leiden verursachen (SterbehilfeKodex 2018, S. 47).

In der Spätphase der Demenz, in der der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens nicht mehr als willensfähig betrachtet werden kann, ist die Durchführung der Sterbehilfe in den Fällen möglich, in denen der Patient, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat, in der er ein Sterbehilfeersuchen niedergelegt hat. Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann eine schriftliche Patientenverfügung eine mündlich geäußerte Bitte ersetzen; alle in Artikel 2 Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien gelten entsprechend. Der Umstand, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, wird in der Regel dazu führen, dass ein zweiter unabhängiger Arzt mit besonderer Sachkenntnis auf diesem Gebiet hinzugezogen wird. Dieser beurteilt, ob der Patient willensfähig ist bzw. wenn dies nicht der Fall ist, ob der Patient unerträglich leidet und keine Aussicht auf Besserung besteht und ob es keine annehmbaren Alternativen gibt (SterbehilfeKodex 2018, S. 48).

Nachstehend wird zunächst ein Fall beschrieben, in dem eine Patientin mit Demenz hinsichtlich ihres Ersuchens willensfähig war. Daran schließt sich ein Fall an, in dem die Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung geleistet wurde. Dabei handelt es sich um einen jener Fälle, über die der Hohe Rat im Frühjahr 2020 geurteilt hat (ECLI:NL:HR2020:712).

DEMENZ IM ANFANGSSTADIUM, WILLENSFÄHIGE DEMENZPATIENTIN

BESONDERE ASPEKTE: Keine Fragen aufwerfende Meldung, Alzheimer-Demenz, willensfähig, auf der Website unter Nummer 2020-76 zu finden.

Bei einer Patientin im Alter von über neunzig Jahren wurde vier Monate vor ihrem Tod Demenz diagnostiziert, wahrscheinlich Alzheimer. Ihr geistiger Zustand verschlechterte sich zunehmend, wodurch sie immer weniger in der Lage war, alltägliche Handlungen zu verrichten. Einen Großteil des Tages verbrachte sie damit, Dinge zu suchen, und regelmäßig verlor sie im Gespräch den Faden. Sie schämte sich und verlor in zunehmendem Maße die Kontrolle über ihr Alltagsleben.

Die Frau war deshalb unglücklich und ängstlich, was für sie eine große emotionale Belastung war. Sie empfand »ein leeres Gefühl in ihrem Kopf«, und das war schrecklich für sie. Die Patientin litt unter der Aussichtslosigkeit ihrer Lage, dem Verlust ihrer Selbständigkeit und dem geistigen Verfall sowie der Angst, sich selbst und ihre Würde noch weiter zu verlieren. Die Patientin nahm ihr Leiden als unerträglich wahr.

Sie hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Etwa zweieinhalb Wochen vor ihrem Tod bat sie den Arzt, die Lebensbeendigung nun durchzuführen. Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Er stellte fest, dass die Patientin ihre Bitte gut in Worte fassen konnte und sich der Reichweite ihres Ersuchens bewusst war.

Zwecks Beurteilung der Willensfähigkeit der Frau zog der Arzt einen unabhängigen Geriater hinzu. Dieser besuchte die Patientin ungefähr zwei Wochen vor ihrem Tod und kam zu dem Schluss, dass sie im Hinblick auf ihre Bitte willensfähig war.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Es gab keine für die Patientin annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging hervor, dass der Arzt die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert hatte.

Als Konsiliararzt zog der Arzt auch einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Patientin neun Tage vor ihrem Tod und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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

DEMENZ IM FORTGESCHRITTENEN STADIUM

Im SterbehilfeKodex 2018 wird in Abschnitt 4.1 Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung und in Abschnitt 4.4 Sterbehilfe bei Demenzpatienten behandelt. Diese Abschnitte wurden aufgrund des Urteils des Hohen Rates vom 21. April 2020 überarbeitet. Nachstehend wird zunächst jeweils ein Auszug aus den überarbeiteten Abschnitten des Sterbehilfekodexes wiedergegeben, ergänzt um einen Verweis auf die entsprechende Erwägung des Hohen Rates. Anschließend wird dargelegt, wie diese Erwägungen in die erste Beurteilung einer Sterbehilfemeldung auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung einflossen, die die Kommission nach Ergehen des Urteils des Hohen Rats formuliert hat. Die Gesetzeslage ist wie folgt:

> Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz gelten die in Absatz 1 dieses Artikels genannten Sorgfaltskriterien bei Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung entsprechend. Im Sinne der Gesetzesgeschichte bedeutet das, dass »die Sorgfaltskriterien, soweit dies in einer solchen Situation faktisch möglich ist, gelten« – so lautet die Erläuterung zu der Änderung, nach der Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz um die Bestimmung »gelten entsprechend« ergänzt wurde (Parlamentsdrucksachen II, 26691, Nr. 35).
>
> Im SterbehilfeKodex (S. 41) heißt es hierzu, dass die Sorgfaltskriterien in einer den besonderen Umständen dieser Fälle angemessenen Art und Weise eingehalten werden müssen. So müssen also die spezifischen Umstände der jeweiligen Situation berücksichtigt werden, beispielsweise die Tatsache, dass keine Kommunikation mit dem Patienten mehr möglich ist und dieser somit keine Fragen mehr beantworten kann. In der Regel ist es so, dass der Arzt mit dem Patienten Kontakt hatte, als dieser noch in der Lage war, seinen Willen zu äußern. Tritt dann später eine Situation ein, in der die schriftliche Patientenverfügung zum Tragen kommt, bekommen die Informationen aus den früheren mündlichen Kontakten mit dem Patienten für den Arzt besondere Relevanz.
>
> Auch die Erwägungen 4.3.1 und 4.11.2 des Hohen Rates verdienen Erwähnung. Unter 4.3.1 betont der Hohe Rat ausdrücklich, dass ein Arzt auch bei Patienten mit weit fortgeschrittener Demenz einer zu einem früheren Zeitpunkt in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegten Bitte um Sterbehilfe entsprechen kann. Unter 4.11.2 führt der Hohe Rat aus: Bei der Beurteilung der Sorgfalt des medizinischen Handelns des Arztes gelten hinsichtlich der Grenzen, in denen dieses Handeln erfolgen muss, die Erkenntnisse und Normen des Fachpersonals.

WILLENSUNFÄHIGER PATIENT MIT SCHRIFTLICHER PATIENTENVERFÜGUNG

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, Alzheimer-Krankheit, willensunfähig, schriftliche Patientenverfügung, erste Beurteilung nach dem Urteil des Hohen Rates, auf der Website unter Nummer 2020-118 zu finden.

Inhalt der Meldung

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde drei Jahre vor ihrem Tod aufgrund von schon länger bestehenden Beschwerden Alzheimer festgestellt. 2015 hatte sie eine Patientenverfügung verfasst, in der sie niedergelegt hatte, unter welchen Umständen sie nicht mehr leben wollte. Hierüber hat sie ungefähr 16 Monate vor ihrem Tod mit der Ärztin gesprochen, die zu diesem Zeitpunkt für sie neu war. Nach diesem Gespräch bat die Ärztin eine unabhängige Psychiaterin, die Willensfähigkeit der Patientin zu beurteilen. In den darauffolgenden Monaten hatte die Frau noch klare Momente, aber mit der Zeit verschlechterte sich ihre Situation immer weiter. Ihr geistiger Verfall schritt derart voran, dass sie schließlich ihre eigenen Kinder nicht mehr erkannte und vollkommen von der Pflege durch andere abhängig wurde. Außerdem verlor sie ihre Würde; sie befand sich in einem permanenten Zustand innerlicher Unruhe, in dem sie ihren Kummer und ihre Ohnmacht zum Ausdruck brachte. Sie konnte nicht mehr sagen, was sie wütend machte.

Einen Monat vor ihrem Tod bat der Mann der Patientin die Ärztin, der in der Patientenverfügung seiner Frau niedergelegten Bitte um Sterbehilfe Folge zu leisten. Als Konsiliarärzte zog die Ärztin zwei unabhängige SCEN-Ärzte hinzu. Der erste Konsiliararzt besuchte die Frau dreieinhalb Wochen vor ihrem Tod. Laut den Angehörigen der Patientin verlief dieses Gespräch unangenehm. Auch der Konsiliararzt war mit dem Verlauf nicht zufrieden. Aus diesem Grund und weil sie keinen Bericht vom Konsiliararzt erhielt, zog die Ärztin einen anderen Konsiliararzt hinzu. Dieser zweite Konsiliararzt besuchte die Frau neun Tage vor der Lebensbeendigung. In der Zeit, die zwischen den Besuchen der beiden Konsiliarärzte lag, hatte die Ärztin einen unabhängigen Geriater gebeten, sich auf der Grundlage der Patientenakte und der sonstigen relevanten Unterlagen ein Urteil über die möglichen Optionen zu bilden, das Leiden der Frau zu lindern.

Die Ärztin hat sich bezüglich der Durchführung der Sterbehilfe mit einem Arzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe (EE) beraten und einen Verlaufsplan erstellt. Auf der Grundlage dieses Verlaufsplans verabreichte die Ärztin der Patientin ein Mittel, das diese in Schlaf versetzte. Anschließend hat die Ärztin die Lebensbeendigung im

Einklang mit der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 durchgeführt.

Die Kommission hat ausführlich zu allen sechs Sorgfaltskriterien Stellung genommen, darunter das Kriterium der Hinzuziehung eines entsprechend fachkundigen Arztes.

Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte

Gemäß dem SterbehilfeKodex 2018 (S. 41) muss der Arzt, im Einklang mit Erwägung 4.5.1 im Urteil des Hohen Rates, zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient die schriftliche Patientenverfügung seinerzeit freiwillig und nach reiflicher Überlegung verfasst hat. Der Arzt muss sich dabei auf seine Beurteilung der Krankenakte und der konkreten Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Fachkräften halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren, da eine mündliche Bestätigung der Wünsche durch den Patienten selbst nicht möglich ist.

Darüber hinaus muss der Arzt, im Einklang mit Erwägung 4.5.2 im Urteil des Hohen Rates,

> zu der Überzeugung gelangt sein, dass die aktuelle Situation des Patienten der Situation entspricht, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschrieben hat. Hierfür muss er zunächst den Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung erfassen, und diesen mit Blick auf die Intention des Patienten interpretieren. Dabei muss er nicht nur den Wortlaut des Ersuchens, sondern alle Begleitumstände des jeweiligen Falls berücksichtigen. Bei der Interpretation der schriftlichen Patientenverfügung besteht also ein gewisser Spielraum. Die schriftliche Patientenverfügung muss in jedem Fall zumindest das Ersuchen des Patienten um Sterbehilfe in der Situation beinhalten, in der er seinen Willen nicht mehr äußern kann. Bittet der Patient darum, dass seinem Ersuchen auch dann entsprochen wird, wenn kein unerträgliches körperliches Leiden vorliegt, muss aus der schriftlichen Patientenverfügung zusätzlich hervorgehen, dass der Patient auch in diesem Fall sein (zu erwartendes) Leiden für unerträglich hält und dass er dies seinem Ersuchen zugrunde legt (SterbehilfeKodex 2018, S. 41).

In Bezug auf die freiwillig und nach reiflicher Überlegung verfasste Patientenverfügung stellt die Kommission fest, dass die Patientin ungefähr viereinhalb Jahre vor ihrem Tod eine schriftliche Patientenverfügung bei einem Notar verfasst hatte, die eine Bitte um Sterbehilfe mit einer entsprechenden besonderen Bestimmung in Sachen Demenz enthielt. Dabei berücksichtigt die Kommission, dass

zu diesem Zeitpunkt noch keine Alzheimer-Diagnose vorlag und dass aus der Verfügung hervorgeht, dass die Frau gegenüber einem Notar erklärt hat, im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte zu sein.

> *Ich habe über dieses Sterbehilfeersuchen sorgfältig nachgedacht, habe mich gut informiert, und bei der Unterzeichnung des Ersuchens bin ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.*
> *Dieses schriftliche Sterbehilfeersuchen ist rechtlich verbindlich und gilt ausdrücklich als eine gültige und gesetzlich anerkannte schriftliche Erklärung meinerseits für den Fall, dass ich später, aus welchem Grund auch immer, nicht mehr über meine medizinische Situation im Sinne dieser Erklärung entscheiden kann.*
> *(…)*
> *Dieses Sterbehilfeersuchen bleibt unvermindert in Kraft, unabhängig davon, wie viel Zeit seit seiner Unterzeichnung vergangen ist. Ich bin mir voll und ganz bewusst, dass ich dieses Sterbehilfeersuchen widerrufen kann. Mit der Unterzeichnung dieses Sterbehilfeersuchens nehme ich also bewusst die Möglichkeit in Kauf, dass ein Arzt diesem Ersuchen entspricht, über das ich bei aktuellem Bewusstsein möglicherweise anders denken würde.*
> *(…)*

Dass die Patientin seinerzeit willensfähig war, ist auch deshalb anzunehmen, weil die Ärztin bei ihrem Kennenlerngespräch mit der Frau feststellte, dass deren Auffassungsvermögen nicht beeinträchtigt war. Die Patientin konnte noch klar ausdrücken, was sie wollte und was nicht.

Die Kommission kommt auf der Grundlage der Unterlagen zu dem Ergebnis, dass zu dem Zeitpunkt, an dem die Frau ihre schriftliche Patientenverfügung verfasst hat, kein Grund für die Annahme bestand, dass sie nicht mehr willensfähig wäre.

In ihrer Patientenverfügung führte die Patientin in der besonderen Bestimmung in Sachen Demenz aus:

> *Die von mir bevollmächtigte Person wird, wenn ich selbst dazu nicht mehr in der Lage bin, meine Interessen auf medizinischem Gebiet umfassend vertreten und dabei auf die Umsetzung der von mir ausgefüllten und unterzeichneten Verfügungen durch meinen behandelnden Arzt bzw. meine behandelnden Ärzte hinwirken. In diesem Zusammenhang wird die von mir bevollmächtigte Person meine Verfügungen meinem behandelnden Arzt bzw. meinen behandelnden Ärzten zur Kenntnis bringen und dafür Sorge tragen, dass mein Sterbehilfewunsch von ihm bzw. ihnen ernst genommen und beurteilt und ihm wenn möglich Folge geleistet wird und dass das in die Verfügungen aufgenommene Behandlungsverbot vollständig respektiert wird.*

In ihrer schriftlichen Patientenverfügung hatte die Frau ihren Sterbehilfewunsch wie folgt formuliert:

> *Sollte ich in einen Zustand geraten, in dem ich ohne Aussicht auf Besserung leide und/oder in dem keine annehmbare Aussicht auf eine Rückkehr in ein für mich würdiges Leben besteht und/oder mein weiterer Verfall abzusehen ist, ersuche ich meinen Arzt ausdrücklich, mir die Mittel zu verabreichen oder zu geben, mit denen mein Leben beendet wird. (…)*

Die Kommission stellt fest, dass die schriftliche Patientenverfügung der Frau allgemein formuliert ist. Sie führt nicht konkret aus, was sie unter Leiden ohne Aussicht auf Besserung, einem würdigen Leben oder Verfall versteht. Die Ärztin erklärte auf Nachfrage im Rahmen ihrer mündlichen Erläuterung, dass auch sie die schriftliche Verfügung der Patientin sehr allgemein gehalten fand und sie deshalb im Kennenlerngespräch gebeten habe, näher zu erläutern, was sie unter Leiden ohne Aussicht auf Besserung versteht. Dazu erklärte die Frau ausdrücklich, dass sie nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden wolle. In dem Zusammenhang sprach sie von einem nahen Angehörigen, der viele Jahre zornig in einem Pflegeheim gewohnt habe. Eine solche Situation wollte sie für sich ausschließen. Für sie war Verfall gegeben, wenn sie vollständig von anderen abhängig und nicht mehr in der Lage wäre, selbständig etwas zu unternehmen oder wenn sie ihre Kinder nicht mehr erkennen würde.

Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Ärztin nach diesem Kennenlerngespräch ungefähr alle sechs bis acht Wochen mit der Patientin gesprochen hat. Aus ihren Aufzeichnungen ergibt sich das Bild einer Person, die allmählich immer verwirrter wurde. Bei geschlossenen Fragen war die Frau allerdings in der Lage anzugeben, dass sie nicht in ein Pflegeheim wollte. Der Gedanke, sich von ihrem sicheren Hafen – ihrem Mann – trennen zu müssen, löste Unruhe und Angst bei ihr aus.

Darüber hinaus geht aus den Unterlagen und dem Gespräch mit der Ärztin hervor, dass die Patientin ungefähr drei Monate vor ihrem Tod nicht mehr in der Lage war, für sich selbst zu sorgen. Sie konnte sich nicht mehr selbst an- und ausziehen oder waschen, und beim Gang zur Toilette benötigte sie Hilfe. Die Frau war bei allem, was sie tat, auf die Hilfe ihres Mannes angewiesen. Ihr Verhalten war dauerhaft von Unruhe geprägt, und sie war sich des Verlusts ihrer Würde nicht bewusst. Beim Stuhlgang kam es vor, dass sie sich beschmutzte, und dann geriet sie in Panik. Die häusliche Situation gab Anlass zur Besorgnis, und es drohte die Aufnahme in ein Pflegeheim. Die Patientin erkannte ihre Kinder nicht mehr, und sie wurde sogar unruhig, wenn sie ohne ihren Ehemann bei den Kindern war.

Der Ehemann sagte der Ärztin einen Monat vor dem Tod seiner Frau, dass sie nichts mehr genießen könne und dass sie nie in eine solche Situation geraten wollte. Auch die Tochter der Patientin äußerte sich entsprechend, als die Ärztin sie danach fragte. Außerdem hat die Ärztin Kontakt mit dem betreffenden Casemanager für Demenz aufgenommen. Dieser hatte die Patientin noch kurz zuvor besucht und erklärte, dass sie in den vergangenen vier Monaten eine andere Person geworden sei. Die Frau war jetzt vollständig pflegebedürftig, in sich selbst gekehrt, ständig unruhig und ihre Stimmung schwankte stark. Der Casemanager, der die Patientin gut anderthalb Jahre betreut hatte, sagte, dass dies genau die Situation war, in die sie niemals habe kommen wollen und dass sie genau deshalb seinerzeit die schriftliche Patientenverfügung verfasst habe.

Die Kommission ist auf der Grundlage aller vorliegenden Informationen zu der Überzeugung gelangt, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung jene Umstände gegeben waren, die die Frau in ihrer schriftlichen Patientenverfügung genannt bzw. gemeint hatte. Die Patientin hat in dieser Verfügung nicht konkret niedergelegt, was sie unter einem würdigen Leben oder unter Verfall verstand. Andererseits steht fest, dass sie nicht mehr sinnvoll kommunizieren konnte, bei der Erledigung alltäglicher Dinge Hilfe benötigte, ihr Denken und Handeln nicht mehr steuern konnte, vereinzelt Stuhlinkontinenz vorkam, sie ihre Würde verlor und ihre Kinder nicht mehr erkannte.

Als die Patientin noch willensfähig war, hatte sie der Ärztin gesagt, sie wolle nicht vollständig von anderen abhängig sein, nicht in ein Pflegeheim und sie habe Angst davor, eines Tages ihre Angehörigen nicht mehr zu erkennen. Außerdem hat die Ärztin mit den Angehörigen der Frau gesprochen. Sie bestätigten, dass ihre Mutter bzw. Ehefrau diese Situation nicht gewollt hätte. Auch der Casemanager für Demenz äußerte sich so.

Nach Auffassung der Kommission hat die Ärztin die schriftliche Patientenverfügung so ausgelegt, wie die Verfasserin sie verstanden wissen wollte. Der Kommission ist hinreichend deutlich geworden, wodurch die Ärztin zu der Überzeugung gelangt ist, dass eine Situation entstanden war, in der für die Frau kein würdiges Leben mehr gegeben war, der Verfall weiter fortschreiten würde und die Aufnahme in ein Pflegeheim drohte. Eine Situation, die die Patientin eindeutig nicht gewollt hat.

Die Kommission stellt fest, dass aus dem Sterbehilfeersuchen – zusammen mit der besonderen Demenz-Bestimmung in der schriftlichen Patientenverfügung – folgt, dass die Patientin für den Fall um Sterbehilfe ersucht hat, dass sie infolge der Demenz willensunfähig

würde, und dass das sich daraus ergebende Leiden die Grundlage für ihre Bitte darstellte. Hiermit erfüllte die schriftliche Patientenverfügung der Frau die vom Hohen Rat genannten Kriterien einer von einer willensfähigen Person erstellten schriftlichen Verfügung, in der das zu erwartende Leiden umschrieben wird bzw. anhand von Informationen Dritter verdeutlicht werden kann.

Die Kommission hat geprüft, ob die Ärztin bei der Beurteilung der Frage, ob das Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung erfolgt ist, mit großer Behutsamkeit vorgegangen ist (Hinzuziehung eines Spezialisten, der u. a. die Willensfähigkeit des Patienten beurteilt). Dabei berücksichtigt die Kommission, dass die Ärztin selbst mehrfach mit der Patientin gesprochen, sich intensiv mit ihrer medizinischen Situation befasst und ausführlich mit den Angehörigen und dem Demenz-Casemanager gesprochen hat. Außerdem hat sie von der schriftlichen Patientenverfügung Kenntnis genommen. Darüber hinaus hat die Ärztin eine unabhängige Psychiaterin hinzugezogen, die fünfzehn Monate vor der Lebensbeendigung festgestellt hat, dass zwar eine gewisse Form der Kommunikation mit der Patientin möglich war, dass ihr jedoch spontanes Sprechen schwer fiel und sie regelmäßig Worte wiederholte.

Die unabhängige Psychiaterin kam zu dem Schluss, dass die im Vordergrund stehende Aphasie (Sprachstörung, die sich auch auf das Verstehen, Lesen und Schreiben auswirkt) es unmöglich machte zu beurteilen, inwieweit die Frau die Situation noch überblicken, abstrakt denken und Entscheidungen treffen konnte. Da zum damaligen Zeitpunkt noch kein aktuelles Sterbehilfeersuchen vorlag, hat diese Psychiaterin die Willensfähigkeit nicht näher beurteilt. Gleichwohl kam sie rückblickend zu dem Schluss, dass die Frau zum Zeitpunkt der Abfassung der schriftlichen Patientenverfügung willensfähig war. Die Kommission erwägt, dass die Psychiaterin die Willensfähigkeit der Patientin zwar nicht näher beurteilt hat, ist aber der Auffassung, dass dies in dieser spezifischen Situation kein Hindernis darstellt. Schließlich steht für die Kommission fest, dass die Patientin zum Zeitpunkt des tatsächlichen Ersuchens, gut ein Jahr nach dem Gespräch mit der Psychiaterin, nicht mehr in der Lage war, ihren Willen zu äußern.

Erneute Bestätigung des Sterbewunsches nicht erforderlich und keine Äußerungen dahingehend, dass die Sterbehilfe nicht durchgeführt werden kann (Gegenanzeigen)

Der Hohe Rat hat sich mit der Frage befasst, ob ein Patient im fortgeschrittenen Stadium der Demenz kurz vor der Lebensbeendigung angeben können muss, ob er noch immer Sterbehilfe wünscht, und ob – und, wenn ja, wie – Hinweise darauf berücksichtigt werden müssen, dass der Patient keine Sterbehilfe mehr wünscht (Erwägung 4.5.3), sowie ob

der Arzt dies erfragen muss (Erwägung 4.10). In der überarbeiteten Fassung des SterbehilfeKodex (Abschnitt 4.1) heißt es hierzu:

> Der Arzt muss auf Äußerungen achten, die dem Wunsch nach Sterbehilfe entgegenstehen könnten, z. B. verbale Äußerungen oder ein bestimmtes Verhalten des Patienten. Der Arzt muss beurteilen, ob derartige Äußerungen der Durchführung der Sterbehilfe entgegenstehen. Entsprechende Äußerungen aus der Zeit, als der Patient seinen Willen noch äußern konnte, können als Rücknahme oder Änderung der früher verfassten schriftlichen Patientenverfügung aufgefasst werden. Darum kann in einem solchen Fall keine Sterbehilfe geleistet werden. Abweichende Äußerungen des Patienten aus der Zeit, als er seinen Willen (beispielsweise infolge fortgeschrittener Demenz) nicht mehr zu äußern vermochte, können nicht mehr als Rücknahme oder Änderung der früheren schriftlichen Patientenverfügung interpretiert werden. Sie können jedoch, in Verbindung mit dem klinischen Gesamtzustand und dem Verhalten des Patienten, für die Beurteilung seines aktuellen körperlichen und geistigen Zustandes relevant sein. Diese Beurteilung ist auch im Zusammenhang mit der Beantwortung der Frage relevant, ob der Patient unerträglich leidet.

Der Arzt ist nicht verpflichtet, Informationen über einen aktuellen Lebens- oder Sterbewunsch eines Patienten einzuholen, der nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Dies wäre eine Forderung, die im Gesetz nicht vorgesehen ist. Die besondere Lage eines Patienten, der seinen Willen nicht mehr mitteilen kann, hat zur Folge, dass eine mündliche Überprüfung seines Leidens und Sterbehilfewunsches nicht möglich ist. Die Forderung, den Sterbehilfewunsch zu überprüfen, würde die schriftliche Patientenverfügung entwerten, die genau für die Situation gedacht ist, in der ihr Verfasser nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

Die Kommission stellt fest, dass die Ärztin mehrere Versuche unternommen hat, Kontakt mit der Patientin herzustellen, um herauszufinden, ob sie verbal oder auf andere Weise angeben kann, dass sie keine Sterbehilfe mehr wünsche. Aus den Unterlagen ging hervor, dass es keine derartigen Äußerungen gegeben hatte. Aus den Gesprächen mit der Ärztin, dem zweiten Konsiliararzt und der Casemanagerin für Demenz geht hervor, dass es sogar mehrfach Äußerungen gegeben hatte, die darauf hinwiesen, dass die Patientin noch immer einen Sterbewunsch hegte. Die Ärztin erklärte, dass die Patientin in den Gesprächen unter anderem Äußerungen wie »Ich will das nicht« oder »Ich will nicht mehr« gemacht hatte. Auch wenn der Ärztin angesichts der fehlenden Willensfähigkeit der Patientin nicht klar

war, wie sie diese Aussagen genau einordnen sollte, kam sie dennoch zu dem Schluss, dass die Patientin auf jeden Fall keine gegensätzlichen Äußerungen getätigt hatte. Der zweite Konsiliararzt bestätigte, dass die Durchführung der Sterbehilfe nicht im Widerspruch zu den Äußerungen der Patientin stand. Die Kommission ist auch der Meinung, dass die Ärztin angesichts des Vorstehenden zu dem Schluss kommen konnte, dass die Durchführung der Sterbehilfe im Einklang mit der schriftlichen Patientenverfügung stand und dass es keine Gegenanzeigen gab.

Im Kontext des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass ein freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen der Patientin vorlag, wobei die schriftliche Patientenverfügung im Sinne des Artikels 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes das mündliche Ersuchen ersetzen konnte.

Aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden sowie keine annehmbare andere Lösung

Hinsichtlich der Unerträglichkeit des Leidens wurde der SterbehilfeKodex entsprechend den Erwägungen 4.6.2 und 4.6.3 des Hohen Rates angepasst:

> Zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe muss eine Situation gegeben sein, in der davon ausgegangen werden muss, dass das Leiden des Patienten unerträglich ist (für eine Ausnahme vom Grundsatz, dass der Patient leiden muss, siehe Abschnitt 4.7 des SterbehilfeKodex 2018). Dabei kann ein zu diesem Zeitpunkt unerträgliches körperliches Leiden vorliegen. Das Leiden kann zu diesem Zeitpunkt aber auch unerträglich sein, weil sich der Patient in jener Situation befindet, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung als (zu erwartendes) unerträgliches Leiden beschrieben hat.

Allerdings ist die Tatsache, dass der Patient sich in der in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschriebenen Lage befindet, kein hinreichender Grund für die Schlussfolgerung, dass der Patient zum aktuellen Zeitpunkt unerträglich leidet (überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex, Abschnitt 4.1).

In der überarbeiteten Fassung des SterbehilfeKodex folgt darauf die Feststellung:

> Der Arzt muss immer sorgfältig überprüfen und nachvollziehbar zu dem Schluss kommen, dass das Leiden des Patienten aktuell tatsächlich unerträglich ist. Der Arzt kann sich hierbei auf die eigene Beurteilung der Krankenakte und die konkrete Situation des Patienten

> stützen, Rücksprache mit anderen Betreuern halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren. Ist der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient unerträglich leidet, kann dem Wunsch nach Sterbehilfe nicht entsprochen werden.

Basierend auf Erwägungsgrund 5.3.3 ist weiterhin Folgendes festgehalten.

> Die Feststellung, ob das Leiden des Patienten tatsächlich unerträglich ist und ob für den Patienten keine Aussicht auf Besserung besteht, basiert auf einer medizinisch-fachlichen Einschätzung und ist daher dem Arzt vorbehalten. Bei der nachträglichen Prüfung geht es um die Frage, ob der behandelnde Arzt bei verständiger Würdigung der Sachlage nachvollziehbar zu dem Schluss kommen konnte, dass das Leiden unerträglich war (überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex 2018, Abschnitt 4.1).

In ihrer Beurteilung berücksichtigt die Kommission außerdem die Tatsache, dass aus den Unterlagen und der mündlichen Erläuterung der Ärztin hervorging, dass die Ärztin sich umfassend in die Situation der Patientin vertieft hat. Sie hat Schritt für Schritt geprüft, ob das Leiden der Patientin zu jenem Zeitpunkt unerträglich war. Außerdem hat sie mehrfach mit der Patientin, ihren Angehörigen und der Casemanagerin für Demenz gesprochen und sich darüber hinaus mit Kollegen beraten. Auf der Grundlage dieser Gespräche und eigener Beobachtungen stellte die Ärztin letztlich fest, dass die Patientin unerträglich litt.

Die Ärztin legte dar, dass die Patientin immer eine ordentliche und gepflegte Person gewesen sei, die nicht von Dritten abhängig werden wollte. Angesichts des Leidens, dass die Patientin in ihrem direkten Umfeld miterlebt hatte, war sie sehr eindeutig in ihrem Wunsch, nicht in ein Pflegeheim zu wollen. Nun war sie nicht mehr in der Lage, für sich selbst zu sorgen, und benötigte Hilfe bei alltäglichen Handlungen wie dem An- und Ausziehen. Außerdem wusste sie nicht mehr, was ihr schmeckte, und konnte sich nicht zwischen Speisen und Getränken entscheiden, die ihr vorgesetzt wurden. Die Patientin verlor regelmäßig die Orientierung in ihrem eigenen Zuhause und musste von ihrem Mann überallhin begleitet werden. Darüber hinaus litt sie unter innerer Unruhe, die mit Weinen, Ohnmacht und rastlosem Verhalten einherging. Die Ärztin stellte fest, dass die Patientin ihre Würde verlor. Bei ihren Besuchen beobachtete sie bei der Patientin regelmäßig Gefühle der Ohnmacht und der Traurigkeit. Letztlich konnte die Patientin nicht einmal mehr die kleinen Freuden des Lebens genießen wie z. B. eine Tasse Kaffee oder eine Rose in ihrem Garten. Sie äußerte wiederholt »ich

will das nicht«, wobei der Satz häufig zusammenhanglos ausgesprochen wurde, nicht als Antwort auf eine Frage oder Reaktion auf eine Handlung. Die Ärztin kam zu dem Schluss, dass die Patientin in ihrer Situation nicht mehr glücklich war und unter ihrer Demenz litt.

Die erste Konsiliarärztin kam jedoch zu dem Schluss, dass die Patientin nicht unerträglich litt. Auf der Grundlage von Videos von der Patientin und von Beschreibungen ihrer Angehörigen und der sie behandelnden Personen stellte diese Konsiliarärztin bei der Patientin Kummer und fortschreitenden Verfall fest. Diese Beschreibungen bezogen sich auf Verhaltensweisen und Äußerlichkeiten, aus denen nicht ohne Weiteres der Schluss gezogen werden konnte, dass die Patientin litt. Der Eindruck des Leidens entstand bei jenen, die dies beobachteten und interpretierten. Während ihres Besuchs sah die Konsiliarärztin, dass die Patientin unglücklich war, als sie weinend und orientierungslos durch das Haus lief. Sie erkannte darin den Verfall, von dem sie vermutete, dass die Patientin einen solchen Verfall in ihrer schriftlichen Patientenverfügung gemeint hatte. Dennoch bekam die Konsiliarärztin bei ihrem Besuch nicht den Eindruck, dass die Patientin unerträglich litt.

Das Gespräch mit der ersten Konsiliarärztin war laut den Angehörigen unangenehm verlaufen, wobei der Umgang der Konsiliarärztin mit der Patientin als »unfreundlich« wahrgenommen wurde. Im Rahmen der mündlichen Erläuterung erklärte die Ärztin, dass diese Konsiliarärztin offenbar sehr stark dem ehemaligen Hausarzt der Patientin ähnelte, zu dem das Verhältnis am Ende zerrüttet war. Die Patientin war der Ärztin zufolge nach dem Besuch der Konsiliarärztin noch tagelang aufgewühlt. Einige Tage nach dem Besuch hatte die Konsiliarärztin von sich aus telefonisch Kontakt mit dem Ehemann der Patientin aufgenommen, um den Verlauf des Besuchs zu besprechen und sich zu entschuldigen.

Die Ärztin sah sich gezwungen, einen anderen Konsiliararzt einzuschalten. Im Zuge der mündlichen Erläuterung legte sie dar, dass sie nicht »auf der Suche« nach einer positiven Stellungnahme eines Konsiliararztes gewesen sei; eine negative Stellungnahme des zweiten Konsiliararztes hätte sie sich zu Herzen genommen. Die Hinzuziehung des zweiten Konsiliararztes war die Folge der Art und Weise, in der das Gespräch mit der ersten Konsiliarärztin verlaufen war. Dieses Gespräch hatte ein ungutes Gefühl bei den Angehörigen und bei der Ärztin hinterlassen, das Vertrauen zur Konsiliarärztin war gestört. Beim Besuch des zweiten Konsiliararztes hatte der Bericht der ersten Konsiliarärztin auch noch nicht vorgelegen. Zur Einschätzung der ersten Konsiliarärztin, für die das Leiden der Patientin nicht nachvollziehbar war, äußerte sich die Ärztin eingehender am Ende ihres Berichts. Hieraus ergibt sich, dass die Ärztin nicht nur zusätzliche Rücksprache gehalten, sondern auch auf

nachvollziehbare Art und Weise begründet hat, warum sie die Beurteilung des Leidens durch die erste Konsiliarärztin nicht berücksichtigte.

Der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Patientin unerträglich litt. Die Patientin konnte dies nicht mehr verbal äußern, vielmehr ergab sich dies nach Auffassung des zweiten Konsiliararztes aus ihrer Ohnmacht und Hilflosigkeit. Besagte Ohnmacht beobachtete der zweite Konsiliararzt während seines Besuchs und entnahm sie auch den verfügbaren Videoaufnahmen und den Tagebuch-aufzeichnungen ihres Mannes.

In ihrer Beurteilung des Falls berücksichtigt die Kommission außerdem, dass die Situation der Patientin auch von der Casemanagerin für Demenz und den Betreuern des Therapiebauernhofs, auf dem die Patientin einige Monate vor der Lebensbeendigung probehalber untergebracht worden war, ähnlich eingeschätzt wurde. Die Casemanagerin legte in einer schriftlichen Erklärung dar, dass sie in Gesicht, Augen und Haltung der Patientin nur Traurigkeit erkennen konnte. Die Patientin hatte sich völlig in sich selbst zurückgezogen, wobei sie vier Monate zuvor noch durchaus fröhlich war und sich an kleinen Dingen erfreuen konnte. Auch auf dem Therapiebauernhof hatte man beobachtet, dass die Patientin sehr ängstlich und unruhig war und sogar versuchte, über den Zaun zu klettern, um auszureißen. Es herrschte allgemein der Eindruck, dass die Patientin ihre Wut nicht äußern konnte und ohne ihren »sicheren Hafen«, ihren Mann, und außerhalb ihrer vertrauten Umgebung die Kontrolle über ihr Leben verlor.

Die Kommission stellt fest, dass die Ärztin in ihrem Bericht und im Rahmen der mündlichen Erläuterung detailliert begründet hat, wie ihre Entscheidungsfindung verlaufen ist. Darin hat sich die Ärztin von ihren eigenen Beobachtungen leiten lassen, wie auch von den Videoaufnahmen, die die Angehörigen der Patientin gemacht hatten, den Gesprächen mit den Angehörigen und den schriftlichen Erklärungen der Casemanagerin und der Betreuer des Therapiebauernhofs. Die Ärztin wurde vom zweiten Konsiliararzt in ihrer Schlussfolgerung bestätigt, dass die Patientin aktuell unerträglich litt. In diesem Zusammenhang berücksichtigt die Kommission außerdem, dass auch die erste Konsiliarärztin bei ihrem Besuch gesehen hatte, dass die Patientin durch ihr eigenes Haus irrte, hin und wieder weinen musste und in diesen Momenten unglücklich war. Auch wenn sie dies, anders als die Ärztin, der zweite Konsiliararzt und die Casemanagerin für Demenz, nicht als unerträgliches Leiden einschätzte. Aus dem Vorstehenden geht nach Auffassung der Kommission hervor, dass die Ärztin sich intensiv mit der Frage befasst hat, ob sie – ungeachtet der Tatsache, dass die

Patientin ihr Leiden nicht mehr angemessen verbal äußern konnte – zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war.

Mit Blick auf die in einem solchen Fall geforderte besondere Behutsamkeit stellt die Kommission fest, dass die Ärztin sich darauf beschränkt hat, zwei unabhängige Konsiliarärzte hinzuzuziehen, die nicht entsprechend spezialisiert waren. Damit stand die Kommission vor der Frage, ob die Ärztin auch bei der Feststellung der Unerträglichkeit des Leidens mit der entsprechenden Behutsamkeit vorgegangen ist.

Dabei berücksichtigte die Kommission Folgendes. Die Ärztin hat die Casemanagerin für Demenz gebeten, sich zum Zustand der Patientin zu jenem Zeitpunkt zu äußern. Diese erklärte schriftlich, dass die Patientin ihren Sterbewunsch in den ersten Gesprächen noch verbal äußern und klar ausdrücken konnte, was sie wollte und was nicht. Sie hörte zumeist aufmerksam zu und konnte vereinzelt noch knappe, aber treffende Bemerkungen machen. Mit der Zeit wurde es für sie aber immer schwieriger, sich an Gesprächen zu beteiligen. Aber sie konnte es noch genießen, in Gesellschaft mit andern zu sein oder eine Tasse Tee zu trinken, und sie hatte noch ein gewisses Funkeln in ihren Augen. Während des letzten Besuchs stellte die Casemanagerin jedoch fest, dass die Patientin nicht mehr die Frau war, die sie noch einige Monate zuvor getroffen hatte. Ihr Gesicht war stark eingefallen, sie war fast die ganze Zeit in sich gekehrt und starrte auf einen unbestimmten Punkt auf dem Boden.

Darüber hinaus war die Patientin sehr unruhig: sie setzte sich aufrecht hin, stand auf, setzte sich wieder hin und spannte immer wieder sichtbar ihre Bauchmuskeln an. Auf Nachfrage erklärte die Patientin noch »Es gefällt mir nicht mehr, es ist nicht mehr schön« und »Ich bin so müde, die ganze Zeit so müde«, woraufhin sie in Tränen ausbrach. Die Casemanagerin kam zu dem Schluss, dass die frühere Heiterkeit und Vitalität der Patientin verschwunden waren, an ihre Stelle war Traurigkeit getreten. Diese Traurigkeit sah die Casemanagerin im Gesicht, in den Augen und in der Haltung der Patientin. Deshalb kommt die Kommission auch zu dem Schluss, dass die Ärztin nicht nur vom zweiten Konsiliararzt, sondern auch von der Casemanagerin für Demenz in der Feststellung bestätigt wurde, dass die Patientin aktuell unerträglich litt.

Auch wenn somit kein auf diesem Gebiet spezialisierter Facharzt hinzugezogen wurde, wie es eigentlich bei Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz angezeigt ist, ist die Kommission letztlich dennoch zu der Überzeugung gelangt, dass die Ärztin das Vorliegen der Unerträglichkeit des Leidens mit Sorgfalt untersucht und

begründet hat. Dabei gilt als ausschlaggebend, dass die Ärztin den Verlauf des Leidens der Patientin selbst genau verfolgen konnte und dokumentieren hat und dass die Casemanagerin für Demenz einen detaillierten Bericht mit vielen Besonderheiten betreffend den Krankheitsverlauf der Patientin verfasst hat. Darüber hinaus hat sich der zweite Konsiliararzt umfassend informiert und seine Eindrücke auch anhand der Gespräche mit den Angehörigen, der Casemanagerin und der Ärztin sowie der verfügbaren Videoaufnahmen eingeordnet. Abschließend stellt die Kommission fest, dass die Ärztin die Unerträglichkeit des Leidens der Patientin außerdem mit einem Arzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe besprochen hat.

Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin das Vorliegen der Unerträglichkeit des Leidens der Patientin mit der gebotenen Sorgfalt untersucht und begründet hat.

Aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden sowie Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Unter Punkt 4.8.1 seines Urteils stellt der Hohe Rat fest:

> Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für die Situation, in der sich der Patient befindet, sowohl in medizinischer Hinsicht, als auch angesichts der schriftlichen Patientenverfügung, keine annehmbare andere Lösung gibt.

In der überarbeiteten Fassung des SterbehilfeKodex (Abschnitt 4.1) heißt es dazu:

> Der Arzt muss sich dabei auf die eigene Beurteilung der Krankenakte und die konkrete Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Betreuern halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren. Da der Patient nicht mehr willensfähig ist, haben die in seiner schriftlichen Patientenverfügung niedergelegten Aussagen und seine mündlichen Äußerungen aus der Zeit, als man noch mit ihm kommunizieren konnte, große Bedeutung.

Wie von der Kommission bereits festgestellt, lag eine Situation vor, die die Patientin in ihrer schriftlichen Patientenverfügung beschrieben hatte. Die erste Konsiliarärztin erklärte, dass Versuche, durch Veränderungen im Umfeld der Patientin eine annehmbare andere Lösung zu finden, zu schnell aufgegeben worden waren, während Demenzpatienten häufig gerade länger bräuchten, um sich umzugewöhnen. Für sie stellte die Unterbringung der Patientin in einem Pflegeheim noch eine annehmbare andere Lösung dar; erst nach ungefähr sechs Wochen hätte

man einschätzen können, wie sehr die Patientin in diesem Umfeld leiden würde.

Die Ärztin sah das anders, da die Patientin im Kennenlerngespräch, als sie noch willensfähig war, ausdrücklich erklärt hatte, nicht in ein Pflegeheim zu wollen. Diese Haltung hatte sie auch zu späteren Zeitpunkten als Antwort auf geschlossene Fragen bestätigt. Auch aufgrund der Ausführungen in der schriftlichen Patientenverfügung war die Ärztin davon überzeugt, dass eine Unterbringung zur Probe in einem Pflegeheim keine annehmbare Alternative für die Patientin darstellte.

Der zweite Konsiliararzt bestätigte die Ärztin in dieser Sichtweise. Er war der Auffassung, dass die Persönlichkeit der Patientin nicht mit dem in Gruppen organisierten Leben in einem Pflegeheim vereinbar war. Außerdem war die Patientin nicht mehr in der Lage, an Aktivitäten wie z. B. Spielen teilzuhaben. Er fügte hinzu, dass die Unterbringung in einem Pflegeheim für die Patientin immer eine Schreckensvision gewesen sei.

Die Ärztin fühlte sich in ihrer Auffassung auch durch eine von ihr hinzugezogene Geriaterin bestätigt, die sie um eine Einschätzung der Frage gebeten hatte, ob sie noch Möglichkeiten sah, die Lebensqualität der Patientin zu verbessern und ihren Leidensdruck zu verringern. Die Geriaterin studierte die Krankenakte der Patientin, ihre schriftliche Patientenverfügung, die verfügbaren Videoaufnahmen und die übrigen Unterlagen. Sie war der Ansicht, dass man in der häuslichen Umgebung der Patientin alles versucht hatte (etwa bezüglich der Tagesgestaltung, ambulanter Aktivitäten und Medikamenten). Dies hatte jedoch nicht die erwünschte Wirkung gezeigt. Die Ärztin erklärte im Rahmen der mündlichen Erläuterung, dass die Geriaterin in einem Telefongespräch dargelegt hatte, dass sie eine Unterbringung der Patientin zur Probe in einem Pflegeheim nicht als sinnvoll erachtete, da es der Patientin bereits auf dem Therapiebauernhof nicht gut ging. Das käme fast einer Schikane gleich, zumal die Patientin ausdrücklich erklärt hatte, dies nicht zu wollen.

Bezüglich der geforderten großen Behutsamkeit stellt die Kommission fest, dass die Ärztin die Geriaterin nicht offiziell in ihrer Funktion als Spezialistin konsultiert hat. Vielmehr hat sie informell Kontakt mit ihr aufgenommen, um sich ihrer eigenen Auffassung sicherer zu werden. Die Kommission erwägt, dass es besser gewesen wäre, hätte die Ärztin diese Geriaterin gezielt zu einer Frage zu den Sorgfaltskriterien konsultiert. Andererseits hat sich die – unabhängige – Geriaterin durchaus zu der Frage geäußert, ob es noch annehmbare Alternativen für die Patientin gab.

Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin unerträglich litt, dass ihr Zustand aussichtslos war und dass es für die Situation, in der sich die Patientin befand, keine annehmbare andere Lösung gab.

Aufklärung über die Lage und Prognose des Patienten

Entsprechend den Erwägungen 4.7.1 und 4.7.2 des Hohen Rats heißt es im überarbeiteten SterbehilfeKodex (Abschnitt 4.1):

> Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seinerzeit hinreichend über seine Lage und seine Prognose sowie über die Bedeutung und die Konsequenzen seiner schriftlichen Patientenverfügung informiert war. Gleichzeitig muss sich der Arzt im Rahmen der Beschränkungen, die sich zwangsläufig aus dem Zustand des Patienten ergeben, um eine sinnvolle Kommunikation bemühen, es sei denn, die Beschränkungen des Patienten sind so groß, dass dies unmöglich ist.

Die Kommission stellt fest, dass aus den Unterlagen hervorgeht, dass der ehemalige Hausarzt der Patientin wenig Anteilnahme gezeigt hat, nachdem bei der Patientin Alzheimer-Demenz diagnostiziert worden war. Dieses Verhalten hatte dem Vertrauensverhältnis geschadet, weshalb die Patientin zu einem anderen Hausarzt wechselte. Im Kennenlerngespräch mit dem neuen Hausarzt hatte die Patientin erklärt, in welche Lage sie nicht geraten wolle und dabei ausdrücklich auf die von ihr unterzeichnete Patientenverfügung verwiesen. Daraus folgt nach Auffassung der Kommission, dass sich die Patientin über ihr Krankheitsbild und den zugehörigen Krankheitsverlauf im Klaren war. Weiterhin geht sowohl aus den Unterlagen als auch aus der mündlichen Erläuterung der Ärztin hervor, dass sie mit der Patientin über deren Sterbewunsch gesprochen hat. Auch als ein kohärentes Gespräch mit der Patientin nicht mehr (richtig) möglich war, machte sie in Gesprächen mit der Ärztin Bemerkungen wie »Ich will das nicht« oder »Ich will nicht mehr«. Die Kommission ist angesichts des Vorstehenden der Ansicht, dass die Ärztin sich um eine sinnvolle Kommunikation mit der Patientin bemüht hat.

Bezüglich dieses Sorgfaltskriteriums kommt die Kommission zu dem Schluss, dass die Patientin seinerzeit hinreichend über die Situation, in der sie sich befand, über ihre Prognose sowie über die Bedeutung und Konsequenzen ihrer schriftlichen Patientenverfügung informiert worden war.

Hinzuziehung eines Konsiliararztes

Das Kriterium, dass der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten sieht und schriftlich zur Einhaltung der in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a bis d des Sterbehilfegesetzes genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, gilt unvermindert für den Fall der Sterbehilfe bei einem Patienten, der nicht mehr willensfähig ist. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der Konsiliararzt den Patienten persönlich aufsucht. Dies ist auch in einer solchen Situation möglich. Dabei wird zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten keine oder nur eine sehr eingeschränkte Kommunikation möglich sein. Dies hat zur Folge, dass der Konsiliararzt, neben seinen eigenen Beobachtungen, auch Informationen des Arztes und aus anderen Quellen heranziehen muss, damit er sich ein Urteil bilden und einen Bericht verfassen kann. Dabei kann es sich um die Patientenakte und mündliche Informationen des Arztes handeln, um Facharztberichte, den Inhalt der Patientenverfügung und um Gespräche mit den Pflegekräften und/oder den Angehörigen (überarbeitete Fassung des SterbehilfeKodex, Abschnitt 4.1).

Die Kommission stellt fest, dass die Ärztin zwei Konsiliarärzte hinzugezogen hat. Beide haben die Patientin gesehen und mit ihr gesprochen. Darüber hinaus haben beide Konsiliarärzte die schriftliche Patientenverfügung, die Krankenakte sowie die angefertigten Videoaufnahmen studiert und mit den Angehörigen der Patientin gesprochen und anschließend schriftlich zu den Sorgfaltskriterien Stellung genommen. Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Auffassung, dass die Ärztin hinreichend begründet hat, warum sie die zweite Konsiliarärztin hinzugezogen und die Schlussfolgerungen des ersten Konsiliararztes unberücksichtigt gelassen hat. Die zweite Konsiliarärztin gelangte zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Wie von der Kommission bereits festgestellt, hat die Ärztin keinen zweiten unabhängigen Arzt hinzugezogen, der auf Demenzpatienten spezialisiert ist. Auf entsprechende Nachfrage erklärte die Ärztin, dass sie davon ausgegangen war, durch Hinzuziehung eines Psychiaters und den zusätzlichen Kontakt mit der Geriaterin dieses Kriterium erfüllt zu haben. Außerdem gab sie an, dass sie darüber hinaus die Casemanagerin für Demenz und auf Anraten der zweiten Konsiliarärztin noch einen Arzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe zu Rate gezogen habe. Sie hatte den Eindruck, mit dem Bericht des Psychiaters und den Einschätzungen der von ihr hinzugezogenen Kollegen hinreichend informiert und beraten worden zu sein. Keiner der genannten Kollegen hatte sie darauf hingewiesen, dass die Konsultation eines Facharztes, der auf die Prüfung der Willensfähigkeit eines Patienten, seines unerträglichen Leidens

sowie seines aussichtslosen Zustands spezialisiert ist, angezeigt sein könnte. Das bestätigte sie in ihrer Auffassung, dass ihr Vorgehen in Ordnung war.

Damit stellte sich für die Kommission die Frage, ob die Ärztin mit der erforderlichen großen Behutsamkeit vorgegangen war. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass dies der Fall war. Dabei stützt sie sich auf die Kontakte zwischen der Ärztin und den genannten Kollegen sowie auf die Art und Weise, in der sie ihr Handeln reflektierte, nachdem sie die Stellungnahmen der Konsiliarärzte erhalten hatte. Außerdem berücksichtigt die Kommission die Formulierung des Hohen Rates »wird in der Regel dazu führen«, die einen gewissen Spielraum für die Abwägung aller Umstände bietet.

Dennoch möchte die Kommission betonen, dass sie zwar unter diesen spezifischen Umständen zu dem Schluss kommen konnte, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren, dass es aber auf jeden Fall wünschenswert gewesen wäre, einen entsprechend spezialisierten Facharzt hinzuzuziehen. Die Ärztin hatte im Zuge der mündlichen Erläuterung an der Überprüfung ihres Handelns mitgewirkt und während des Gesprächs ihr Handeln abgewogen. Sie erklärte, sie sei davon ausgegangen, die Sorgfaltskriterien erfüllt zu haben. Aus dem Gespräch mit der Kommission zog sie jedoch den Schluss, dass sie gemäß den Vorschriften einen unabhängigen Spezialisten (mit einer auf die Situation bezogenen spezifischen Frage) hätte konsultieren müssen, was sie in Zukunft auch tun werde.

Angesichts des Vorstehenden ist die Kommission der Ansicht, dass die Ärztin mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der die Patientin gesehen und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

In Erwägung 4.10 stellt der Hohe Rat fest:

> Teil der medizinisch fachgerechten Durchführung der Sterbehilfe ist ihre Vorbereitung und die Durchführung unter Berücksichtigung eines möglichen irrationalen oder unvorhersehbaren Verhaltens des Patienten.

In der überarbeiteten Fassung des SterbehilfeKodex (Abschnitt 4.1) wird dies wie folgt konkretisiert:

> Die Durchführung der Sterbehilfe sollte den Patienten so wenig wie möglich belasten. Wenn es bei einem Patienten, der seinen Willen

nicht mehr äußern kann, Anzeichen dafür gibt, dass die Durchführung der Sterbehilfe bei ihm Unruhe, Erregung oder Aggressionen auslösen wird, kann der Arzt unter Berücksichtigung der von ihm einzuhaltenden medizinischen Standards zu dem Schluss kommen, dass die Verabreichung einer Prämedikation angezeigt ist. Ist zwischen dem Arzt und dem Patienten aufgrund der Situation, in der sich der Patient befindet, keine sinnvolle Kommunikation mehr möglich, braucht der Arzt den Zeitpunkt und die Art der Durchführung der Sterbehilfe nicht mit dem Patienten zu besprechen. Ein solches Gespräch wäre nicht nur sinnlos, weil ihm ein solcher Patient nicht folgen könnte, es könnte bei dem Patienten möglicherweise sogar Unruhe und Erregung auslösen.

Die Kommission stellt fest, dass die Ärztin die Durchführung der Sterbehilfe ausführlich mit dem Arzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe besprochen und einen Verlaufsplan erstellt hat. Darüber hinaus hat die Ärztin im Rahmen der mündlichen Erläuterung erklärt, dass sie den Verlaufsplan nicht nur mit dem Arzt des Kompetenzzentrums, sondern auch mit den Angehörigen und dem Apotheker besprochen hat. Nach Rücksprache mit dem Arzt des Kompetenzzentrums verabreichte die Ärztin die Prämedikation. Wie sie in der mündlichen Erläuterung darlegte, hatte sie das unruhige Verhalten der Patientin dazu veranlasst. Die Patientin nahm das Medikament ohne Probleme ein. Als die Patientin eingeschlafen war, hat die Ärztin die Lebensbeendigung im Einklang mit der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 durchgeführt.

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

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

In diesem Berichtsjahr kamen die Kommissionen zwei Mal zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe nicht im Einklang mit allen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. In einem Fall war das Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen anderen Arztes nicht erfüllt, im zweiten das Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung.

Nicht im Einklang mit dem Kriterium der Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen anderen Arztes gehandelt

Im SterbehilfeKodex 2018 ist niedergelegt, dass Unabhängigkeit bedeutet, dass der Konsiliararzt in der Lage sein muss, ein eigenständiges Urteil abzugeben. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein. Jeglicher Eindruck, dies sei nicht der Fall, ist zu vermeiden.

> Die erforderliche Unabhängigkeit dem Arzt gegenüber bedeutet, dass keine persönliche, organisatorische, hierarchische oder finanzielle Beziehung zwischen dem Konsiliararzt und dem Arzt bestehen darf. Entsprechend kann eine Person, die zu dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, in einer Verwandtschafts- bzw. (finanziellen) Abhängigkeitsbeziehung steht, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis oder als Assistenzarzt, grundsätzlich nicht als Konsiliararzt eingeschaltet werden. Ebensowenig kann ein Arzt, der selbst Arzt oder Patient des durchführenden Arztes ist, als Konsiliararzt hinzugezogen werden (SterbehilfeKodex 2018, S. 31).

KONSILIARARZT WAR PATIENT DER DURCHFÜHRENDEN ÄRZTIN, ANSCHEIN FEHLENDER UNABHÄNGIGKEIT NICHT VERMIEDEN

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Konsultation, Anschein fehlender Unabhängigkeit, die Ärztin hätte erwägen müssen, ob ein anderer Arzt als Konsiliararzt hinzugezogen werden könnte, auf der Website unter Nummer 2020-151 zu finden.

In diesem Fall nahm die meldende Ärztin über den zu diesem Zweck entwickelten Rufdienst Kontakt mit dem Konsiliararzt auf. Nach der Konsultation stellte die Ärztin fest, dass der SCEN-Arzt in ihrer Praxis als Patient registriert war. Daraufhin nahm sie Kontakt mit ihm auf. Der Konsiliararzt erklärte, er sei nicht davon ausgegangen, dass die Tatsache, dass er bei ihr als Patient registriert ist, problematisch sei. In ihrem Bericht hatte die Ärztin dargelegt: »Keine Arbeits- oder persönliche Beziehung. Zwar ist der SCEN-Arzt in der Praxis der durchführenden Hausärztin als Patient registriert, aber es besteht weder ein aktives Behandlungsverhältnis, noch eine kollegiale Arbeitsbeziehung.« Der Konsiliararzt äußerte sich ebenso im Hinblick auf seine Unabhängigkeit gegenüber der Ärztin. Er fügte noch hinzu, dass »seiner Auffassung nach die Unabhängigkeit zwischen Arzt und SCEN-Arzt in diesem Fall hinreichend gewährleistet« sei. Sowohl die Ärztin als auch der Konsiliararzt wurden von der Kommission zu einem Gespräch gebeten. Der Konsiliararzt erklärte, dass er seit etwa zehn Jahren in der Praxis der Ärztin als Patient registriert sei. In dieser Zeit sei er ungefähr drei Mal bei ihr gewesen, weil er eine Überweisung benötigte. Er habe nicht das Gefühl, dass ein Arzt-Patient-Verhältnis vorliege. In seinen Augen sei er kein Patient von ihr gewesen.

Die Ärztin betrachtet den Konsiliararzt dagegen schon als Patienten. Sie beschreibt ihr Verhältnis als »auf Augenhöhe«. Beide Ärzte sind mit dem SterbehilfeKodex 2018 vertraut. Der Konsiliararzt hat vor nicht allzu langer Zeit seine Weiterbildung zum SCEN-Arzt absolviert, in der auch der Aspekt der Unabhängigkeit zwischen Arzt und Konsiliararzt thematisiert wurde. Ob dabei auch spezifisch auf die Konstellation »Konsiliararzt als Patient des durchführenden Arztes« eingegangen wurde, konnte er sich nicht mehr genau erinnern.

Auf Nachfrage der Kommission erklärte die Ärztin, dass es eventuell möglich gewesen wäre, einen anderen, unabhängigen SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinzuzuziehen, auch wenn sie das für ihre Patientin als beschwerlich empfunden hätte. Diese Möglichkeit wurde zwischen der Ärztin und dem Konsiliararzt nicht besprochen.

Die Kommission zweifelt nicht daran, dass der Konsiliararzt sich in diesem Fall ein unabhängiges Urteil gebildet hat. Dennoch ist die Kommission der Auffassung, dass diese Situation nicht wünschenswert ist, da jeglicher Anschein fehlender Unabhängigkeit hätte vermieden werden müssen. Im SterbehilfeKodex 2018 ist ausdrücklich niedergelegt, dass eine derartige Beziehung zwischen Arzt und Konsiliararzt es unmöglich macht, als Konsiliararzt einbezogen zu werden. Beide Ärzte sind mit dem SterbehilfeKodex 2018 vertraut. Darüber hinaus war der Konsiliararzt bereits seit Jahren in der Praxis der Ärztin als Patient registriert, und die beiden hatten in diesem Rahmen mehrfach Kontakt. Die Kommission ist der Ansicht, dass die Ärztin und der Konsiliararzt ihre Beziehung zueinander im Vorfeld der Konsultation hätten besprechen müssen. Da dies nicht geschehen ist, hätte die Ärztin in jedem Fall erwägen müssen, ob die Hinzuziehung eines anderen Konsiliararztes noch möglich gewesen wäre. Die entstandene Situation hätte vermieden werden müssen, um jeglichen Anschein fehlender Unabhängigkeit zu vermeiden.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Ärztin das Kriterium der Hinzuziehung mindestens einen anderen, unabhängigen Arztes nicht erfüllt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Nicht im Einklang mit dem Kriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung gehandelt

MANGELHAFTE VORBEREITUNG RESULTIERT IN ALTERNATIVER ART DER VERABREICHUNG DER MEDIKAMENTE MIT DEM RISIKO VON SCHMERZEN BEI DER PATIENTIN

BESONDERE ASPEKTE: Fragen aufwerfende Meldung, ausformulierte Beurteilung, Durchführung, auf der Website unter Nummer 2020-98 zu finden.

Bei einer schwer kranken, stark abgemagerten und bettlägerigen Patientin im Alter zwischen 80 und 90 Jahren war die Durchführung von Sterbehilfe vereinbart. Da der Arzt viel Erfahrung mit dem Legen eines Zugangs hatte (er übernimmt diese Aufgabe häufig für Kollegen), hatte er nicht damit gerechnet, dass es dabei zu Problemen kommen könnte. Allerdings konnte er weder in den Armen, noch in den Beinen der Patientin eine geeignete Vene finden.

Daraufhin erwog er alle zur Verfügung stehenden Alternativen, wie etwa den Einsatz eines spezialisierten Heimpflegeteams oder das Legen eines PICC-Katheters im Krankenhaus. Die Patientin wollte jedoch nicht länger warten, was der Arzt verstehen konnte. Er wollte der Patientin den Transport in ein Krankenhaus in ihrem Zustand nicht antun. Daran, einen Rettungsdienst um Hilfe zu bitten, oder Kontakt zu einem Anästhesisten oder Radiologen aufzunehmen, hatte er nicht gedacht.

Der Arzt beschloss, die Sterbemittel – wie er es vor Jahren gelernt und einmal in einer Notsituation angewandt hatte – in der rechten Oberschenkelarterie (Arteria femoralis) zu injizieren. Dabei handelt es sich um ein großes Blutgefäß, was die Verabreichung der Sterbemittel erleichtern sollte. Die Verabreichung des komaauslösenden Mittels (Thiopental) verlief problemlos, und die Patientin fiel schnell in ein tiefes Koma. Der Arzt hatte nicht den Eindruck, dass dies der Patientin Schmerzen verursacht hat. Sie war etwas unruhig, verlor aber schnell das Bewusstsein. Der Arzt kontrollierte die Komatiefe mit Hilfe eines Schmerzreizes und verabreichte anschließend das Muskelrelaxans (Rocuronium). Als die Patientin daraufhin nicht verstarb, injizierte er noch einmal 150mg Rocuronium, diesmal in die linke Oberschenkelarterie. Kurz darauf verstarb die Patientin.

Mit diesem Vorgehen ist der Arzt von der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe vom August 2012 abgewichen. Die Kommission stellt fest, dass der Arzt die Durchführung der Sterbehilfe nicht hinreichend vorbereitet hat. So hat er nicht, wie in der Richtlinie

empfohlen, einen Tag vor der Durchführung überprüft, ob eine Injektion bei der Patientin problematisch sein könnte, und hat keinen Zugang bei ihr gelegt bzw. legen lassen. Dabei berücksichtigt die Kommission außerdem, dass der Arzt, als er keine geeignete Vene bei der Patientin finden konnte, die ihm bekannten Alternativen erwogen, sie aber begründet verworfen hat. Auch die Tatsache, dass der Arzt nicht die in der Richtlinie genannten Alternativen bedacht hat, etwa die Inanspruchnahme von Hilfe von Dritten, bezieht die Kommission in ihre Erwägungen mit ein.

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt mit der Injektion der Sterbemittel in die Oberschenkelarterie auf ungewöhnliche Art und Weise von der Richtlinie abgewichen ist. Die Nachfrage bei einem Mitglied der Kommission für die Formulierung der Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe (einem internistischen Intensivmediziner) ergab, dass die Injektion eines basischen Arzneistoffs wie Thiopental in die Oberschenkelarterie zu einer krampfartigen Verengung des Blutgefäßes (Vasospasmus) führen und damit eine unzureichende Durchblutung (Ischämie) verursachen kann, was wiederum Schmerzen hervorrufen kann. Aus diesem Grund ist eine solche Art der Verabreichung nicht erwünscht. Aus demselben Grund rät auch das Fachportal »Farmacotherapeutisch Kompas« davon ab, Thiopental auf diese Weise zu verabreichen. Der Arzt ist davon überzeugt, dass die Patientin keine Schmerzen hatte. Er glaubt, dass eine krampfartige Verengung des Blutgefäßes u. a. aufgrund der Arterienverkalkung der Patientin unwahrscheinlich war.

Die Kommission stellt fest, dass der Arzt mit seinem Vorgehen das Risiko eingegangen ist, dass die Patientin nach der Verabreichung der Sterbemittel Schmerzen erleiden könnte. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass der Arzt meint, die Patientin habe keine Schmerzen gehabt. Die Kommission hat Verständnis dafür, dass der Arzt im Interesse seiner Patientin vom Transport in ein Krankenhaus abgesehen hat und der ausdrücklichen Bitte der Patientin gefolgt ist, die Sterbehilfe nicht aufzuschieben. Dennoch muss sie zu dem Schluss kommen, dass der Arzt die Lebensbeendigung nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

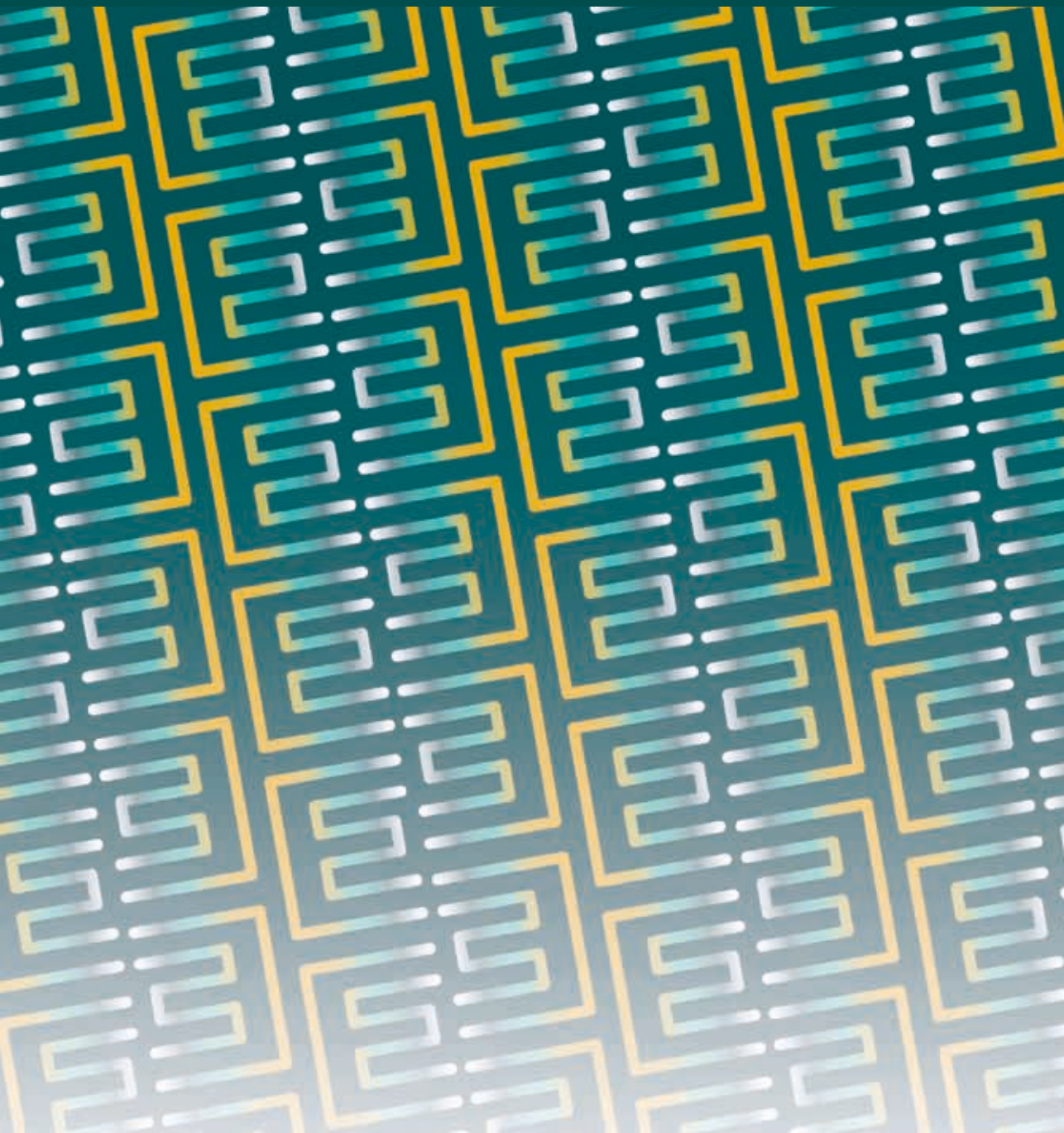
IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

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

Übersetzung:
Sprachendienst des Ministeriums für
auswärtige Angelegenheiten (AVT)

Druck:
Xerox/OBT, Den Haag

April 2021

RTE