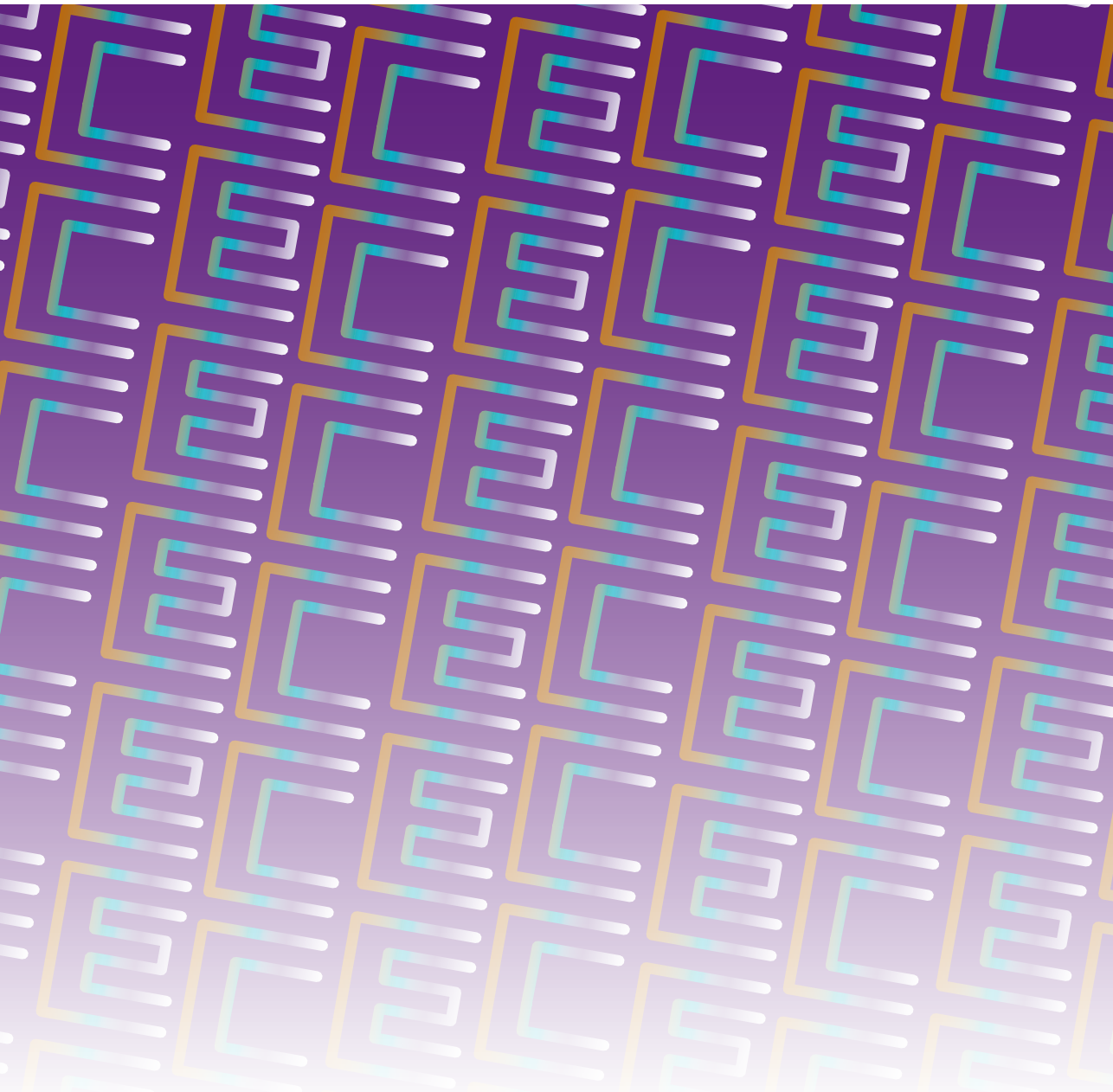


SterbehilfeKodex 2018

ERLÄUTERUNGEN ZUR PRÜFUNGSPRAXIS



REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

INHALT	
VORWORT	4
1 ZWECK UND AUFBAU DES STERBEHILFEKODEX 2018	6
2 GRUNDZÜGE DES GESETZES, ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN UND BEDEUTUNG DER RICHTLINIEN	
2.1. Grundzüge des Gesetzes: Die Sorgfaltskriterien	8
2.2. Grundzüge des Gesetzes: Meldung und Kontrolle	10
2.3. Arbeitsweise der Kommissionen	11
2.4. Bedeutung medizinischer und standesrechtlicher Richtlinien	16
3 GESETZLICHE SORGFALTSKRITERIEN	
3.1. Durchführender Arzt	17
Nicht behandelnder Arzt in Situationen ohne akute Dringlichkeit	17
Nicht behandelnder Arzt in akuter Situation	17
3.2. Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	18
Freiwillige Bitte	19
Nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	20
3.3. Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	21
Einige allgemeine Aspekte	21
Medizinische Ursache des Leidens	22
Kumulation von Altersbeschwerden	23
Aussichtsloser Zustand	24
Unerträglichkeit des Leidens	24
3.4. Patientenaufklärung	26
3.5. Keine annehmbare andere Lösung	26
3.6. Unabhängigkeit des Konsiliararztes	28
Informationsbedarf des Arztes in einem frühen Stadium	29
Verantwortung des Arztes gegenüber dem Konsiliararzt	30
Unabhängigkeit des Konsiliararztes	31
Fachkompetenz des Konsiliararztes	32
Grundsatz: Der Konsiliararzt muss den Patienten sehen und mit ihm sprechen	33
Erneute Hinzuziehung des Konsiliararztes	33
Kommissionen und Konsiliararzt	35
3.7. Medizinisch fachgerechte Durchführung	36
Allgemeines	36
Lebensbeendigung auf Verlangen: Verabreichungsreihenfolge und Dosierung der Mittel	36
Lebensbeendigung auf Verlangen: Überprüfung der Komatiefe	37
Lebensbeendigung auf Verlangen: Durchführung durch den Arzt	37
Hilfe bei der Selbsttötung: Mittel und Dosierung	37
Hilfe bei der Selbsttötung: Arzt muss in unmittelbarer Nähe bleiben	37
Kontakt zwischen Arzt und Apotheker	38

4	BESONDERE ASPEKTE	
4.1.	Schriftliche Patientenverfügung	40
	Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung	40
	Übrige Sorgfaltskriterien »gelten entsprechend«	41
4.2.	Minderjährige Patienten	44
4.3.	Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung	44
	Hinzuziehung eines Konsiliar- und Facharztes	45
	Kombination von somatischen und psychiatrischen Erkrankungen	46
4.4.	Demenzpatienten	46
	Demenz in der Anfangsphase	47
	Späteres Stadium der Demenz	47
	Hinzuziehung eines Konsiliar- und Facharztes	48
4.5.	Patienten mit einer geistigen Behinderung	49
	Hinzuziehung eines Konsiliar- und Facharztes	49
4.6.	Patienten mit Aphasie	50
4.7.	Koma/vermindertes Bewusstsein	50
	Das Koma oder der Zustand verminderten Bewusstseins tritt vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe ein	51
	Das Koma oder der Zustand verminderten Bewusstseins tritt ein, die Durchführung der Sterbehilfe stand nicht kurz bevor	53
4.8.	Sterbehilfe und palliative Sedierung	54
4.9.	»Abgeschlossenes Leben«	56
4.10.	Organ- und Gewebespenden nach Sterbehilfe	56
4.11.	Kriterien, die nicht im Sterbehilfegesetz niedergelegt sind	57
5	NÜTZLICHE INFORMATIONSQUELLEN	
5.1.	Website der Kommissionen	59
5.2.	SCEN-Programm	59
5.3.	Evaluierungen des Sterbehilfegesetzes	59
5.4.	Richtlinien der Staatsanwaltschaft	60
	ANHANG – RELEVANTE RECHTSVORSCHRIFTEN	
	Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung	61
	Niederländisches Strafgesetzbuch	68
	Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen	69

VORWORT

Verehrte Leserinnen und Leser,

beim Erscheinen des ersten Praxisleitfadens im April 2015 machten die Regionalen Kontroll-kommissionen für Sterbehilfe die Zusage, diesen regelmäßig zu aktualisieren. Vor Ihnen liegt nun die erste aktualisierte Fassung des Leitfadens – mit einem neuen Namen, der seinem Inhalt besser Rechnung trägt: SterbehilfeKodex 2018, Erläuterungen zur Kontrollpraxis.

Im Bericht zur dritten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes (2017) heißt es, der Kodex biete »einen guten Einblick in die Art und Weise, wie die Sorgfaltskriterien durch die Regionalen Kontroll-kommissionen für Sterbehilfe interpretiert werden«.

Im Vergleich zum Leitfaden aus dem Jahr 2015 wurden im SterbehilfeKodex 2018 neben einigen redaktionellen Änderungen auch einige inhaltliche Präzisierungen vorgenommen. Diese basieren auf den seither von den Kommissionen veröffentlichten Beurteilungen und den von verschiedenen Seiten erhaltenen Rückmeldungen.

Die Präzisierungen betreffen unter anderem den Grad der Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem durchführenden Arzt sowie die Passagen, die sich auf Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung und auf Demenzpatienten beziehen. Darüber hinaus wurde auch – im Einklang mit den Empfehlungen der Schnabel-Kommission – der Entscheidungsspielraum präzisiert, den das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz) bei Patienten bietet, die um Sterbehilfe bitten, weil sie an einer Kumulation von Altersbeschwerden leiden.¹ Wie auch im Bericht zur dritten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes festgestellt, haben sich im Übrigen seit Veröffentlichung des ersten Leitfadens im April 2015 »keine neuen Entwicklungen [...] bezüglich der Interpretation der gesetzlichen Sorgfaltskriterien vollzogen«.

Die vorrangige Zielgruppe des SterbehilfeKodex 2018 sind Hausärzte und Konsiliarärzte. Um zu ermitteln, inwieweit Ärzte mit dem Leitfaden von 2015 vertraut sind und was sie davon halten, haben Prof. Dr. A.R. Mackor und Dr. H.A.M. Weyers 2016 eine Umfrage unter

¹ Siehe den Bericht »Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten« (Abgeschlossenes Leben. Über Hilfe bei der Selbsttötung für Menschen, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten), Den Haag, Januar 2016, S. 210–212.

Sterbehilfe leistenden Ärzten und hinzugezogenen Konsiliarärzten durchgeführt. Die hohe Beteiligung an dieser Umfrage zeigte, dass Ärzte den Kodex – trotz einiger kritischer Anmerkungen – in erster Linie als wertvolle Informationsquelle betrachten. Es stellte sich heraus, dass fast 90 % der Konsiliarärzte den Kodex kannten. Allerdings kannten nahezu 80 % der durchführenden Ärzte den Kodex nicht!

Die Information der Ärzte über das Sterbehilfegesetz muss – wie auch in der Koalitionsvereinbarung »Vertrauen in die Zukunft« gefordert – entschlossen vorangetrieben werden.² Gemeinsam mit dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, der Königlich-Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Heilkunst (KNMG) und insbesondere dem Landesverband der Hausärzte (LHV) werden wir uns dafür einsetzen, dem SterbehilfeKodex 2018 bei den durchführenden Ärzten mehr Bekanntheit zu verschaffen.

Der Kodex spielt auch eine nützliche Rolle bei der Harmonisierung der Beurteilungen der einzelnen Kontrollkommissionen: wenn eine Kommission der Ansicht ist, aufgrund sehr spezifischer Umstände vom Kodex abweichen zu müssen, wird das grundsätzlich in der Beurteilung begründet und erläutert.

Wie schon bei der Erarbeitung des Kodex aus dem Jahr 2015 haben sich wieder Prof. J.K.M. Gevers, Dr. E.F.M. Veldhuis, Prof. Dr. A.R. Mackor, die Generalsekretärin N.E.C. Visée – diesmal unterstützt durch die Sekretärin C.A.M. Wildemast – mit der Überarbeitung des Kodex befasst. Dieser überarbeitete SterbehilfeKodex 2018 liegt nun vor Ihnen.

Die Kontrollkommissionen freuen sich über Ihr Feedback, das Sie über das Kontaktformular unserer Website (www.euthanasiecommissie.nl) hinterlassen können.

Jacob Kohnstamm, koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommission für Sterbehilfe

April 2018

1 ZWECK UND AUFBAU DES STERBEHILFEKODEX 2018

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) im Jahr 2002 wurden fünf regionale Kontrollkommissionen damit beauftragt, die bei ihnen gemeldeten Sterbehilfefälle zu beurteilen. Seitdem haben die Kommissionen Tausende von Meldungen anhand der im Sterbehilfegesetz festgelegten Sorgfaltskriterien geprüft.³ Die Ergebnisse ihrer Tätigkeiten veröffentlichen die Kommissionen in einem gemeinsamen Jahresbericht. Ein großer Teil ihrer Beurteilungen wird außerdem auf der Website www.euthanasiecommissie.nl veröffentlicht. Die Jahresberichte und die veröffentlichten Beurteilungen vermitteln einen Eindruck davon, wie die Kommissionen die gesetzlichen Sorgfaltskriterien für Sterbehilfe anwenden und auslegen. Damit diese Informationen künftig noch besser zugänglich sind, wurde im Einklang mit einer Empfehlung aus dem 2012 vorgelegten Bericht zur zweiten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes der vorliegende Sterbehilfekodex 2018 verfasst.

Im Sterbehilfegesetz wird zwischen Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung unterschieden. Beide Formen der Lebensbeendigung werden im vorliegenden Kodex unter dem Begriff Sterbehilfe zusammengefasst.

Eine Unterscheidung erfolgt nur dann, wenn es erforderlich ist.⁴

Der Sterbehilfekodex 2018 vermittelt in groben Zügen einen Überblick über die Aspekte und Überlegungen, die nach Auffassung der Kommissionen im Zusammenhang mit den Sorgfaltskriterien für die Sterbehilfe relevant sind. Dabei geht es nicht darum, jede denkbare Situation zu beschreiben. Vielmehr sollen die Erwägungen zusammengefasst werden, die die Kommissionen in den vergangenen Jahren in ihren Jahresberichten und veröffentlichten Beurteilungen dargelegt haben. Diese Erwägungen sind das Thema des Kodex; Fallbeispiele bleiben darin außer Betracht.

³ Das Sterbehilfegesetz ist im Anhang »Relevante Rechtsvorschriften« beigelegt.

⁴ So zum Beispiel in Abschnitt 3.7, in dem es um die fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe geht, und in Abschnitt 4.1 zur schriftlichen Patientenverfügung.

Dieser Kodex ist vor allem für die durchführenden Ärzte und die Konsiliarärzte relevant, aber auch Patienten, die sich mit dem Gedanken tragen, um Sterbehilfe zu bitten, und andere Interessierte finden darin nützliche Informationen, etwa zu den Kriterien, die bei der Sterbehilfe zu erfüllen sind. Grundsätzlich soll größtmögliche Klarheit darüber herrschen, wie die Kommissionen die gesetzlichen Bestimmungen anwenden.

Der SterbehilfeKodex 2018 gliedert sich wie folgt: Kapitel 2 enthält eine kurze Zusammenfassung der geltenden Rechtsvorschriften für Sterbehilfe und eine Beschreibung der Vorgehens- und Arbeitsweise der Kommissionen. Außerdem wird auf die Bedeutung der medizinischen und standesrechtlichen Richtlinien eingegangen. In Kapitel 3 werden die gesetzlichen Sorgfaltskriterien allgemein erläutert. Anschließend folgt in Kapitel 4 eine Abhandlung über einige besondere Aspekte und Ausnahmesituationen. In Kapitel 5 werden abschließend einige nützliche Informationsquellen vorgestellt.

2 GRUNDZÜGE DES GESETZES, ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN UND BEDEUTUNG DER RICHTLINIEN

2.1. GRUNDZÜGE DES GESETZES: DIE SORGFALTSKRITERIEN⁵

In den Jahrzehnten vor dem Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes hatte sich in den Niederlanden eine Rechtspraxis entwickelt, der zufolge ein Arzt unter bestimmten Voraussetzungen der Bitte eines Patienten um Sterbehilfe Folge leisten darf. Wichtig sind dabei vor allem das Ersuchen des Patienten und die Unerträglichkeit seines Leidens. Darüber hinaus gelten aber noch weitere Kriterien, die seit 2002 im Sterbehilfegesetz verankert sind.

In Artikel 293 und 294 Strafgesetzbuch ist niedergelegt, dass Sterbehilfe in den Niederlanden strafbar ist. An dieser Tatsache hat sich durch das Sterbehilfegesetz nichts geändert. Die vorgenannten Bestimmungen sehen jedoch eine Ausnahme vor, die ausschließlich für Ärzte gilt. Sterbehilfe, die von einem Arzt geleistet wird, der die im Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien eingehalten hat und der die Sterbehilfe meldet (siehe Abschnitt 2.2), ist nicht strafbar.⁶

Nach diesen Sorgfaltskriterien muss der Arzt:

- a) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a Sterbehilfegesetz),
- b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b Sterbehilfegesetz),
- c) den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe c Sterbehilfegesetz),

⁵ Ausführliche Informationen hierzu (in niederländischer Sprache) auf www.euthanasiecommissie.nl.

⁶ Artikel 293 und 294 niederländisches Strafgesetzbuch sind im Anhang »Relevante Rechtsvorschriften« beigefügt.

- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gibt (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d Sterbehilfegesetz),
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und der schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz) und
- f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch fachgerecht durchgeführt haben (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f Sterbehilfegesetz).

Eine Aussage zur Lebenserwartung des Patienten findet sich im Gesetz nicht. Im Gesetz ist kein Kriterium enthalten, nach dem Sterbehilfe lediglich in der »terminalen Phase« geleistet werden darf. Auch muss keine somatische Krankheit gegeben sein; ebenso wenig ist es erforderlich, dass der Patient an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet. Die Lebenserwartung spielt in den Fällen, in denen die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, keine Rolle. In der Praxis ist die Lebenserwartung der Patienten häufig begrenzt, allerdings ist es grundsätzlich möglich, dass einem Sterbehilfersuchen auch dann Folge geleistet wird, wenn der Patient noch jahrelang leben könnte. Wichtig ist vor allem, dass das Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, das Leiden des Patienten unerträglich ist und keine Aussicht auf Besserung besteht.

Das Sterbehilfegesetz gilt für Sterbehilfe bei Patienten ab zwölf Jahren. Zusätzlich enthält es für Sterbehilfersuchen von Minderjährigen einige Bestimmungen zur Rolle der Eltern.

> *Siehe Abschnitt 4.2.*

Einige Urteile des Hohen Rates, des obersten Gerichts der Niederlande, sind für die Interpretation des Sterbehilfegesetzes von Bedeutung, da sie wichtige Normen enthalten, die das Gesetz ergänzen. Es geht dabei um folgende Urteile, auf die nachstehend bei Bedarf verwiesen wird:

> *Brongersma-Urteil (2002): Abschnitt 3.3.*

> *Schoonheim-Urteil (1984): Abschnitt 3.3.*

> *Chabot-Urteil (1994): Abschnitt 4.3.*

Auch wenn die oben aufgeführten Sorgfaltskriterien erfüllt sind, ist ein Arzt nicht dazu verpflichtet, der Bitte eines Patienten um Sterbehilfe Folge zu leisten. Ein Patient hat keinen Anspruch auf Sterbehilfe; Ärzte haben das Recht, diese zu verweigern. In einem solchen Fall sollte der Patient allerdings in einem möglichst frühen Stadium davon in Kenntnis gesetzt werden,⁷ so dass er sich auf

7 Siehe Regionaler Disziplinarausschuss Den Haag, 19. Juni 2012.

Wunsch an einen anderen Arzt wenden kann. Manchmal überweisen Ärzte einen Patienten mit Sterbewunsch an einen Kollegen oder an die sog. Lebensendklinik.⁸

2.2. GRUNDZÜGE DES GESETZES: MELDUNG UND KONTROLLE

Wenn ein Arzt Sterbehilfe geleistet hat, muss er dies dem von der Gemeinde bestellten Leichenbeschauer melden. Dafür verwendet er⁹ ein spezielles Formular, das er zur Leichenschau abgibt. Außerdem übergibt er den von ihm verfassten, mit einer Begründung versehenen Bericht¹⁰ zusammen mit dem Bericht des Konsiliararztes dem Leichenbeschauer¹¹. In den meisten Fällen legt der Arzt noch weitere Informationen vor, etwa die Krankenakte oder Teile davon, Facharztberichte und, soweit vorhanden, die schriftliche Patientenverfügung. Der Leichenbeschauer übermittelt die Meldung und die zugehörigen Unterlagen zur Beurteilung an die Kommission, in deren Zuständigkeitsgebiet die Sterbehilfe durchgeführt wurde. Aufgabe der Kommission ist es, die Berichterstattung und die Umstände der Sterbehilfe zu kontrollieren.¹² Kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt alle Kriterien eingehalten und somit sorgfältig gehandelt hat, informiert sie den Arzt schriftlich darüber. Damit ist die Kontroll- und Beurteilungsphase abgeschlossen. Vertritt die Kommission hingegen die Auffassung, der Arzt habe ein oder mehrere Sorgfaltskriterien verletzt, wird der Arzt ebenfalls schriftlich informiert. Das Gesetz verpflichtet die Kommission dazu, ihre Beurteilung in diesem Fall auch der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend (in Gründung) zur Kenntnis zu bringen.¹³ Dort wird geprüft, welche Maßnahmen angezeigt sind.

Die Kommissionen beurteilen anhand des Sterbehilfegesetzes und dessen Geschichte sowie der einschlägigen Rechtsprechung, ob der meldende Arzt sorgfältig vorgegangen ist. Dabei berücksichtigen sie auch frühere Beurteilungen der Kommissionen, medizinische

8 www.levenseindekliniek.nl.

9 Unter »er« bzw. »der Arzt«, »der Patient« etc. ist im vorliegenden SterbehilfeeKodex 2018 jeweils auch »sie« bzw. »die Ärztin«, »die Patientin« etc. zu verstehen.

10 Der Musterbericht steht auf den folgenden Websites zum Download bereit: www.euthanasiecommissie.nl und www.knmg.nl.

11 Siehe Artikel 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen. Diese Bestimmung ist im Anhang »Relevante Rechtsvorschriften« beigefügt.

12 Die Kommission kann dabei erforderlichenfalls auch Auskünfte beim von der Gemeinde bestellten Leichenbeschauer einholen.

13 Fälle, in denen die Kommission zu dem Urteil kommt, dass sorgfältig gehandelt wurde, werden nicht an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde weitergeleitet. Allerdings können diese Stellen auch auf anderem Wege (z. B. durch Meldung von Dritten) Kenntnis von einem solchen Fall erlangen. Auch dann sind sie befugt, eine Untersuchung einzuleiten.

und standesrechtliche Richtlinien sowie Entscheidungen der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend in Fällen, in denen die betreffende Kommission zu dem Schluss gekommen war, der Arzt habe die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten. Die Kommissionen überprüfen, ob alle vorgenannten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Dabei muss mit Blick auf die Sorgfaltskriterien c, e und f eine sog. »unbeschränkte Nachprüfung« durchgeführt werden. Die Kommissionen kontrollieren, ob der Arzt den Patienten aufgeklärt, mindestens einen unabhängigen Arzt hinzugezogen und die Sterbehilfe medizinisch fachgerecht durchgeführt hat. In Bezug auf die Sorgfaltskriterien a, b und d prüfen die Kommissionen, ob der Arzt nach vernünftigem Ermessen zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, dass das Leiden unerträglich und der Zustand des Patienten aussichtslos war und dass es keine annehmbare andere Lösung gab. Juristen sprechen in diesem Zusammenhang von einer »begrenzten Nachprüfung«.

2.3. ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN¹⁴

Insgesamt gibt es fünf Regionale Kontrollkommissionen mit den folgenden Zuständigkeitsbereichen: Provinzen Groningen, Friesland und Drente sowie karibische Niederlande (BES-Inseln)¹⁵; Provinzen Overijssel, Geldern, Utrecht, Flevoland; Provinz Nordholland; Provinzen Südholland und Seeland und Provinzen Nordbrabant und Limburg.¹⁶

Die Kommissionen beurteilen die eingegangenen Meldungen anhand des mit einer Begründung versehenen Berichts¹⁷ des durchführenden Arztes¹⁸, des beigefügten Berichts des Konsiliararztes und der weiteren relevanten Unterlagen (z. B. Patientenakte, Briefe von Fachärzten, schriftliche Patientenverfügung).

Die Kommissionen unterscheiden zwischen »keine Fragen aufwerfende Meldungen« (etwa 80 % der Fälle) und »Fragen aufwerfende Meldungen« (ungefähr 20 % der Fälle).

14 Ausführlichere Informationen (in niederländischer Sprache) sind auf der Website www.euthanasiecommissie.nl und in den dort veröffentlichten Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie) zu finden.

15 Bonaire, St. Eustatius und Saba.

16 Angaben über die Zusammensetzung der Kommissionen und deren Sitz sind (in niederländischer Sprache) auf www.euthanasiecommissie.nl verfügbar.

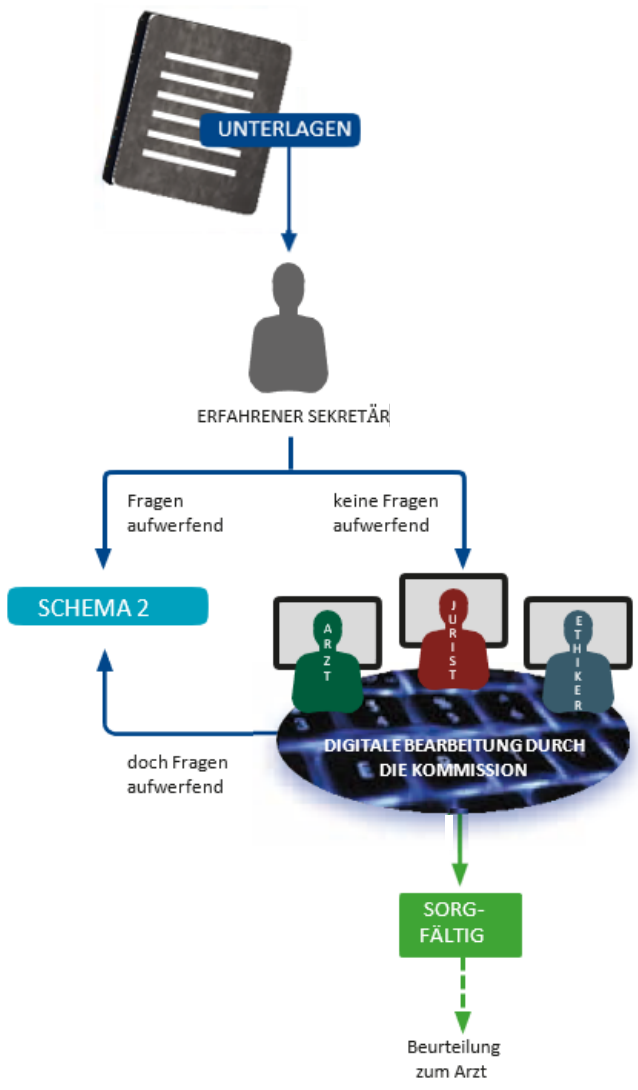
17 Der »mit einer Begründung versehene Bericht« des Arztes ist gemäß Artikel 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen vorgeschrieben. Die Nichterfüllung dieses Kriteriums stellt einen Verstoß dar (Artikel 81 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen).

18 Ein Musterformular für den Arztbericht (in niederländischer Sprache) ist auf www.euthanasiecommissie.nl abrufbar.

Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden von den Kommissionsmitgliedern auf elektronischem Wege beurteilt. Darüber können sie sich über ein gesichertes Computersystem austauschen. Diese Art von Meldungen wird nicht auf den Kommissionssitzungen besprochen. Ergeben sich während der digitalen Bearbeitung einer solchen Meldung doch Fragen, wird die Meldung nachträglich als »Fragen aufwerfend« eingestuft. Fragen aufwerfende Meldungen werden grundsätzlich im Rahmen der Kommissionssitzungen besprochen. Ob eine Meldung als »Fragen aufwerfend« eingestuft wird, hängt davon ab, ob es in dem betreffenden Fall Unklarheiten gibt, etwa weil ein komplexer Sachverhalt vorliegt oder weil die Unterlagen in bestimmten Fragen unklar sind.

SCHEMA 1

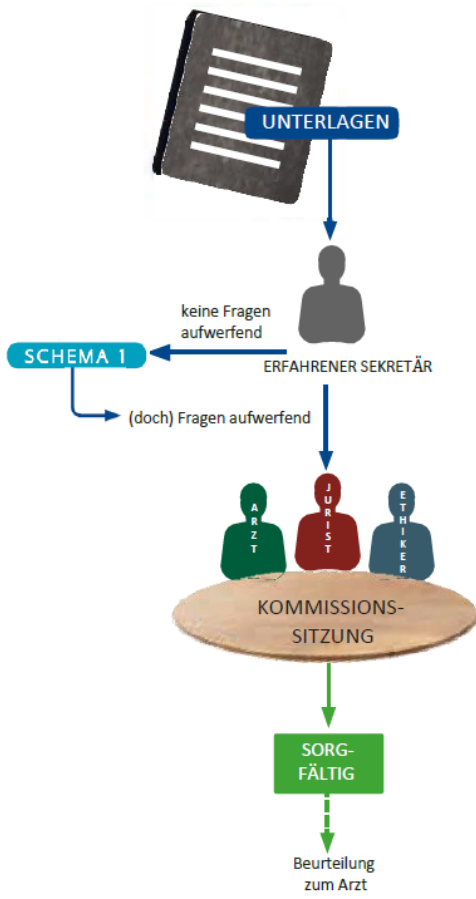
CA. 80 % DER MELDUNGEN (KEINE FRAGEN AUFWERFEND)



Der Arzt muss die im Musterbericht gestellten Fragen beantworten. In Fällen, in denen die erteilten Informationen unvollständig sind oder Fragen aufwerfen, kann die Kommission den durchführenden Arzt oder den Konsiliararzt anrufen und um eine nähere Erläuterung bitten. Dabei kann sie den durchführenden Arzt oder den Konsiliararzt um eine schriftliche Ergänzung bitten oder zu einem klärenden Gespräch einladen. Ein Protokoll dieses Gesprächs wird dem betreffenden Arzt dann zur eventuellen Stellungnahme übersandt. Auf Wunsch kann der Arzt einen Begleiter zu dem Gespräch mitbringen. Die Kommissionen sind sich der Tatsache bewusst, dass ein solches Gespräch für den Arzt sehr belastend sein kann; dennoch ist eine mündliche Erläuterung in manchen Fällen zur Klärung bestimmter

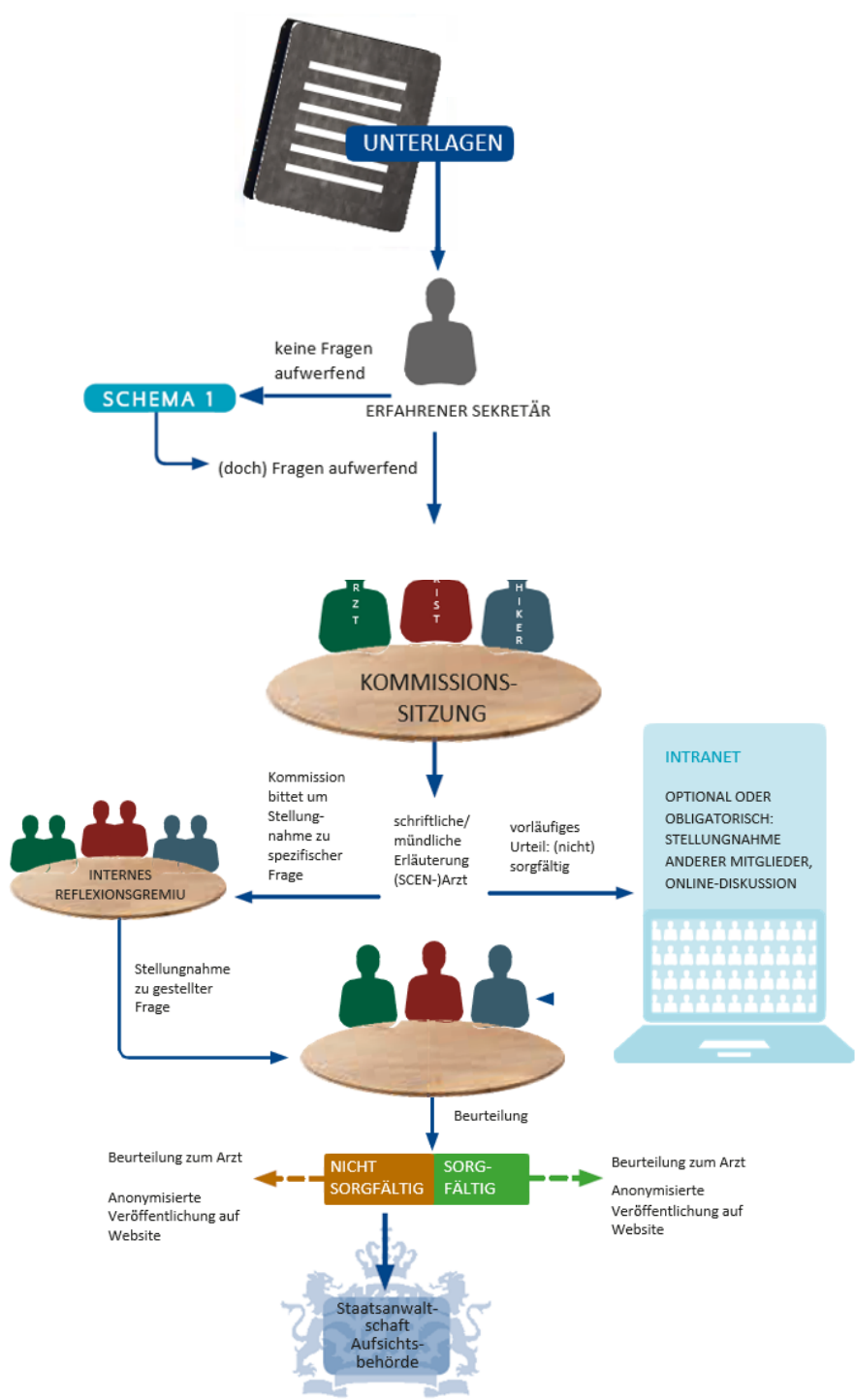
SCHEMA 2

CA. 19 % DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)



SCHEMA 3

CA. 1 % DER MELDUNGEN (FRAGEN AUFWERFEND)



Aspekte unumgänglich. Das Gespräch kann dann zu einer angemessenen Beurteilung beitragen oder diese erst ermöglichen.

Wenn die Kommission vermutet, dass ein Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, wird dieser vor einer Entscheidung zu einem Gespräch gebeten, damit er sein Handeln erläutern kann. Ein Protokoll dieses Gesprächs wird dem betreffenden Arzt dann zur eventuellen Stellungnahme übersandt. Ändert sich der Standpunkt der Kommission durch dieses Gespräch nicht, so wird der Entwurf der Beurteilung den Mitgliedern aller Kommissionen zur Stellungnahme vorgelegt. Anschließend muss die Kommission zu einem endgültigen Urteil kommen.

Auch in anderen Fällen kann ein Entwurf den Mitgliedern aller Kommissionen vorgelegt werden, etwa bei komplexen Sachverhalten oder wenn neue (rechtliche) Fragen zu klären sind. So soll im Interesse der Rechtssicherheit und der Rechtseinheit eine Harmonisierung der Beurteilungen erreicht werden. 2017 haben die Kontrollkommissionen ein internes Reflexionsgremium eingerichtet, das Stellungnahmen zu Rechtsfragen abgibt und so unter anderem die Abstimmung der Kommissionen untereinander und die Harmonisierung der Beurteilungen weiter fördert. Das Reflexionsgremium wird tätig, wenn eine Kommission um Stellungnahme zu einer bestimmten Frage bittet. Die Kommission entscheidet dann selbst, inwiefern sie der Empfehlung des Gremiums Folge leistet.

Die Kommission informiert den Arzt im Prinzip innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Meldung über ihre Beurteilung. Dieser Zeitraum kann um sechs Wochen verlängert werden, wenn es die Umstände erfordern. In einem solchen Fall informiert die Kommission den Arzt über die Verzögerung.

Seit 2015 gibt es bei den Kontrollkommissionen eine Beschwerderegulung, auf deren Grundlage eine unabhängige Beschwerdekommision eingerichtet wurde, die die bei den Kommissionen eingehenden Beschwerden bearbeitet. Meldende Ärzte, Konsiliarärzte, Leichenbeschauer und andere Betroffene können eine Beschwerde einreichen, sofern sie an einer Meldung über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung beteiligt sind. Die Beschwerden können sich lediglich auf den Umgang der Mitglieder oder Mitarbeiter der Kommissionen mit dem Beschwerdeführer beziehen. Beschwerden über Inhalt und Begründung der Beurteilung einer Kommission werden nicht bearbeitet. Die Beschwerderegulung ist öffentlich und kann auf der Website der Kontrollkommissionen eingesehen werden.

2.4. BEDEUTUNG MEDIZINISCHER UND STANDESRECHTLICHER RICHTLINIEN

Die Ärzteschaft hat mehrere Richtlinien erarbeitet, die für Ärzte relevant sind, die über die Bitte eines Patienten um Sterbehilfe entscheiden müssen. Die Richtlinien sind in der Regel bei der Auslegung der allgemein formulierten gesetzlichen Sorgfaltskriterien hilfreich (siehe Kapitel 3). Auf eine dieser Richtlinien wird von den Kommissionen ausdrücklich verwiesen, nämlich auf die Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe (Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding) der Ärztekammer KNMG und des Apothekerverbands KNMP aus dem Jahr 2012. Diese Richtlinien sind für die Beurteilung des Kriteriums der medizinisch fachgerechten Durchführung der Sterbehilfe relevant, etwa mit Blick auf die Wahl der eingesetzten Mittel, ihre Dosierung und die Kontrolle der Komatiefe. Gerade weil bei diesem Sorgfaltskriterium auf die »medizinisch« fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe verwiesen wird, liegt es nahe, dass die Kommissionen sich an dem Standard orientieren, der von den Berufsverbänden der Ärzte und Apotheker festgelegt wurde.

Bei der Beurteilung der Meldungen über Sterbehilfe tragen die Kommissionen eine auf dem Sterbehilfegesetz basierende Verantwortung. Das bedeutet, dass die medizinisch-standesrechtlichen Richtlinien relevant sind, soweit sie sich in den rechtlichen Rahmen einfügen. Es kann vorkommen, dass eine Richtlinie vom Gesetz abweicht bzw. dass die Richtlinie strengere Anforderungen stellt als das Gesetz; in einem solchen Fall ist für die Kommission das Gesetz ausschlaggebend.¹⁹ Es kann auch sein, dass in den Richtlinien Aspekte angesprochen werden, die der Arzt zwar im Rahmen seiner fachlichen Verantwortung berücksichtigen muss, die aber im Hinblick auf die Beurteilung der Kommission nicht relevant sind.²⁰ In einem solchen Fall kann die Kommission zu dem Schluss kommen, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien erfüllt hat, obwohl er nicht vollständig im Einklang mit den fachlichen Normen seiner Berufsgruppe gehandelt hat.

19 Siehe auch das Schreiben der Gesundheitsministerin an das Abgeordnetenhaus vom 4. Juli 2014 (Parlamentsdrucksachen II, 2013-2014, 32647, Nr. 30).

20 Hier ist etwa an die im Disziplinarrecht verankerte Sorgfalt zu denken, die ein Arzt gegenüber der Familie eines Patienten an den Tag legen muss. Siehe etwa Regionaler Disziplinarausschuss Zwolle, 18. Mai 2006, GJ 2006/135, und Regionaler Disziplinarausschuss Den Haag, 23. Oktober 2012, GJ 2013/8.

3 GESETZLICHE SORGFALTSKRITERIEN

3.1. DURCHFÜHRENDER ARZT

Nach dem Sterbehilfegesetz ist nur ein Arzt dazu berechtigt, der Bitte eines Patienten um Sterbehilfe nachzukommen. Das Gesetz bezieht sich auf den Arzt, der die Sterbehilfe tatsächlich durchführt. In der Regel handelt es sich dabei um den behandelnden Arzt des Patienten – häufig den Hausarzt. Vorgeschrieben ist das aber nicht. In allen Fällen gilt, dass sich der Sterbehilfe leistende Arzt umfassend über die Situation des Patienten informiert und sich persönlich davon überzeugt haben muss, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde. Wenn ein behandelnder Arzt einen Patienten bereits seit längerer Zeit kennt, kann er sich unter anderem auf diesen Umstand berufen.

Nicht behandelnder Arzt in Situationen ohne akute Dringlichkeit

Auch ein nicht behandelnder Arzt kann eine Bitte um Sterbehilfe erfüllen. Er muss dann allgemein glaubhaft machen, dass er sich genügend Zeit dafür genommen hat, die Situation des Patienten vor dem Hintergrund der gesetzlich niedergelegten Kriterien gut zu erfassen. Ist der Arzt, der die Sterbehilfe durchführt, nicht der behandelnde Arzt des Patienten, muss im Bericht an die Kommission angegeben werden, wie oft und wie ausführlich dieser Arzt mit dem Patienten gesprochen hat.

Nicht behandelnder Arzt in akuter Situation

Es kann sich eine Situation ergeben, in der die Sterbehilfe von einem anderen als dem behandelnden Arzt durchgeführt wird, etwa von einem Vertretungsarzt in Abwesenheit des behandelnden Arztes, z. B. wenn sich der Zustand des Patienten plötzlich rapide verschlechtert. Die gesetzliche Meldepflicht gilt für den Arzt, der die Sterbehilfe tatsächlich geleistet hat. In solchen Situationen kann sich der durchführende Arzt auf die Informationen berufen, die er von Kollegen erhalten hat, die ebenfalls mit dem Fall vertraut sind. Er muss sich aber, sofern das unter den gegebenen Umständen möglich ist, auch selbst davon überzeugen, dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt sind.

3.2. FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Im Sterbehilfegesetz ist festgelegt, dass der durchführende Arzt (im Folgenden: der Arzt) zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Nach dem Gesetz braucht dieses Ersuchen nicht schriftlich abgefasst zu sein, es kann auch mündlich geäußert werden.

Das Gesetz sieht vor, dass der Patient sein Ersuchen um Sterbehilfe selbst äußern muss. Einem Ersuchen, das eine andere Person im Namen des Patienten äußert, kann nicht Folge geleistet werden.²¹ Es kommt vor, dass ein Patient seinen Sterbewunsch lange vor der eigentlichen Durchführung der Sterbehilfe äußert. Aber in Situationen, in denen sich der Zustand des Patienten rapide verschlechtert, kann es sein, dass zwischen dem Ersuchen um Sterbehilfe und der Durchführung nur ein (sehr) kurzer Zeitraum liegt. Das bedeutet, dass einem Ersuchen um Sterbehilfe nicht nur dann entsprochen werden kann, wenn es dauerhaft bekräftigt wird. Dass ein Patient angesichts einer solchen Entscheidung schwankt, ist nicht ungewöhnlich; letztendlich muss die Bitte aber nach Auffassung des Arztes unzweideutig und stimmig sein.

Die meisten Patienten sind bis zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe in der Lage, normal (verbal) zu kommunizieren. Lässt allerdings die Kommunikationsfähigkeit eines Patienten aufgrund seiner Krankheit (stark) nach oder wird die Kommunikation erheblich erschwert, können sich beispielsweise folgende Situationen ergeben:

- Der Patient kann seine Bitte zwar nicht mehr mündlich, aber noch auf andere Weise äußern (z. B. durch Handzeichen, Nicken, durch Händedruck als Reaktion auf geschlossene Fragen des Arztes oder mit Hilfe eines Sprachcomputers).
- Der Patient kann seine Bitte noch äußern, aber nicht mehr begründen. In solchen Fällen kommt es darauf an, dass der Patient aufgrund der Äußerungen, zu denen er noch in der Lage ist, sowie aufgrund seines Verhaltens hinreichend glaubhaft machen kann, dass ein beständiges Ersuchen vorliegt. Die Äußerungen, zu denen der Patient zum betreffenden Zeitpunkt noch in der Lage ist, können dann im Zusammenhang mit früheren Erklärungen, schriftlichen Verfügungen, Verhaltensweisen oder Zeichen des Patienten beurteilt werden.

²¹ Es ist also nicht möglich, dass ein Patient eine andere Person dazu ermächtigt, für ihn um Sterbehilfe zu bitten. Grundsätzlich gilt, dass der Patient selbst um Sterbehilfe bitten muss; siehe Parlamentsdrucksachen II, 1998-1999, 26691, Nr. 3, S. 9. Allerdings können Dritte den Arzt darauf hinweisen, dass der Patient einen Sterbehilfewunsch hat. Der Arzt kann dann mit dem Patienten darüber sprechen oder, wenn der Patient nicht mehr kommunizieren kann, eine eventuell vorliegende schriftliche Patientenverfügung prüfen.

Kann ein Patient nur schwer oder überhaupt nicht mehr kommunizieren, so kann das mündliche Ersuchen durch eine vorab verfasste schriftliche Patientenverfügung ersetzt werden.

> Zur schriftlichen Patientenverfügung siehe auch Abschnitt 4.1.

Freiwillige Bitte

Die Bitte des Patienten um Sterbehilfe muss freiwillig geäußert werden. Dabei spielen zwei Aspekte eine Rolle.

Erstens muss der Patient seinen Willen geäußert haben, ohne dabei von anderen auf nicht hinnehmbare Weise beeinflusst worden zu sein (externe Freiwilligkeit). Der Arzt muss sich davon überzeugen, dass es keine solche Beeinflussung gegeben hat. Vorsicht ist auch geboten, wenn sich ein Angehöriger des Patienten zu stark in das Gespräch zwischen Arzt und Patient einmischt oder ständig Fragen beantwortet, die der Arzt dem Patienten selbst stellt. Unter solchen Umständen kann ein Vieraugengespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten erforderlich sein. Wenn ein Patient selbst glaubt, für andere eine Belastung zu sein, und unter anderem deshalb um Sterbehilfe bittet, bedeutet das nicht unbedingt, dass die Bitte nicht freiwillig geäußert wurde.²²

Zweitens muss der Patient willensfähig sein (interne Freiwilligkeit).²³ Das bedeutet, er ist in der Lage, auf verständliche Weise über seinen Sterbewunsch zu kommunizieren und relevante (medizinische) Informationen zu verstehen. Er verfügt über ein Krankheitsbewusstsein; er kann seine Situation sowie die Konsequenzen der Sterbehilfe und eventueller Behandlungsalternativen überblicken. Der Patient ist in der Lage, verständlich zu machen, warum er Sterbehilfe wünscht.

Die Willensfähigkeit kann im Laufe des Lebens Schwankungen ausgesetzt sein. Außerdem kann es vorkommen, dass ein Patient im Hinblick auf eine bestimmte Entscheidung (etwa die Bitte um Sterbehilfe) willensfähig ist, im Hinblick auf eine andere aber nicht (etwa die Verwaltung seiner Finanzen). Dieser Umstand kommt auch in den Bestimmungen des Gesetzes über den Behandlungsvertrag (Artikel 7:465 Bürgerliches Gesetzbuch) zum Ausdruck, nach denen ein Patient als willensfähig gilt, wenn er im Hinblick auf die zu treffende Entscheidung als zur vernünftigen Beurteilung seiner

22 Das Gefühl, für andere eine Belastung zu sein, kann dazu beitragen, dass der Patient sein Leiden als unerträglich empfindet.

23 In den Parlamentsunterlagen zum Sterbehilfegesetz heißt es wiederholt, dass der Patient willensfähig sein muss, damit er um Sterbehilfe bitten kann; siehe etwa Parlamentsdrucksachen II, 1999-2000, 26691, Nr. 6, S. 5-7.

Interessen fähig betrachtet werden kann. Willensfähigkeit bedeutet also, dass der Patient in der Lage ist, die relevanten Informationen über seine Situation und seine Prognose zu verstehen, eventuelle Alternativen abzuwägen und die Folgen seiner Entscheidung einzuschätzen.²⁴

Wenn ein Patient nicht willensfähig ist, kann nach dem Gesetz über den Behandlungsvertrag sein Vertreter in seinem Namen einer bestimmten medizinischen Handlung zustimmen. Im Falle eines Sterbehilfeersuchens ist eine Vertretung nicht möglich; aus diesem Grund muss der Patient selbst in der Lage sein, die Tragweite eines derartigen Ersuchens zu überblicken, die Informationen über seine Prognose und die Alternativen zu verstehen und selbst eine Entscheidung zu treffen. Wenn ein Patient nicht mehr willensfähig ist, kann eine schriftliche Patientenverfügung, die verfasst wurde, als der Patient noch willensfähig war, die mündlich geäußerte Bitte ersetzen.

In vielen Fällen gibt es an der Willensfähigkeit eines Patienten mit einem Sterbewunsch keine Zweifel. In bestimmten Fällen und bei bestimmten Krankheitsbildern muss dieser Aspekt allerdings explizit und genauer geprüft werden. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich einen sachkundigen Kollegen um eine Stellungnahme bitten. Die damit verbundene Untersuchung kann Teil der Hinzuziehung eines Konsiliararztes im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz sein, die Willensfähigkeit kann aber auch vorab durch einen sachkundigen Arzt beurteilt werden.

> Zu besonderen Patientengruppen siehe auch Abschnitt 4.3, 4.4 und 4.5.

Nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte

Ein Sterbehilfeersuchen kann zudem erst nach reiflicher Überlegung gestellt werden. Das bedeutet, dass der Patient auf der Grundlage ausreichender Informationen und eines klaren Bildes von seinem Krankheitszustand eine sorgfältige Abwägung vorgenommen und das Ersuchen nicht aus einer Stimmung heraus geäußert hat. Vorsicht ist auch geboten, wenn beim Patienten Zweifel zu erkennen sind, etwa weil er innerhalb eines gewissen Zeitraums zunächst um Sterbehilfe bittet, diese Bitte dann zurücknimmt, sie erneut äußert usw. Natürlich ist es nachvollziehbar, wenn ein Patient in einer Angelegenheit mit solcher Tragweite zögert oder Zweifel hat. Wenn jemand zögert oder zweifelt, heißt das nicht, dass Sterbehilfe nicht in

²⁴ Siehe in diesem Zusammenhang auch den Leitfaden für die Beurteilung der Willensfähigkeit (Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid) in der Fassung von 2007 (in niederländischer Sprache).

Frage kommt. Wichtig ist, dass der Wunsch unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und aller Äußerungen des Patienten konsistent sein muss. Dass dies der Fall ist, kann beispielsweise daran abgelesen werden, dass ein Patient sein Ersuchen (beharrlich) wiederholt.

Im Zusammenhang mit dem Sorgfaltskriterium, wonach ein Sterbehilfeersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert werden muss, können sich in bestimmten Situationen besondere Fragen ergeben, etwa bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz, einer geistigen Behinderung oder Aphasie, Patienten im Koma oder mit vermindertem Bewusstsein oder bei Minderjährigen.

> Zu diesen besonderen Situationen siehe auch Kapitel 4.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE WICHTIGE ASPEKTE

- die Bitte wurde vom Patienten selbst geäußert
- »externe« Freiwilligkeit: kein nicht zu vertretender Einfluss durch andere
- »interne« Freiwilligkeit bzw. Willensfähigkeit: Erkennen und Verstehen der Situation
- reife Überlegung: gut informiert, konsistent in seiner Haltung, nicht aus einer Stimmung heraus
- konsistenter Wunsch zeigt sich an wiederholter Bitte oder anderen Äußerungen des Patienten
- schriftliche Patientenverfügung kann mündliches Ersuchen ersetzen (siehe Abschnitt 4.1.)
- besondere Vorsicht bei Sterbewunsch in besonderen Situationen (siehe Kapitel 4)

3.3. UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

Einige allgemeine Aspekte

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. Bereits 1984 befand der Hohe Rat im Fall Schoonheim, dass Leiden auch im fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfall oder der Angst davor bestehen kann sowie in der Erwartung, nicht mehr in Würde sterben zu können.

Der Leidensdruck, den der Patient empfindet, hat meist mehrere Dimensionen. In der Praxis hat das Leiden des Patienten fast immer mehrere Facetten, die es unerträglich werden lassen, z. B. die Aussichtslosigkeit des Zustands. Der Arzt muss also sämtliche Aspekte bewerten, die zusammengenommen das Leiden für den Patienten unerträglich machen.

Grundsätzlich gilt, dass der Patient das Leiden auch tatsächlich empfinden muss. In bestimmten Situationen ist das unter Umständen nicht (mehr) der Fall oder es bestehen Zweifel daran, etwa wenn sich der Patient im Koma oder in einem Zustand des verminderten Bewusstseins befindet. Bei einer palliativen Sedierung sind beide Situationen denkbar. Befindet sich der Patient in einem Zustand, in dem er kein Leiden (mehr) empfinden kann, kann einem Sterbehilfeersuchen grundsätzlich nicht Folge geleistet werden. Auch der Umstand, dass die Angehörigen des Patienten dessen Zustand als würdelos empfinden, ändert daran nichts.

> Zu Komapatienten und Patienten mit vermindertem Bewusstsein siehe auch Abschnitt 4.7.

> Zum Zusammenhang zwischen Sterbehilfe und palliativer Sedierung siehe auch Abschnitt 4.8.

Dass der Patient Leiden empfindet, kann aus seinen gesprochenen oder anderen Äußerungen und körperlichen Reaktionen hervorgehen. Falls der Patient nicht mehr in der Lage ist, angemessen in Worte zu fassen, dass er leidet, muss der Arzt besonders auf andere Zeichen achten, die Aufschluss über den Leidensdruck des Patienten geben können.

Medizinische Ursache des Leidens

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist. Die Gesetzesgeschichte des Sterbehilfegesetzes ist so zu verstehen, dass das Leiden eine medizinische Dimension aufweisen muss.²⁵ Der Aspekt des »abgeschlossenen Lebens«²⁶ fällt nicht in den Geltungsbereich des Gesetzes. Diese Problematik liegt außerhalb des medizinischen Rahmens; der Arzt verfügt nicht über die erforderliche Fachkenntnis, um dies beurteilen zu können. Im Fall Brongersma vertrat der Hohe Rat der Niederlande im Jahr 2002 unter Verweis auf die Gesetzesgeschichte die Position, dass das Leiden des Patienten seine Ursache überwiegend in einer oder mehreren medizinisch erfassten Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen haben muss. Außerdem zitierte der Hohe Rat seinen Standpunkt aus dem Chabot-

²⁵ Regierungsstellungnahme Parlamentsdrucksachen I, 2000/01, 26691, Nr. 137b, S. 32-34.

²⁶ Siehe Sitzungsberichte II, 23. November 2000, Abgeordnetenhaus 27-2254, in denen es um den Aspekt »fertig mit dem Leben« geht.

Urteil aus dem Jahr 1994, dass es sich sowohl um eine somatische als auch um eine psychiatrische Erkrankung handeln kann. Danach entwickelte die KNMG den Standpunkt, dass für die Beurteilung des Leidens im Rahmen der Lebensbeendigung durch Ärzte zumindest teilweise eine medizinische Ursache gegeben sein muss.²⁷ Basierend auf dem Brongersma-Urteil und dem Standpunkt der KNMG gilt für die Kontrollkommissionen der Grundsatz, dass das Leiden des Patienten eine medizinische Ursache haben muss; es muss im medizinischen Bereich liegen und damit in die Verantwortung und das Fachgebiet des Arztes fallen. Es muss ein Zustand gegeben sein, der als Krankheit oder Gesundheitsstörung eingestuft werden kann. Es ist jedoch nicht so, dass es sich dabei um ein einzelnes, vorherrschendes oder lebensbedrohliches medizinisches Problem handeln muss. So kann ein Patient beispielsweise an zwei oder mehr Krankheiten leiden. Die medizinische Ursache des Leidens liegt dann in der Kombination dieser Erkrankungen.

Kumulation von Altersbeschwerden

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

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

Damit unterscheidet sich eine solche Kumulation von überwiegend degenerativen Erkrankungen von der Problematik des »abgeschlossenen Lebens«, jedenfalls sofern sich letzteres auf ein Leiden ohne medizinische Ursache bezieht.

Im Gegensatz zur Problematik des »abgeschlossenen Lebens« hat eine Kumulation von Altersbeschwerden durchaus eine medizinische Ursache.

> Siehe für den Aspekt des »abgeschlossenen Lebens« Abschnitt 4.9.

27 KNMG-Positionspapier »De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde« (Die Rolle des Arztes beim selbstgewählten Lebensende, 2011), Abschnitt 2.5, Medizinische Begründung, S. 27 ff.

Aussichtsloser Zustand

Als *aussichtslos* gilt der Zustand eines Patienten dann, wenn die Krankheit oder Gesundheitsstörung, die das Leiden verursacht, unheilbar ist und ihre Symptome auch nicht so weit gelindert werden können, dass das Leiden des Patienten nicht mehr unerträglich ist. Bei der Beurteilung der Aussichtslosigkeit sind vor allem die Diagnose und die Prognose des Patienten zu berücksichtigen. Es geht um die Frage, ob eine realistische Möglichkeit besteht, die Symptome auf andere Weise als durch Sterbehilfe zu beseitigen oder zu lindern. Dabei spielen sowohl das Ausmaß der durch die Behandlung zu erzielenden Verbesserung als auch die damit verbundene Belastung des Patienten eine Rolle. Ob der Zustand aussichtslos ist, muss im Zusammenhang mit der Krankheit oder Gesundheitsstörung des Patienten und den damit verbundenen Symptomen bewertet werden. Aussichtslosigkeit ist dann gegeben, wenn es keine realistischen und für den Patienten annehmbaren kurativen oder palliativen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Eng mit der Beurteilung des Aspekts der Aussichtslosigkeit des Zustands verbunden ist die Frage, ob es keine annehmbare andere Lösung gibt, um den Patienten von seinem Leiden zu befreien (Sorgfaltskriterium gemäß Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d Sterbehilfegesetz).

> Siehe Abschnitt 3.5.

Patienten verwenden den Begriff »aussichtslos« auch um auszudrücken, dass der Umstand, dass keine Aussicht auf Besserung mehr besteht, für sie unerträglich ist und sie sich daher wünschen, ihr Leiden möge ein Ende haben. In diesem Sinne trägt die vom Patienten empfundene Aussichtslosigkeit zur Unerträglichkeit des Leidens bei.

Unerträglichkeit des Leidens

Die Unerträglichkeit des Leidens eines Patienten ist unter Umständen schwer feststellbar, denn wie das Leiden empfunden wird, hängt stark von der betreffenden Person ab. Was für den einen Patienten noch erträglich sein kann, ist für einen anderen bereits unerträglich. Ausschlaggebend ist das Empfinden des jeweiligen Patienten vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Krankengeschichte, seiner Persönlichkeit, seiner Wertvorstellungen sowie seiner körperlichen und seelischen Belastbarkeit. Für den Arzt muss auch angesichts der Vorgeschichte nachvollziehbar und verständlich sein, dass das Leiden für diesen speziellen Patienten unerträglich ist. Der Arzt muss sich also nicht nur in die Situation hineinversetzen, sondern sich die individuelle Perspektive des Patienten vergegenwärtigen.

Ein entscheidender Faktor für die Bewertung des Leidens kann die Angst des Patienten vor einer bevorstehenden Verschlechterung des

Gesundheitszustands sein, beispielsweise vor stärker werdenden Schmerzen, einem zunehmenden körperlichen und geistigen Verfall, Atemnot oder Übelkeit, aber auch vor Situationen, in denen die Grundwerte des Patienten (z. B. Eigenständigkeit und Würde) auf dem Spiel stehen. Das aktuelle Leiden des Patienten ergibt sich dann aus der Erkenntnis, dass sich der Zustand nur noch verschlechtern kann, und dass die Werte und Umstände, die dem Patienten wichtig sind, immer stärker beeinträchtigt werden. Dies kann z. B. bei Krebs, aber auch bei fortschreitender ALS, MS, Demenz oder Parkinson der Fall sein.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND: WICHTIGE ASPEKTE

- Es gibt eine medizinische Ursache für das Leiden.
- Das Leiden kann die Folge einer Kumulation von psychischen und physischen Aspekten sein.
- Das Leiden kann die Folge von Beschwerden sein, die sich aus einer Kombination verschiedener Erkrankungen ergeben.
- Das Leiden kann die Folge von Beschwerden aufgrund einer Kumulation von Altersbeschwerden sein.
- Aussichtslosigkeit: Es gibt keine reelle Alternative zur Sterbehilfe (siehe auch Abschnitt 3.5.)
- Unerträgliches Leiden: es geht um das Leiden eines spezifischen Patienten (vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Krankengeschichte, seiner Persönlichkeit, seiner Wertvorstellungen sowie seiner Belastbarkeit). Das Leiden ist für den Arzt begreiflich und nachvollziehbar.
- Das Leiden kann auch in der Angst vor einer künftigen Verschlechterung der Situation bestehen.
- Der Patient selbst empfindet das Leiden.

3.4. PATIENTENAUFKLÄRUNG

Der Arzt muss den Patienten über die Situation, in der er sich befindet, und über seine Prognose informiert haben. Das Kriterium der reiflichen Überlegung im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a Sterbehilfegesetz kann nur dann erfüllt sein, wenn der Patient gut über seinen Gesundheitszustand (Krankheitsbild, Diagnose, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten) aufgeklärt worden ist. Die Kommission beurteilt, ob der Arzt den Patienten ausreichend informiert hat. Der Arzt muss sich vergewissern, dass der Patient hinreichend informiert worden ist und die Erklärungen auch verstanden hat. Davon darf er nicht ohne Weiteres ausgehen, auch dann nicht, wenn im Vorfeld auch andere Ärzte beteiligt waren.

Bei einer langen schweren Krankheit ist sich der Patient in der Regel über seine Situation und die Prognose im Klaren. Eventuell ist das Thema Sterbehilfe bereits mehrfach zur Sprache gekommen. Ein Sterbehilfeersuchen kann für den Arzt aber auch überraschend kommen. Dann ist es vor dem Hintergrund der Tragweite der Entscheidung, um Sterbehilfe zu bitten und sie durchführen zu lassen, wichtig, dass der Arzt sich vergewissert, dass der Patient über alle relevanten Informationen verfügt.

PATIENTENAUFKLÄRUNG: WICHTIGE ASPEKTE

- Der Patient wurde über seinen Gesundheitszustand und die Prognose informiert.
- Der Arzt stellt fest, dass der Patient die Erläuterungen verstanden hat.

3.5. KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Der Arzt muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, dass es für die Situation, in der dieser 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. Wenn es weniger drakonische Möglichkeiten gibt, den Patienten von seinem Leiden zu befreien oder es wesentlich zu lindern, sind diese zu bevorzugen.

Ob es annehmbare andere Lösungen gibt, ist vor dem Hintergrund der Diagnose und Prognose des Patienten zu beurteilen. Wenn das Fachwissen des Arztes nicht ausreicht, um beurteilen zu können, ob es annehmbare Alternativen gibt, muss er prüfen, ob sachkundige Ärzte

in die Behandlung einbezogen waren, oder einen in dem betreffenden Bereich sehr erfahrenen Kollegen zu Rate ziehen. Aus dem Bericht des Arztes muss hervorgehen, dass dies geschehen ist.

Dieses Sorgfaltskriterium bezieht sich auf eine Überzeugung, zu der Arzt und Patient gemeinsam gelangt sein müssen. Das Empfinden und die Wünsche des Patienten spielen also eine wichtige Rolle. Eine Alternative zur Sterbehilfe gibt es dann, wenn ein reeller und für den Patienten annehmbarer Weg existiert, ihn von seinem Leiden zu befreien oder das Leiden zu lindern – das braucht nicht zwangsläufig eine medizinische Behandlung zu sein. Dabei müssen die Vorteile der Alternative die Nachteile überwiegen. »Annehmbar« bedeutet unter anderem, dass die Wirkung, die mit der Alternative erzielt werden kann, in einem günstigen Verhältnis zur Belastung des Patienten steht. Außerdem müsste die angestrebte Verbesserung der Situation in absehbarer Zeit eintreten; hier spielt auch die Lebenserwartung des Patienten eine Rolle. Die mögliche Belastung des Patienten ist im Kontext der Umstände des jeweiligen Falles zu beurteilen, darunter die Zahl der bereits durchgeführten Behandlungen, die eventuellen Nebenwirkungen einer Behandlung, das Krankheitsstadium sowie das Alter, die medizinische Situation und die körperliche und psychische Belastbarkeit des Patienten. Es ist nicht notwendig, dass alle denkbaren Möglichkeiten ausprobiert werden. In manchen Fällen gilt: »Genug ist genug.«

Eine drastische oder langfristige Maßnahme mit begrenztem Erfolg gilt im Allgemeinen nicht als annehmbare Alternative. Dagegen wird ein medizinischer Eingriff oder eine Behandlung, die das Leiden für einen längeren Zeitraum substanziell lindern oder den Patienten davon befreien kann, in der Regel als annehmbare Lösung eingestuft. Willensfähige Patienten haben selbstverständlich das Recht, eine solche Maßnahme abzulehnen. Diese Entscheidung kann allerdings zur Folge haben, dass einem Sterbehilfeersuchen des Patienten zum betreffenden Zeitpunkt nicht entsprochen werden kann. 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.

Eine annehmbare andere Lösung existiert also, wenn diese Alternative:

- a) eine wesentliche Linderung des unerträglichen Leidens des Patienten bewirkt,
- b) innerhalb eines angemessenen Zeitraums Wirkung zeigt,
- c) ein vertretbares Verhältnis zwischen Vor- und Nachteilen (Wirkung im Vergleich zur Belastung) aufweist.

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Lösung annehmbar ist, fällt vor allem die Meinung des Patienten ins Gewicht.

Vom Arzt wird erwartet, dass er in seinem Bericht an die Kommission darauf eingeht, ob es Alternativen gab, in welcher Weise diese mit dem Patienten besprochen worden sind und warum sie für den Patienten nicht annehmbar waren.

KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG: WICHTIGE ASPEKTE

- Gemeinsame Überzeugung von Arzt und Patient
- Annehmbare andere Lösung: wesentliche Auswirkung auf das Leiden, Wirkung innerhalb absehbarer Zeit und für längeren Zeitraum, günstiges Verhältnis zwischen Vor- und Nachteilen
- Die Belastung des Patienten ist vor dem Hintergrund der individuellen Umstände zu beurteilen.
- Der Patient hat jederzeit das Recht, (palliative) Pflege bzw. eine Behandlung abzulehnen. Wenn eine solche Pflege oder Behandlung das Leiden lindern würde, kann dies ein Hindernis für die Durchführung der Sterbehilfe sein.
- Lehnt der Patient eine palliative Sedierung ab, steht dies der Durchführung der Sterbehilfe im Allgemeinen nicht im Wege.

3.6. UNABHÄNGIGKEIT DES KONSILIARARZTES

Vor der Durchführung der Sterbehilfe muss der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzuziehen, der den Patienten sieht und die Einhaltung der in den Abschnitten 3.2 bis 3.5 erörterten gesetzlichen Sorgfaltskriterien (a bis d) beurteilt. Das Sterbehilfegesetz schreibt nicht vor, dass der Konsiliararzt sich zur medizinisch fachgerechten Durchführung, Sorgfaltskriterium f, äußern muss (siehe Abschnitt 3.7.). Es spricht jedoch nichts dagegen, dass der Konsiliararzt den Arzt erforderlichenfalls in diesem Punkt berät.

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 unterstützt den Arzt bei der Prüfung der Frage, ob alle Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und sie fördert den Reflexionsprozess im Vorfeld der endgültigen Entscheidung, dem Sterbehilfeersuchen des Patienten Folge zu leisten. Auch für die Kommission ist der Bericht des Konsiliararztes von entscheidender Bedeutung für ihre Beurteilung der Frage, ob alle Sorgfaltskriterien erfüllt wurden. 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.

Es kann vorkommen, dass ein Patient von mehreren Ärzten behandelt wird, die als Kollegen zusammenarbeiten. In einer solchen Situation kann es sein, dass einer dieser Ärzte den Konsiliararzt einschaltet, aber später ein anderer die Durchführung der Sterbehilfe übernimmt. Auch dann muss der Konsiliararzt gegenüber dem durchführenden Arzt unabhängig agieren.

Es ist nicht Sinn der Sache, dass der Konsiliararzt den Arzt beurteilt. Es ist auch nicht die Aufgabe des Konsiliararztes, der Sterbehilfe »zuzustimmen«. Der Konsiliararzt muss vielmehr die Frage beurteilen, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und er muss dem Arzt seine Sicht schriftlich und begründet mitteilen. Wenn der Arzt anderer Meinung ist, muss er sein Urteil in seinem Bericht deutlich begründen.

In den allermeisten Fällen wird ein sog. SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen,²⁸ also ein von der KNMG speziell ausgebildeter Arzt, der erreichbar ist und eine unabhängige und fachkundige Beurteilung der Sorgfaltskriterien im Rahmen des Sterbehilfeprozesses vornehmen kann. SCEN-Ärzte können Ärzte auch anderweitig unterstützen und Informationen erteilen. Nur Ärzte können einen SCEN-Arzt einschalten.

Informationsbedarf des Arztes in einem frühen Stadium

Der unabhängige Konsiliararzt im Sinne des Sterbehilfegesetzes ist derjenige, den der Arzt um eine umfassende Beurteilung des Sachverhalts und der Frage bittet, ob die in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a bis d Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien (Ersuchen, Leiden, Aufklärung, Alternativen) erfüllt sind. Die

28 SCEN steht für »Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland« (Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden). Organisator des SCEN-Programms ist die Ärztekammer KNMG. Diese hat 2011 für die SCEN-Ärzte die Richtlinie mit dem Titel »Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe« (Goede steun en consultatie bij euthanasie) veröffentlicht; einsehbar unter www.scen.nl. SCEN-Ärzte sind Mitglied einer regionalen SCEN-Gruppe, die sich unter anderem mit Qualitätssicherung mittels Intervention befasst.

Konsultation eines unabhängigen Arztes erfolgt in der Regel dann, wenn der Arzt ernsthaft in Betracht zieht, dem Ersuchen des Patienten um Sterbehilfe Folge zu leisten.

Es kann aber auch vorkommen, dass der Arzt bereits vor Beginn des eigentlichen Sterbehilfeverfahrens Fragen hat. Auch dann ist es möglich, einen SCEN-Arzt hinzuzuziehen oder einen anderen Kollegen um Rat zu bitten.

Die Fragen des Arztes können sich auf das Verfahren selbst (zu ergreifende Maßnahmen) beziehen, z. B. wenn der Arzt keine oder nur wenig Erfahrung mit Sterbehilfe hat, oder auch auf den jeweiligen Patienten (eventuelle Gründe, die Willensfähigkeit des Patienten untersuchen zu lassen; mögliche Behandlungsalternativen). Das Herantreten an einen SCEN-Arzt oder einen anderen Kollegen mit einer solchen Frage kann nicht als Konsultation im Sinne des Gesetzes gelten. Es handelt sich in einem solchen Fall lediglich um das Einholen eines Rates im Vorfeld der gesetzlich vorgeschriebenen Konsultation.

Verantwortung des Arztes gegenüber dem Konsiliararzt

Der Arzt muss die Stellungnahme des Konsiliararztes zur Kenntnis nehmen, bevor er sich endgültig zur Durchführung der Sterbehilfe entschließt. Er muss dem Urteil des Konsiliararztes großes Gewicht beimessen. Beurteilen der Arzt und der Konsiliararzt die Situation unterschiedlich, kann der Arzt dennoch entscheiden, der Bitte des Patienten zu entsprechen. Diese Entscheidung muss er allerdings hinreichend begründen können. Sind sich der Arzt und der Konsiliararzt in der Beurteilung der Lage uneins, kann der Arzt auch einen weiteren unabhängigen Arzt zu Rate ziehen, jedoch sollte es nicht so sein, dass er so lange sucht, bis er einen Konsiliararzt findet, der mit ihm einer Meinung ist.²⁹ Hat ein Arzt mehrere Konsiliarärzte hinzugezogen, muss er der Kommission über den Leichenbeschauer sämtliche Konsiliarberichte übermitteln.

Ein fundierter und vollständiger Konsiliarbericht liegt auch im Interesse des Arztes.³⁰ Die Qualität dieser Berichte wird bisweilen bezweifelt, beispielsweise weil ein Konsiliararzt nicht zu allen Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, seine Schlussfolgerungen unzureichend begründet hat oder weil der Bericht inhaltliche Widersprüche enthält. Solch ein Widerspruch kann beispielsweise darin bestehen, dass der Konsiliararzt in seinem Bericht darlegt, dass der Patient noch nicht unerträglich leidet oder noch keine konkrete

29 Siehe Abschnitt 23 der KNMG-Richtlinie »Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe« (2011).

30 SCEN hat einen Leitfaden für die Abfassung von Konsiliarberichten erstellt (2015).

Bitte um Sterbehilfe geäußert hat, er aber dennoch zu dem Schluss kommt, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Der Arzt muss dafür Sorge tragen, dass der Bericht des Konsiliararztes adäquat ist. Schließlich muss er glaubhaft machen, dass alle Sorgfaltskriterien eingehalten worden sind. Wenn der Bericht des Konsiliararztes qualitative Mängel aufweist, ist es eventuell erforderlich, dass der Arzt den Konsiliararzt um nähere Auskünfte dazu bittet. Dabei kann der Arzt erforderlichenfalls auf die von der KNMG bzw. von SCEN erstellten Richtlinien zur Verantwortung des Konsiliararztes und zu den Konsiliarberichten verweisen.³¹

Unabhängigkeit des Konsiliararztes

Beim Konsiliararzt muss es sich nach dem Gesetz um einen »unabhängigen Arzt« handeln. Unabhängig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Konsiliararzt in der Lage sein muss, ein eigenständiges Urteil abzugeben. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein.³² Jeglicher Eindruck, dies sei nicht der Fall, ist zu vermeiden. Deshalb ist es wichtig, dass der Konsiliararzt in seinem Bericht auf sein Verhältnis zum Arzt und zum Patienten eingeht.

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. Ebenso wenig kann ein Arzt, der selbst Arzt oder Patient des durchführenden Arztes ist, als Konsiliararzt hinzugezogen werden.

Die Unabhängigkeit ist unter Umständen nicht gegeben bzw. es kann der Eindruck fehlender Unabhängigkeit entstehen, wenn die gleichen Ärzte regelmäßig abwechselnd in der Funktion des behandelnden Arztes bzw. des Konsiliararztes zusammenarbeiten, wenn ein SCEN-Arzt im Vorfeld der Sterbehilfe Unterstützung geleistet hat, die über Beratung und Informationserteilung hinausgeht, oder wenn der Arzt und der Konsiliararzt auch privat Umgang miteinander haben. Dass Arzt und Konsiliararzt einander kennen, etwa aus einer Interventionsgruppe, ist an sich kein Problem. Kennen die beiden Ärzte einander jedoch, weil sie sich gegenseitig vertreten, hängt es von den Umständen im konkreten Einzelfall ab, ob eine unabhängige

31 KNMG-Richtlinie »Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe« (2011) und SCEN-Leitfaden für Konsiliarberichte (2015).

32 Siehe auch den KNMG-Standpunkt zur Sterbehilfe (Standpunt inzake euthanasie), Utrecht, 2003, S. 14-16.

Beurteilung durch den Konsiliararzt möglich ist. Wichtig ist, dass die beiden Ärzte sich des Problems bewusst sind und ihren Standpunkt dazu in den Berichten begründet darlegen.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes *gegenüber dem Patienten* gilt unter anderem, dass er nicht mit ihm verwandt oder befreundet sein darf und ihn weder wegen der betreffenden Krankheit noch in jüngerer Vergangenheit behandelt haben oder an der Behandlung beteiligt gewesen sein darf. Ein einmaliger Kontakt zwischen dem Arzt und dem Patienten im Rahmen einer Vertretung ist nicht von vornherein problematisch; ausschlaggebend sind Art und Zeitpunkt des Kontakts.

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

Fachkompetenz des Konsiliararztes

Die Kommissionen sehen es am liebsten, wenn ein Konsiliararzt einem Fall einzig und allein auf der Grundlage der Dienstpläne der SCEN-Ärzte zugewiesen wird. In der Regel wird der Konsiliararzt über hinreichend Fachkompetenz verfügen, um den betreffenden Fall beurteilen zu können. Hat er diesbezüglich jedoch Zweifel, sollte er unbedingt mit dem Arzt darüber sprechen.

Um sich ein fundiertes Urteil im Hinblick auf die Einhaltung der Sorgfaltskriterien bilden zu können – insbesondere die Willensfähigkeit, die Aussichtslosigkeit des Zustands und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung –, ist es in manchen Fällen erforderlich, dass der Arzt nicht nur den Konsiliararzt (den regulären SCEN-Arzt) um seine Einschätzung bittet, sondern dass er auch die Meinung eines unabhängigen Arztes mit spezifischer Fachkenntnis (z. B. eines Psychiaters oder Geriaters) einholt. Dies wird vor allem dann notwendig sein, wenn es um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer geistigen Behinderung geht, es kann aber auch in anderen Fällen relevant sein, etwa wenn der Arzt begründete Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten hat.

> Zur Hinzuziehung eines Facharztes bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer geistigen Behinderung siehe Abschnitt 4.3 bis 4.5.

Grundsatz: Der Konsiliararzt muss den Patienten sehen und mit ihm sprechen

Das Gesetz schreibt vor, dass der Konsiliararzt den Patienten sehen muss.³³ In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt es bei dieser Gelegenheit auch zu einem Gespräch. Es gilt der Grundsatz, dass der Konsiliararzt den Patienten auch in Abwesenheit von Dritten sieht. Es kann aber auch sein, dass der Patient zu dem Zeitpunkt, zu dem der Konsiliararzt ihn besucht, nicht mehr zu einem Gespräch in der Lage ist. Wenn der Arzt davon ausgeht, dass diese Situation schon bald eintreten könnte, sollte er den Konsiliararzt rasch hinzuziehen. Bei Bedarf können der Arzt und der Konsiliararzt sich später noch telefonisch austauschen. Ist der Patient beim Besuch des Konsiliararztes nicht mehr ansprechbar, muss der Konsiliararzt sein Urteil anhand aller anderen relevanten Umstände und verfügbaren Informationen abgeben. Ergänzende Informationen vonseiten des Arztes, eventuell auch der Angehörigen, können dabei hilfreich sein. Das Sterbehilfegesetz verlangt also nicht, dass in jedem Fall eine verbale oder nonverbale Kommunikation mit dem Patienten möglich sein muss. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die Erfüllung einer Bitte um Sterbehilfe nach dem Gesetz auch dann grundsätzlich erlaubt ist, wenn der Patient zu keiner Kommunikation mehr in der Lage ist, zuvor aber eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat.

> *Zur schriftlichen Patientenverfügung siehe auch Abschnitt 4.1.*

> *Zu Komapatienten und Patienten mit vermindertem Bewusstsein siehe auch Abschnitt 4.7.*

Es kommt vor, dass der Konsiliararzt den Patienten erst sehr kurz vor der Durchführung der Sterbehilfe besucht, manchmal sogar erst am Tag des Todes. Dies kann aufgrund der Umstände des jeweiligen Falles unvermeidlich sein, vor allem bei einer unerwarteten gravierenden Verschlechterung des Zustands des Patienten. Aus dem Bericht des Arztes muss dann hervorgehen, dass er von der Stellungnahme des Konsiliararztes Kenntnis genommen hat, bevor er die Sterbehilfe durchgeführt hat.

Erneute Hinzuziehung des Konsiliararztes

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

33 Den Patienten zu »sehen« bedeutet in der Regel, den Patienten zu besuchen. Befindet sich der Patient auf der Insel Bonaire, St. Eustatius oder Saba, können sich daraus praktische Probleme ergeben. Ersatzweise können Konsiliararzt und Patient dann beispielsweise über das Internet per Videoanruf miteinander kommunizieren.

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.

Es kommt regelmäßig vor, dass der Konsiliararzt den Patienten zu einem Zeitpunkt besucht, an dem der Sterbewunsch des Patienten noch nicht aktuell und sein Leiden noch nicht unerträglich ist. In einem solchen Fall müsste der Konsiliararzt zu dem Schluss kommen, dass noch nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind. In bestimmten Fällen kann der Konsiliararzt recht präzise angeben, wie sich die Situation entwickeln wird und wann alle Kriterien erfüllt sein werden. Dann reicht ein telefonischer Kontakt zwischen dem Arzt und dem Konsiliararzt zu dem Zeitpunkt aus, an dem der Sterbewunsch aktuell und das Leiden unerträglich geworden ist. Ist die Situation weniger eindeutig, empfiehlt sich ein erneuter Besuch des Konsiliararztes beim Patienten. In einigen Fällen ist ein Telefonat zwischen Konsiliararzt und Patient ausreichend.

Ein zweiter Besuch des Konsiliararztes beim Patienten ist in der Regel erforderlich, wenn:

- der Konsiliararzt den Patienten in einem frühen Stadium besucht und festgestellt hat, dass dessen Leiden noch nicht unerträglich war;
- der Konsiliararzt zwar festgestellt hat, dass die Kriterien erfüllt waren, zwischen der Konsultation und der Durchführung der Sterbehilfe aber viel Zeit vergangen ist oder Entwicklungen stattgefunden haben, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Konsiliarberichts nicht abzusehen waren.

Wenn Kontakt mit dem ursprünglichen Konsiliararzt nicht möglich ist, kann auch ein anderer Konsiliararzt hinzugezogen werden. Dieser muss den Patienten dann grundsätzlich ebenfalls selbst besuchen und

nach Möglichkeit mit ihm sprechen. Auch über einen solchen zweiten Kontakt muss Bericht erstattet werden, eventuell als Addendum zum ersten Bericht.

Kommissionen und Konsiliararzt

Die Kommissionen prüfen das Handeln des meldenden Arztes, nicht das des Konsiliararztes.³⁴ Der Konsiliararzt kann allerdings darum gebeten werden, schriftlich oder im Rahmen eines Gespräches Fragen der Kommission zu beantworten.

Die Kommissionen und die KNMG bzw. SCEN tauschen sich einmal pro Jahr allgemein über die Qualität der Konsultationen und der Konsultationsberichte aus.

Hat eine Kommission handfeste Kritik an der Qualität eines Konsiliarberichts, kann sie dies dem betreffenden Konsiliararzt auf direktem Wege telefonisch oder schriftlich mitteilen. Dies ist vor allem dann angezeigt, wenn ein Konsiliararzt wiederholt Berichte verfasst, die (immer wieder dieselben) Fragen hervorrufen. Da letztlich der meldende Arzt für die Qualität des Konsiliarberichts verantwortlich ist, geht ihm eine Kopie dieser Rückmeldung zu. Lässt die Qualität der Konsiliarberichte auch nach Rückmeldungen noch zu wünschen übrig, kann die Kommission dieses Problem und den Namen des SCEN-Arztes bei der KNMG bzw. bei SCEN melden.

UNABHÄNGIGKEIT DES KONSILIARARZTES: WICHTIGE ASPEKTE

- Die Einholung der Meinung eines Kollegen zu einem bestimmten Teilaspekt ist keine Konsultation im Sinne des Gesetzes.
- Formale Konsultation: Der Konsiliararzt muss unabhängig sein, schon der Anschein fehlender Unabhängigkeit muss vermieden werden.
- Grundsatz: Der Konsiliararzt muss den Patienten sehen und mit ihm sprechen; wenn keine Kommunikation möglich ist, kann sehen ausreichen.
- Unter Umständen, vor allem wenn zwischen der Konsultation und der Durchführung der Sterbehilfe viel Zeit liegt, kann ein erneutes Hinzuziehen des Konsiliararztes (oder, wenn dieser nicht verfügbar ist, eines anderen Konsiliararztes) erforderlich sein.
- Der Arzt nimmt vom Bericht des Konsiliararztes Kenntnis und misst ihm großes Gewicht bei.

³⁴ Die KNMG hat eine Beschwerdekommision ins Leben gerufen, die sich mit dem Handeln von SCEN-Ärzten befasst.

3.7. MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Leistet ein Arzt Sterbehilfe, so muss er diese 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. Sie enthält Empfehlungen für Ärzte und Apotheker für eine in der Praxis anwendbare und effektive Durchführung der Sterbehilfe, beispielsweise in Bezug auf Mittel, die empfohlen werden bzw. von denen abgeraten wird.

Allgemeines

Nachstehend wird bezüglich der Durchführung der Sterbehilfe zwischen Lebensbeendigung auf Verlangen (der Arzt verabreicht die Mittel) und Hilfe bei der Selbsttötung (der Patient nimmt die vom Arzt bereitgestellten Mittel selbst ein) unterschieden. Bestimmte Normen sind in beiden Fällen von Bedeutung. So ist es beispielsweise wichtig, dass der Arzt in seinem Bericht die verwendeten Mittel, die Dosierung und die Art der Verabreichung angibt. Außerdem muss er den zeitlichen Ablauf dokumentieren. Gemäß der Richtlinie muss der Arzt über einen Notvorrat an Mitteln verfügen, falls es zu Problemen mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln kommt. Es ist nicht zulässig, dass der Arzt das Sterbemittel vor der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung beim Patienten zurücklässt, da dieses in Abwesenheit des Arztes eingenommen bzw. verabreicht werden könnte.

Lebensbeendigung auf Verlangen: Verabreichungsreihenfolge und Dosierung der Mittel

Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte der Richtlinie entsprechend zunächst ein komauslösendes 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. Bevor der Arzt die Lebensbeendigung durchführt, sollte er mit dem Patienten und den Angehörigen darüber sprechen, wie die betreffenden Mittel wirken. Es ist wichtig, dass die individuellen Wünsche des Patienten unter Beachtung der Richtlinie so weit wie möglich berücksichtigt werden.

Lebensbeendigung auf Verlangen: Überprüfung der Komatiefe

Es muss verhindert werden, dass das muskelrelaxierende Mittel verabreicht wird, bevor sich der Patient in einem tiefen Koma befindet, da die Wirkung des Muskelrelaxans ansonsten für den Patienten spürbar sein könnte. Entsprechend muss der Arzt die Komatiefe vor der Verabreichung des muskelrelaxierenden Mittels überprüfen und zu dem Schluss kommen, dass sie ausreichend ist. Vom Arzt wird in diesem Zusammenhang erwartet, dass er die Frage im Musterbericht zur Überprüfung der Komatiefe beantwortet und insbesondere darlegt, dass er dies mit Hilfe eines Schmerzreizes und/oder Schutzreflexes (Lidschlussreflex, Kornealreflex) kontrolliert hat. In Zweifelsfällen werden die Kommissionen Fragen zur Tiefe des Komas stellen und wissen wollen, auf welche Weise der Arzt diese festgestellt hat.

Lebensbeendigung auf Verlangen: Durchführung durch den Arzt

Es ist nicht erlaubt, dass der Arzt einen Angehörigen oder eine andere Person die Sterbemittel in seiner Anwesenheit beispielsweise über eine PEG-Sonde verabreichen lässt. Sämtliche Schritte des Prozesses sind vom Arzt selbst durchzuführen. Das bedeutet auch, dass der Arzt anwesend sein muss, bis der Tod eingetreten und die Rücksprache mit dem Leichenbeschauer abgeschlossen ist.

Hilfe bei der Selbsttötung: Mittel und Dosierung

Hilfe bei der Selbsttötung beinhaltet, dass der Arzt das Sterbemittel (ein Barbiturat) in einer Flüssigkeit löst, dieses dem Patienten aushändigt und der Patient die Lösung anschließend trinkt. Die beiden oben beschriebenen Schritte (Herbeiführung eines Komas und anschließende Verabreichung eines muskelrelaxierenden Mittels) entfallen. Bevor Hilfe bei der Selbsttötung geleistet wird, muss der Arzt dem Patienten aber ein Mittel verabreichen, das ein Erbrechen verhindert und die Magenpassage beschleunigt. Art und Dosierung der bei der Hilfe bei der Selbsttötung zu verwendenden Mittel sind in der Richtlinie angegeben.

Hilfe bei der Selbsttötung: Arzt muss in unmittelbarer Nähe bleiben

Auf Wunsch des Patienten kann der Arzt den Raum verlassen, nachdem der Patient das Sterbemittel eingenommen hat. Allerdings muss der Arzt in unmittelbarer Nähe des Patienten bleiben, damit er im Falle von Komplikationen (wenn der Patient beispielsweise die Barbituratlösung erbricht) schnell eingreifen kann. Möglicherweise muss der Arzt in einem solchen Fall doch noch aktiv Sterbehilfe leisten. Es kann auch vorkommen, dass der Patient nach der

Einnahme der Barbituratlösung nicht verstirbt. Auch dann muss der Arzt das Leben des Patienten nach einer gewissen Zeit beenden. Diese Situation muss der Arzt vorab mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprechen, und er muss mit dem Patienten vereinbaren, nach welchem Zeitraum aktiv Sterbehilfe geleistet werden soll. Um vorbereitet zu sein, muss der Arzt beim Patienten standardmäßig eine Kanüle legen und die Mittel verfügbar haben, die er für eine aktive Lebensbeendigung benötigt. Auch nach der Hilfe bei der Selbsttötung muss der Arzt anwesend sein, bis der Tod eingetreten und die Rücksprache mit dem Leichenbeschauer abgeschlossen ist.

Kontakt zwischen Arzt und Apotheker

Der Arzt trägt die Verantwortung für die medizinisch fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe; sein Handeln wird von den Kommissionen beurteilt. Aber auch der Apotheker trägt Verantwortung, sofern er die Spritzen oder Lösungen vorbereitet, zusammenstellt und etikettiert. Der Arzt muss kontrollieren, ob er tatsächlich die richtigen Mittel in der richtigen Dosierung erhält.

Wichtig ist, dass der Apotheker genügend Zeit hat, um die pharmazeutischen Aspekte richtig abwägen zu können, z. B. welche Mittel und welche Methode zum Einsatz kommen sollen. Deshalb sollte es frühzeitig zu einer Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Apotheker kommen.

Es ist nicht die Aufgabe des Apothekers, selbst ebenfalls die Einhaltung aller gesetzlichen Sorgfaltskriterien zu beurteilen. Das ist die Zuständigkeit des Arztes. Grundsätzlich gilt für einen Apotheker wie für einen Arzt, dass er nicht dazu verpflichtet ist, an der Durchführung von Sterbehilfe mitzuwirken. Aus diesem Umstand ergibt sich ein weiteres Argument für einen frühzeitigen Kontakt zwischen Arzt und Apotheker, denn so können Probleme in der letzten Phase des Sterbehilfeprozesses vermieden werden.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG DER LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN: WICHTIGE ASPEKTE

- Einzuhaltende Reihenfolge:
 - Verabreichung eines komaauslösenden Mittels durch den Arzt
 - Kontrolle der Komatiefe
 - Verabreichung eines muskelrelaxierenden Mittels durch den Arzt
 - Arzt bleibt anwesend, bis er den Tod festgestellt hat, der Leichenbeschauer da war und die Rücksprache mit ihm abgeschlossen ist
- Angaben zu den zu verwendenden Mitteln, zur Dosierung, zur Verabreichungsweise und zur Kontrolle der Komatiefe: KNMG/KNMP-Richtlinie 2012
- Arzt muss einen Notvorrat an Mitteln zur intravenösen Verabreichung verfügbar haben

MEDIZINISCH FACHGERECHTE HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG: WICHTIGE ASPEKTE

- Einzuhaltende Reihenfolge:
 - vorab Kanüle legen und Antiemetikum verabreichen
 - zeitlichen Ablauf und eventuelle aktive Lebensbeendigung mit Patient und Angehörigen besprechen
 - Aushändigung der Barbituratlösung durch den Arzt
 - Arzt bleibt anwesend oder in unmittelbarer Nähe, bis er den Tod festgestellt hat, der Leichenbeschauer da war und die Rücksprache mit ihm abgeschlossen ist
- Angaben zu den zu verwendenden Mitteln, zur Dosierung und zur Verabreichungsweise: KNMG/KNMP-Richtlinie 2012
- Arzt muss einen Notvorrat an Mitteln zur intravenösen Verabreichung verfügbar haben

4 BESONDERE ASPEKTE

4.1. SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz können Patienten, die diesbezüglich willensfähig sind, ab Vollendung des 16. Lebensjahres eine schriftliche Patientenverfügung verfassen und darin ein Ersuchen um Sterbehilfe formulieren. Ergibt sich dann später eine Situation, in der der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann, kann der Arzt die Patientenverfügung als Ersuchen im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a Sterbehilfegesetz werten. Die schriftliche Patientenverfügung hat damit denselben Status wie ein mündliches Ersuchen um Sterbehilfe.³⁵

Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung

Je nach Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung kann sie ein mündlich geäußertes Ersuchen um Sterbehilfe ersetzen, sie kann aber auch bei der Bestimmung des Zeitpunktes der Durchführung der Sterbehilfe herangezogen werden. Wichtig ist, dass der Patient in der Verfügung möglichst deutlich zum Ausdruck bringt, unter welchen konkreten Umständen seinem Ersuchen Folge geleistet werden soll. Es muss dabei um Umstände gehen, unter denen ein vom Patienten als unerträglich empfundenenes Leiden gegeben ist.³⁶ Bei der Beurteilung des Leidens spielt der Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung eine wichtige Rolle. Darüber hinaus sind auch das Verhalten des Patienten und der allgemeine medizinische Wissensstand von Bedeutung, wenn es um die Folgen eines bestimmten Krankheitsprozesses für einen Patienten geht.

Im Sterbehilfegesetz ist nicht festgelegt, dass eine einmal verfasste schriftliche Patientenverfügung nur eine bestimmte Gültigkeitsdauer hat oder regelmäßig aktualisiert werden muss. Je älter die Patientenverfügung ist, desto mehr Zweifel können sich bei der Frage ergeben, ob sie noch dem Willen des Patienten entspricht. Wenn der Patient die Verfügung aktualisiert oder nach der Niederschrift den Inhalt mündlich bekräftigt hat, hat die Verfügung einen höheren Stellenwert als in Fällen, in denen dies nicht geschehen ist. Es ist wichtig, dass der Patient die schriftliche Patientenverfügung frühzeitig verfasst, regelmäßig aktualisiert und darin so umfassend wie möglich beschreibt, unter welchen konkreten Umständen er

³⁵ Siehe das Schreiben der Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport vom 4. Juli 2014 zur schriftlichen Patientenverfügung bei Sterbehilfe.

³⁶ Es gibt auch eine Ausnahme vom Grundsatz, dass der Patient Leiden empfinden muss, siehe hierzu Abschnitt 4.7.

die Durchführung der Lebensbeendigung wünscht. Es liegt in der Verantwortung des Patienten, die Verfügung bei der Erstellung und der Aktualisierung mit dem Arzt zu besprechen. Der Arzt muss die betreffenden Informationen in die Patientenakte aufnehmen. Eine vom Patienten selbst und in eigenen Worten verfasste Verfügung hat in der Regel eine höhere Aussagekraft als ein vorgedrucktes Formular.

Wichtig ist also Folgendes:

- a) der Umfang oder die Art und Weise der Bestätigung (verbal oder nonverbal) einer früheren schriftlichen Verfügung durch den Patienten, zu einer Zeit, als er noch willensfähig war;
- b) in der Zeit, in der der Patient sich nicht mehr (gut) mitteilen konnte, darf es keine Äußerungen von ihm gegeben haben, die dem Inhalt der Patientenverfügung widersprechen;
- c) zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe muss die Situation eingetreten sein, auf die sich der Patient in seiner schriftlichen Verfügung bezogen hat.

Unter Berücksichtigung aller Umstände und Tatsachen muss im Lauf der Zeit ein so dauerhafter Eindruck von der Bitte des Patienten nach Sterbehilfe bestehen, dass nach vernünftigem Ermessen davon ausgegangen werden kann, dass die schriftliche Patientenverfügung dem Willen des Patienten zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung entspricht.

Übrige Sorgfaltskriterien »gelten entsprechend«

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz gelten die in Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien bei Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung entsprechend. Im Sinne der Gesetzesgeschichte bedeutet dies, dass die Sorgfaltskriterien, »soweit dies in einer solchen Situation faktisch möglich ist, gelten«.³⁷ Bei der Beurteilung der Frage, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, 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.

Wenn die schriftliche Patientenverfügung die mündlich geäußerte Bitte um Sterbehilfe ersetzt, gelten die übrigen Sorgfaltskriterien entsprechend. Dazu ist allgemein Folgendes anzumerken:

³⁷ Soweit die Erläuterung zur Änderung des Gesetzes, mit der Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz um die Bestimmung »gelten entsprechend« ergänzt wurde (Parlamentsdrucksachen II, 26691, Nr. 35).

- a) Der Patient muss sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert haben: Der Arzt wird aufgrund seiner früheren Kontakte mit dem Patienten beurteilen können, ob die Patientenverfügung »freiwillig und nach reiflicher Überlegung« verfasst worden ist. Der Umstand, dass der Patient eine Patientenverfügung verfasst und diese möglicherweise, solange er dazu noch in der Lage war, wiederholt und bekräftigt hat, kann als klares Indiz dafür gesehen werden, dass das Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde. Der Arzt kann sich in diesem Zusammenhang z. B. auch auf Gespräche mit den Angehörigen oder mit dem Vertreter des Patienten berufen.
- b) Das Leiden ist unerträglich und der Zustand ist aussichtslos: Die Patientenverfügung ersetzt ein mündlich geäußertes Ersuchen. Dessen ungeachtet muss aber zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen feststehen oder plausibel sein, dass der Patient unerträglich leidet.
- c) Der Patient muss über die Situation, in der er sich befindet, und seine Prognose informiert worden sein: Relevant ist, dass der Arzt weiß, dass der Patient über die Situation, in der er sich befindet, und seine Prognose informiert worden ist, als eine verbale Kommunikation noch möglich war.
- d) Es gibt keine annehmbare andere Lösung: Wie bereits erwähnt (Abschnitt 3.5) müssen Arzt und Patient gemeinsam zu dieser Überzeugung gelangt sein. Dem Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung und den Äußerungen des Patienten zu der Zeit, als eine Kommunikation mit ihm noch möglich war, kommen also große Bedeutung zu.
- e) Unabhängigkeit des Konsiliararztes: Das Sterbehilfegesetz verlangt, dass der Konsiliararzt den Patienten sieht. Dies ist auch in einer solchen Situation möglich. Eine Kommunikation zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten wird nicht oder kaum möglich sein. Das bedeutet, dass der Konsiliararzt für seinen Bericht eigene Beobachtungen und ergänzende Informationen aus anderen Quellen heranziehen muss (Patientenakte, Facharztberichte, Inhalt der Patientenverfügung, Gespräche mit dem Arzt, Pflegekräften und den Angehörigen).
- > Siehe auch Abschnitt 3.6 und Abschnitt 4.7.*
- f) Medizinisch fachgerechte Durchführung: Für dieses Sorgfaltskriterium ergeben sich bei einer Lebensbeendigung auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung meist keine Besonderheiten. Allerdings kann es in Situationen, in denen sich der Patient der Durchführung der Sterbehilfe nicht mehr bewusst ist (etwa Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz), vorkommen, dass dieser vor Schreck oder mit einer Schmerzreaktion Widerstand zu leisten scheint. Weder das Gesetz noch seine Geschichte bieten Anknüpfungspunkte dafür, was in einer solchen Situation zu tun ist. Daher kann es für solche Fälle

keine allgemeingültigen Regeln geben. Wenn der Arzt es für möglich hält, dass beim Patienten bei der Durchführung der Sterbehilfe eine Schreck- oder Schmerzreaktion ausgelöst werden könnte, ist es nicht unüblich, eine Prämedikation (etwa in Form von Midazolam) zu verabreichen. Dieses Vorgehen kann dann Teil des medizinisch fachgerechten Handelns sein. Dennoch müssen derlei Aspekte in jedem Einzelfall anhand der konkreten Umstände beurteilt werden, wobei unter anderem die Frage zu beantworten ist, zu welchem Zweck die Prämedikation gegeben worden ist. Bei der Beurteilung dieser Punkte ist es ausgesprochen nützlich, wenn der Arzt den Fall gut dokumentiert hat.

Die Patientenverfügung im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz gilt als Ausdruck des Patientenwillens. In den Fällen, in denen der Inhalt der Patientenverfügung mit dem übereinstimmt, was der Patient mündlich geäußert hat, als er noch willensfähig war, ergeben sich in der Regel keine Fragen. Auch dann, wenn der Patient nicht mehr auf normale Art und Weise kommunizieren kann, gibt es möglicherweise Formen der verbalen oder physischen Äußerung, die dahingehend interpretiert werden können, dass sie mit seinen zuvor geäußerten Wünschen im Einklang stehen. Diese Äußerungen stützen dann die Patientenverfügung. Es kann vorkommen, dass ein nicht willensfähiger Patient, der eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat, als er noch willensfähig war, und der sich in einer Situation befindet, die er in der Verfügung beschrieben hat und in der alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind, sich der Durchführung der Lebensbeendigung nicht bewusst ist. Der Arzt muss dann mit Blick auf Äußerungen, die als Einwand gegen eine Lebensbeendigung aufgefasst werden können, wachsam sein. Sollte sich der Patient in diesem Sinne äußern, darf keine Sterbehilfe durchgeführt werden.

> *Siehe auch Abschnitt 4.4, Demenzpatienten.*

> *Siehe auch Abschnitt 4.6, Patienten mit Aphasie.*

> *Siehe auch Abschnitt 4.7, Koma/vermindertes Bewusstsein.*

> *Siehe auch Abschnitt 4.8, Sterbehilfe und palliative Sedierung.*

SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG: BESONDERE ASPEKTE

- Wie eindeutig ist die Patientenverfügung?
- Hat der Patient die Verfügung bekräftigt, als er noch willensfähig war?
- Kann bei Berücksichtigung aller Umstände angenommen werden, dass die Patientenverfügung Ausdruck des Willens des Patienten ist?
- Gibt es Äußerungen des Patienten, die dem Inhalt der Patientenverfügung widersprechen?
- Wurden die übrigen Sorgfaltskriterien eingehalten, soweit dies in der jeweiligen Situation faktisch möglich war?

4.2. MINDERJÄHRIGE PATIENTEN

Das Sterbehilfegesetz gilt für die Durchführung von Sterbehilfe bei Patienten ab zwölf Jahren. Es enthält allerdings für Minderjährige einige zusätzliche Anforderungen:

- Bei Minderjährigen im Alter von 12 bis 16 Jahren ist zusätzlich zum Ersuchen des Patienten das Einverständnis der Eltern, eines Elternteils oder des Vormunds erforderlich (Artikel 2 Absatz 4 Sterbehilfegesetz).
- Bei Minderjährigen im Alter von 16 oder 17 Jahren müssen die Eltern bzw. ein Elternteil oder der Vormund in die Entscheidungsfindung einbezogen werden; deren Einverständnis ist jedoch nicht erforderlich (Artikel 2 Absatz 3 Sterbehilfegesetz).

In beiden Fällen gelten natürlich die in Abschnitt 3 genannten Sorgfaltskriterien. Die gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf die Einbeziehung von Eltern, Elternteil oder Vormund in die Entscheidungsfindung gelten auch dann, wenn das Ersuchen des Minderjährigen in Form einer schriftlichen Patientenverfügung vorliegt.³⁸

Meldungen über Sterbehilfe bei Minderjährigen im Alter von 12 bis 18 Jahren sind selten. Im Zeitraum von 2002 bis 2017 gingen lediglich acht solcher Meldungen bei den Kontrollkommissionen ein.

4.3. PATIENTEN MIT EINER PSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNG

Gemäß dem Urteil des Hohen Rates im Fall Chabot aus dem Jahr 1994 gilt, dass der Arzt bei einem Sterbehilfeersuchen, das (überwiegend) auf ein psychisches Leiden zurückgeht, mit großer Behutsamkeit vorgehen muss.³⁹ Häufig geht es in solchen Fällen um eine komplexe psychiatrische Problematik, und es sind spezifische Fachkenntnisse erforderlich.⁴⁰ Diese Behutsamkeit ist vor allem bei den Sorgfaltskriterien des freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung geboten.

38 In Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz ist ein Alter von 16 Jahren genannt. Aufgrund von Artikel 2 Absatz 4 Satz 1 letzter Satzteil können aber auch Patienten im Alter von 12 bis 16 Jahren eine rechtsgültige schriftliche Patientenverfügung verfassen.

39 Genau genommen forderte der Hohe Rat die genannte Behutsamkeit in allen Fällen, in denen sich das Leiden nicht nachweislich aus einer somatischen Krankheit oder Gesundheitsstörung ergibt und nicht nur aus dem Empfinden von Schmerzen und dem Verlust von Körperfunktionen besteht (Hoher Rat, 21. Juni 1994, NJ 1994/656).

40 Siehe auch die Richtlinie des Niederländischen Verbands für Psychiatrie zum Umgang mit einem Ersuchen um Hilfe bei der Selbsttötung von Patienten mit einer psychiatrischen Störung (Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis), Utrecht, 2009. Kurz vor der Veröffentlichung des Sterbehilfekodex 2018 wurde eine Revision dieser Richtlinie vorbereitet.

Bei der Beurteilung des Ersuchens muss ausgeschlossen werden können, dass das Urteilsvermögen des Patienten durch die psychiatrische Erkrankung beeinträchtigt wurde. Ist das Urteilsvermögen im Hinblick auf das Ersuchen nicht ausreichend, liegt kein freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen vor. Der Arzt muss untersuchen, ob der Patient relevante Informationen erfassen kann, ob er über ein Krankheitsbewusstsein verfügt und ob er in der Lage ist, seine Erwägungen konsistent zu äußern.

> *Siehe auch Abschnitt 3.2.*

Was die Aussichtslosigkeit des Zustands und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung angeht, so ist gründlich zu prüfen, ob es für den Patienten noch Behandlungsmöglichkeiten gibt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient relativ jung ist und noch viele Jahre leben könnte.⁴¹ Verfügt der Arzt nicht über das erforderliche Fachwissen, um beurteilen zu können, ob es noch Alternativen gibt, muss er sich diesbezüglich von sachkundigen Kollegen umfassend informieren lassen. Lehnt der Patient eine annehmbare Alternative ab, kann grundsätzlich nicht von einem aussichtslosen Zustand die Rede sein. Allerdings muss sich ein Patient nicht allen noch denkbaren Behandlungen unterziehen.

> *Siehe hierzu Abschnitt 3.5.*

Hinzuziehung eines Konsiliar- und Facharztes

Zusätzlich zum Konsiliararzt, der die Einhaltung aller in den Abschnitten 3,2 bis 3,5 genannten Sorgfaltskriterien beurteilt, muss der Arzt immer auch einen unabhängigen Psychiater hinzuziehen, der insbesondere die Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf sein Ersuchen um Sterbehilfe, die Aussichtslosigkeit seines Zustands und das Fehlen annehmbarer anderer Lösungen beurteilt. Dieser darf – im Gegensatz zu einem Konsiliararzt – erforderlichenfalls auch Behandlungsempfehlungen aussprechen. Sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt und einem Psychiater zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen, ist es zulässig, sich auf die Hinzuziehung eines (SCEN-)Konsiliararztes, der auch Psychiater ist, zu beschränken. In einem solchen Fall muss sich der Arzt jedoch darüber im Klaren sein, dass dieser Konsiliararzt nicht nur als (SCEN-)Konsiliararzt die Sorgfaltskriterien beurteilen, sondern auch als Sachverständiger auftreten muss. Als Sachverständiger muss er ein – ggf. auf einer eigenen Untersuchung beruhendes – Urteil über

⁴¹ Siehe die Fälle 2016-41 und 2016-78 im Jahresbericht 2016 (Fall 2016-78 wurde in die deutsche Fassung nicht aufgenommen). Beide Fälle wurden auf der Website der Kontrollkommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) veröffentlicht. In diesen Fällen ging es um eine Frau im Alter von 40 bis 50 Jahren bzw. um einen Mann im Alter von 30 bis 40 Jahren. Beide Male waren alle Sorgfaltskriterien nach Auffassung der Kommission erfüllt.

spezifische Aspekte wie die Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf sein Ersuchen um Sterbehilfe, die Aussichtslosigkeit seines Zustands und das Fehlen annehmbarer anderer Lösungen abgeben.

> *Siehe auch Abschnitt 4.4.*

Kombination von somatischen und psychiatrischen Erkrankungen

Im Vorstehenden geht es um Patienten, deren Bitte um Sterbehilfe auf ein Leiden zurückgeht, das mit einer psychiatrischen Störung zusammenhängt. Es kommt regelmäßig vor, dass der Leidensdruck des Patienten vor allem von somatischen Störungen verursacht wird, dieser darüber hinaus aber auch psychische Probleme hat. Diese Probleme können ebenfalls zu dem vom Patienten empfundenen Leidensdruck beitragen. Auch in solchen Fällen müssen der Arzt und der Konsiliararzt gründlich abwägen, ob die psychiatrische Problematik des Patienten einem freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchen möglicherweise entgegensteht. Ist der Konsiliararzt kein Psychiater, so kann es in einem derartigen Fall erforderlich sein, einen solchen um eine Stellungnahme zu bitten. Übrigens kommt eine niedergeschlagene Stimmung in einer Situation, in der um Sterbehilfe gebeten wird, häufiger vor und ist nicht unbedingt ein Anzeichen für eine Depression.

PATIENTEN MIT EINER PSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNG: BESONDERE ASPEKTE

- Muss der Sterbewunsch des Patienten als freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen oder als Ausdruck seiner Erkrankung gesehen werden?
- Wurde festgestellt, dass der Zustand aussichtslos ist und dass es keine annehmbare Alternative gibt?
- Wurde zusätzlich zum Konsiliararzt auch ein unabhängiger Psychiater hinzugezogen oder ist der Konsiliararzt selbst Psychiater?

4.4. DEMENZPATIENTEN

Auch bei Patienten mit Demenz muss die Einhaltung der gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien, insbesondere mit Blick auf die Willensfähigkeit und die Unerträglichkeit des Leidens, mit besonderer Umsicht geprüft werden. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf nimmt bei Demenzpatienten die Willensfähigkeit ab und ist nach einiger Zeit möglicherweise überhaupt nicht mehr gegeben.

Demenz in der Anfangsphase

In fast allen derartigen Fällen, die den Kommissionen bisher gemeldet wurden, ging es um Patienten, die sich im Anfangsstadium der Demenz befanden. In diesem Stadium ist sich der Patient in der Regel über seine Krankheit noch im Klaren und mit Blick auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig. Ausschlaggebend für das Leiden des 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 auf insbesondere die Würde und die Eigenständigkeit des Patienten (siehe auch Abschnitt 3.3). 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. Durch diese Aussicht kann großes, aktuell empfundenes Leiden entstehen.

Späteres Stadium der Demenz

Die Durchführung der Sterbehilfe in dem Stadium, in dem der Demenzprozess so weit fortgeschritten ist, dass der Patient nicht mehr willensfähig ist und auch nicht mehr (oder nur noch durch einfache Äußerungen oder Gebärden) kommunizieren kann, ist möglich⁴², wenn der Patient zu der Zeit, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat.⁴³ Es muss sich dabei um eine eindeutige Verfügung handeln, die unmissverständlich für die eingetretene Situation gilt.

> Zur schriftlichen Patientenverfügung siehe auch Abschnitt 4.1.

Der Arzt muss bei seinen Erwägungen den gesamten Krankheitsprozess und alle sonstigen spezifischen Umstände berücksichtigen. Es ist seine Aufgabe, das Verhalten und die Äußerungen des Patienten sowohl während des Krankheitsprozesses als auch unmittelbar vor der Durchführung der Sterbehilfe zu interpretieren. Zu diesem Zeitpunkt muss davon ausgegangen werden können, dass die Durchführung der Sterbehilfe der zuvor verfassten schriftlichen Patientenverfügung entspricht und dass es dafür keine Gegenanzeigen gibt (etwa klare Hinweise des Patienten, dass er keine Lebensbeendigung wünscht). Außerdem muss davon ausgegangen werden können, dass der Patient zum betreffenden Zeitpunkt unerträglich leidet. Bei der Beurteilung dieser Umstände spielt,

42 In derartigen Fällen bitten die Kontrollkommissionen den Arzt grundsätzlich um eine mündliche Erläuterung.

43 Die diesbezüglichen Erfahrungen der Kommissionen sind sehr begrenzt: drei Fälle im Jahr 2016, weitere drei Fälle im Jahr 2017. Der Prozess der Urteilsbildung in dieser Frage ist noch nicht abgeschlossen.

wie bereits erwähnt, der Inhalt der Patientenverfügung eine Rolle. Die übrigen Sorgfaltskriterien müssen soweit es in der jeweiligen Situation faktisch möglich ist erfüllt sein.

Hinzuziehung eines Konsiliar- und Facharztes

Bei Sterbehilfe im Anfangsstadium der Demenz genügt im Allgemeinen das reguläre Konsultationsverfahren. Allerdings muss dafür die Diagnose Demenz *lege artis* gestellt worden sein. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich gezielt einen sachkundigen Kollegen um eine Stellungnahme bitten.

Bei Sterbehilfe in einem späteren Stadium der Krankheit muss der Arzt zusätzlich zum regulären Konsiliararzt (SCEN-Arzt), der die Einhaltung aller in den Abschnitten 3.2 bis 3.5 genannten Sorgfaltskriterien beurteilt, auch einen entsprechenden Facharzt hinzuziehen (beispielsweise einen Geriater oder einen Internisten mit der Spezialisierung auf Geriatrie). Dieser muss beurteilen, ob der Patient im Hinblick auf sein Ersuchen noch willensfähig ist. Wenn er zu dem Schluss kommt, dass der Patient diesbezüglich nicht willensfähig ist, ist eine schriftliche Patientenverfügung erforderlich. Darüber hinaus muss er beurteilen, ob der Patient unerträglich leidet und sein Zustand aussichtslos ist und ob es keine annehmbaren Alternativen gibt. Auch hier gilt, dass – sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt und einem Facharzt zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen – die Hinzuziehung eines (SCEN-) Konsiliararztes, der auch ein entsprechender Facharzt ist, ausreichen kann. Auch dann muss sich der Arzt darüber im Klaren sein, dass dieser Konsiliararzt nicht nur als (SCEN-)Konsiliararzt die Sorgfaltskriterien a bis d beurteilen, sondern auch die Rolle des Sachverständigen übernehmen muss. Als Sachverständiger muss er ein – ggf. auf einer eigenen Untersuchung beruhendes – Urteil über spezifische Aspekte wie die Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf sein Ersuchen um Sterbehilfe, die Unerträglichkeit seines Leidens, die Aussichtslosigkeit seines Zustands und eventuelle annehmbare andere Lösungen abgeben.

Im Spätstadium der Demenz ist es nicht immer möglich, dass der Konsiliararzt noch mit dem Patienten spricht. In diesem Fall muss der Konsiliararzt sich anhand aller anderen Tatsachen und Umstände ein Urteil bilden. Die in dieser Situation erforderliche schriftliche Patientenverfügung und zusätzliche Informationen vonseiten des Arztes oder der Angehörigen des Patienten können dabei hilfreich sein.

> Siehe auch Abschnitt 4.3.

DEMENZPATIENTEN: BESONDERE ASPEKTE

- Ist der Patient noch in der Lage, einen Willen zu bilden und diesen zu äußern?
- Wenn nicht: Liegt eine schriftliche Patientenverfügung vor?
- Kann der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe noch kommunizieren?
Wenn nicht:
 - Liegt eine Situation vor, auf die sich die Patientenverfügung unmissverständlich bezieht?
 - Empfindet der Patient unerträgliches Leiden?
 - Gibt es klare Anzeichen dafür, dass der Patient keine Lebensbeendigung wünscht?
- Wurde zusätzlich zum Konsiliararzt ein entsprechender Facharzt hinzugezogen oder besitzt der Konsiliararzt selbst die erforderliche Spezialisierung?

4.5. PATIENTEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit einer geistigen Behinderung sind selten.⁴⁴ Es gibt Patienten mit (leichter) geistiger Behinderung, die freiwillig und nach reiflicher Überlegung ein Sterbehilfeersuchen äußern können und bei denen auch die anderen Sorgfaltskriterien erfüllt sind.⁴⁵ In diesen Fällen muss besonders aufmerksam geprüft werden, ob der Patient mit Blick auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig ist.

Hinzuziehung eines Konsiliar- und Facharztes

Neben dem regulären Konsiliararzt, der die Einhaltung aller in den Abschnitten 3.2 bis 3.5 genannten Sorgfaltskriterien beurteilt, muss der Arzt im Prinzip auch einen entsprechenden Facharzt zwecks Beurteilung der Willensfähigkeit des Patienten hinzuziehen (z. B. einen Arzt, der auf Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert ist). Auch hier gilt wiederum, dass – sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt *und* einem Facharzt zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen – die Hinzuziehung eines (SCEN-) Konsiliararztes, der auch ein entsprechender Facharzt ist, ausreichen kann. Auch in dieser Situation muss sich der Arzt darüber im Klaren

⁴⁴ Siehe Fall 2016-03, www.euthanasiecommissie.nl.

⁴⁵ Siehe auch Ärztekammer NVAVG: »Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking« (Medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende bei Menschen mit geistiger Behinderung), 2007.

sein, dass dieser Konsiliararzt nicht nur als (SCEN-)Konsiliararzt die Sorgfaltskriterien a bis d beurteilen, sondern auch die Rolle des Sachverständigen übernehmen muss. Als Sachverständiger muss er ein – ggf. auf einer eigenen Untersuchung beruhendes – Urteil über spezifische Aspekte abgeben, insbesondere über die Willensfähigkeit des Patienten mit Blick auf sein Ersuchen um Sterbehilfe.

4.6. PATIENTEN MIT APHASIE

Aphasie ist eine Sprachstörung. Patienten mit Aphasie haben Schwierigkeiten mit dem Gebrauch und dem Verständnis von Sprache. Im Allgemeinen sind solche Patienten zwar in der Lage, freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe zu bitten, allerdings ist es für sie häufig problematisch, ihre Wünsche und Ansichten verbal zu äußern. Oft kann ein Aphasiepatient aber auf andere Weise seinen Willen zum Ausdruck bringen oder Fragen beantworten, beispielsweise durch Händedruck, Mimik oder Gebärden. Es können auch einfache geschlossene Fragen gestellt werden, die der Patient z. B. durch Zeichen oder mit »Ja« oder »Nein« beantworten kann. Somit ist es ungeachtet der Sprachstörung des Patienten möglich, sich ein klares Bild von dessen Sterbewunsch und der dafür erforderlichen Willensfähigkeit zu verschaffen. Wenn auch die anderen Sorgfaltskriterien erfüllt sind, kann der Bitte um Sterbehilfe entsprochen werden.

Hat der Patient eine schriftliche Patientenverfügung verfasst, so kann diese die eingeschränkten verbalen Äußerungen des Patienten stützen und ergänzen.

4.7. KOMA/VERMINDERTES BEWUSSTSEIN

Bei der Beantwortung der Frage, ob Sterbehilfe möglich ist, wenn sich der Patient – nicht infolge palliativer Sedierung – in einem komatösen Zustand oder in einem Zustand verminderten Bewusstseins befindet, spielt vor allem das vom Patienten empfundene Leiden eine Rolle.

> Zu Sterbehilfe und palliative Sedierung siehe auch Abschnitt 4.8.

Koma:

Leiden setzt Bewusstsein voraus. Wenn sich ein Patient im Koma befindet, also in einem Zustand, in dem das Bewusstsein vollständig ausgeschaltet ist, kann er kein Leiden empfinden.

Vermindertes Bewusstsein:

Wenn sich ein Patient in einem Zustand verminderten Bewusstseins befindet, kann nicht ausgeschlossen werden, dass er unerträglich leidet.⁴⁶

Das Koma oder der Zustand des verminderten Bewusstseins tritt vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe ein

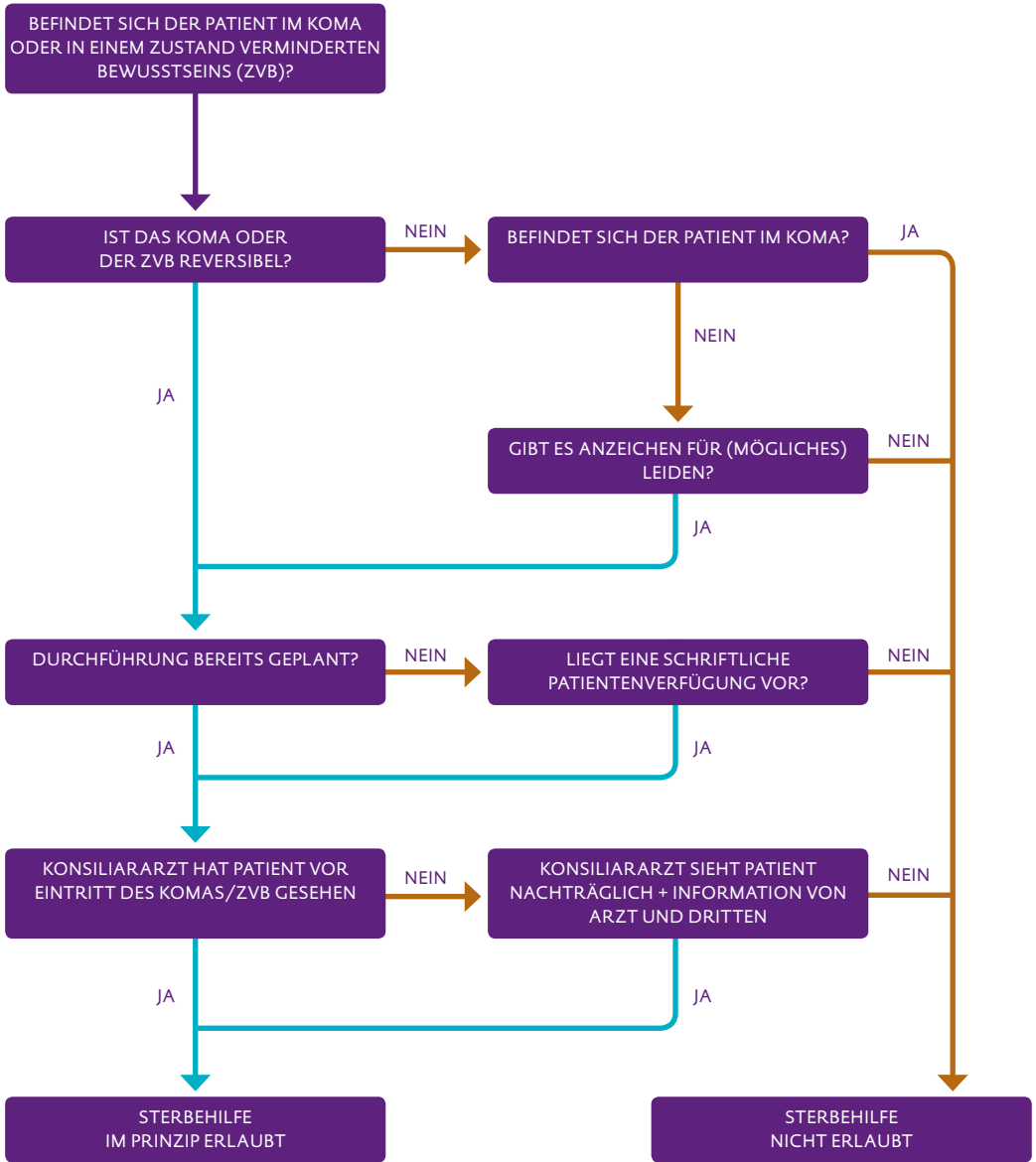
Eine problematische Situation kann entstehen, wenn der Patient kurz vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe ins Koma fällt oder in einen Zustand verminderten Bewusstseins gerät. Dann stellt sich die Frage, ob die Sterbehilfe noch durchgeführt werden kann. Dabei sind verschiedene Situationen zu unterscheiden.

Koma/Zustand des verminderten Bewusstseins ist irreversibel oder reversibel

- Das Koma ist irreversibel (durch Krankheit entstanden, nicht umkehrbar).
Der Patient kann in der terminalen Phase des Krankheitsprozesses spontan in ein Koma fallen. Da er in dieser Situation kein Leiden mehr empfinden kann, darf die Sterbehilfe nicht durchgeführt werden, auch wenn sich der Arzt zuvor dazu bereit erklärt hat.
- Der Zustand verminderten Bewusstseins ist irreversibel (durch Krankheit entstanden, nicht umkehrbar) und es gibt Anzeichen für mögliches Leiden.
Beim Patienten kann spontan ein irreversibler Zustand verminderten Bewusstseins eintreten, wobei es allerdings noch Anzeichen für mögliches Leiden gibt. Dabei geht es insbesondere um Stöhnen, Atemnot mit oder ohne Stridor und Grimassen. Weitere Symptome können Unruhe, Verwirrung und (Kot-)Erbrechen sein.⁴⁷ In dieser Situation kann der Arzt die Sterbehilfe durchführen. Gibt es keine Anzeichen für mögliches Leiden, darf keine Sterbehilfe geleistet werden.
- Das Koma oder der Zustand verminderten Bewusstseins ist reversibel (durch Medikation herbeigeführt, durch Einstellung der Medikation umkehrbar).
Wenn das Koma oder der Zustand verminderten Bewusstseins nicht spontan eingetreten ist, sondern durch Medikation herbeigeführt wurde, könnte dieser Zustand aufgehoben werden, um zu prüfen, ob der Patient noch Leiden empfindet. Allerdings wäre ein solches

⁴⁶ Die Glasgow-Koma-Skala kann dabei helfen, die Bewusstseinsminderung bzw. deren Ausmaß und das damit möglicherweise verbundene Leiden zu bestimmen. Die Skala ist Bestandteil der KNMG-Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein (Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn), Utrecht, 2010.

⁴⁷ Siehe KNMG-Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein (Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn), Utrecht, 2010, S. 28.



STERBEHILFE
IM PRINZIP ERLAUBT

STERBEHILFE
NICHT ERLAUBT

Vorgehen nach Auffassung der Kommissionen unmenschlich. In einer solchen Situation kann der Arzt die Sterbehilfe durchführen, wenn der Patient zuvor mündlich oder mittels schriftlicher Patientenverfügung darum gebeten hat. Es ist nicht erforderlich, ein reversibles Koma bzw. einen reversiblen Zustand verminderten Bewusstseins (auch ohne Anzeichen für mögliches Leiden) lediglich zu dem Zweck aufzuheben, den Patienten die Unerträglichkeit seines Leidens dem Arzt und/oder Konsiliararzt gegenüber bestätigen zu lassen.

Das Koma oder der Zustand verminderten Bewusstseins tritt vor oder nach der Hinzuziehung des Konsiliararztes ein

- Das reversible Koma bzw. der Zustand verminderten Bewusstseins tritt vor der Hinzuziehung des Konsiliararztes ein.
Wenn der Patient in ein reversibles Koma fällt oder in einen Zustand verminderten Bewusstseins gerät, bevor der Konsiliararzt ihn sehen konnte, kann der Konsiliararzt nicht mehr mit ihm kommunizieren und muss sich sein Urteil über das Sterbehilfeersuchen anhand der Informationen des Arztes, einer eventuell vorliegenden Patientenverfügung, der Krankenakte und von Angaben anderer Personen bilden. Das Leiden des Patienten muss der Konsiliararzt aufgrund eigener Beobachtungen, des Patiententagebuchs, von Facharztberichten und der (mündlichen) Informationen vonseiten des Arztes oder anderer Personen, z. B. von Angehörigen oder Pflegekräften, beurteilen. In dieser Situation ist eine schriftliche Patientenverfügung nicht erforderlich.
- Das reversible Koma bzw. der Zustand verminderten Bewusstseins tritt nach der Hinzuziehung des Konsiliararztes ein.
Wenn der Konsiliararzt den Patienten vor Eintritt des Zustands verminderten Bewusstseins oder des reversiblen Kommas besucht hat und mit ihm kommunizieren konnte, braucht er nach Eintritt dieser Situation nicht erneut hinzugezogen zu werden. Wenn gleich der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, ist eine schriftliche Patientenverfügung in diesem Fall nicht erforderlich.⁴⁸

Das Koma oder der Zustand verminderten Bewusstseins tritt ein, die Durchführung der Sterbehilfe stand nicht kurz bevor

Wenn ein Patient ins Koma fällt oder in einen Zustand verminderten Bewusstseins gerät, bevor das Sterbehilfeverfahren abgeschlossen oder überhaupt in Gang gesetzt worden ist, kann die Sterbehilfe nur dann geleistet werden, wenn eine vom Patienten verfasste schriftliche Verfügung vorliegt. Der Konsiliararzt muss den Patienten sehen und sich auch hier sein Urteil unter anderem anhand der Informationen

⁴⁸ Siehe dazu auch die KNMG-Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein (Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn), Utrecht, 2010.

des Arztes, der Krankenakte und von Angaben anderer Personen bilden. Außerdem muss es – sofern die Bewusstseinsminderung irreversibel ist – Anzeichen für ein mögliches Leiden geben.

> *Siehe auch Abschnitt 3.6. und 4.1.*

KOMA/VERMINDERTES BEWUSSTSEIN: BESONDERE ASPEKTE

- Koma/vermindertes Bewusstsein tritt kurz vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe ein:
 - Wurde das Koma oder die Bewusstseinsminderung (bzw. deren Ausmaß) vom Arzt festgestellt? Anhand der Glasgow-Koma-Skala?
 - Ist das Koma oder die Bewusstseinsminderung reversibel?
 - Gibt es im Falle einer irreversiblen Bewusstseinsminderung beim Patienten Anzeichen für ein mögliches Leiden?
 - Verfügt der Konsiliararzt, falls er den Patienten nicht vor Eintritt der Bewusstseinsminderung oder des reversiblen Komats gesehen hat, über genügend Informationen, um sich ein Urteil bilden zu können?
- Koma/Zustand verminderten Bewusstseins tritt ein, die Durchführung der Sterbehilfe stand nicht kurz bevor:
 - Zusätzlich zu den oben genannten Punkten: Existiert eine schriftliche Patientenverfügung?

4.8. STERBEHILFE UND PALLIATIVE SEDIERUNG

Sterbehilfe und palliative Sedierung sind zwei unterschiedliche Arten, den Patienten von unerträglichem Leiden zu befreien bzw. dieses zu lindern. Bei der Sterbehilfe wird dies erreicht, indem man das Leben beendet oder beenden lässt, bei der palliativen Sedierung, indem der Patient bis zum Eintritt des Todes in einen Zustand verminderten Bewusstseins versetzt wird. Im Gegensatz zur Sterbehilfe wird die palliative Sedierung als normales medizinisches Handeln angesehen. Sie ist allerdings an bestimmte Kriterien und Voraussetzungen gebunden. Eine dieser Voraussetzungen besteht darin, dass die Lebenserwartung höchstens zwei Wochen beträgt.⁴⁹

Patienten, die unerträglich leiden, können um Sterbehilfe bitten, sich eventuell aber auch für eine palliative Sedierung entscheiden. Letzteres kann eine gute Alternative sein, wenn ein Patient Sterbehilfe ablehnt. Manche Patienten möchten hingegen bis zum letzten Moment bei klarem Verstand sein und lehnen aus diesem Grund eine

⁴⁹ Siehe auch die KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung (Richtlijn palliatieve sedatie), Utrecht, 2009.

palliative Sedierung ab. Ein Patient kann also für sich zu dem Schluss kommen, dass die palliative Sedierung keine »annehmbare andere Lösung« darstellt. Die Ablehnung einer palliativen Sedierung ist somit kein Hindernis für die Erfüllung einer Bitte um Sterbehilfe.

> *Siehe auch Abschnitt 3.5.*

Es kann auch vorkommen, dass ein Patient um Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen bittet. In einem solchen Fall kommt zunächst palliative Sedierung zum Einsatz und vereinbarungsgemäß wird eine Lebensbeendigung nur dann durchgeführt, wenn bestimmte Umstände eintreten. Denkbar sind etwa folgende Situationen:

- Der Eintritt des Todes lässt länger auf sich warten als vom Patienten gewünscht.⁵⁰
- Der Patient lässt trotz der Bewusstseinsminderung Anzeichen von Leiden erkennen.

Die Kommissionen halten es für ausgesprochen wichtig, dass der Patient selbst dem Arzt vorab ausdrücklich die Umstände darlegt, unter denen er nicht länger palliativ sediert werden möchte, sondern Sterbehilfe wünscht. Außerdem muss der Arzt in solchen Situationen bestimmen, zu welchem Zeitpunkt – im Prinzip vor der palliativen Sedierung – der Konsiliararzt idealerweise hinzugezogen werden sollte.

Es kann auch vorkommen, dass beschlossen wurde, dem Sterbehilfeersuchen eines Patienten Folge zu leisten, vorab aber auch eine palliative Sedierung erfolgt. Eine derartige Situation kann eintreten, wenn sich die Beschwerden des Patienten plötzlich verschlimmern, die Durchführung der Sterbehilfe aber noch nicht möglich ist, etwa weil der Arzt abwesend ist und sein Stellvertreter keine Sterbehilfe leisten will oder kann oder weil der Arzt noch nicht über die Sterbemittel verfügt. Dann wird der Patient in einen Zustand verminderten Bewusstseins versetzt und ist dadurch nicht mehr in der Lage, unmittelbar vor der Durchführung der Sterbehilfe sein Ersuchen zu wiederholen oder zu bekräftigen. Sterbehilfe ist dann möglich, wenn der Patient vor der Sedierung bekräftigt hat, dass er Sterbehilfe wünscht und dass die Sedierung nur zur Überbrückung bis zu dem Zeitpunkt dient, an dem Sterbehilfe geleistet werden kann, aber auch wenn der Patient den eingetretenen Zustand zuvor mündlich oder in einer Patientenverfügung als Situation beschrieben hat, in welcher er die Durchführung der zuvor erbetenen Sterbehilfe wünscht. Auch dann wäre es nach Auffassung

⁵⁰ In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass keine Zustimmung des Patienten für eine Fortsetzung der palliativen Sedierung vorliegt. Hier geht es um eine Zustimmung im Sinne des Gesetzes über den medizinischen Behandlungsvertrag (Artikel 7:450 Absatz 1 niederländisches Bürgerliches Gesetzbuch).

der Kommissionen unmenschlich, den Patienten nur zu dem Zweck aufwachen zu lassen, dass er dem Arzt und/oder dem Konsiliararzt gegenüber bekräftigt, dass er unerträglich leidet.

4.9. »ABGESCHLOSSENES LEBEN«

Wie aus der Geschichte des Sterbehilfegesetzes ersichtlich ist, beschreibt der Ausdruck »abgeschlossenes Leben« (manchmal spricht man auch von »fertig mit dem Leben«) die Situation von in der Regel hochbetagten Menschen, die, ohne dass sie in medizinischer Hinsicht an einer unbehandelbaren und mit schwerwiegenden Beschwerden einhergehenden Krankheit bzw. Gesundheitsstörung leiden, für sich selbst zu dem Schluss gekommen sind, dass für sie das Leben derart an Wert verloren hat, dass sie lieber sterben als weiterleben möchten. Zu dieser Problematik wird bereits seit einigen Jahren eine öffentliche Diskussion geführt. Dabei geht es um die Frage, ob es auch in diesen Fällen möglich sein soll, Sterbehilfe zu leisten.⁵¹ Bisher ist dies nicht der Fall. Die Rechtsprechung und die Gesetzesgeschichte besagen, dass das unerträgliche Leiden des Patienten auf eine medizinische Ursache zurückgehen muss (siehe auch Abschnitt 3.3). Es muss jedoch keine lebensbedrohliche Krankheit gegeben sein. Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden kann mit unerträglichem Leiden ohne Aussicht auf Besserung einhergehen.⁵²

> Zur Kumulation von Altersbeschwerden siehe auch Abschnitt 3.3.

4.10. ORGAN- UND GEWEBESPENDEN NACH STERBEHILFE⁵³

Das Sterbehilfegesetz enthält keine Bestimmungen darüber, was nach der Sterbehilfe mit dem Leichnam geschehen darf und bildet damit auch kein Hindernis für Organ- und Gewebespenden nach erfolgter Sterbehilfe. Allerdings darf die beabsichtigte Spende die Sorgfalt des Sterbehilfeprozesses nicht beeinträchtigen. Die Organ- oder Gewebespende erfolgt formal unabhängig von der Sterbehilfe, beeinflusst aber den Ablauf des Sterbehilfeprozesses.

51 Siehe hierzu den Bericht der Schnabel-Kommission »Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten« (Abgeschlossenes Leben. Über Hilfe bei der Selbsttötung für Menschen, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten), Den Haag, Januar 2016, sowie die Stellungnahme der Regierung zur Frage des »abgeschlossenen Lebens«, Schreiben an das Abgeordnetenhaus vom 12. Oktober 2016.

52 Siehe auch KNMG: »De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde« (Die Rolle des Arztes beim selbstgewählten Lebensende), Utrecht, 2011, S. 21-23.

53 Richtlinie »Orgaandonatie na euthanasie« (Organspende nach Sterbehilfe), Niederländische Stiftung für Transplantationen, November 2017.

So ist es im Falle einer Organspende meist erforderlich, dass die Sterbehilfe in einem Krankenhaus erfolgt. In anderen Fällen, etwa bei der Gewebespende, muss der Leichnam nach der Sterbehilfe in ein Krankenhaus transportiert werden. Wird der Arzt mit einer solchen Kombination aus Sterbehilfe und Organ- oder Gewebespende konfrontiert, muss dieser den Spendewunsch des Patienten mit ihm besprechen. Daraufhin muss er das Verfahren vor der Durchführung der Sterbehilfe sorgfältig mit dem Krankenhaus bzw. mit dem Transplantationskoordinator abstimmen. Anschließend muss er den Patienten und seine Angehörigen über den Ablauf des Verfahrens informieren. Zu diesem Thema wurde ein Leitfaden erstellt, der den Arzt bei seiner Entscheidungsfindung unterstützen kann. Er ist beim Transplantationskoordinator des Universitätsklinikums der Region erhältlich.⁵⁴

4.11. KRITERIEN, DIE NICHT IM STERBEHILFEGESETZ NIEDERGELEGT SIND

Hinsichtlich der für Sterbehilfe geltenden Kriterien und Bedingungen bestehen einige Missverständnisse. Aus den bei den Kommissionen eingehenden Meldungen geht hervor, dass manche Ärzte oder Konsiliarärzte Anforderungen stellen, die nicht im Sterbehilfegesetz niedergelegt sind. Welche Anforderungen das Gesetz enthält, wurde im Vorstehenden dargelegt und erläutert. Aus diesen Ausführungen kann abgeleitet werden, welche Anforderungen das Gesetz nicht enthält. Zusammengefasst geht es dabei um Folgendes:

- Es ist nicht erforderlich, dass der Patient an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet (siehe Abschnitte 2.1 und 3.3).
- Es ist nicht erforderlich, dass der Patient im Sterben liegt (siehe Abschnitt 2.2).
- Es ist nicht erforderlich, dass zwischen Arzt und Patient ein Behandlungsverhältnis besteht (siehe Abschnitt 3.1).
- Es ist nicht erforderlich, dass der Patient zusätzlich zu seinem mündlichen Ersuchen auch schriftlich um Sterbehilfe bittet (Abschnitt 3.2).
- Der Patient muss sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert haben, der Wunsch braucht aber im Prinzip nicht über einen längeren Zeitraum bestanden zu haben (siehe Abschnitt 3.2).
- Für die Durchführung der Sterbehilfe ist keine »Zustimmung« des Konsiliararztes erforderlich (siehe Abschnitt 3.6).

54 Weitere Informationen: www.transplantatiestichting.nl (Suche nach orgaan-en-weefseldonatie-na-ethanasie).

- Die Willensfähigkeit des Patienten muss nicht in allen Fällen von einem entsprechenden Facharzt beurteilt werden; dies ist nur dann erforderlich, wenn es begründete Zweifel an der Willensfähigkeit gibt (siehe auch Abschnitte 4.2 bis 4.5).
- Palliative Sedierung gilt nicht als »annehmbare andere Lösung« im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d Sterbehilfegesetz (siehe Abschnitt 4.8).
- In der Regel ist es wünschenswert und selbstverständlich, die Angehörigen des Patienten in einen Sterbehilfeprozess mit einzubeziehen. Erforderlich ist dies jedoch nicht, geschweige denn, dass das Einverständnis der Angehörigen erforderlich wäre.⁵⁵

⁵⁵ Bei minderjährigen Patienten ist dies anders geregelt (siehe Abschnitt 4.2).

5 NÜTZLICHE INFORMATIONSENQUELLEN

5.1. WEBSITE DER KOMMISSIONEN

Die Website der Kontrollkommissionen ist unter der Adresse www.euthanasiecommissie.nl zu erreichen. Dort sind eingehendere Informationen über die Arbeitsweise der Kommissionen zu finden. Außerdem sind auf der Website eine Auswahl an Beurteilungen der Kommissionen und die gemeinsamen Jahresberichte mit Fallbeispielen veröffentlicht. Darüber hinaus stehen bereit:

- das Musterformular für die Meldung des Arztes an den von der Gemeinde bestellten Leichenbeschauer,
- das Muster für den Arztbericht zu dieser Meldung,
- das Musterformular für die Meldung des Leichenbeschauers an die Kontrollkommission,
- die Beschwerderegulung.

5.2. SCEN-PROGRAMM

Mit Blick auf das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes (siehe Abschnitt 3.6.) spielt das SCEN-Programm der Ärztekammer KNMG eine wichtige Rolle. In den weitaus meisten Fällen handelt es sich bei dem Konsiliararzt um einen Arzt, der eine entsprechende Ausbildung im Rahmen des Programms absolviert hat. Weitere Informationen finden Sie unter www.SCEN.nl.

5.3. EVALUIERUNGEN DES STERBEHILFEGESETZES

Das Sterbehilfegesetz wurde bisher drei Mal evaluiert. Die entsprechenden Berichte wurden 2007, 2012 und 2017 veröffentlicht und stehen auf www.zonmw.nl zum Download bereit.

- Evaluierungsbericht 2007: Suchen Sie nach: *eerste evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (erste Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung).
- Evaluierungsbericht 2012: Suchen Sie nach: *tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (zweite Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung).

- Evaluierungsbericht 2017: Suchen Sie nach: *derde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (dritte Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung).

5.4. RICHTLINIEN DER STAATSANWALTSCHAFT

Meldungen, bei deren Kontrolle die Kommissionen in einem oder mehreren Punkten zu dem Schluss kommen, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt worden sind, werden an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet. Wie die Staatsanwaltschaft dann vorgeht, ist in der Durchführungsbestimmung zur Einleitung einer Strafverfolgung im Falle von aktiver Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung (Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)) dargelegt: wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

ANHANG RELEVANTE RECHTS- VORSCHRIFTEN

Staatsgesetzblatt 2001, Nr. 194

Gesetz vom 12. April 2001 über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung und zur Änderung des Strafgesetzbuchs und des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen¹

GESETZ ÜBER DIE KONTROLLE DER LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN UND DER HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

KAPITEL I. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Artikel 1

Im Sinne dieses Gesetzes sind:

- a) Unsere Minister: der Minister der Justiz und der Minister für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport;
- b) Hilfe bei der Selbsttötung: die vorsätzliche Unterstützung eines anderen bei der Selbsttötung oder die Verschaffung der dazu erforderlichen Mittel im Sinne des Artikels 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch;
- c) der Arzt: der Arzt, der gemäß der Meldung Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat;
- d) der Konsiliararzt: der Arzt, der in Bezug auf das Vorhaben eines Arztes, Lebensbeendigung auf Verlangen vorzunehmen oder Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten, zu Rate gezogen wurde;
- e) die Behandelnden: Behandelnde im Sinne des Artikels 446 Absatz 1 von Buch 7 des Bürgerlichen Gesetzbuchs;
- f) die Kommission: eine regionale Kontrollkommission im Sinne des Artikels 3;
- g) Regionalinspektor: Regionalinspektor der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen der Staatlichen Aufsicht über die Volksgesundheit.

¹ Zur parlamentarischen Behandlung siehe: Parlamentsdrucksachen II, 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Sitzungsberichte II 2000/2001, S. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375. Parlamentsdrucksachen I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (Nachdr.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Sitzungsberichte I 2000/2001, siehe Sitzung vom 10. April 2001.

KAPITEL II. SORGFALTSKRITERIEN

Artikel 2

1. Nach den in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien muss der Arzt
 - a) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat,
 - b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und der Patient unerträglich litt,
 - c) den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert haben,
 - d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gab,
 - e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
 - f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.
2. Wenn ein Patient, der das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat, nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, jedoch vor Eintritt dieses Zustands als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden konnte und eine schriftliche Erklärung abgegeben hat, die eine Bitte um Lebensbeendigung beinhaltet, kann der Arzt dieser Bitte Folge leisten. Die in Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien gelten entsprechend.
3. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen sechzehn und achtzehn Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt einer Bitte des Patienten um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung Folge leisten, nachdem der oder die Erziehungsberechtigte(n) in die Beschlussfassung einbezogen worden ist beziehungsweise sind.
4. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen zwölf und sechzehn Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt, wenn der oder die Erziehungsberechtigte(n) der Lebensbeendigung oder der Hilfe bei der Selbsttötung zustimmt oder zustimmen, der Bitte des Patienten Folge leisten. Absatz 2 gilt entsprechend.

KAPITEL III. REGIONALE KONTROLL-KOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE

Abschnitt 1. Einsetzung, Zusammensetzung und Ernennung

Artikel 3

1. Es gibt regionale Kommissionen für die Kontrolle der Meldungen von Fällen von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung im Sinne des Artikels 293 Absatz 2 beziehungsweise Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch.
2. Eine Kommission besteht aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern, darunter in jedem Fall ein Jurist, der zugleich Vorsitzender ist, ein Arzt und ein Sachverständiger für Ethik- oder Sinnfragen. Zu einer Kommission gehören auch stellvertretende Mitglieder aus jeder der in Satz 1 genannten Kategorien.

Artikel 4

1. Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder werden von Unseren Ministern für die Dauer von sechs Jahren ernannt. Eine Wiederernennung kann einmalig für die Dauer von sechs Jahren erfolgen.
2. Eine Kommission verfügt über einen Sekretär und einen oder mehrere stellvertretende Sekretäre, die alle Juristen sein müssen und von Unseren Ministern ernannt werden. Der Sekretär hat bei den Sitzungen der Kommission eine beratende Stimme.
3. Der Sekretär ist ausschließlich der Kommission Rechenschaft über seine Tätigkeiten schuldig.

Abschnitt 2. Entlassung

Artikel 5

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder können jederzeit auf eigenen Wunsch von Unseren Ministern entlassen werden.

Artikel 6

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder können von Unseren Ministern wegen mangelnder Eignung oder mangelnder Sachkenntnis oder aus anderen schwerwiegenden Gründen entlassen werden.

Abschnitt 3. Aufwandsentschädigung

Artikel 7

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder erhalten Sitzungsgeld sowie eine Vergütung für die Reise- und Aufenthaltskosten gemäß den bestehenden staatlichen

Regelungen, soweit nicht aus anderen Gründen eine Vergütung für diese Kosten aus öffentlichen Kassen geleistet wird.

Abschnitt 4. Aufgaben und Befugnisse

Artikel 8

1. Die Kommission beurteilt aufgrund der Meldung im Sinne des Artikels 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, die in Artikel 2 genannten Sorgfaltskriterien eingehalten hat.
2. Die Kommission kann den Arzt ersuchen, seine Meldung schriftlich oder mündlich zu ergänzen, wenn dies für eine angemessene Beurteilung des Handelns des Arztes erforderlich ist.
3. Die Kommission kann beim Leichenbeschauer der Gemeinde, beim Konsiliararzt oder bei den beteiligten Behandelnden Auskünfte einholen, wenn dies für eine angemessene Beurteilung des Handelns des Arztes erforderlich ist.

Artikel 9

1. Die Kommission setzt den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der in Artikel 8 Absatz 1 genannten Meldung schriftlich unter Angabe der Gründe von ihrer Beurteilung in Kenntnis.
2. Die Kommission setzt das Kollegium der Generalstaatsanwälte und den Inspektor der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend von ihrer Beurteilung in Kenntnis,
 - a) wenn der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht im Einklang mit den in Artikel 2 genannten Sorgfaltskriterien gehandelt hat oder
 - b) wenn sich eine Situation im Sinne des Artikels 12 letzter Satz des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen ergibt.

Die Kommission setzt den Arzt hiervon in Kenntnis.

3. Die in Absatz 1 genannte Frist kann einmalig um höchstens sechs Wochen verlängert werden.
Die Kommission setzt den Arzt hiervon in Kenntnis.
4. Die Kommission ist befugt, die von ihr abgegebene Beurteilung dem Arzt gegenüber mündlich zu erläutern. Diese mündliche Erläuterung kann auf Ersuchen der Kommission oder auf Ersuchen des Arztes stattfinden.

Artikel 10

Die Kommission ist verpflichtet, der Staatsanwaltschaft auf deren Ersuchen hin alle Informationen zu erteilen, die diese benötigt

- 1° für die Beurteilung des Handelns des Arztes in Fällen des Artikels 9 Absatz 2 oder
- 2° für ein Ermittlungsverfahren.

Die Kommission setzt den Arzt von der Erteilung von Informationen an die Staatsanwaltschaft in Kenntnis.

Abschnitt 6. Vorgehensweise

Artikel 11

Die Kommission sorgt für die Registrierung der zur Beurteilung gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung. Durch Ministerialverordnung Unserer Minister können hierzu nähere Vorschriften erlassen werden.

Artikel 12

1. Eine Beurteilung wird mit einfacher Stimmenmehrheit festgestellt.
2. Eine Beurteilung kann von der Kommission nur dann festgestellt werden, wenn alle Mitglieder der Kommission an der Abstimmung teilgenommen haben.

Artikel 13

Die Vorsitzenden der regionalen Kontrollkommissionen beraten mindestens zweimal pro Jahr miteinander über die Arbeitsweise und das Funktionieren der Kommissionen. Zu den Beratungen werden ein Vertreter des Kollegiums der Generalstaatsanwälte und ein Vertreter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheit und Jugend eingeladen.

Abschnitt 7. Geheimhaltung und Ablehnung wegen Befangenheit

Artikel 14

Die Mitglieder und die stellvertretenden Mitglieder der Kommission sind zur Geheimhaltung der Informationen, von denen sie bei ihren Tätigkeiten Kenntnis erlangen, verpflichtet, es sei denn, dass eine gesetzliche Vorschrift sie zur Mitteilung verpflichtet oder dass sich die Notwendigkeit zur Mitteilung aus ihrer Aufgabe ergibt.

Artikel 15

Ein Mitglied der Kommission, das bei der Behandlung eines Falls Sitz in der Kommission hat, erklärt sich selbst für befangen und kann wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden, wenn Tatsachen oder Umstände gegeben sind, durch die die Unparteilichkeit seines Urteils beeinträchtigt werden könnte.

Artikel 16

Ein Mitglied, ein stellvertretendes Mitglied und der Sekretär der Kommission enthalten sich der Abgabe eines Urteils über das Vorhaben eines Arztes, Lebensbeendigung auf Verlangen vorzunehmen oder Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten.

Abschnitt 8. Berichterstattung

Artikel 17

1. Die Kommissionen legen Unseren Ministern jährlich vor dem 1. April einen gemeinsamen Tätigkeitsbericht über das vergangene Kalenderjahr vor. Unsere Minister setzen hierfür durch Ministerialverordnung ein Muster fest.
2. Der Tätigkeitsbericht im Sinne des Absatzes 1 enthält in jedem Fall:
 - a) die Zahl der gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung, zu denen die Kommission eine Beurteilung abgegeben hat;
 - b) die Art dieser Fälle;
 - c) die Beurteilungen und die zugehörigen Erwägungen.

Artikel 18

Unsere Minister erstatten jährlich anlässlich der Einreichung des Haushalts den Generalstaaten Bericht über das Funktionieren der Kommissionen auf der Grundlage des Tätigkeitsberichts im Sinne des Artikels 17 Absatz 1.

Artikel 19

1. Auf Vorschlag Unserer Minister werden durch Rechtsverordnung in Bezug auf die Kommissionen Vorschriften erlassen über
 - a) ihre Zahl und ihre örtliche Zuständigkeit;
 - b) ihren Sitz.
2. Durch oder kraft Rechtsverordnung können Unsere Minister in Bezug auf die Kommissionen nähere Vorschriften erlassen über
 - a) ihren Umfang und ihre Zusammensetzung;
 - b) ihre Arbeitsweise und ihre Berichterstattung.

KAPITEL IIIA. BONAIRE, SINT EUSTATIUS UND SABA

Artikel 19a

Dieses Gesetz gilt auch in den öffentlich-rechtlichen Körperschaften Bonaire, Sint Eustatius und Saba unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieses Kapitels.

Artikel 19b

1. Für die Anwendung von
 - Artikel 1 Buchstabe b ist die Wortfolge »Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch« zu ersetzen durch: Artikel 307 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch von Bonaire, Sint Eustatius und Saba.
 - Artikel 1 Buchstabe f ist die Wortfolge »eine regionale Kontrollkommission im Sinne des Artikels 3« zu ersetzen durch: eine Kommission im Sinne des Artikels 19c.
 - Artikel 2 Absatz 1 Einleitung ist die Wortfolge »Artikel 293 Absatz Satz 2 Strafgesetzbuch« zu ersetzen durch: Artikel 306 Absatz Satz 2 Strafgesetzbuch von Bonaire, Sint Eustatius und Saba.
 - Artikel 8 Absatz 1 ist die Wortfolge »Artikel 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen« zu ersetzen durch: Artikel 1 Absatz 3 Gesetz über Todesbescheinigungen von Bonaire, Sint Eustatius und Saba.
 - Artikel 8 Absatz 3 entfällt: oder bei den beteiligten Behandelnden.
 - Artikel 9 Absatz 2 Einleitung ist die Wortfolge »das Kollegium der Generalstaatsanwälte« zu ersetzen durch: den Generalstaatsanwalt.
2. Artikel 1 Buchstabe e ist nicht anwendbar.

Artikel 19c

Abweichend von Artikel 3 Absatz 1 gibt es eine von Unseren Ministern zu beauftragende Kommission, die befugt ist, Meldungen von Fällen von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung im Sinne des Artikels 306 Absatz 2 beziehungsweise im Sinne des Artikels 307 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch von Bonaire, Sint Eustatius und Saba zu kontrollieren.

Artikel 19d

An den Beratungen nach Artikel 13 wird der Vorsitzende der Kommission im Sinne des Artikels 19c beteiligt. Außerdem werden der Generalstaatsanwalt oder ein von ihm zu benennender Vertreter sowie ein Vertreter der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Juend beteiligt.

NIEDERLÄNDISCHES STRAFGESETZBUCH

Artikel 293

1. Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.
2. Die Handlung nach Absatz 1 ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die Sorgfaltskriterien im Sinne von Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat.

Artikel 294

1. Wer einen anderen vorsätzlich zur Selbsttötung anstiftet, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.
2. Wer einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Artikel 293 Absatz 2 gilt entsprechend.

GESETZ ÜBER DAS LEICHEN- UND BESTATTUNGSWESEN

Artikel 7

1. Wer die Leichenschau vorgenommen hat, stellt eine Todesbescheinigung aus, wenn er davon überzeugt ist, dass der Tod infolge einer natürlichen Ursache eingetreten ist.
2. Wenn der Tod die Folge von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung nach Artikel 293 Absatz 2 beziehungsweise Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch war, stellt der behandelnde Arzt keine Todesbescheinigung aus und teilt die Ursache des Todes mittels eines auszufüllenden Formulars unverzüglich dem Leichenbeschauer der Gemeinde oder einem der Leichenbeschauer der Gemeinde mit.
Dieser Mitteilung fügt der Arzt einen mit einer Begründung versehenen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung bei.
3. Wenn der behandelnde Arzt in anderen als den in Absatz 2 genannten Fällen der Auffassung ist, keine Todesbescheinigung ausstellen zu können, teilt er dies mittels eines auszufüllenden Formulars unverzüglich dem Leichenbeschauer der Gemeinde oder einem der Leichenbeschauer der Gemeinde mit.

IMPRESSUM

Empfohlener Zitiertitel:
Sterbehilfekodex 2018

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für
Sterbehilfe, www.euthanasiecommissie.nl

Gestaltung:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Übersetzung:
Ministerium für auswärtige
Angelegenheiten der Niederlande,
Sprachendienst (AVT)

April 2018

REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE