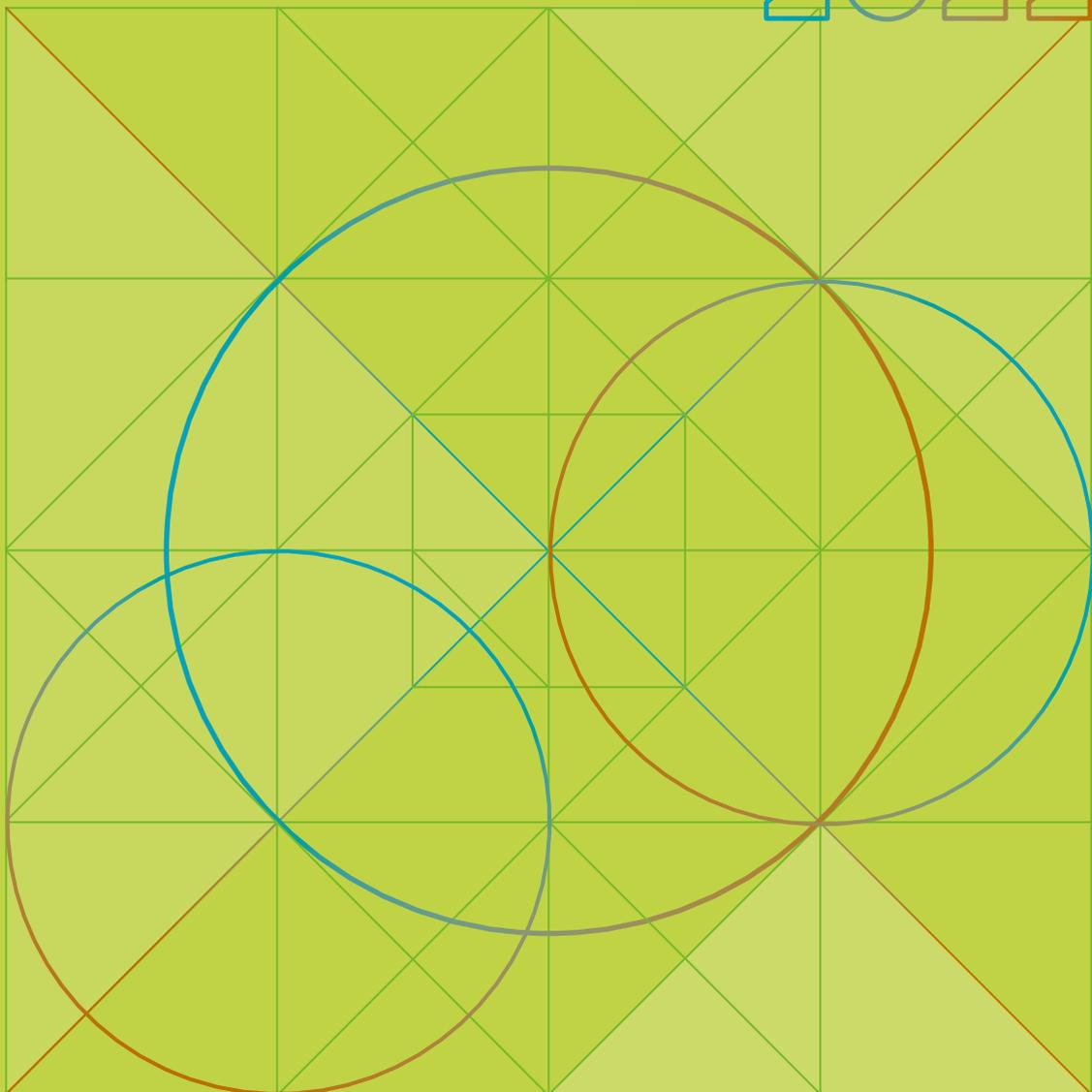


STERBEHILFEKODEX

ERLÄUTERUNGEN ZUR PRÜFUNGSPRAXIS

2022



REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE

INHALT

VORWORT	5
1 ZWECK UND AUFBAU DES STERBEHILFEKODEX 2022	7
2 GRUNDZÜGE DES GESETZES, ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN UND BEDEUTUNG DER RICHTLINIEN	
2.1 Grundzüge des Gesetzes	9
Sorgfaltskriterien	9
Meldung und Kontrolle	11
2.2 Arbeitsweise der Kommissionen	13
2.3 Bedeutung medizinischer und standesrechtlicher Positionspapiere und Richtlinien	17
3 GESETZLICHE SORGFALTSKRITERIEN	
3.1 Durchführender Arzt	19
Nicht behandelnder Arzt in Situationen ohne akute Dringlichkeit	19
Nicht behandelnder Arzt in akuter Situation	19
3.2 Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	20
Freiwillige Bitte	21
Nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	23
3.3 Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	24
Einige allgemeine Aspekte	24
Medizinische Ursache des Leidens	24
Kumulation von Altersbeschwerden	25
Aussichtsloser Zustand	25
Unerträglichkeit des Leidens	26
3.4 Patientenaufklärung	27
3.5 Keine annehmbare andere Lösung	28
3.6 Unabhängigkeit des Konsiliararztes	30
Informationsbedarf des Arztes in einem frühen Stadium	31
Verantwortung des Arztes gegenüber dem Konsiliararzt	32
Unabhängigkeit des Konsiliararztes	33
Fachkompetenz des Konsiliararztes	34

Grundsatz: Der Konsiliararzt muss den Patienten sehen und mit ihm sprechen	35
Erneute Hinzuziehung des Konsiliararztes	35
Kommissionen und Konsiliararzt	37
3.7 Medizinisch fachgerechte Durchführung	38
Allgemeines	38
Lebensbeendigung auf Verlangen: Verabreichungsreihenfolge und Dosierung	38
Lebensbeendigung auf Verlangen: Angemessene Feststellung einer hinreichenden Bewusstseinsminderung	39
Lebensbeendigung auf Verlangen: Durchführung durch den Arzt	39
Hilfe bei der Selbsttötung: Mittel und Dosierung	40
Hilfe bei der Selbsttötung: Der Arzt muss in unmittelbarer Nähe bleiben	40
Kontakt zwischen Arzt und Apotheker	41
4 BESONDERE ASPEKTE	
4.1 Schriftliche Patientenverfügung	42
Sorgfaltskriterien »gelten entsprechend«	43
4.2 Minderjährige Patienten	49
4.3 Patienten mit einer psychischen Störung	49
Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters	50
Kombination von somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen	51
4.4 Demenzpatienten	52
Hinsichtlich des Sterbehilfeersuchens noch willensfähig	52
Hinsichtlich des Sterbehilfeersuchens nicht mehr willensfähig	53
4.5 Patienten mit einer geistigen Behinderung	54
Hinzuziehung eines unabhängigen Facharztes	54
4.6 Patienten mit einer Störung der Fähigkeit zur verbalen Kommunikation	55
4.7 Koma und vermindertes Bewusstsein	55
Situation 1: Koma oder vermindertes Bewusstsein tritt ein, nachdem der Patient den Arzt um Sterbehilfe gebeten hat, aber vor dem geplanten Zeitpunkt der Durchführung	56
Situation 2: Koma oder vermindertes Bewusstsein tritt ein, ohne dass die Durchführung geplant wurde	58

4.8	Sterbehilfe und palliative Sedierung	60
4.9	»Vollendetes Leben« oder »mit dem Leben abgeschlossen«	62
4.10	Organ- und Gewebespenden nach Sterbehilfe	63
4.11	Kriterien, die nicht im Sterbehilfegesetz niedergelegt sind	63
5	NÜTZLICHE INFORMATIONSQUELLEN	
5.1	Website der Kommissionen	65
5.2	SCEN-Programm	65
5.3	Evaluierungen des Sterbehilfegesetzes	66
5.4	Richtlinien der Staatsanwaltschaft	66
5.5	Medizinisch-fachliche Standards	66
5.6	Kompetenzzentrum für Sterbehilfe	67
6	WICHTIGSTE ÄNDERUNGEN GEGENÜBER DER LETZTEN FASSUNG (2018) UND DEM EINLEGEBLATT (2020)	68
	ANHANG RELEVANTE RECHTSVORSCHRIFTEN	
	Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung	73
	Strafgesetzbuch	81
	Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen	82

VORWORT

Verehrte Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der SterbehilfeKodex 2022 der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Der Hauptzweck dieses Kodex ist die Sicherung und, nach Möglichkeit, die Verbesserung der in den Niederlanden etablierten und an hohen Sorgfaltsstandards ausgerichteten Sterbehilfepraxis. Vor diesem Hintergrund bietet er Ärzten, die an der Durchführung von Sterbehilfe beteiligt sind, im Vorfeld Einblick in die Auslegung der Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes durch die Kommissionen. Bei dieser Auslegung stützen sich die Kommissionen neben dem Gesetz auch auf Normen, die auf der Grundlage der in den vergangenen 20 Jahren erfolgten Beurteilungen individueller Sterbehilfemeldungen formuliert wurden, sowie auf die einschlägige Rechtsprechung.

Dies ist die zweite Aktualisierung des SterbehilfeKodex, der 2015 ursprünglich veröffentlicht und 2018 erstmals aktualisiert wurde. Im Jahr 2020 wurden anlässlich des Urteils des Hohen Rats vom 21. April 2020 lediglich die Abschnitte »Schriftliche Patientenverfügung« und »Demenzpatienten« überarbeitet. Die Gesellschaft befindet sich in einem stetigen Wandel, und das Rechtswesen reagiert auf diesen Wandel. Daher muss der SterbehilfeKodex regelmäßig aktualisiert werden. Die wichtigsten Änderungen gegenüber der Fassung aus dem Jahr 2018 werden in Kapitel 6 beschrieben.

Nicht nur der SterbehilfeKodex 2022 ist von den an Sterbehilfe beteiligten Ärzten als Norm zu berücksichtigen, auch medizinische Standards sind einzuhalten, wie sie unter anderem niedergelegt sind in der von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichten *Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* (2021) sowie im *KNMG-Positionspapier zu Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende* (2021). In enger Abstimmung mit den verschiedenen Beteiligten hat man versucht, die Unterschiede zwischen dem Kodex und den medizinischen Standards zu minimieren. Zu diesem Zweck wurden auch im SterbehilfeKodex mehrere Änderungen vorgenommen. Auf nach wie vor bestehende kleine Unterschiede wird im Kodex explizit eingegangen. Damit wurden die Rückmeldungen, die die Kontrollkommissionen von der KNMG, der Staatsanwaltschaft, der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend, der KNMP, der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) und vom Kompetenzzentrum für Sterbehilfe zum Entwurf dieses Kodex erhalten haben, weitestmöglich umgesetzt. Auf diesem Wege möchte ich diesen Organisationen herzlich für ihre konstruktiven Beiträge danken;

sie machen den Kodex zu einem von einer breiten Basis getragenen und nützlichen Instrument zur Sicherung der Qualität der Sterbehilfe.

Inzwischen hat der SterbehilfeKodex seinen Nutzen in der Praxis eindeutig bewiesen. Er bietet durchführenden Ärzten und Konsiliarärzten Unterstützung und Struktur bei der Vorbereitung der Sterbehilfe. Außerdem enthält er Informationen und Erkenntnisse für Patienten, deren Angehörige und Freunde sowie andere Interessierte. Und schließlich hilft er den Kommissionen selbst dabei, die Einheitlichkeit ihrer Beurteilungen zu wahren. Damit begründet der Kodex auch eine Art von Selbstverpflichtung. Jede Kontrollkommission muss den SterbehilfeKodex 2022 befolgen oder aber darlegen, warum ein Fall so außergewöhnlich ist, dass sie vom Kodex abgewichen ist. Diese Ausnahmefälle können im Laufe der Zeit wieder Anlass sein, den Kodex erneut zu aktualisieren. Einzelfälle werden nicht im Kodex beschrieben; sie werden auf der Website der Kommissionen (www.euthanasiecommissie.nl) und – zum Teil – im Jahresbericht veröffentlicht.

Die Überarbeitung des SterbehilfeKodex wurde dieses Mal von den Mitgliedern und dem Sekretär des internen Reflexionsgremiums der Kontrollkommissionen vorgenommen: Frau M. Biesot (Sekretariat), Herr M.J. Diemer, Frau H.A. Komen, Herr T.C.M. van Nordennen, Frau Dr. L. van der Scheer und Frau Dr. H.A.M. Weyers, unter dem Vorsitz von Herrn A. Kors. Für ihre gute Arbeit bin ich ihnen ausgesprochen dankbar. Es ist ihnen gelungen, diese komplex gelagerte Materie in lesbarer und verständlicher Form zu Papier zu bringen.

Sollten Sie Anmerkungen zum SterbehilfeKodex 2022 haben, können Sie uns diese über das entsprechende Formular auf unserer Website (www.euthanasiecommissie.nl) mitteilen. Wir freuen uns über Ihr Feedback.

Jeroen Recourt
Koordinierender Vorsitzender der Kontrollkommissionen

Utrecht, Juli 2022

ZWECK UND AUFBAU DES STERBEHILFEKODEX 2022



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.¹ Die Ergebnisse ihrer Tätigkeiten veröffentlichen die Kommissionen in einem gemeinsamen Jahresbericht. Ein großer Teil ihrer Beurteilungen wird außerdem auf der Website www.euthanasiacommissie.nl veröffentlicht. Aus den Jahresberichten und den veröffentlichten Beurteilungen kann abgelesen werden, wie die Kommissionen die gesetzlichen Sorgfaltskriterien für Sterbehilfe anwenden und auslegen. Damit diese Informationen künftig noch besser zugänglich sind, wurde der Kodex überarbeitet und jetzt als SterbehilfeKodex 2022 veröffentlicht.

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.²

7

Mit dem SterbehilfeKodex 2022 legen die Kommissionen eine nützliche Übersicht über ihre Interpretation der Sorgfaltskriterien vor. Dabei geht es nicht darum, jede denkbare Situation zu beschreiben, vielmehr ist der Kodex als Zusammenfassung der Erwägungen der Kommissionen zu verstehen.

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. Es geht darum, dass größtmögliche Klarheit darüber herrscht, wie die Kommissionen die gesetzlichen Bestimmungen anwenden.

Der SterbehilfeKodex 2022 gliedert sich wie folgt: Kapitel 2 enthält eine kurze Zusammenfassung der geltenden Rechtsvorschriften für

1 Das Sterbehilfegesetz ist im Anhang »Relevante Rechtsvorschriften« beigefügt.

2 Zum Beispiel in Abschnitt 3.7, in dem es um die fachgerechte Durchführung der Sterbehilfe geht.

Sterbehilfe und eine Beschreibung der Arbeitsweise der Kommissionen. Außerdem wird auf die Bedeutung der medizinischen und standesrechtlichen Richtlinien eingegangen. In Kapitel 3 werden die gesetzlichen Sorgfaltskriterien und deren Interpretation durch die Kontrollkommissionen allgemein erläutert. Anschließend folgt in Kapitel 4 eine Abhandlung über einige besondere Aspekte und Ausnahmesituationen. Kapitel 5 enthält einige nützliche Informationsquellen, und in Kapitel 6 werden abschließend die wichtigsten Änderungen im Kodex gegenüber der Fassung aus dem Jahr 2018 und dem Einlegeblatt von 2020 aufgeführt.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird überall im SterbehilfeKodex 2022 das generische Maskulinum verwendet. Selbstverständlich ist in allen Fällen, in denen die männliche Form genannt wird, die weibliche Form mitgemeint.

GRUNDZÜGE DES GESETZES, ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN UND BEDEUTUNG DER RICHTLINIEN

2

2.1 GRUNDZÜGE DES GESETZES

SORGFALTSKRITERIEN³

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 unerträglich leidenden Patienten um Sterbehilfe Folge leisten darf. Neben dem Ersuchen des Patienten und der Unerträglichkeit seines Leidens gelten 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. Es ist jedoch eine Ausnahme vorgesehen, 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.⁴

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 bestand und der Patient unerträglich litt (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),
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gab (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d Sterbehilfegesetz),

³ Ausführliche Informationen hierzu (in niederländischer Sprache) auf www.euthanasiecommissie.nl.

⁴ Artikel 293 und 294 niederländisches Strafgesetzbuch sind im Anhang »Relevante Rechtsvorschriften« beigefügt.

- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz), und
- f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung fachgerecht durchgeführt haben (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f Sterbehilfegesetz).

Das Leiden des Patienten muss auf eine medizinische Ursache zurückgehen (siehe Abschnitt 3.3), es muss jedoch keine somatische (körperliche) Krankheit gegeben sein. Ebenso ist es nicht erforderlich, dass der Patient an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet. Darüber hinaus enthält das Gesetz keine Bestimmung dahingehend, dass Sterbehilfe lediglich in der Sterbephase geleistet werden darf.

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 Sterbehilfeersuchen auch dann Folge geleistet wird, wenn der Patient noch jahrelang leben könnte.

Das Sterbehilfegesetz gilt für Patienten ab zwölf Jahren. Zusätzlich enthält es für Sterbehilfeersuchen 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:

- > *Schoonheim-Urteil (1984): Abschnitt 3.3*
- > *Chabot-Urteil (1994): Abschnitt 3.3*
- > *Brongersma-Urteil (2002): Abschnitt 3.3*
- > *Urteil bezüglich der Strafsache zu Sterbehilfe bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz (2020): Abschnitt 4.1*

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, sie zu verweigern. In einem solchen Fall sollte der Arzt den Patienten gemäß den ärztlichen Standards in einem möglichst frühen Stadium davon in Kenntnis setzen,⁵ so dass dieser sich auf Wunsch an einen anderen Arzt wenden kann. Manchmal überweisen

5 *Siehe Regionaler Disziplinarausschuss Den Haag, 19. Juni 2012.*

Ärzte einen Patienten mit Sterbewunsch an einen Kollegen oder an das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe.⁶

MELDUNG UND KONTROLLE

Wenn ein Arzt Sterbehilfe geleistet hat, muss er dies dem von der Gemeinde bestellten Leichenbeschauer melden. Dafür verwendet er das »Musterformular für die Meldung des Todes infolge einer Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung durch den behandelnden Arzt an den örtlichen Leichenbeschauer«, das er bei der Leichenschau abgibt. Außerdem übergibt er den von ihm verfassten, mit einer Begründung versehenen Bericht⁷ (erstellt anhand des Musters für einen Bericht des behandelnden Arztes, im Folgenden: Musterbericht gemäß der Verordnung über Muster nach Artikel 9 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen, (steht auf den Websites www.euthanasiecommissie.nl und www.knmg.nl zum Download bereit), zusammen mit dem Bericht des Konsiliararztes dem Leichenbeschauer.⁸ 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.⁹ Kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt alle Kriterien eingehalten 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 nicht nur der Arzt schriftlich informiert. Das Gesetz verpflichtet die Kommission dazu, ihre Beurteilung in diesem Fall auch der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend zur Kenntnis zu bringen.¹⁰ Dort wird geprüft, welche Schritte angezeigt sind.

Die Kommission beurteilt anhand des Sterbehilfegesetzes und dessen Geschichte sowie der einschlägigen Rechtsprechung, ob der durchführende Arzt sorgfältig vorgegangen ist. Dabei berücksichtigt sie auch

6 expertisecentrum euthanasie.nl.

7 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).

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

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

10 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.

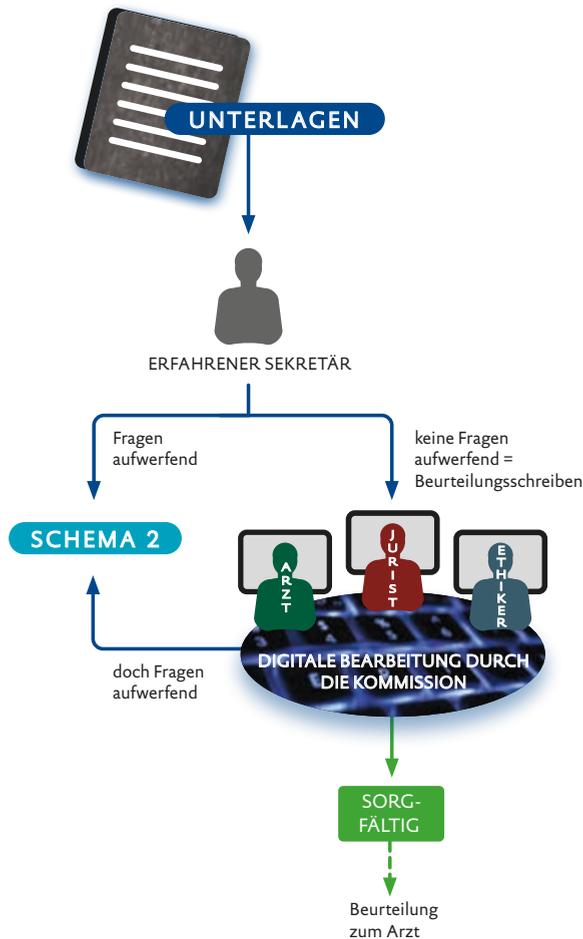
frühere Beurteilungen der Kommissionen, medizinische und standesrechtliche Standards sowie Entscheidungen der Staatsanwaltschaft in Sterbehilfefällen. Die Kommission überprüft, ob alle vorgenannten Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. In Bezug auf die Sorgfaltskriterien a, b und d kontrolliert die Kommission, 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. Mit Blick auf die Sorgfaltskriterien c, e und f prüft die Kommission, ob der Arzt den Patienten aufgeklärt, mindestens einen unabhängigen Arzt hinzugezogen und die Sterbehilfe medizinisch fachgerecht durchgeführt hat.

2.2 ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN¹¹

Insgesamt gibt es fünf Regionale Kontrollkommissionen mit den folgenden regionalen Zuständigkeitsbereichen: Provinzen Groningen, Friesland und Drente sowie Karibische Niederlande (BES-Inseln)¹², Provinzen Overijssel, Gelderland, Utrecht, Flevoland; Provinz Nordholland; Provinzen Südholland und Seeland und Provinzen Nordbrabant und Limburg.¹³

SCHEMA 1

94,6 % DER MELDUNGEN
(KEINE FRAGEN AUFWERFEND)



13

11 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, 2019) zu finden.

12 Bonaire, St. Eustatius und Saba.

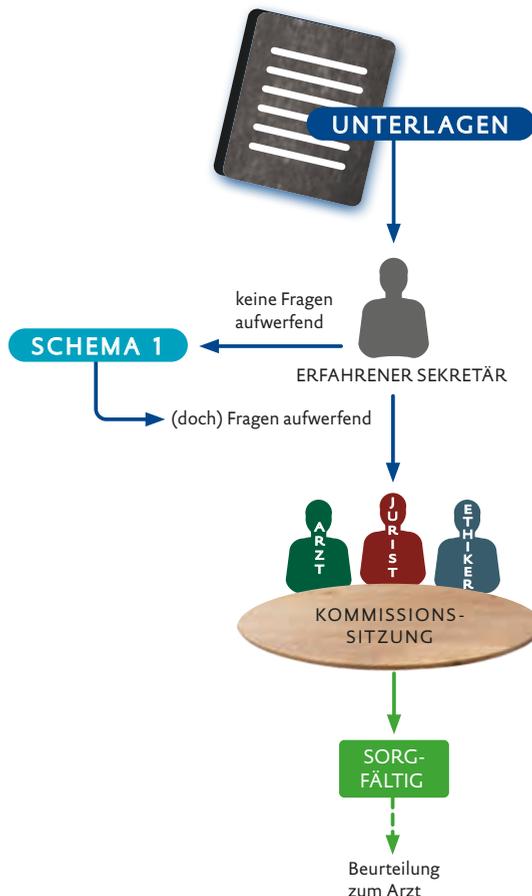
13 Angaben über die Zusammensetzung der Kommissionen sind (in niederländischer Sprache) auf www.euthanasiecommissie.nl verfügbar.

Die Kommissionen beurteilen die eingegangenen Meldungen anhand des mit einer Begründung versehenen Berichts (also des ausgefüllten Musterberichts) des durchführenden Arztes, des diesem Bericht 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 95 % der Fälle) und »Fragen aufwerfende Meldungen« (ungefähr 5 % der Fälle). Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden von den Kommissionsmitgliedern auf elektronischem Wege beurteilt. Sie können sich über ein gesichertes Computersystem über diese Meldungen austauschen. Diese Art von Meldungen wird nicht auf den Kommissionssitzungen besprochen. Ergeben sich während der digitalen Besprechung einer solchen Meldung doch Fragen, wird die Meldung nachträglich als »Fragen aufwerfend« eingestuft. Fragen aufwerfende

SCHEMA 2

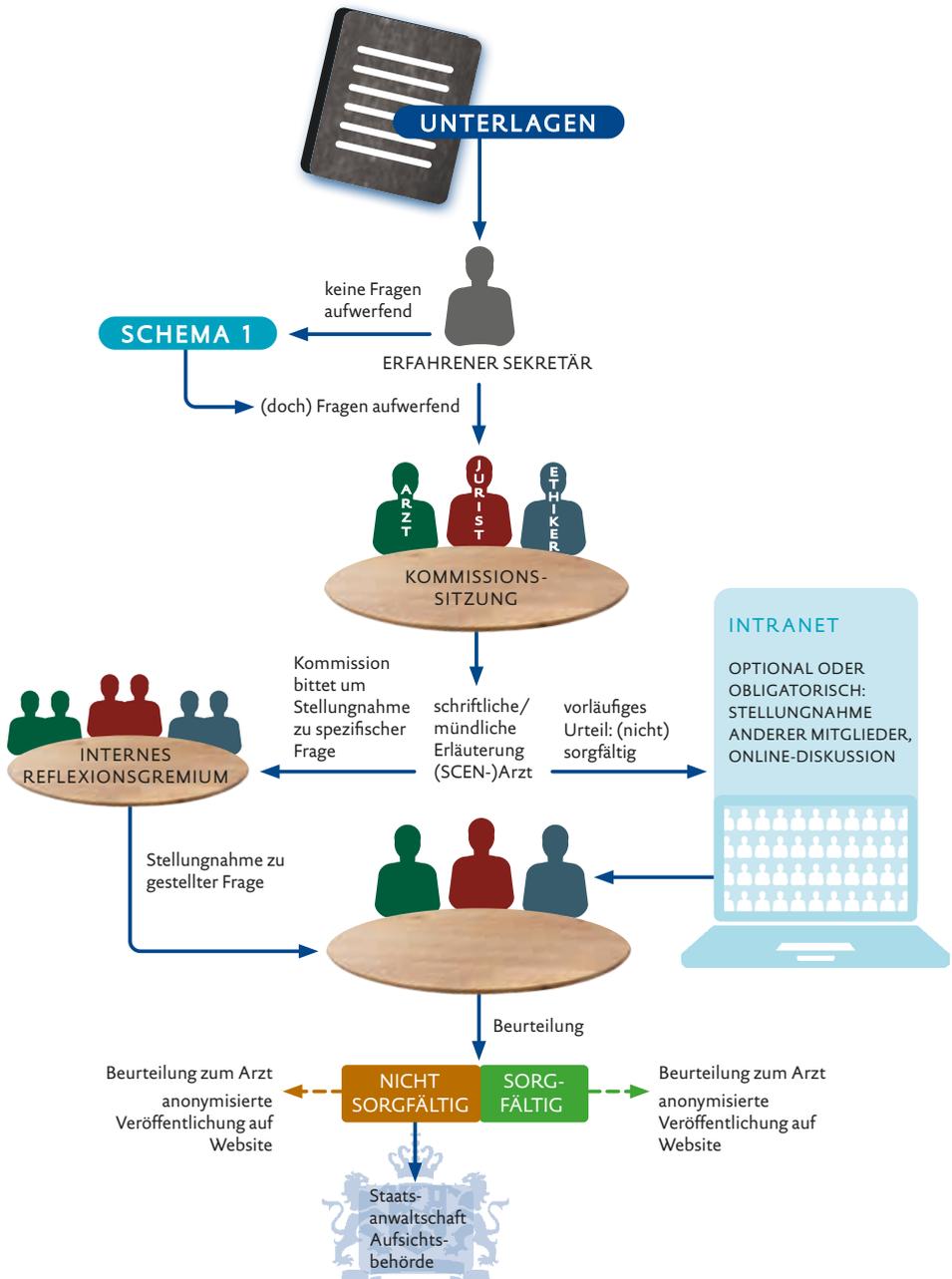
5,4 % DER MELDUNGEN
(FRAGEN AUFWERFEND)



Meldungen werden grundsätzlich im Rahmen der Kommissions-sitzungen 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 3

< 1% DER MELDUNGEN (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. Sie kann den durchführenden Arzt oder den Konsiliararzt aber auch zusätzlich um eine schriftliche Ergänzung bitten oder zu einem klärenden Gespräch einladen. Von diesem Gespräch wird ein Protokoll erstellt, das dem betreffenden Arzt (und dem Konsiliararzt, wenn er an dem Gespräch teilgenommen hat) dann zur eventuellen Stellungnahme übersandt wird. 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 kann eine mündliche Erläuterung zur Klärung bestimmter Aspekte unumgänglich sein. In bestimmten Fällen kann das Gespräch zu einer angemessenen Beurteilung beitragen oder diese sogar erst ermöglichen. Neben dem Arzt und dem Konsiliararzt kann die Kommission auch den Leichenbeschauer oder andere an dem Fall beteiligte Fachkräfte um eine nähere Erläuterung bitten.

Wenn die Kommission zu urteilen gedenkt, 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. Auch von diesem Gespräch wird ein Protokoll erstellt und dem betreffenden Arzt dann zur Stellungnahme übersandt. Ändert sich der Standpunkt der Kommission durch dieses Gespräch nicht, wird der Entwurf der Beurteilung den Mitgliedern und Sekretären aller Kommissionen digital zur Stellungnahme vorgelegt. Anschließend muss die Kommission zu einem endgültigen Urteil kommen.

Auch in anderen Fällen kann eine Kommission beschließen, einen Beurteilungsentwurf den Mitgliedern und Sekretären aller Kommissionen vorzulegen, 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 oder das Gremium der Vorsitzenden um Stellungnahme zu einer bestimmten Frage bittet. Die Kommission oder das Gremium der Vorsitzenden entscheidet dann selbst, inwiefern der Empfehlung des Gremiums Folge geleistet wird.

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 Beschwerde-
regelung, auf deren Grundlage eine unabhängige Beschwerde-
kommission eingerichtet wurde. Durchführende Ärzte, Konsiliarärzte,
Leichenbeschauer und andere Betroffene können eine Beschwerde
einreichen, sofern sie als direkt oder indirekt Beteiligter mit einer
Meldung über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der
Selbsttötung zu tun haben. 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
Beschwerderegulation ist öffentlich und kann auf der Website der
Kontrollkommissionen eingesehen werden.

2.3 BEDEUTUNG MEDIZINISCHER UND STANDESRECHTLICHER POSITIONSPAPIERE UND RICHTLINIEN

Bei der Beurteilung der Meldungen über Sterbehilfe tragen die
Kommissionen eine auf dem Sterbehilfegesetz basierende Verant-
wortung. Das bedeutet, dass die medizinisch-standesrechtlichen
Positionspapiere und Richtlinien relevant sind, soweit sie sich in den
rechtlichen Rahmen einfügen. Es kann vorkommen, dass ein Positionspapier
oder eine Richtlinie vom Gesetz abweicht bzw. dass das Papier
oder die Richtlinie strengere Anforderungen stellt als das Gesetz oder die
Rechtsprechung; in einem solchen Fall sind für die Kommission das
Gesetz, die Rechtsprechung und die bestehende Prüfungspraxis
ausschlaggebend.¹⁴ Es kann auch sein, dass in den Positionspapieren
oder 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.¹⁵ 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.

¹⁴ Siehe auch das Schreiben der Gesundheitsministerin an das Abgeordnetenhaus vom 4. Juli 2014
(Parlamentsdrucksachen II, 2013-2014, 32647, Nr. 30).

¹⁵ 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.

Die Ärzteschaft hat mehrere Positionspapiere und Richtlinien erarbeitet, die für Ärzte relevant sind, die über die Bitte eines Patienten um Sterbehilfe entscheiden müssen, etwa das *Positionspapier zu Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende* der Ärztekammer KNMG (2021), die *Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein* der KNMG (2010) und die *Richtlinie zur Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung* der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie (NVvP, 2018). Die Positionspapiere und 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* der KNMG und des Apothekerverbands KNMP (2021). Diese Richtlinie ist 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 angemessene Feststellung einer hinreichenden Verminderung des Bewusstseins des Patienten. 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.

GESETZLICHE SORGFALTSKRITERIEN

3

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 – 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

19

Auch ein nicht behandelnder Arzt kann eine Bitte um Sterbehilfe erfüllen. Er wird dann grundsätzlich glaubhaft machen müssen, 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 mit dem Fall vertraut sind. Er muss sich aber 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 schreibt 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.¹⁶ Es muss immer klar sein, dass der Patient selbst um Sterbehilfe gebeten hat.¹⁷

Es kommt vor, dass ein Patient seinen Sterbewunsch lange vor der eigentlichen Durchführung der Sterbehilfe äußert. 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. Auch dass ein Patient angesichts einer solchen Entscheidung schwankt, ist nachvollziehbar; 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, verbal oder schriftlich 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ Siehe Beurteilung 2022-035 auf der Website der Kontrollkommissionen. Hier ging es um eine Frau, die weder Niederländisch noch Englisch sprach. Ein Angehöriger fungierte als Dolmetscher für sie. In ihrer Beurteilung geht die Kommission explizit auf die Frage ein, ob der Arzt unter diesen Umständen zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Schließlich muss klar sein, dass die Patientin selbst um Sterbehilfe gebeten hat. In diesem Fall kam die Kommission zu dem Schluss, dass dies der Fall war.

In solchen Fällen kommt es darauf an, dass der Arzt aufgrund der Äußerungen, zu denen der Patient noch in der Lage ist, sowie aufgrund seines Verhaltens davon überzeugt ist, dass ein konsistentes 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.

Kann ein Patient seinen Wunsch nach Sterbehilfe nicht mehr kommunizieren, 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.¹⁸

Zweitens muss der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens willensfähig sein (interne Freiwilligkeit).¹⁹ Das bedeutet, dass der Patient vier Kriterien erfüllen muss.²⁰ Er ist in der Lage, auf verständliche Weise über seinen Sterbewunsch zu kommunizieren. Er versteht relevante (medizinische) Informationen bezüglich seiner Situation und seiner Prognose. Er verfügt über Krankheitseinsicht, das heißt, er kann seine Situation sowie die Konsequenzen der Sterbehilfe und eventueller Behandlungsalternativen überblicken. Und schließlich ist der Patient in der Lage, verständlich zu machen, warum er Sterbehilfe wünscht.

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

19 *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.*

20 *P.S. Appelbaum und T. Grisso: »Assessing patients' capacities to consent to treatment« (Beurteilung der Fähigkeit von Patienten, einer Behandlung zuzustimmen), The New England Journal of Medicine 1988: 1635-1638.*

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 der Definition der Willensfähigkeit im Gesetz über den Behandlungsvertrag (Artikel 7:465 Bürgerliches Gesetzbuch) zum Ausdruck: ein Patient gilt als willensfähig, wenn er im Hinblick auf die zu treffende Entscheidung als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann.²¹

Wenn ein Patient nicht willensfähig ist, kann nach dem Gesetz über den Behandlungsvertrag sein Vertreter in seinem Namen für eine bestimmte medizinische Maßnahme eine informierte Einwilligung erteilen. Im Falle eines Sterbehilfersuchens ist eine Vertretung nicht möglich; in diesem Kontext 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 hinsichtlich seines Sterbewunsches nicht mehr willensfähig ist, kann eine schriftliche Patientenverfügung, die verfasst wurde, als der Patient in diesem Punkt noch willensfähig war, die mündlich geäußerte Bitte ersetzen.

In vielen Fällen gibt es an der Willensfähigkeit eines Patienten in Bezug auf seinen 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 hinsichtlich des Sterbehilfersuchens 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. Darüber hinaus kann die Willensfähigkeit aber auch vorab durch einen sachkundigen Arzt beurteilt werden.

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

Das Kriterium betreffend die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbehilfersuchens hängt eng mit dem nachstehend beschriebenen Kriterium der reiflichen Überlegung zusammen.

21 Siehe den Leitfaden für die Beurteilung der Willensfähigkeit (*Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*) in der Fassung von 2007 auf www.rijksoverheid.nl.

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 vom 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 Frage kommt. Wichtig ist, dass der Wunsch unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und aller Äußerungen des Patienten eindeutig sein muss.

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 hinsichtlich des Sterbewunsches: Erkennen und Verstehen der Situation
- reife Überlegung: gut informiert, eindeutig, nicht aus einer Stimmung heraus
- 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, Erschöpfung, 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 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. 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

Für die Kontrollkommissionen gilt, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen muss, dass der Patient aufgrund einer medizinischen Ursache unerträglich leidet und dass keine Aussicht auf Besserung besteht (Brongersma-Urteil, 2002). Die zugrundeliegende Erkrankung kann

sowohl somatischer als auch psychischer Art sein (Chabot-Urteil, 1994). Dabei muss es sich nicht um ein einzelnes, vorherrschendes medizinisches Problem handeln, das Leiden des Patienten kann auch die Folge einer Kumulation schwerwiegender und weniger einschneidender Erkrankungen sein. Patienten können aufgrund der Summe mehrerer Erkrankungen unerträglich leiden. Wann ein Leiden als unerträglich empfunden wird, ist eine sehr individuelle Wahrnehmung. Ob ein Patient seine Erkrankungen als unerträglich empfindet, hängt auch von seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinen Wertvorstellungen und seiner Belastbarkeit ab.

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 Sehbehinderungen, 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. Eine oder mehrere dieser Erkrankungen und die damit zusammenhängenden Beschwerden können Leiden verursachen. Auch für diese Patienten gilt, dass das Leiden bzw. dessen Unerträglichkeit mit der Lebensgeschichte, Persönlichkeit und Belastbarkeit des Patienten zusammenhängen.

Damit unterscheidet sich eine solche Kumulation von überwiegend degenerativen Erkrankungen von der Problematik des »vollendeten Lebens«, jedenfalls sofern sich letzteres auf ein Leiden ohne medizinische Ursache bezieht. Im Gegensatz zur Problematik des »vollendeten Lebens« hat eine Kumulation von Altersbeschwerden durchaus eine medizinische Ursache.

> *Siehe für den Aspekt des »vollendeten Lebens« Abschnitt 4.9*

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. Der Arzt muss dabei sowohl das Ausmaß der durch die Behandlung zu erzielenden Verbesserung als auch

die damit verbundene Belastung des Patienten einbeziehen. 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 kurativen oder palliativen Behandlungsmöglichkeiten zur Linderung des unerträglichen Leidens 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 oder das Leiden zu lindern (Sorgfaltskriterium gemäß Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d Sterbehilfegesetz).

> *Siehe Abschnitt 3.5*

Patienten verwenden den Begriff »aussichtslos« zum Teil 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 zum Beispiel bei Krebs, aber auch bei fortschreitender ALS, MS, Demenz oder Parkinson der Fall sein.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND:

WICHTIGE ASPEKTE

- Es muss eine medizinische Ursache für das Leiden geben.
- 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 kurative oder palliative Behandlungsmöglichkeit als 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 mit der Angst vor einer künftigen Verschlechterung der Situation zusammenhängen.
- Der Patient muss das Leiden selbst empfinden.

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 erfahreneren 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 ist im Allgemeinen keine annehmbare Alternative. Ein medizinischer Eingriff oder eine Behandlung, die das Leiden für einen längeren Zeitraum substanziell lindern oder den Patienten davon befreien kann, dagegen schon. Patienten, die im Hinblick auf die Zustimmung zu einer Behandlung willensfähig sind, haben selbstverständlich das Recht, eine solche Maßnahme abzulehnen. Diese Entscheidung kann allerdings zur Folge haben, dass einem Sterbehilfersuchen des Patienten zum betreffenden Zeitpunkt nicht entsprochen werden kann.

In der letzten Lebensphase spielt die palliativmedizinische Behandlung eine wichtige Rolle. Allerdings kann ein Patient auch gute Gründe haben, eine Palliativbehandlung abzulehnen, weil er beispielsweise nicht benommen werden oder 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.

Der Arzt muss in seinem Bericht an die Kommission darauf eingehen, 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.
- Wenn der Patient eine annehmbare andere Lösung ablehnt, kann dies ein Hindernis für die Durchführung der Sterbehilfe sein.
- Die Ablehnung einer palliativen Sedierung durch den Patienten muss der Durchführung der Sterbehilfe nicht im Wege stehen.

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, äußert (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, ob er dem Sterbehilfeersuchen des Patienten Folge leistet. Der Arzt muss den Bericht des Konsiliararztes in seine Entscheidungsfindung miteinbeziehen. 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. Wenn es sich beim durchführenden Arzt nicht um den Arzt handelt, der den Konsiliararzt eingeschaltet hat, muss der durchführende Arzt vor der Durchführung der Sterbehilfe Kontakt zum Konsiliararzt aufnehmen und ihn darüber informieren, dass er die Durchführung der Sterbehilfe übernimmt. Zwischen dem Konsiliararzt und dem durchführenden Arzt darf kein Abhängigkeitsverhältnis bestehen. Der durchführende Arzt muss den Bericht des Konsiliararztes in seine Entscheidungsfindung miteinbeziehen.

Es ist nicht Sinn der Sache, dass der Konsiliararzt den Arzt beurteilt. Es ist auch nicht die Aufgabe des Konsiliararztes, dem Arzt die Sterbehilfe »zu genehmigen«. Der Konsiliararzt muss vielmehr die Frage beurteilen, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und er muss dem Arzt seine Sicht schriftlich und begründet mitteilen.

Vorzugsweise ist ein sog. SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzuzuziehen. SCEN steht für »Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland« (Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden). Träger des SCEN-Programms ist die Ärztekammer KNMG. Ein SCEN-Arzt ist 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 nützliche Informationen erteilen. Nur Ärzte können einen SCEN-Arzt einschalten. Die KNMG hat 2012 für SCEN-Ärzte die Richtlinie mit dem Titel »*Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe*« (Goede steun en consultatie bij euthanasie) veröffentlicht. Ein fundierter und vollständiger Konsiliarbericht liegt auch im Interesse des Arztes. Daher wurden im Rahmen von SCEN im Jahr 2015 *Leitlinien für den Konsiliarbericht* (Leidraad voor het consultatieverslag) formuliert. Darüber hinaus hat die KNMG 2022 einen *Musterbericht für SCEN-Ärzte* (Modelverslag voor SCEN-artsen) veröffentlicht. All diese Dokumente sind unter www.scen.nl einsehbar. SCEN-Ärzte sind Mitglied einer regionalen SCEN-Gruppe, die sich unter anderem mit Qualitätssicherung mittels Intervention befasst.

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 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 oder einen anderen Kollegen hinzuzuziehen oder einen Konsiliararzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie) 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 hinsichtlich seines Sterbewunsches untersuchen zu lassen; mögliche Behandlungsalternativen). Das Herantreten an einen SCEN-Arzt, einen anderen Kollegen oder einen Konsiliararzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe 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 endgültig entscheidet, ob er die Sterbehilfe durchführt. Der Arzt 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; in einem solchen Fall muss er sich explizit mit dem Standpunkt des Konsiliararztes auseinandersetzen. 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.²² 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. Es kommt vor, dass die Qualität dieser Berichte Gegenstand von Diskussionen ist, 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

22 Siehe Abschnitt 23 der KNMG-Richtlinie »Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe« (2012).

Patient noch nicht unerträglich leidet oder noch keine konkrete Bitte um Sterbehilfe geäußert hat, er aber dennoch zu dem Schluss kommt, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Wenn die Qualität des Konsiliarberichts mangelhaft ist, muss der Arzt den Konsiliararzt um eine Überarbeitung seines Berichts bitten. Dabei kann der Arzt erforderlichenfalls auf die von der KNMG bzw. von SCEN erstellten Richtlinien zur Verantwortung des Konsiliararztes und zu den Konsiliarberichten verweisen. Sollte die Qualität dann immer noch Mängel aufweisen, ist es die Aufgabe des Arztes, einen zweiten Konsiliararzt einzuschalten.

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. Deshalb ist es wichtig, dass der Konsiliararzt und der Arzt in ihren Berichten ihr Verhältnis zueinander beschreiben und dass der Konsiliararzt in seinem Bericht auf sein Verhältnis 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.²³

Die Unabhängigkeit ist unter Umständen nicht gegeben, wenn die gleichen Ärzte regelmäßig abwechselnd in der Funktion des behandelnden Arztes bzw. des Konsiliararztes zusammenarbeiten oder wenn ein SCEN-Arzt im Vorfeld der Sterbehilfe Unterstützung geleistet hat, die über Beratung und Informationserteilung hinausgeht. Auch wenn der Arzt und der Konsiliararzt privat Umgang miteinander haben, wirft dies Fragen zur Unabhängigkeit der beiden Ärzte voneinander auf. Dass Arzt und Konsiliararzt einander kennen, etwa aus einer Intervisionsgruppe, 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 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.

²³ Siehe die Beurteilungen 2020-151 und 2021-71 (Konsiliararzt als Patient in der Praxis des durchführenden Arztes registriert) auf der Website der Kontrollkommissionen.

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 Arzt und Patient 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 Sterbehilfeersuchen gesondert beurteilt werden. Beide Konsiliarärzte müssen sich vergewissern, dass von dem einen Partner kein 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 hinsichtlich des Sterbehilfeersuchens, 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 psychischen Störung, 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 hinsichtlich des Sterbewunsches hat.

- › *Zur Hinzuziehung eines Facharztes bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, Demenz oder einer geistigen Behinderung siehe Abschnitt 4.1 sowie 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.²⁴ 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 und beteiligten Pflegekräfte, 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 Sterbehilfe eine gewisse Zeit vergeht. In der Regel ist das kein Problem. Die gesetzlichen Vorschriften enthalten kein »Verfallsdatum« für einen Konsiliarbericht. Im

24 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.

Allgemeinen behält der Bericht seine Aussagekraft, 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. Auch in derartigen Fällen reicht zumeist 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.²⁵ Es kann allerdings vorkommen, dass die Kommission den Konsiliararzt darum bittet, 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 durchführende Arzt für die Qualität des Konsiliarberichts verantwortlich ist, wird er von der Kommission hierüber informiert. 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.
- 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 Konsiliararzt geht in seinem Bericht explizit auf die in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a bis d Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien ein.
- Der Arzt nimmt vor der Durchführung der Sterbehilfe vom Bericht des Konsiliararztes Kenntnis und misst ihm großes Gewicht bei.

²⁵ Die KNMG hat eine Beschwerdekommision ins Leben gerufen, die sich mit dem Handeln von SCEN-Ärzten befasst. Bei dieser Kommission können Betroffene Beschwerden über das Handeln von SCEN-Ärzten einreichen.

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 der herbeigeführten Bewusstseinsminderung. 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 Medikamenten und Verabreichungsmaterialien 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. So soll verhindert werden, dass der Patient oder Dritte dieses in Abwesenheit des Arztes einnehmen bzw. verabreichen könnten. Im Zusammenhang mit der Überprüfbarkeit des Handelns des durchführenden Arztes muss grundsätzlich ein und derselbe Arzt dem Patienten alle erforderlichen Mittel verabreichen.

LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN: VERABREICHUNGSREIHENFOLGE UND DOSIERUNG

Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte der Richtlinie entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden. Die dafür in Frage kommenden Mittel und die empfohlene Dosierung sind in der Richtlinie aufgeführt. Weicht der Arzt von den Vorgaben der Richtlinie ab, muss er dies hinreichend begründen können. 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: ANGEMESSENE FESTSTELLUNG EINER HINREICHENDEN BEWUSSTSEINSMINDERUNG

Es muss verhindert werden, dass der Arzt das muskelrelaxierende Mittel verabreicht, bevor das Bewusstsein des Patienten hinreichend vermindert ist, da die Wirkung des Muskelrelaxans ansonsten für den Patienten unangenehm spürbar sein könnte. Entsprechend muss der Arzt die Bewusstseinsminderung beim Patienten vor der Verabreichung des muskelrelaxierenden Mittels angemessen überprüfen und zu dem Schluss kommen, dass sie ausreichend ist. Außerdem muss er die diesbezügliche Frage im Musterbericht beantworten.

Die Kontrollkommissionen vertreten den Standpunkt, dass eine hinreichende Bewusstseinsminderung angemessen festgestellt wurde, wenn der Arzt kontrolliert hat, dass ein Schutzreflex (etwa der Lidschlussreflex oder der Kornealreflex) oder eine Reaktion auf einen Schmerzreiz²⁶ (starker Druck auf das Nagelbett oder Kneifen des Trapezmuskels) ausbleibt.

In Zweifelsfällen werden die Kommissionen Fragen zur Tiefe der Bewusstseinsminderung 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 und dürfen nicht an Dritte (z. B. eine Pflegekraft) übertragen werden. Das bedeutet auch, dass der Arzt anwesend sein muss, bis der Tod eingetreten und die Rücksprache mit dem Leichenbeschauer abgeschlossen ist.²⁷

²⁶ Das Provozieren eines Schmerzreizes kann von Angehörigen als emotional belastend empfunden werden.

²⁷ Siehe Beurteilung 2021-81 auf der Website der Kontrollkommissionen, die einen Fall betrifft, in dem der Arzt den Patienten nach der Verabreichung eines Teils der Sterbemittel verließ, um eine neue Kanüle zu holen und das Muskelrelaxans bei dem Patienten und dessen Angehörigen zurückließ.

HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG: MITTEL UND DOSIERUNG

Hilfe bei der Selbsttötung beinhaltet, dass der Arzt das Sterbemittel (ein Barbiturat) dem Patienten aushändigt und der Patient die Lösung anschließend trinkt. Die beiden oben beschriebenen Schritte (Herbeiführung einer hinreichenden Bewusstseinsminderung und anschließende Verabreichung eines muskelrelaxierenden Mittels) entfallen. Bevor der Arzt Hilfe bei der Selbsttötung leistet, muss er dem Patienten aber ein Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen verabreichen. 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 er 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. Der Arzt muss beim Patienten standardmäßig vorab 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.²⁸

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. mit Blick auf die

28 Siehe Beurteilung 2019-57 auf der Website der Kontrollkommissionen, die einen Fall betrifft, in dem der Arzt den Patienten nach der Einnahme des Barbiturats verlassen hatte, bevor der Tod eingetreten war.

Mittel und die Methode, die zum Einsatz kommen sollen. Deshalb sollte es frühzeitig zu einer Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Apotheker kommen.

Ebenso wie ein Arzt ist auch ein Apotheker nicht dazu verpflichtet, an einer Sterbehilfe mitzuwirken.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG DER LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN: WICHTIGE ASPEKTE

- Einzuhaltende Reihenfolge:
 - Verabreichung eines komaauslösenden Mittels durch den Arzt
 - angemessene Feststellung einer hinreichenden Bewusstseinsminderung
 - 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 angemessenen Feststellung einer hinreichenden Bewusstseinsminderung: KNMG/KNMP-Richtlinie 2021
- Arzt muss einen Notvorrat an Mitteln zur intravenösen Verabreichung verfügbar haben

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG DER HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG: WICHTIGE ASPEKTE

- Einzuhaltende Reihenfolge:
 - zeitlichen Ablauf und eventuelle aktive Lebensbeendigung mit Patient und Angehörigen besprechen
 - vorab Kanüle legen und Antiemetikum verabreichen
 - 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 2021
- Arzt muss einen Notvorrat an Mitteln zur intravenösen Verabreichung verfügbar haben

BESONDERE ASPEKTE

4

4.1 SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz können Patienten, die diesbezüglich willensfähig sind, eine schriftliche Verfügung verfassen und darin ein Ersuchen um Sterbehilfe formulieren (im Folgenden als »schriftliche Patientenverfügung« bezeichnet). Ergibt sich dann später eine Situation, in der der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann (beispielsweise infolge einer fortgeschrittenen Demenz oder eines verminderten Bewusstseins), kann der Arzt die schriftliche 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.²⁹

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 konkreten Umstände, unter denen er die Durchführung der Lebensbeendigung wünscht, so umfassend wie möglich beschreibt. 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. Es empfiehlt sich außerdem, dass der Patient die Verfügung dem Arzt aushändigt, damit dieser das Dokument in die Patientenakte aufnehmen kann. Für eine schriftliche Patientenverfügung gibt es keine Formvorgaben, der Patient kann sie in seinen eigenen Worten verfassen. Eine vom Patienten selbst und in eigenen Worten verfasste Verfügung hat in der Regel eine höhere Aussagekraft als ein vorgedrucktes Formular. Es ist nicht erforderlich, dass der Patient die Verfügung bei einem Notar im Rahmen eines Patiententestaments hinterlegt.

42

²⁹ Siehe das Schreiben der Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport vom 4. Juli 2014 zur schriftlichen Patientenverfügung bei Sterbehilfe.

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«.³⁰ Anders ausgedrückt – die Sorgfaltskriterien müssen in einer den besonderen Umständen dieser Fälle angemessenen Art und Weise eingehalten werden. Der Arzt muss die spezifischen Umstände der jeweiligen Situation berücksichtigen, 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 hinsichtlich seines Sterbewunsches 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:

A) DER ARZT MUSS DAVON ÜBERZEUGT SEIN, DASS DER PATIENT SEINE BITTE FREIWILLIG UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERT HAT.

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient die schriftliche Patientenverfügung seinerzeit freiwillig und nach reiflicher Überlegung verfasst hat. Dabei muss er sich auf seine Beurteilung der Krankenakte und der konkreten Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Fachkräften halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren, da eine mündliche Bestätigung der Wünsche durch den Patienten selbst nicht möglich ist.

Darüber hinaus muss der Arzt zu dem Schluss kommen, dass die aktuelle Situation des Patienten jener Situation entspricht, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschrieben hat. Hierfür muss er zunächst den Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung eruieren, um somit die Intention des Patienten zu ermitteln. Der Arzt muss nicht nur den Wortlaut des Ersuchens, sondern alle Begleitumstände des Falls in seine Erwägungen mit einbeziehen. Bei der Interpretation der schriftlichen Patientenverfügung besteht also ein gewisser Spielraum. Erhebliche Unklarheiten oder Widersprüche in der Patientenverfügung

³⁰ 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).

können jedoch zur Folge haben, dass der Bitte des Patienten um Sterbehilfe nicht Folge geleistet werden kann.

Die schriftliche Patientenverfügung muss in jedem Fall zumindest das Ersuchen des Patienten um Sterbehilfe in der Situation beinhalten, in der er seinen Willen bezüglich des Sterbewunsches nicht mehr äußern kann. Bittet der Patient darum, dass seinem Ersuchen auch dann entsprochen wird, wenn kein unerträgliches Leiden infolge einer körperlichen Erkrankung vorliegt, muss aus der schriftlichen Patientenverfügung zusätzlich hervorgehen, dass der Patient auch in diesem Fall sein (zu erwartendes) psychisches Leiden für unerträglich hält und dass er dies seinem Ersuchen zugrunde legt.

Der Arzt muss beurteilen, ob es Indizien gibt, die der Durchführung der Sterbehilfe entgegenstehen. Solche Kontraindizien aus der Zeit, als der Patient seinen Willen bezüglich seines Sterbewunsches noch äußern konnte, können vom Arzt als Rücknahme oder Änderung der früher verfassten schriftlichen Patientenverfügung aufgefasst werden. In diesem Fall kann keine Sterbehilfe geleistet werden. Kontraindizien aus der Zeit, als der Patient seinen Willen bezüglich des Sterbewunsches (beispielsweise infolge fortgeschrittener Demenz) nicht mehr zu äußern vermochte, können nicht als Rücknahme oder Änderung der früheren schriftlichen Patientenverfügung interpretiert werden. Für den Arzt können sie jedoch, in Verbindung mit dem klinischen Gesamtzustand und dem Verhalten des Patienten, für die Beurteilung seines aktuellen körperlichen und geistigen Zustandes relevant sein. Der Zustand des Patienten kann dergestalt sein, dass der Arzt zu dem Schluss kommen muss, dass die vom Patienten zum Zeitpunkt der Formulierung seines Ersuchens beschriebene Situation, in der er Sterbehilfe wünscht, nicht eingetreten ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn klare verbale Äußerungen oder ein konsistentes Verhalten des Patienten nicht mit dem Geist der Verfügung übereinstimmen. Die Prüfung durch den Arzt von Umständen, die als Kontraindizien gewertet werden könnten, ist auch für die Beurteilung der Unerträglichkeit des Leidens des Patienten relevant.

Der Arzt muss sich um eine sinnvolle Kommunikation mit dem Patienten unter anderem über die geplante Durchführung der Sterbehilfe bemühen. Er ist nicht verpflichtet, Informationen über einen aktuellen Lebens- oder Sterbewunsch eines Patienten einzuholen, der nicht mehr in der Lage ist, seinen diesbezüglichen Willen zu äußern. Dies wäre eine Forderung, die im Gesetz nicht vorgesehen ist. Die besondere Lage eines Patienten, der seinen Willen bezüglich der Sterbehilfe nicht mehr mitteilen kann, hat zur Folge, dass eine mündliche Überprüfung seines Leidens und Sterbewunsches nicht möglich ist. Eine Verpflichtung zu einer solchen Überprüfung würde die Bedeutung der schriftlichen Patientenverfügung tangieren; schließlich ist sie genau für Situationen

gedacht, in denen die Person, die die Verfügung formuliert hat, nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen bezüglich der Sterbehilfe zu äußern.

B) DER ARZT MUSS DAVON ÜBERZEUGT SEIN, DASS DAS LEIDEN DES PATIENTEN UNERTRÄGLICH IST UND DASS KEINE AUSSICHT AUF BESSERUNG BESTEHT.

Zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe muss der Arzt davon überzeugt sein, dass der Patient unerträglich leidet.³¹ Es kann ein aktuelles unerträgliches Leiden infolge einer physischen Erkrankung vorliegen, es kann aber auch sein, dass sich der Patient in einer Situation befindet, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung als (zu erwartendes) unerträgliches Leiden beschrieben hat und dass aus dem konsistenten Verhalten des Patienten abgeleitet werden kann, dass er unerträglich leidet. Die Tatsache, dass der Patient sich in der in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschriebenen Lage befindet, ist für sich genommen kein hinreichender Grund für die Schlussfolgerung, dass der Patient zum aktuellen Zeitpunkt unerträglich leidet. Der Arzt muss immer sorgfältig überprüfen und nachvollziehbar zu dem Schluss kommen, dass das Leiden des Patienten aktuell tatsächlich unerträglich ist. Dies erfordert eine sorgfältige Beurteilung des aktuellen Zustands des Patienten auf der Grundlage aller Umstände des konkreten Einzelfalls. Bei der Beantwortung der Frage nach der Schwere des Leidens muss sich der Arzt auf seine Schlussfolgerungen angesichts des aktuellen Zustands des Patienten stützen, die wiederum auf seiner Beurteilung der Krankenakte und der konkreten Situation des Patienten basieren können. Dabei können alle verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten relevant sein. Ebenso ist die Rücksprache mit anderen Fachkräften, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie mit der Familie und dem Patienten nahestehenden Personen von Bedeutung. Ist der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient aktuell unerträglich leidet, kann dem Wunsch nach Sterbehilfe nicht entsprochen werden.

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

³¹ Für eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass der Patient Leiden empfinden muss, siehe Abschnitt 4.7.

C) DER ARZT HAT DEN PATIENTEN ÜBER DIE SITUATION, IN DER ER SICH BEFAND, UND ÜBER SEINE AUSSICHTEN INFORMIERT.

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

D) DER ARZT IST MIT DEM PATIENTEN ZU DER ÜBERZEUGUNG GELANGT, DASS ES FÜR DIE SITUATION, IN DER DIESER SICH BEFAND, KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG GAB.

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für die Situation, in der sich der Patient befindet, sowohl in medizinischer Hinsicht, als auch angesichts der schriftlichen Patientenverfügung, keine annehmbare andere Lösung gibt. Dabei muss er sich auf die eigene Beurteilung der Krankenakte und die konkrete Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Betreuern halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren. Da der Patient seinen Willen bezüglich der Sterbehilfe nicht mehr äußern kann, haben die in seiner schriftlichen Patientenverfügung niedergelegten Aussagen und seine mündlichen Äußerungen aus der Zeit, als man noch mit ihm kommunizieren konnte, große Bedeutung.

E) HINZUZIEHUNG MINDESTENS EINES ANDEREN, UNABHÄNGIGEN ARZTES, DER DEN PATIENTEN GESEHEN UND SCHRIFTLICH ZUR EINHALTUNG DER UNTER A BIS D GENANNTEN SORGFALTSKRITERIEN STELLUNG GENOMMEN HAT.

Dieses Kriterium gilt unvermindert für den Fall der Sterbehilfe bei einem Patienten, der seinen Willen diesbezüglich nicht mehr äußern kann. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der Konsiliararzt den Patienten persönlich sieht. Dies ist auch in einer solchen Situation erforderlich. Dabei wird zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten wahrscheinlich keine oder nur eine sehr eingeschränkte sinnvolle Kommunikation möglich sein. Dies hat zur Folge, dass der Konsiliararzt neben seinen eigenen Beobachtungen auch Informationen des Arztes und aus anderen Quellen heranziehen muss, um sich ein Urteil zu bilden. Dabei kann es sich um die Patientenakte und mündliche Informationen des Arztes handeln, um Facharztberichte, den Inhalt der Patientenverfügung und um Gespräche mit den Pflegekräften und/oder den Angehörigen.

Der Umstand, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen bezüglich der Sterbehilfe zu äußern, wird in der Regel dazu führen, dass

ein zweiter unabhängiger Arzt mit besonderer Sachkenntnis auf dem Gebiet der konkreten Erkrankung hinzugezogen wird (z. B. ein Geriater, ein Facharzt für Altersmedizin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, ein Gerontopsychiater oder ein Neurologe), der die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich des Sterbewunsches, die Unerträglichkeit seines Leidens und die Aussichtslosigkeit seines Zustands sowie mögliche vertretbare Alternativen auf der Grundlage eigener Untersuchungen beurteilen soll. Zur Position des unabhängigen Facharztes ist anzumerken, dass die in Abschnitt 3.6 beschriebenen Voraussetzungen und Bedingungen bezüglich der Unabhängigkeit des Konsiliararztes entsprechend gelten. Natürlich gibt der Arzt dem Konsiliararzt und dem Facharzt die Möglichkeit, sich zu der Art und Weise zu äußern, wie er die Sterbehilfe konkret durchzuführen gedenkt.

Wenn die Qualität der Berichte des (SCEN-)Konsiliararztes und/oder des unabhängigen Facharztes mangelhaft ist, muss der Arzt den Konsiliararzt bzw. den unabhängigen Facharzt um eine Überarbeitung seines Berichts bitten. Sollte die Qualität dann immer noch Mängel aufweisen, ist es die Aufgabe des Arztes, einen zweiten (SCEN-) Konsiliararzt und/oder unabhängigen Facharzt hinzuzuziehen.

Vertreten der (SCEN-)Konsiliararztes und der unabhängige Facharzt unterschiedliche Ansichten, muss der Arzt explizit darauf eingehen. Dann ist es angesichts der erforderlichen großen Behutsamkeit angezeigt, einen zweiten (SCEN-)Konsiliararzt und/oder unabhängigen Facharzt zu konsultieren.

> *Siehe auch Abschnitt 3.6. und 4.7.*

F) MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Teil der medizinisch fachgerechten Durchführung der Sterbehilfe ist ihre Vorbereitung und Durchführung unter Berücksichtigung eines möglichen irrationalen oder unvorhersehbaren Verhaltens des Patienten infolge seiner Erkrankung. Die Durchführung der Sterbehilfe sollte den Patienten so wenig wie möglich belasten. Wenn es bei einem Patienten, der seinen Willen bezüglich der Sterbehilfe nicht mehr äußern kann, Anzeichen dafür gibt, dass die Durchführung der Sterbehilfe bei ihm Unruhe, Erregung oder Aggressionen auslösen wird, kann der Arzt unter Berücksichtigung der von ihm einzuhaltenden medizinischen Standards zu dem Schluss kommen, dass die Verabreichung einer Prämedikation angezeigt ist.

Es gilt der Grundsatz, dass der Arzt sich um eine sinnvolle Kommunikation mit dem Patienten über den Zeitpunkt und die Art der Durchführung der Sterbehilfe, also auch über die eventuelle Verabreichung einer Prämedikation bemüht, sofern sich dies nicht nachteilig auf den Patienten auswirkt, etwa weil ein Gespräch hierüber starke Erregung oder Unruhe auslösen würde. Wenn es jedoch so ist,

dass diese Themen das Auffassungsvermögen des Patienten übersteigen und somit keine sinnvolle Kommunikation mit ihm hierüber möglich ist, ist ein solches Gespräch mit dem Patienten nicht erforderlich. Ein Gespräch über diese Aspekte wäre dann sinnlos und würde möglicherweise Erregung und Unruhe bei dem Patienten verursachen. In seinen Kontakten mit dem Patienten muss der Arzt auf Kontraindizien für die Sterbehilfe achten.

- > *Siehe auch Abschnitt 4.4 Demenzpatienten.*
- > *Siehe auch Abschnitt 4.7 Koma/vermindertes Bewusstsein.*

SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG: BESONDERE ASPEKTE

- Ist der Patient nicht mehr in der Lage, seinen Willen bezüglich der Sterbehilfe zu äußern?
- War der Patient diesbezüglich willensfähig, als er seinen Wunsch nach Sterbehilfe in seiner schriftlichen Patientenverfügung niederlegte?
- Wurden die Sorgfaltskriterien eingehalten, soweit dies in der jeweiligen Situation faktisch möglich war? Der Arzt muss die Sorgfaltskriterien in einer den besonderen Umständen des Falles angemessenen Art und Weise einhalten.
- Entspricht die aktuelle Situation des Patienten der in seiner schriftlichen Patientenverfügung dargelegten Situation? Zur Ermittlung der Intention des Patienten darf sich der Arzt auf die Auslegung der schriftlichen Patientenverfügung berufen.
- Gibt es Kontraindizien, die der Durchführung der Sterbehilfe entgegenstehen?
- Leidet der Patient aktuell unerträglich?
- Wurde zusätzlich zum Konsiliararzt ein Sachverständiger auf dem Gebiet der Erkrankungen des Patienten hinzugezogen?
- Empfiehlt sich die Verabreichung einer Prämedikation? Ist zwischen dem Arzt und dem Patienten aufgrund der Situation, in der sich der Patient befindet, keine sinnvolle Kommunikation mehr möglich, braucht der Arzt die Art der Durchführung der Sterbehilfe (einschließlich der Verabreichung einer Prämedikation) nicht mit dem Patienten zu besprechen.

4.2 MINDERJÄHRIGE PATIENTEN

Das Sterbehilfegesetz gilt für Patienten ab zwölf Jahren. Es enthält allerdings für Minderjährige einige zusätzliche Anforderungen:

- Der Minderjährige kann als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden.
- Bei Minderjährigen im Alter von 12 bis 16 Jahren ist zusätzlich zum Ersuchen des Patienten das Einverständnis der erziehungsberechtigten Eltern, eines erziehungsberechtigten Elternteils oder des Vormunds erforderlich (Artikel 2 Absatz 4 Sterbehilfegesetz).
- Bei Minderjährigen im Alter von 16 oder 17 Jahren müssen die erziehungsberechtigten Eltern bzw. ein erziehungsberechtigtes 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.³²

Meldungen über Sterbehilfe bei Minderjährigen im Alter von 12 bis 18 Jahren sind selten.

4.3 PATIENTEN MIT EINER PSYCHISCHEN STÖRUNG

Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Störung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. Häufig geht es in solchen Fällen um eine komplexe Problematik, und es sind spezifische Fachkenntnisse erforderlich. Diese Behutsamkeit ist vor allem im Hinblick auf die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbehilfewunsches, des unerträglichen Leidens und aussichtslosen Zustands sowie des Fehlens einer annehmbaren anderen Lösung geboten.

Bei der Beurteilung des Ersuchens muss der Arzt ausschließen können, dass das Urteilsvermögen des Patienten durch die psychische Störung

³² 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.

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 Krankheitseinsicht verfügt und ob seine Erwägungen eindeutig sind.

> *Siehe auch Abschnitt 3.2.*

Was die Aussichtslosigkeit des Zustands und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung angeht, so ist vom Arzt gründlich zu prüfen, ob es noch Möglichkeiten gibt, das Leiden des Patienten zu lindern oder zu beseitigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient relativ jung ist und noch viele Jahre leben könnte.³³ Lehnt der Patient eine annehmbare Alternative ab, liegt kein aussichtsloser Zustand vor. Allerdings muss sich ein Patient nicht allen noch denkbaren Behandlungen unterziehen.

> *Siehe auch Abschnitt 3.5.*

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN PSYCHIATERS

Für die Kontrollkommissionen gilt der Grundsatz, dass der Arzt bei diesen Patienten immer einen Kollegen mit psychiatrischer Fachkenntnis einschalten muss. Dies ergibt sich aus der großen Behutsamkeit, mit der der Arzt in solchen Fällen vorgehen muss. So soll sichergestellt werden, dass der Arzt sich gut informieren lässt und seine Überzeugung kritisch reflektiert. Auf diese Weise wird ein sorgfältiger Entscheidungsprozess gewährleistet. Mit diesem Grundsatz schließen sich die Kommissionen den Berufsverbänden KNMG und NVvP an.

Praktisch setzen die Kommissionen diesen Grundsatz um, indem sie kontrollieren, ob der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen und ob dieser geprüft hat, ob der Patient hinsichtlich seines Sterbewunsches willensfähig und sein Zustand aussichtslos ist und ob es keine annehmbaren Alternativen gibt. Der unabhängige Psychiater darf gegebenenfalls Behandlungsempfehlungen aussprechen. Der Arzt kann selbst entscheiden, ob er zusätzlich zum (SCEN-)Konsiliararzt einen unabhängigen Psychiater hinzuzieht, oder ob er einen (SCEN-)Konsiliararzt einschaltet, der zugleich Psychiater ist. Damit weichen die Kommissionen von den in der *Richtlinie zur Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung* des NVvP aus dem Jahr 2018 (im Folgenden: Richtlinie NVvP 2018, abrufbar unter richtlijndatabase.nl) formulierten Kriterien ab.

³³ 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.

Die Richtlinie NVVP 2018 richtet sich an Psychiater und andere Ärzte, die sich mit einem Sterbehilfeersuchen eines Patienten mit einer psychischen Störung konfrontiert sehen. Darin wird zwischen der Beurteilungsphase und der Konsultationsphase unterschieden und somit die Einbindung zweier Psychiater verlangt. Die Kommissionen nehmen diese Untergliederung in zwei Phasen nicht vor und verlangen die Hinzuziehung lediglich eines unabhängigen Psychiaters. Zur Position des unabhängigen Psychiaters ist anzumerken, dass die in Abschnitt 3.6 beschriebenen Voraussetzungen und Bedingungen bezüglich der Unabhängigkeit des Konsiliararztes entsprechend gelten.

Ebenso wie beim (SCEN-)Konsiliararzt gilt auch für den unabhängigen Psychiater, dass er den Patienten sehen und mit ihm sprechen muss.

Wenn zwischen der Erstellung des Berichts des unabhängigen Psychiaters und dem angestrebten Datum der Durchführung der Sterbehilfe eine längere Zeit vergangen ist, ist ein erneuter Kontakt zwischen dem Arzt und dem Psychiater angezeigt, u. a. bezüglich der Frage, ob eine erneute Beurteilung erforderlich ist.

Wenn die Qualität der Berichte des (SCEN-)Konsiliararztes und/oder des unabhängigen Psychiaters mangelhaft ist, muss der Arzt den Konsiliararzt bzw. den unabhängigen Psychiater um eine Überarbeitung seines Berichts bitten. Sollte die Qualität dann immer noch Mängel aufweisen, ist es die Aufgabe des Arztes, einen zweiten (SCEN-) Konsiliararzt und/oder unabhängigen Psychiater hinzuzuziehen.

Vertreten der (SCEN-)Konsiliararzt und der unabhängige Facharzt unterschiedliche Ansichten, muss der Arzt explizit darauf eingehen. Außerdem ist es dann angezeigt, einen zweiten (SCEN-)Konsiliararzt und/oder unabhängigen Psychiater zu konsultieren. Die Hinzuziehung eines weiteren Konsiliararztes und/oder unabhängigen Psychiaters ist in einem solchen Fall ein Zeichen der erforderlichen großen Behutsamkeit.

KOMBINATION VON SOMATISCHEN ERKRANKUNGEN UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Im Vorstehenden geht es um Patienten, deren Bitte um Sterbehilfe auf ein Leiden zurückgeht, das mit einer psychischen Störung zusammenhängt. Es kommt regelmäßig vor, dass der Leidensdruck des Patienten vor allem von somatischen Erkrankungen verursacht wird, dieser darüber hinaus aber auch an einer psychischen Störung leidet. Diese Störung kann ebenfalls zu dem vom Patienten empfundenen Leidensdruck beitragen. Auch in solchen Fällen müssen der Arzt und der Konsiliararzt gründlich abwägen, ob die psychische Störung 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 bezüglich der Freiwilligkeit und reiflichen Überlegung des Ersuchens zu bitten.³⁴

PATIENTEN MIT EINER PSYCHISCHEN STÖRUNG: BESONDERE ASPEKTE

- Ist der Sterbewunsch des Patienten als freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen oder als behandelbares Symptom seiner Erkrankung anzusehen?
- Wurde festgestellt, dass der Zustand aussichtslos ist und dass es keine annehmbare Alternative gibt?
- Wurde diesbezüglich 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 Behutsamkeit geprüft werden. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf nimmt bei Demenzpatienten die Willensfähigkeit ab.

HINSICHTLICH DES STERBEHILFEERSUCHENS NOCH WILLENSFÄHIG

In fast allen derartigen Fällen, die den Kommissionen bisher gemeldet wurden, ging es um Patienten, die sich über ihre Krankheit noch hinreichend im Klaren und mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig waren. Ausschlaggebend für das Leiden dieser Patienten ist, neben dem aktuellen Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten und Funktionen, häufig auch die Angst vor einer weiteren Verschlechterung und den damit verbundenen negativen Auswirkungen (insbesondere) auf 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.

Ist ein Demenzpatient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens noch willensfähig, ist im Allgemeinen das Durchlaufen des regulären

³⁴ Siehe Beurteilung 2022-039 auf der Website der Kontrollkommissionen.

Konsultationsverfahrens hinreichend. Allerdings muss dafür die Diagnose Demenz *lege artis* (nach dem üblichen medizinischen Verfahren) gestellt worden sein. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich gezielt einen unabhängigen Facharzt um eine Stellungnahme bitten. Im Hinblick auf die Position des unabhängigen Facharztes gelten die in Abschnitt 3.6 beschriebenen Voraussetzungen und Bedingungen bezüglich der Unabhängigkeit des Konsiliararztes entsprechend. Wenn zwischen der Erstellung des Berichts des unabhängigen Facharztes und dem angestrebten Datum der Durchführung der Sterbehilfe eine längere Zeit vergangen ist, ist ein erneuter Kontakt zwischen dem Arzt und dem unabhängigen Facharzt angezeigt, u. a. bezüglich der Frage, ob eine erneute Beurteilung erforderlich ist.

Wenn die Qualität des Berichts des unabhängigen Facharztes mangelhaft ist, muss der Arzt den Facharzt um eine Überarbeitung seines Berichts bitten. Sollte die Qualität dann immer noch Mängel aufweisen, ist es prinzipiell Aufgabe des Arztes, einen zweiten unabhängigen Facharzt einzuschalten.

Vertritt der unabhängige Facharzt eine andere Ansicht, muss der Arzt explizit darauf eingehen. Dann ist es angesichts der erforderlichen großen Behutsamkeit angezeigt, einen zweiten unabhängigen Facharzt zu konsultieren.

HINSICHTLICH DES STERBEHILFEERSUCHENS NICHT MEHR WILLENSFÄHIG

In der Spätphase der Demenz, in der der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens nicht mehr als willensfähig betrachtet werden kann, ist die Durchführung der Sterbehilfe in den Fällen möglich, in denen der Patient, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung einschließlich Sterbehilfeersuchen verfasst hat.³⁵

> *Nähere Informationen zur Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung in Abschnitt 4.1.*

DEMENTZPATIENTEN: BESONDERE ASPEKTE

- Ist der Patient noch willensfähig?
- Wenn nicht: Liegt eine schriftliche Patientenverfügung vor? Nähere Informationen zur Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung finden sich in Abschnitt 4.1.

³⁵ In derartigen Fällen bitten die Kontrollkommissionen den Arzt grundsätzlich um eine mündliche Erläuterung.

4.5 PATIENTEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit einer geistigen Behinderung sind selten.³⁶ 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.³⁷ In diesen Fällen muss besonders aufmerksam geprüft werden, ob der Patient mit Blick auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig ist.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN FACHARZTES

Bei Zweifeln an der Willensfähigkeit eines Patienten hinsichtlich seines Ersuchens muss der Arzt neben dem regulären Konsiliararzt, der die Einhaltung aller in den Abschnitten 3.2 bis 3.5 genannten Sorgfaltskriterien beurteilt, auch einen entsprechenden Facharzt zwecks Beurteilung der Willensfähigkeit des Patienten hinzuziehen (z. B. einen Arzt, der auf die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert ist). Auch hier gilt wiederum, dass die Hinzuziehung eines (SCEN-)Konsiliararztes, der auch ein entsprechender Facharzt ist, ausreichen kann. Zur Position des unabhängigen Facharztes ist anzumerken, dass die in Abschnitt 3.6 beschriebenen Voraussetzungen und Bedingungen bezüglich der Unabhängigkeit des Konsiliararztes entsprechend gelten.

Wenn die Qualität des Berichts des unabhängigen Facharztes mangelhaft ist, muss der Arzt den Facharzt um eine Überarbeitung seines Berichts bitten. Sollte die Qualität dann immer noch Mängel aufweisen, ist es die Aufgabe des Arztes, einen zweiten unabhängigen Facharzt einzuschalten.

Vertritt der unabhängige Facharzt eine andere Ansicht, muss der Arzt explizit darauf eingehen. Dann ist es angesichts der erforderlichen großen Behutsamkeit angezeigt, einen zweiten unabhängigen Facharzt zu konsultieren.

³⁶ Siehe Fall 2016-03, www.euthanasiecommissie.nl.

³⁷ Siehe die Richtlinie »Medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende bei Menschen mit geistiger Behinderung« (*Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking*, 2007), sowie den Leitfaden »Umgang mit Sterbehilfeersuchen von nicht willensfähigen Patienten mit geistiger Behinderung« (*Handreiking Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking*, 2013) der Ärztekammer NVAAG.

4.6 PATIENTEN MIT EINER STÖRUNG DER FÄHIGKEIT ZUR VERBALEN KOMMUNIKATION

Patienten mit einer Störung der Fähigkeit zur verbalen Kommunikation (z. B. Aphasie) sind zwar im Allgemeinen in der Lage, freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe zu bitten, allerdings ist es für sie häufig problematisch, ihre Wünsche und Ansichten in Worte zu fassen. Oft können diese Patienten aber auf andere Weise ihren Willen bezüglich des Sterbewunsches zum Ausdruck bringen oder Fragen beantworten, beispielsweise durch Händedruck, Mimik oder Gebärden. Es können auch einfache geschlossene Fragen gestellt werden, die der Patient zum Beispiel durch Zeichen oder mit »Ja« oder »Nein« beantworten kann. Dann können sich Arzt und Konsiliararzt ungeachtet der Sprachstörung des Patienten ein klares Bild von dessen Sterbewunsch und der dafür erforderlichen Willensfähigkeit 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 UND VERMINDERTES BEWUSSTSEIN

Die Ärztekammer KNMG hat eine *Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein* (Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn, 2010) veröffentlicht. Der Beurteilungsrahmen der Kontrollkommissionen stimmt größtenteils mit dieser Richtlinie überein.

Der Arzt muss die Bewusstseinsminderung bzw. das Koma feststellen, etwa mit Hilfe der Glasgow-Koma-Skala (GCS).³⁸ Bei der Beantwortung der Frage, ob Sterbehilfe möglich ist, wenn sich der Patient – nicht infolge palliativer Sedierung – in einem Koma oder in einem Zustand verminderten Bewusstseins befindet, spielt vor allem das vom Patienten empfundene Leiden eine Rolle.

- > *Zu Sterbehilfe und palliativer Sedierung siehe auch Abschnitt 4.8.*

38 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).

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.

SITUATION 1:**KOMA ODER VERMINDERTES BEWUSSTSEIN TRITT EIN, NACHDEM DER PATIENT DEN ARZT UM STERBEHILFE GEBETEN HAT, ABER VOR DEM GEPLANTEN ZEITPUNKT DER DURCHFÜHRUNG**

Eine problematische Situation kann entstehen, wenn der Patient den Arzt um Sterbehilfe gebeten hat, aber 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.

UNTERSCHIEDUNG ZWISCHEN IRREVERSIBLEM UND REVERSIBLEM KOMA BZW. VERMINDERTEN BEWUSSTSEIN

- Situation 1a: *irreversibles Koma* (durch Krankheit entstanden, nicht umkehrbar)
Der Patient kann in der terminalen Phase des Krankheitsverlaufs 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.
- Situation 1b: *irreversible Bewusstseinsminderung* (durch Krankheit entstanden, nicht umkehrbar)
 1. Es gibt Anzeichen für Leiden. Beim Patienten kann spontan ein irreversibler Zustand verminderten Bewusstseins eintreten, wobei es allerdings noch Anzeichen für Leiden gibt – insbesondere Stöhnen, Atemnot mit oder ohne abnormale Atmung und Grimassen. Weitere Symptome können Unruhe, Verwirrung und (Kot-)Erbrechen sein. In dieser Situation kann der Arzt die Sterbehilfe durchführen.
 2. Es gibt keine Anzeichen für Leiden. Es darf keine Sterbehilfe geleistet werden.

- Situation 1c: *reversibles Koma oder reversible Bewusstseinsminderung* (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, und der Patient zwar keine Anzeichen für Leiden aufweist, aber davon auszugehen ist, dass die Wiederherstellung des Bewusstseins Leiden verursachen würde, könnte dieser Zustand aufgehoben werden, um zu prüfen, ob der Patient noch Leiden empfindet – allerdings wäre ein solches 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 also 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.

In den vorgenannten, unter 1b (irreversible Bewusstseinsminderung mit Anzeichen für Leiden beim Patienten) und 1c (reversibles Koma oder reversible Bewusstseinsminderung) beschriebenen Situationen kann der Arzt also Sterbehilfe leisten. Dabei ist für das weitere Verfahren relevant, ob zu dem Zeitpunkt, an dem der Patient in den Zustand des verminderten Bewusstseins bzw. das reversible Koma fiel, bereits ein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen worden war:

- *Der Patient hat den Arzt um Sterbehilfe gebeten und ist dann, vor der Hinzuziehung des Konsiliararztes, in einen Zustand des verminderten Bewusstseins bzw. ein reversibles Koma gefallen.*

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. Anders als die KNMG in ihrer Richtlinie vertreten die Kontrollkommissionen die Auffassung, dass in dieser Situation eine schriftliche Patientenverfügung nicht erforderlich ist.

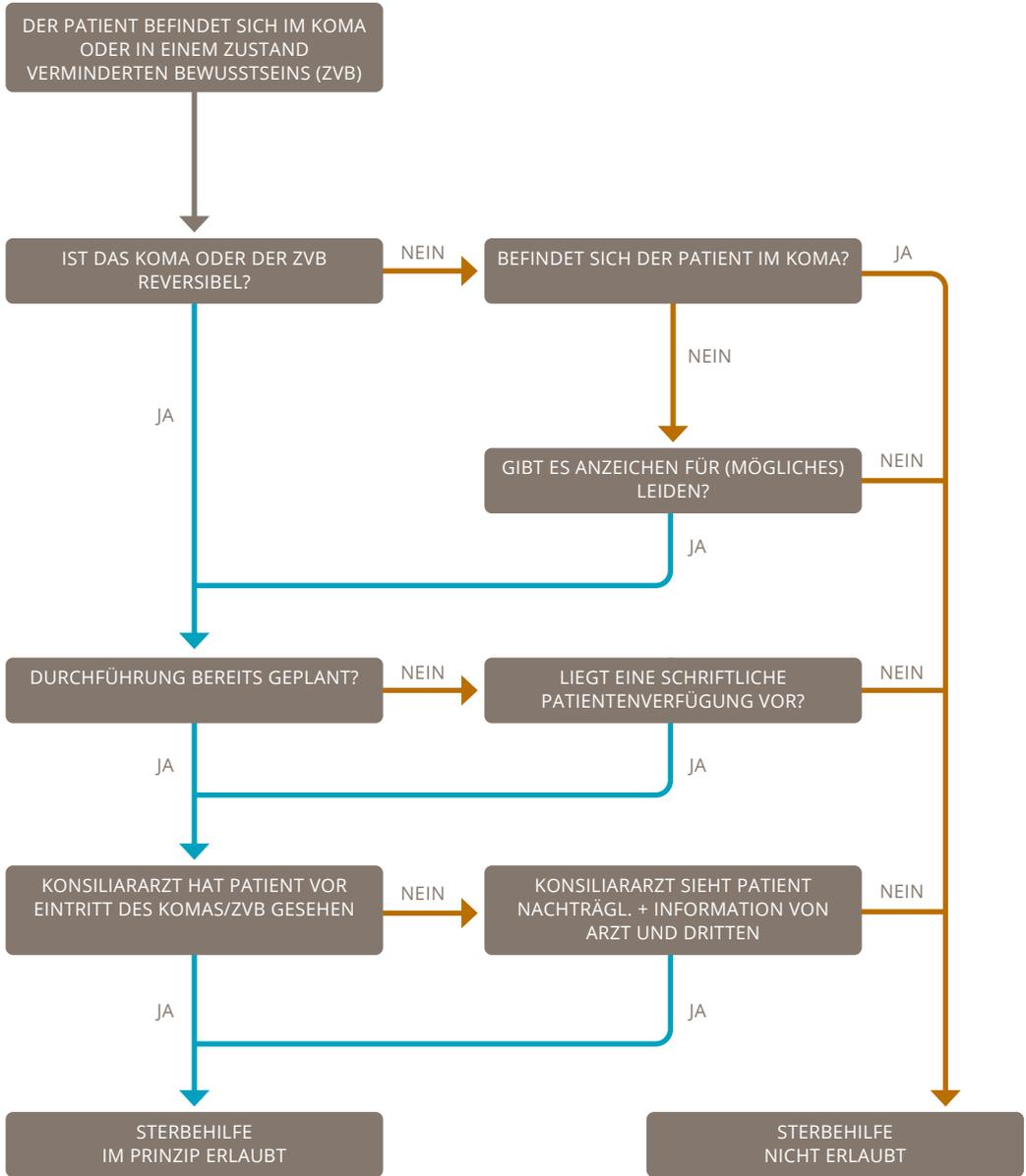
- *Der Patient hat den Arzt um Sterbehilfe gebeten und ist dann, nach der Hinzuziehung des Konsiliararztes, in einen Zustand des verminderten Bewusstseins bzw. ein reversible Koma gefallen.*

Wenn der Konsiliararzt den Patienten vor Eintritt des Zustands verminderten Bewusstseins oder des reversiblen Komats besucht hat und mit ihm kommunizieren konnte, braucht er nach Eintritt dieser Situation grundsätzlich nicht erneut hinzugezogen zu werden. Wenngleich 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.

SITUATION 2: KOMA ODER VERMINDERTES BEWUSSTSEIN TRITT EIN, OHNE DASS DIE DURCHFÜHRUNG DER STERBEHILFE GEPLANT WURDE

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, die ein entsprechendes Ersuchen enthält. Der Konsiliararzt muss den Patienten sehen und sich auch hier sein Urteil unter anderem anhand der Informationen des Arztes, der schriftlichen Patientenverfügung, der Krankenakte und von Angaben anderer Personen bilden. Außerdem muss es – sofern die Bewusstseinsminderung irreversibel ist – Anzeichen für Leiden geben.

> *Siehe auch Abschnitt 3.6. und Abschnitt 4.1.*



KOMA ODER VERMINDERTES BEWUSSTSEIN: BESONDERE ASPEKTE

- Sterbehilfe ist nicht möglich im Falle:
 - eines irreversiblen Komats, da der Patient dann kein Leiden mehr empfinden kann;
 - einer irreversiblen Bewusstseinsminderung ohne Anzeichen für Leiden beim Patienten.
- Sterbehilfe ist möglich im Falle:
 - einer irreversiblen Bewusstseinsminderung, bei der der Patient Anzeichen für Leiden aufweist;
 - eines reversiblen Komats oder einer reversiblen Bewusstseinsminderung mit oder ohne Anzeichen für Leiden beim Patienten.
- Es ist also nicht erforderlich, ein reversibles Koma bzw. einen reversiblen Zustand verminderten Bewusstseins (auch ohne Anzeichen für Leiden) lediglich zu dem Zweck zu beenden, den Patienten die Unerträglichkeit seines Leidens dem Arzt und/oder Konsiliararzt gegenüber bestätigen zu lassen, wenn davon auszugehen ist, dass die Wiederherstellung des Bewusstseins Leiden verursachen würde.
- Eintritt der Bewusstseinsminderung oder des reversiblen Komats vor der geplanten Durchführung der Sterbehilfe:
 - Wurde das Koma oder die Bewusstseinsminderung (bzw. deren Ausmaß) vom Arzt festgestellt? Anhand der Glasgow-Koma-Skala?
 - Weist der Patient im Falle einer irreversiblen Bewusstseinsminderung Anzeichen für Leiden auf?
 - 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?
- Eintritt der Bewusstseinsminderung oder des reversiblen Komats, bevor die Durchführung der Sterbehilfe geplant ist:
 - 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. es 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.³⁹

Für Patienten, die Sterbehilfe ablehnen, kann palliative Sedierung eine gute Alternative sein. Manche Patienten möchten hingegen bis zum letzten Moment bei klarem Verstand sein und lehnen aus diesem Grund eine 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 der Arzt führt die Lebensbeendigung vereinbarungsgemäß nur dann durch, wenn bestimmte Umstände eintreten. Denkbar sind etwa folgende Situationen:

- Der Eintritt des Todes lässt länger auf sich warten als vom Patienten gewünscht.⁴⁰
- Der Patient lässt trotz der Bewusstseinsminderung Anzeichen für 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. In derartigen Situationen ist vom Arzt vor der palliativen Sedierung ein Konsiliararzt hinzuzuziehen.

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

³⁹ Siehe auch die KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung (*Richtlijn palliatieve sedatie, Utrecht, 2009*).

⁴⁰ 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).

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 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 »VOLLENDETES LEBEN« ODER »MIT DEM LEBEN ABGESCHLOSSEN«

Wie aus der Geschichte des Sterbehilfegesetzes ersichtlich ist, beschreibt der Ausdruck »vollendetes Leben« (manchmal auch »mit dem Leben abgeschlossen«) die Situation von in der Regel hochbetagten Menschen, die, ohne dass sie in medizinischer Hinsicht an einer mit gravierenden 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.⁴¹ Aktuell 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.

- > *Zur Kumulation von Altersbeschwerden siehe auch Abschnitt 3.3.*

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

4.10 ORGAN- UND GEWEBESPENDEN NACH STERBEHILFE

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 ihren Ablauf. So ist es im Falle einer Organspende erforderlich, dass die Sterbehilfe in einem Krankenhaus erfolgt. In anderen Fällen, etwa bei der Gewebespende, muss der Leichnam nach der Sterbehilfe in ein Krankenhaus überführt 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 wurden die *Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe* (Richtlijn orgaandonatie na euthanasie, 2022) sowie der *Leitfaden zur Gewebespende nach erfolgter Sterbehilfe* (Handleiding weefseldonatie na euthanasie) veröffentlicht, die den Arzt bei seiner Entscheidungsfindung unterstützen können. Beide Dokumente sind auf der Website der Niederländischen Stiftung für Transplantationen abrufbar.⁴²

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:

⁴² transplantatiestichting.nl

- 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).
- Es ist nicht erforderlich, dass der Patient die schriftliche Patientenverfügung mit dem Sterbehilfeersuchen bei einem Notar im Rahmen eines Patiententestaments hinterlegt (Abschnitt 4.1).
- Der Patient muss sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert haben, der Wunsch braucht aber grundsätzlich 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).
- Es ist nicht erforderlich, dass die Willensfähigkeit eines Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches in allen Fällen von einem unabhängigen Psychiater beurteilt wird. Dies ist lediglich bei Patienten mit einer psychischen Störung der Fall – die Willensfähigkeit dieser Patienten hinsichtlich ihres Sterbewunsches ist immer von einem unabhängigen Psychiater zu beurteilen. In allen anderen Fällen muss die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches nur dann von einem entsprechenden Facharzt beurteilt werden, 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 den Verlauf des Sterbehilfeprozesses mit einzubeziehen. Erforderlich ist dies jedoch nicht, geschweige denn, dass das Einverständnis der Angehörigen erforderlich wäre.

NÜTZLICHE INFORMATIONSENQUELLEN

5

5.1 WEBSITE DER KOMMISSIONEN

Die Website der Kontrollkommissionen ist unter der Adresse www.euthanasiacommissie.nl zu erreichen. Dort sind weiterführende 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 von der Gemeinde bestellten Leichenbeschauers an die Kommission,
- die Beschwerderegelung.

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. Als Konsiliararzt sollte vorzugsweise ein Arzt hinzugezogen werden, der eine entsprechende Ausbildung im Rahmen des SCEN-Programms absolviert hat. Die KNMG hat 2012 für SCEN-Ärzte die Richtlinie mit dem Titel »*Fachgerechte Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe*« (Goede steun en consultatie bij euthanasie) veröffentlicht. Ein fundierter und vollständiger Konsiliarbericht liegt auch im Interesse des Arztes. Daher wurden im Rahmen von SCEN im Jahr 2015 *Leitlinien für den Konsiliarbericht* (Leidraad voor het consultatieverslag) formuliert. Darüber hinaus hat die KNMG 2022 einen *Musterbericht für SCEN-Ärzte* (Modelverslag voor SCEN-artsen) veröffentlicht. 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).
- 2023 wird voraussichtlich der Bericht über die vierte Evaluierung des Gesetzes veröffentlicht.

66

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 und Jugend 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.

5.5 MEDIZINISCH-FACHLICHE STANDARDS

Die KNMG hat zum Thema Sterbehilfe verschiedene Positionspapiere und Richtlinien für Ärzte veröffentlicht, darunter das *Positionspapier zu Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende* (Standpunkt Beslissingen rond het levenseinde, 2021), die *Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* (Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding,

gemeinsam mit dem KNMP, 2021) und die *Richtlinie zur Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein* (Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn, 2010). Diese und weitergehende Informationen sind unter www.knmg.nl abrufbar.

Die Niederländische Vereinigung für Psychiatrie (NVvP) hat 2018 die *Richtlinie zur Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit einer psychischen Störung* (Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis, 2018) verabschiedet, die sich an Psychiater und andere Ärzte richtet, die sich mit einem Sterbehilfeersuchen eines Patienten mit einer psychischen Störung konfrontiert sehen. Die Richtlinie ist unter www.richtlijndatabase.nl einsehbar.

5.6 KOMPETENZZENTRUM FÜR STERBEHILFE

Das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie) bietet Hilfe und Unterstützung für Ärzte unter anderem mit Beratern, Fortbildungen und einem Infotelefon.

Siehe www.expertisecentrumeuthanasie.nl.

WICHTIGSTE ÄNDERUNGEN GEGENÜBER DER LETZTEN FASSUNG (2018) UND DEM EINLEGEBLATT (2020)

6

- Im SterbehilfeKodex 2022 wurde der allgemeine Begriff der Willensfähigkeit dahingehend ergänzt, dass es um die Willensfähigkeit bezüglich eines Sterbehilfeersuchens geht.
- Die Kontrollkommissionen prüfen, ob der Arzt, der die Sterbehilfe durchgeführt hat, im Einklang mit dem im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Im SterbehilfeKodex 2022 werden nur noch die Begriffe »Arzt« oder »durchführender Arzt« verwendet, es ist nicht mehr vom »meldenden Arzt« die Rede. Damit soll dem Missverständnis vorgebeugt werden, dass es sich beim meldenden Arzt und dem durchführenden Arzt nicht um dieselbe Person handeln könnte.
- In Abschnitt 2.1 wurde das 2020 ergangene Urteil bezüglich der Strafsache zu Sterbehilfe bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz zu den Urteilen des Hohen Rates hinzugefügt, die für die Interpretation des Sterbehilfegesetzes relevant sind. In den Abschnitten 4.1 und 4.4 wird die Bedeutung dieses Urteils für die Prüfungspraxis erläutert.
- In Abschnitt 2.2 werden die juristischen Begriffe »vollständige Prüfung« und »marginale Prüfung« nicht mehr verwendet, da sich gezeigt hat, dass diese Begriffe mehr Fragen aufwerfen als dass sie Klarheit schaffen. Allerdings wird nach wie vor dargelegt, wie die Kontrollkommissionen prüfen, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.
- In Abschnitt 3.3 ist der Passus zur medizinischen Ursache des Leidens vereinfacht worden, da die bisherige Darstellung immer wieder neue Fragen aufgeworfen hat. Die relativ ausführlichen Erläuterungen zur parlamentarischen Behandlung, der Rechtsprechung des Hohen Rates, der Positionen der KNMG und der Grundsätze der Kontrollkommissionen wurde durch eine Passage ersetzt, in der kurz dargelegt wird, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen muss, dass der Patient aufgrund einer medizinischen Ursache unerträglich leidet und dass keine Aussicht auf Besserung besteht.

- In Abschnitt 3.7 zur medizinisch fachgerechten Durchführung wurde die Ergänzung aufgenommen, dass es im Zusammenhang mit der Überprüfbarkeit des Handelns des durchführenden Arztes von entscheidender Bedeutung ist, dass ein und derselbe Arzt dem Patienten alle erforderlichen Mittel verabreicht.
- In bestimmten Situationen muss der Arzt, eventuell zusätzlich zum regulären (SCEN-)Konsiliararzt, einen unabhängigen Facharzt hinzuziehen. Zur Position des hinzugezogenen unabhängigen Facharztes wird im SterbehilfeKodex 2022 in den Abschnitten 4.1 (schriftliche Patientenverfügung), 4.3 (Patienten mit einer psychischen Störung), 4.4 (Demenzpatienten) und 4.5 (Patienten mit geistiger Behinderung) angemerkt, dass die in Abschnitt 3.6 beschriebenen Voraussetzungen und Bedingungen bezüglich der Unabhängigkeit des Konsiliararztes entsprechend gelten.
- Im Oktober 2020 wurden die Abschnitte 4.1 und 4.4 im Zusammenhang mit dem im April 2020 ergangenen Urteil des Hohen Rates bezüglich der Strafsache zur Sterbehilfe bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz überarbeitet. Im SterbehilfeKodex 2022 wurde Abschnitt 4.1 zur schriftlichen Patientenverfügung an verschiedenen Stellen präzisiert, um noch mehr Klarheit über die Bedeutung dieses Urteils für die Prüfungspraxis zu schaffen. Dabei handelt es sich um die folgenden Stellen:

freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte: in den Passus über den Spielraum bei der Interpretation der schriftlichen Patientenverfügung wurde aufgenommen, dass erhebliche Unklarheiten oder Widersprüche in der Patientenverfügung zur Folge haben können, dass der Bitte des Patienten um Sterbehilfe nicht Folge geleistet werden kann.

freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte: in der Passage über die ärztliche Prüfung möglicher Kontraindizien für das Sterbehilfeersuchen wird ausgeführt, dass der aktuelle körperliche und geistige Zustand des Patienten dergestalt sein kann, dass der Arzt zu dem Schluss kommen muss, dass die in der Patientenverfügung beschriebene Situation, in der der Patient Sterbehilfe wünscht, nicht gegeben ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn klare verbale Äußerungen oder ein konsistentes Verhalten des Patienten nicht mit dem Geist der Verfügung übereinstimmen.

freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte: es wurde aufgenommen, dass sich der Arzt um eine sinnvolle Kommunikation mit dem Patienten über die geplante Durchführung der Sterbehilfe bemühen muss.

unerträgliches Leiden: im Abschnitt über die Feststellung aktuellen unerträglichen Leidens wurde betont, dass hierzu besondere Sorgfalt bei der Beurteilung des aktuellen Zustands des Patienten auf der Grundlage aller Umstände des konkreten Falles erforderlich ist. Der Arzt kann sich in diesem Zusammenhang auf seine Beurteilung der Krankenakte und der konkreten Situation des Patienten basieren. Dabei können alle verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten relevant sein. Ebenso ist die Rücksprache mit anderen Fachkräften, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie mit der Familie und dem Patienten nahestehenden Personen von Bedeutung. Ist der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient aktuell unerträglich leidet, kann die Sterbehilfe nicht durchgeführt werden.

unerträgliches Leiden: hier wird ausgeführt, dass ein Patient, der nicht unter den körperlichen Auswirkungen seiner Erkrankungen leidet, trotzdem aktuell unerträglich leiden kann, wenn er sich in einer Situation befindet, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung als (zu erwartendes) unerträgliches Leiden beschrieben hat und dass aus dem konsistenten Verhalten des Patienten abgeleitet werden kann, dass er unerträglich leidet.

medizinisch fachgerechte Durchführung: hier heißt es, dass der Grundsatz gilt, dass der Arzt sich um eine sinnvolle Kommunikation mit dem Patienten über den Zeitpunkt und die Art der Durchführung der Sterbehilfe, also auch über die eventuelle Verabreichung einer Prämedikation, bemüht, sofern sich dies nicht nachteilig auf den Patienten auswirkt, etwa weil ein Gespräch hierüber starke Erregung oder Unruhe auslösen würde. Wenn es jedoch so ist, dass diese Themen das Auffassungsvermögen des Patienten übersteigen und somit keine sinnvolle Kommunikation mit ihm hierüber möglich ist, ist ein solches Gespräch mit dem Patienten nicht erforderlich. Ein Gespräch über diese Aspekte wäre dann sinnlos und würde möglicherweise Erregung und Unruhe bei dem Patienten verursachen. In seinen Kontakten mit dem Patienten muss der Arzt auf Kontraindizien für die Sterbehilfe achten.

- In Abschnitt 4.3 wurden in Bezug auf Patienten mit einer psychischen Störung die folgenden Anpassungen bzw. Ergänzungen vorgenommen:

Im SterbehilfeKodex 2018 war niedergelegt, dass bei diesen Patienten zusätzlich zum regulären Konsiliararzt (bei dem es sich nicht um einen Psychiater handeln musste) immer auch ein unabhängiger Psychiater hinzuzuziehen ist und dass die Hinzuziehung eines (SCEN-) Konsiliararztes, der zugleich Psychiater ist, ausreichen kann, wenn der Kontakt sowohl mit einem Konsiliararzt als auch einem Psychiater

eine übermäßige Belastung des Patienten bedeuten würde. In der Fassung von 2022 wurde die Bedingung der übermäßigen Belastung für den Patienten gestrichen, und zwar in dem Sinne, dass der Arzt selbst entscheiden darf, ob er zusätzlich zum (SCEN-)Konsiliararzt einen unabhängigen Psychiater hinzuzieht, oder einen (SCEN-)Konsiliararzt einschaltet, der zugleich Psychiater ist. Der unabhängige Psychiater muss die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbehilfewunsches, das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand sowie das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung beurteilen. An dieser Stelle sei klargestellt, dass diese Änderung nicht bedeutet, dass der Arzt weniger unabhängige Psychiater hinzuzuziehen braucht als bisher. Es gilt nach wie vor, dass der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzuziehen muss; infolge dieser Änderung hat der Arzt die Möglichkeit, die Funktionen des unabhängigen Psychiaters und des regulären (SCEN-)Konsiliararztes zu kombinieren, indem er einen (SCEN-)Konsiliararzt hinzuzieht, der zugleich Psychiater ist.

Es wurde darauf hingewiesen, dass der Beurteilungsrahmen der Kontrollkommissionen hinsichtlich der Hinzuziehung von Psychiatern nicht vollständig mit den Kriterien der standesrechtlichen Richtlinie übereinstimmt, und zwar in dem Sinne, dass die Kommissionen nicht zwischen zwei Verfahrensphasen unterscheiden und nicht die Konsultation zweier unabhängiger Psychiater einfordern.

Mit der Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters soll sichergestellt werden, dass der Arzt sich gut informieren lässt und seine Überzeugung kritisch reflektiert. Auf diese Weise wird ein sorgfältiger Entscheidungsprozess gewährleistet. Der unabhängige Psychiater muss feststellen, ob der Patient mit Blick auf sein Ersuchen um Sterbehilfe willensfähig und sein Zustand aussichtslos ist und ob es keine annehmbaren Alternativen gibt.

Wenn die Qualität des Berichts des Konsiliararztes und/oder des unabhängigen Psychiaters mangelhaft ist, muss der Arzt den Konsiliararzt bzw. den unabhängigen Psychiater um eine Überarbeitung seines Berichts bitten. Sollte die Qualität dann immer noch Mängel aufweisen, ist es die Aufgabe des Arztes, einen zweiten Konsiliararzt und/oder unabhängigen Psychiater hinzuzuziehen.

Vertreten der Konsiliararzt und der unabhängige Facharzt unterschiedliche Ansichten, muss der Arzt explizit darauf eingehen. Außerdem ist es dann angezeigt, einen zweiten Konsiliararzt und/oder unabhängigen Psychiater zu konsultieren. Die Hinzuziehung eines weiteren Konsiliararztes und/oder unabhängigen Psychiaters ist in einem solchen Fall ein Zeichen der erforderlichen großen Behutsamkeit.

- In Abschnitt 4.3 zu Patienten mit einer psychischen Störung sowie Abschnitt 4.4 zu Demenzpatienten wurde aufgenommen, dass – wenn zwischen der Erstellung des Berichts des unabhängigen Facharztes und dem angestrebten Datum der Durchführung der Sterbehilfe eine längere Zeit vergangen ist – ein erneuter Kontakt zwischen dem Arzt und dem unabhängigen Facharzt angezeigt ist, u. a. bezüglich der Frage, ob eine erneute Beurteilung erforderlich ist.
- In Abschnitt 4.5 stand bislang, dass der Arzt bei Patienten mit geistiger Behinderung zusätzlich zum regulären Konsiliararzt grundsätzlich auch einen bezüglich der Willensfähigkeit spezialisierten Facharzt konsultieren muss. Im SterbehilfeKodex 2022 wurde nun konkretisiert, dass dies nur bei Zweifeln an der Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches angezeigt ist.
- In Abschnitt 4.7 zu Koma und vermindertem Bewusstsein heißt es, dass der Beurteilungsrahmen der Kontrollkommissionen dahingehend von der fachmedizinischen Richtlinie abweicht, dass keine schriftliche Patientenverfügung im Falle von Sterbehilfe bei einem Patienten erforderlich ist, der den Arzt um Sterbehilfe gebeten und anschließend in einen Zustand verminderten Bewusstseins geraten oder in ein reversibles Koma gefallen ist, bevor der Konsiliararzt hinzugezogen wurde.
- In Abschnitt 4.10 wurde aufgenommen, dass im Falle einer Organspende die Sterbehilfe in einem Krankenhaus stattfinden muss.

ANLAGE

RELEVANTE RECHTSVORSCHRIFTEN

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 Bestattungswesen.⁴³

GESETZ ÜBER DIE KONTROLLE DER LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN UND DER HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG⁴⁴

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.

⁴³ 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.

⁴⁴ In der Fassung vom 9. Juni 2022. Siehe <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410> für die aktuellste Fassung.

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 gesehen und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
 - f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung fachgerecht durchgeführt haben.
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 KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR DIE LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN UND DIE HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

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 vier Jahren ernannt. Eine Wiederernennung kann einmalig für die Dauer von vier 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. Die Ernennung endet von Rechts wegen an dem Tag, ab dem die Ausübung der Funktion des Sekretärs oder stellvertretenden Sekretärs nicht mehr zu den Tätigkeiten des betreffenden Beamten zählt.
3. Der Sekretär ist ausschließlich der Kommission Rechenschaft über seine Tätigkeiten schuldig.

75

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: ENTGELT

ARTIKEL 7

1. Unbeschadet der Artikel 4 bis 6 werden durch oder kraft Rechtsverordnung Regelungen über die Rechtsstellung der Vorsitzenden erlassen, darunter in jedem Fall Entgeltregelungen.
2. Für die verschiedenen Vorsitzenden können die in Absatz 1 genannten Regelungen je nach Art und Umfang der von ihnen zu verrichtenden Tätigkeiten unterschiedlich ausgestaltet werden.

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 das Gesundheitswesen von ihrer Beurteilung in Kenntnis,
 - a) wenn der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht die in Artikel 2 genannten Sorgfaltskriterien eingehalten 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

- 1e) für die Beurteilung des Handelns des Arztes in Fällen des Artikels 9 Absatz 2 oder
- 2e) 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 durch einfache Mehrheit der Stimmen angenommen.
2. Eine Beurteilung wird von drei Kommissionsmitgliedern angenommen, die jeweils eine der in Artikel 3 Absatz 2 Satz 1 genannten Sachverständigenkategorien vertreten.

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 Arzt und ein Sachverständiger für Ethik- oder Sinnfragen eingeladen, die jeweils die anderen Mitglieder der betreffenden Sachverständigenkategorien vertreten.

ABSCHNITT 7: GEHEIMHALTUNG UND STIMMENTHALTUNG

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, kann sich selbst ablehnen und kann 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.

78

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;
 - c) die Beratungen mit einem Vertreter des Kollegiums der Generalstaatsanwälte und einem Vertreter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen.

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 2 Strafgesetzbuch« zu ersetzen durch: Artikel 306 Absatz 2 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.

STRAFGESETZBUCH (WETBOEK VAN STRAFRECHT)

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.

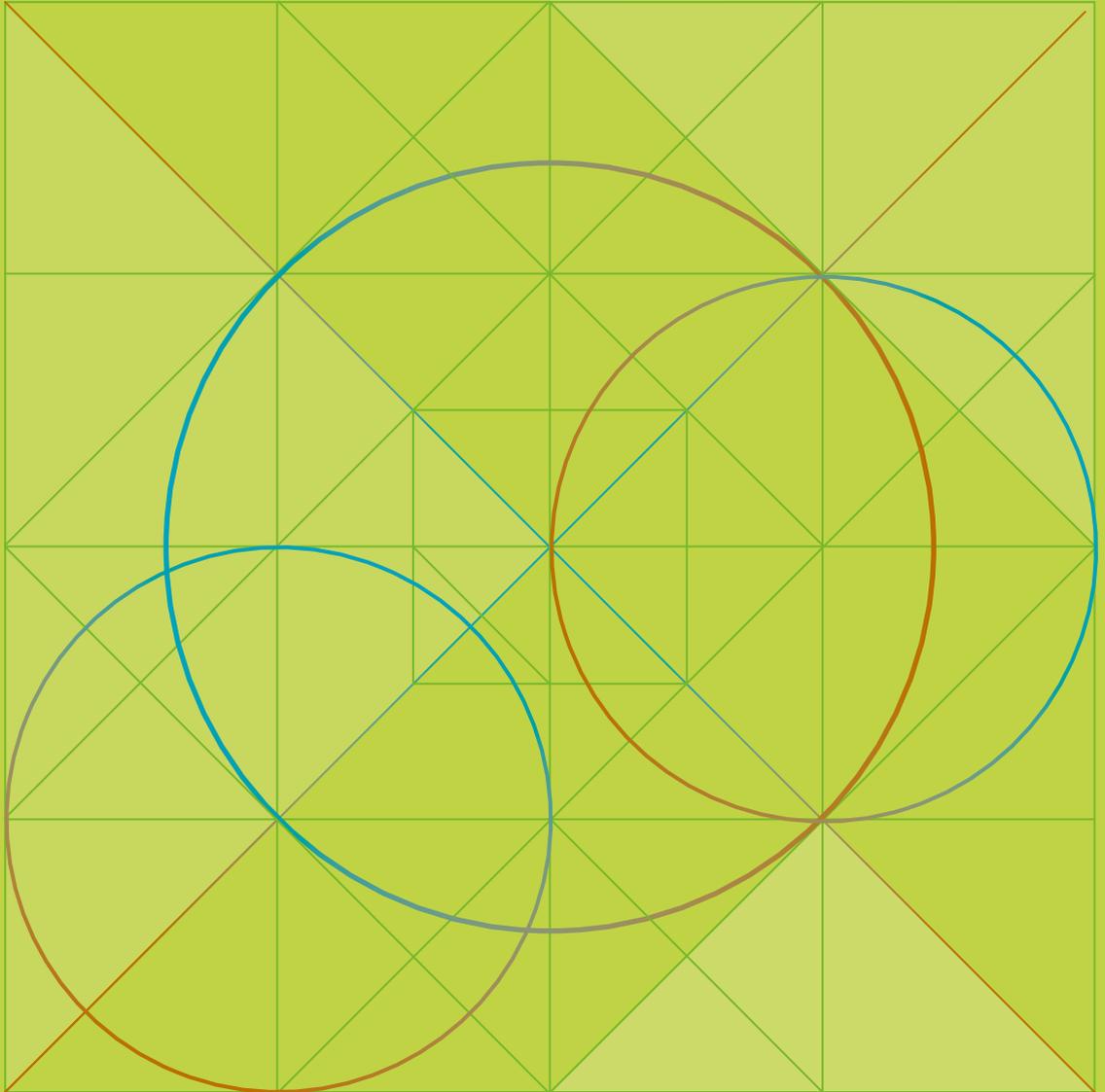
IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

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

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

Juli 2022



REGIONALE
KONTROLLKOMMISSIONEN
FÜR STERBEHILFE

RTE