REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE (RTE)

JAHRESBERICHT 2024

INHALT

VORWORT 3

ZUSAMMENFASSUNG 4

EINFÜHRUNG 5

KAPITEL 1 ENTWICKLUNGEN IN DER ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN 7
- 1 Medizinisch fachgerechte Durchführung 7
- 2 Verbesserung der Kommunikation mit den Ärzten 8
- 3 Neuer Ansatz für die Veröffentlichung der Beurteilungen 10

KAPITEL 2 ZAHLEN FÜR 2024 11
- Zahl der Meldungen 11
- Verhältnis Männer/Frauen 11
- Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung 11
- Krankheitsarten 11
- Alter 16
- Ort der Lebensbeendigung 18
- Durchführende Ärzte 18
- Meldungen des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe 18
- Organ- und Gewebespenden nach Sterbehilfe 20
- Duo-Sterbehilfe 20
- Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt 20
- Auswahl der eingegangenen Meldungen 20
- Verschiedene Arten ausformulierter Beurteilungen 21
- Schriftliche und mündliche Fragen der Kommissionen 21
- Bearbeitungszeiten 21
- »Diskussionsraum« der Kommissionen 21

KAPITEL 3 FALLBESCHREIBUNGEN 22
- 1 Einführung 22
- 2 Der Arzt hat die Sorgfaltskriterien erfüllt 24
  - 2.1 Fünf Beispiele für die am häufigsten vorkommenden Meldungen 24
  - 2.2 Nach fünf Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle 28
  - 2.3 Vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung 32
- 3 Der Arzt hat die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt 37

ANLAGE 44

VORWORT

Ebenso wie in den Vorjahren ist die Zahl der gemeldeten Fälle von Sterbehilfe auch im Jahr 2024 deutlich gestiegen: bei den Kommissionen gingen in diesem Jahr 9958 Sterbehilfemeldungen ein, das sind 10 Prozent mehr als im Jahr 2023. In diesem Jahr nahm die Zahl der gemeldeten Sterbehilfefälle gegenüber der Gesamtzahl aller Todesfälle von 5,4 % auf 5,8 % zu. Die von der Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport gegenüber dem Abgeordnetenhaus zugesagte Untersuchung zu den Ursachen dieses Anstiegs wird eine Interpretation dieser Zahlen ermöglichen. Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich lediglich feststellen, dass es keinen Grund zu der Annahme gibt, dass sich der stetige Zuwachs der letzten Jahre nicht weiter fortsetzen wird.

Im Jahr 2024 haben die Kontrollkommissionen 932 weniger Meldungen beurteilt, als eingegangen waren. Dieser Rückstand ist damit zu erklären, dass fast 900 Meldungen mehr als im Vorjahr eingereicht worden waren und mehrere Sekretärsposten infolge relativ vieler Pensionierungen, wegen Krankheit oder schwangerschaftsbedingt nicht besetzt waren. Inzwischen wurden Stellen wieder besetzt und die Rückstände weitestgehend aufgeholt. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit, also die Zeit zwischen dem Eingang einer Meldung und dem Versand der Beurteilung der Meldung an den durchführenden Arzt, konnte dadurch wieder auf ein akzeptables Niveau zurückgeführt werden. Ich bedaure sehr, dass es 2024 länger als gewöhnlich dauerte, bis die Ärzte Klarheit darüber hatten, ob sie nach dem Kommissionsurteil die Sorgfaltskriterien eingehalten hatten, auch wenn die gesetzliche Frist im Schnitt erfreulicherweise nicht überschritten wurde. Für viele Ärzte stellt diese Zeit der Unsicherheit eine Belastung dar.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sekretariats. Sie haben alles darangesetzt, die Kontinuität und die Qualität des Prüfungsprozesses in dieser Zeit zu gewährleisten, und zusätzlich haben sie noch neue Kollegen eingearbeitet. Das war keine leichte Aufgabe.

In diesem Jahr wurden sechs Fälle als »nicht sorgfältig« beurteilt. In Kapitel 3 sind die Zusammenfassungen dieser Beurteilungen nachzulesen. Es handelt sich hierbei um einen sehr kleinen Anteil aller Meldungen, weshalb nach wie vor festgestellt werden kann, dass die Durchführung der Sterbehilfe in den Niederlanden mit großer Sorgfalt erfolgt.

Am 1. Februar 2025 ist meine Amtszeit als koordinierender Vorsitzender der Kommissionen zu Ende gegangen; aus persönlichen Gründen habe ich mich dazu entschlossen, sie nicht zu verlängern. Seit dem 1. Februar fungiert nun Mariëtte Moussault, Vorsitzende der Region 1, bis zur Ernennung meines Nachfolgers bzw. meiner Nachfolgerin als koordinierende Vorsitzende. In den vergangenen vier Jahren habe ich mit großer Befriedigung einen Beitrag zu der wichtigen Arbeit der Kontrollkommissionen geleistet. Dabei habe ich mich intensiv mit kritischen Stimmen von außen auseinandergesetzt. Sterbehilfe darf nie zu einer Selbstverständlichkeit werden. Die Kommissionen sind offen für Kritik und bereit, ihre Arbeitsweise zu überdenken und sich die Frage zu stellen: Sind wir noch auf dem richtigen Weg? Auch die Gesellschaft als Ganzes muss sich immer wieder neuen Entwicklungen auf dem Gebiet der Sterbehilfe stellen.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich die gesellschaftliche Debatte über Sterbehilfe bei Jugendlichen aufgrund eines psychischen Leidens, auch wenn für diese Debatte erst eine geeignete Form gefunden werden musste. Debatten führen zu einer Bekräftigung oder just zu einer Anpassung der gesellschaftlichen Normen. Sie verlangen den Beteiligten ab, Position zu beziehen und Rechenschaft abzulegen, und verhindern damit, dass Sterbehilfe zu einer Selbstverständlichkeit wird. In Kapitel 2 werden die den Kommissionen vorliegenden Zahlen zu dieser besonderen Kategorie der Sterbehilfe behandelt. In Kapitel 3 enthält der Abschnitt »Psychische Erkrankungen« die Beurteilung eines solchen Falls.

Die gesetzliche Normierung der Sterbehilfe und die nachträgliche Kontrolle durch die Kommissionen ist ein gutes Beispiel für die Fähigkeit unseres demokratischen Rechtsstaats, große gesellschaftliche Gegensätze zu überbrücken und zu einer Lösung für ein grundlegendes Dilemma zu kommen, die breiten Rückhalt genießt. Eine solche Lösung ist ihrem Wesen nach ein Kompromiss. Die Herausforderung besteht darin, diesen Kompromiss nicht erstarren, sondern mit der Zeit mitgehen zu lassen. Die im Gesetz enthaltenen offenen Normen ermöglichen dies innerhalb der strengen Grenzen, die das Gesetz ebenfalls vorgibt. Die Kontrollkommissionen haben die Aufgabe, darauf zu achten, dass dieser Balanceakt gelingt. Dieser Aufgabe sind sie seit ihrer Einrichtung gerecht geworden. Ich habe allen Grund, optimistisch in die Zukunft zu blicken.

JEROEN RECOURT
Koordinierender Vorsitzender

ZUSAMMENFASSUNG

Die Zahl der in den Niederlanden gemeldeten Fälle von Sterbehilfe ist im Jahr 2024 signifikant gestiegen: bei den Kommissionen gingen 9958 Meldungen ein; das sind 10 % mehr als im Vorjahr. Auch die Zahl der gemeldeten Sterbehilfefälle gegenüber der Gesamtzahl aller Todesfälle ist gestiegen, und zwar von 5,4 % auf 5,8 %.

Die Kommissionen beurteilten in diesem Berichtsjahr 932 Meldungen weniger, als eingegangen waren. Dieser Rückstand hängt damit zusammen, dass 890 Meldungen mehr als im Vorjahr eingereicht worden waren und dass das Sekretariat der Kommissionen vorübergehend unterbesetzt war.

In den mit Abstand meisten Sterbehilfefällen (86,29 %) ging es um häufig vorkommende körperliche Erkrankungen wie Krebs, Erkrankungen des Nervensystems, Lungenerkrankungen oder Herz- und Gefäßkrankheiten. In 427 Fällen ist die Sterbehilfe bei einem Patienten mit einer Form von Demenz geleistet worden. In 219 Fällen ging das Leiden der Patienten (überwiegend) auf eine oder mehrere psychische Erkrankungen zurück. Außerdem lagen den Kommissionen 397 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden vor. Daneben gab es noch 232 Meldungen von Sterbehilfe bei Patienten mit »anderen Erkrankungen«.

In sechs Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe nicht alle Sorgfaltskriterien eingehalten hat. In zwei Fällen hatte der Arzt den unabhängigen Konsiliararzt nicht im Einklang mit den Vorschriften hinzugezogen. In einem Fall ging es um die besondere Behutsamkeit, mit der ein Arzt vorgehen muss, wenn der Sterbehilfewunsch (überwiegend) auf ein Leiden zurückgeht, das die Folge einer psychischen Erkrankung ist. In den anderen drei Fällen war bei einem komplizierten Verlauf die Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe nicht befolgt worden.

2024 haben die Kommissionen untersucht, ob ein Patient bei Verabreichung einer zweiten Dosis Muskelrelaxans ohne erneute Verabreichung des komaauslösenden Mittels in ein nicht hinreichend tiefes Koma fallen und die Wirkung des Muskelrelaxans spüren kann. Die Kommissionen werden in jedem Fall die Durchführung der Sterbehilfe als »nicht sorgfältig« beurteilen, wenn zwischen der Verabreichung des komaauslösenden Mittels und der letzten Verabreichung des Muskelrelaxans 30 Minuten oder mehr verstrichen sind, da sie dann die Überprüfung der Komatiefe als nicht mehr zuverlässig genug ansehen.

EINFÜHRUNG

In diesem Jahresbericht erstatten die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe über ihre Prüfungstätigkeit im zurückliegenden Kalenderjahr Bericht. Damit legen sie gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über die Art und Weise ab, wie sie ihre gesetzliche Aufgabe – die Prüfung von Meldungen über Sterbehilfe anhand der Sorgfaltskriterien des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) – wahrgenommen haben. In diesem Jahresbericht werden sowohl die Lebensbeendigung auf Verlangen als auch die Hilfe bei der Selbsttötung als »Sterbehilfe« bezeichnet. Es wird nur dort zwischen diesen beiden Formen der Sterbehilfe unterschieden, wo es relevant ist.

Der Jahresbericht dient außerdem dazu, Ärzten und anderen Interessierten zu vermitteln, wie die Kommissionen Sterbehilfemeldungen prüfen. Zu diesem Zweck werden in dem Bericht auch konkrete Fälle beschrieben – sowohl häufig vorkommende als auch außergewöhnliche Fälle sowie alle Fälle, die im vergangenen Jahr als »nicht sorgfältig« beurteilt wurden.

ORGANISATION

Es gibt fünf Kontrollkommissionen, jede Kommission ist für eine Region zuständig. Jede Region verfügt über mindestens drei Juristen. Sie haben innerhalb der Kommission den Vorsitz inne. Einer von ihnen fungiert zusätzlich als Regionalvorsitzender; außerdem gibt es in jeder Region mindestens drei Ärzte und drei Ethiker. Am 1. Januar 2024 gehörten den Kommissionen 53 Mitglieder an.

Die Kommissionen beurteilen die eingegangenen Meldungen anhand des mit einer Begründung versehenen Berichts (oder des ausgefüllten Musterberichts) des Arztes, des beigefügten Berichts des Konsiliararztes und anderer relevanter Unterlagen wie der Patientenakte, Facharztbriefen und/oder einer schriftlicher Patientenverfügung.

»FRAGEN AUFWERFEND« ODER »KEINE FRAGEN AUFWERFEND«

Die Kommissionen unterscheiden zwischen Meldungen, die keine Fragen aufwerfen (etwa 95 % aller Meldungen), und Meldungen, die Fragen aufwerfen (etwa 5 % aller Meldungen). Keine Fragen aufwerfende Meldungen werden von den Kommissionsmitgliedern digital beurteilt; über diese Meldungen können sie sich in einer gesicherten digitalen Umgebung untereinander austauschen. Meldungen aus dieser Kategorie werden nicht im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen. Kommen bei der digitalen Beurteilung einer als »keine Fragen aufwerfend« eingestuften Meldung doch Fragen auf, wird die entsprechende Meldung als »Fragen aufwerfend« eingestuft. Fragen aufwerfende Meldungen werden im Rahmen der Kommissionssitzungen besprochen. Dabei handelt es sich beispielsweise um komplex gelagerte Fälle oder um Fälle, in denen die Berichterstattung in bestimmten Punkten nicht eindeutig ist.[1]

KOMMISSIONEN

Alle Meldungen – unabhängig davon, ob sie Fragen aufwerfen oder nicht – werden von einer Kommission beurteilt, die aus einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker besteht. Die Kommissionsmitglieder werden im Rahmen eines öffentlichen Verfahrens angeworben und auf Vorschlag der Kommissionen vom Gesundheitsminister und vom Justizminister für einen Zeitraum von vier Jahren ernannt und können einmalig wiederernannt werden.

Die Kommissionen sind unabhängig, das heißt, dass sie ihre Prüfungstätigkeit ohne Einmischung durch die Minister, die Politik oder Dritte ausüben. Anders ausgedrückt, die Minister ernennen zwar die Kommissionsmitglieder, sie sind aber bezüglich des Inhalts der Beurteilungen nicht weisungsbefugt.

Der koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen leitet die strategischen Beratungen aller Kommissionsvorsitzenden, an denen immer auch jeweils ein Vertreter der Ärzte und der Ethiker teilnimmt. Unterstützt werden die Kommissionen von einem Sekretariat mit ca. 20 Mitarbeitern, das aus dem Generalsekretär, den Sekretären (Juristen) und administrativen Mitarbeitern besteht. Die Sekretäre haben eine beratende Stimme in den Kommissionssitzungen. Die inhaltliche Koordinierung der Arbeit der einzelnen Sekretäre ist Aufgabe des Generalsekretärs.

LESEHINWEISE

Um den Jahresbericht einem breiten Publikum zugänglich zu machen, wurde weitgehend auf juristische oder medizinische Fachbegriffe verzichtet bzw. wurden diese erläutert.

---

[1] *Eine schematische Darstellung der Prüfungstätigkeit findet sich in Anhang I, Schema 1, 2 und 3.*

Im Interesse der Lesbarkeit wird in diesem Jahresbericht genderneutral von Ärzten und Patienten gesprochen, wenn von ihnen generisch, also im allgemeinen Sinne, die Rede ist. Wenn im Text vom »Arzt« gesprochen wird, ist damit der meldende/durchführende Arzt gemeint. Der Begriff »SCEN-Arzt« wird für Konsiliarärzte verwendet.

Nähere Informationen über die Grundzüge des Gesetzes, die Arbeitsweise der Kommissionen und anderes mehr sind im SterbehilfeKodex 2022 und auf www.euthanasiecommissie.nl zu finden.

KAPITEL 1
ENTWICKLUNGEN IN DER ARBEITSWEISE DER KOMMISSIONEN

1 MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Im Jahr 2021 wurde die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte *Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* (im Folgenden: die Richtlinie) aktualisiert. Diese Richtlinie legen die Kommissionen bei der Beurteilung der Frage zugrunde, ob das gesetzliche Sorgfaltskriterium der medizinisch fachgerechten Durchführung eingehalten wurde (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 38). Weicht ein Arzt in seinem Handeln davon ab, muss er dies hinreichend begründen.

2024 haben die Kommissionen untersucht, inwiefern ein Patient bei der Verabreichung einer zweiten Muskelrelaxans-Dosis ohne vorherige erneute Verabreichung des komaauslösenden Mittels bzw. beim Verstreichen längerer Zeit zwischen der Verabreichung des komaauslösenden Mittels und des Muskelrelaxans etwas spüren könnte. In diesem Rahmen wurden auch Beratungen mit den Mitgliedern der Richtlinienkommission der KNMG geführt.

Dabei kam man zu dem Schluss, dass in Fällen, in denen zwischen der Verabreichung des komaauslösenden Mittels und der (letzten) Verabreichung des Muskelrelaxans 30 Minuten oder mehr verstrichen sind, ein zu großes Risiko besteht, dass der Patient die Wirkung des Muskelrelaxans spürt. Dann ist das Ergebnis der Überprüfung der Komatiefe nicht mehr hinreichend zuverlässig. Deshalb werden die Kommissionen die Durchführung der Sterbehilfe grundsätzlich als »nicht sorgfältig« durchgeführt beurteilen, wenn zwischen der Verabreichung des komaauslösenden Mittels und der (letzten) Verabreichung des Muskelrelaxans 30 Minuten oder mehr vergangen sind.

Die Kommissionen werden dieses neue Prüfungskriterium ab dem 1. Juli 2025 anwenden. Bis dahin werden sie aktiv darauf hinwirken, dass die Ärzte über diese Änderung informiert werden.

Die Kommissionen legen Wert darauf, dass sich durchführende Ärzte und SCEN-Ärzte bei ihrem Handeln an der aktuellsten Fassung der Richtlinie orientieren. Reagiert ein Patient nicht oder nicht hinreichend auf das verabreichte Sterbemittel, muss der Arzt der Richtlinie zufolge davon ausgehen, dass er das Mittel nicht in das Blutgefäß injiziert hat. Dies zeigt sich nicht in jedem Fall mit einer subkutanen Schwellung. Aus diesem Grund muss der Arzt beim Ausbleiben der Wirkung des verabreichten Sterbemittels das gesamte Verfahren erneut durchlaufen – vom Legen eines zweiten Zugangs über die Verabreichung eines komaauslösenden Mittels und der angemessenen Feststellung, dass das Bewusstsein hinreichend gemindert wurde, bis zur Verabreichung des Muskelrelaxans (siehe S. 15 und 17 der Richtlinie).

2 VERBESSERUNG DER KOMMUNIKATION MIT DEN ÄRZTEN

2024 haben die Kommissionen ihre Kommunikation mit den (meldenden) Ärzten verbessert. Nachstehend wird erläutert, welche Veränderungen die Kommissionen in diesem Zusammenhang durchgeführt haben.

MITTEILUNG ÜBER VERZÖGERUNG

Im Gesetz ist festgelegt, dass eine Kommission eine Sterbehilfemeldung innerhalb von sechs Wochen beurteilen muss. Die Kommissionen können diese Frist einmalig um weitere sechs Wochen verlängern.

Im letzten Jahresbericht wurde bereits erwähnt, dass ein Arzt bei den Kommissionen eine Beschwerde eingereicht hatte, weil sich die Bearbeitung seiner Meldung verzögert hatte. Der Arzt war der Meinung, dass die Kommunikation über diese Verzögerung zu wünschen übrig ließ. Die Beschwerde dieses Arztes hat dazu beigetragen, dass die Arbeitsweise der Kommissionen angepasst worden ist. Seit Juni 2024 versenden die Kommissionen in Fällen, in denen die Meldung als »Fragen aufwerfend« eingestuft wird, eine Verzögerungsmitteilung. Da Fragen aufwerfende Meldungen immer im Rahmen von Kommissionssitzungen besprochen werden, können sie nicht innerhalb von sechs Wochen beurteilt werden.

Die Verzögerungsmitteilung hat folgenden Wortlaut:

> **Beurteilung Ihrer Sterbehilfemeldung**
> Ihre Meldung wird im Rahmen der Kommissionssitzung am [Datum] besprochen. Deshalb ist es der Kommission nicht möglich, Ihren Fall innerhalb von sechs Wochen zu beurteilen. Aus diesem Grund wird die Beurteilungsfrist um weitere sechs Wochen verlängert. Das bedeutet, dass Ihnen im Prinzip innerhalb von zwölf Wochen nach Eingang Ihrer Meldung bei der Kommission die Beurteilung der Kommission zugeht.

Seit dem Sommer 2024 hatten die Kommissionen mit großem Personalmangel im Sekretariat zu kämpfen. In der Folge entstand ein Bearbeitungsrückstand[2] und es wurde schnell klar, dass die eingegangenen Meldungen nicht innerhalb von sechs Wochen bearbeitet werden konnten. Vor diesem Hintergrund beschlossen die Kommissionen, bis auf weiteres allen meldenden Ärzten eine Verzögerungsmitteilung mit folgendem Wortlaut zuzuschicken:

> Ihre Meldung wird im Prinzip innerhalb der gesetzlichen Frist von sechs Wochen – die erforderlichenfalls um weitere sechs Wochen verlängert werden kann – bearbeitet. Im Zusammenhang mit einem vorübergehenden Personalmangel im Sekretariat der Kontrollkommissionen ist es jedoch sehr wahrscheinlich, dass Ihre Meldung nicht innerhalb der sechswöchigen Frist bearbeitet werden kann. Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Unterzeichneten. Bitte geben Sie in Ihrer Korrespondenz das Geschäftszeichen an.

Es kommt vor, dass eine Kommission ergänzende Informationen vom Arzt verlangt und den Arzt um eine mündliche oder schriftliche Erläuterung bittet. In diesen Fällen gelingt es der betreffenden Kommission nicht immer, die Frist für die Beurteilung von zwölf Wochen einzuhalten. Hierüber wird der Arzt mit demselben Schreiben informiert, in dem er auch um eine Erläuterung gebeten wird. Diese Passage hat folgenden Wortlaut:

> **Beurteilung Ihrer Sterbehilfemeldung**
> Zu einem früheren Zeitpunkt sind Sie bereits von der Kommission darüber informiert worden, dass die gesetzliche Beurteilungsfrist von sechs Wochen um weitere sechs Wochen verlängert wird. Da Sie nun um eine [schriftliche/mündliche] Erläuterung gebeten worden sind, wird Ihr Fall im Rahmen der nächsten Kommissionssitzung besprochen werden. Aus diesem Grund wird die gesetzliche Frist von zwölf Wochen überschritten werden. Die Kommission ist sich darüber im Klaren, dass dies für Sie eine längere Zeit der Unsicherheit bedeutet und möchte sich aufrichtig bei Ihnen für diese Verzögerung entschuldigen.

ANKÜNDIGUNG DER KONTAKTAUFNAHME

Im Zuge der Überwachung der Qualität der Sterbehilfepraxis kann eine Kommission beschließen, einem (SCEN-)Arzt eine Rückmeldung in Form einer kollegialen Besprechung zu geben. Der Arzt, der Mitglied der Kommission ist, nimmt in diesem Fall telefonisch Kontakt mit dem (SCEN-)Arzt auf. Den Kommissionen wurde mitgeteilt, dass sich einige (SCEN-)Ärzte überfallen fühlen, wenn sie unangekündigt von einem Kommissionsmitglied angerufen werden. Die Ärzte erklärten, dass sie zum Zeitpunkt des Anrufs gerade unterwegs waren oder die Unterlagen nicht parat hatten, was die Situation für sie unangenehm machte.

---

[2] *Das Sekretariat ist mittlerweile wieder voll besetzt. Mit vereinten Kräften ist es gelungen, den Beurteilungsrückstand bis zum Zeitpunkt des Erscheinens des Jahresberichts aufzuholen.*

Vor diesem Hintergrund wurde 2024 beschlossen, dass Kommissionsmitglieder sich grundsätzlich erst per E-Mail an den Arzt wenden, um einen Termin für ein Telefongespräch zu vereinbaren, um sicherzustellen, dass das Gespräch zu einem Zeitpunkt stattfindet, der dem Arzt gelegen kommt.

Es kann auch vorkommen, dass das Sekretariat mit einem (SCEN-)Arzt Kontakt aufnimmt, weil bestimmte Informationen nicht vorliegen, die für die Beurteilung einer Sterbehilfemeldung erforderlich sind. Diese Kontaktaufnahme erfolgt nach Möglichkeit per E-Mail, damit der Arzt zu einem für ihn günstigen Zeitpunkt darauf reagieren kann. Unter Umständen ist es dennoch erforderlich, zum Hörer zu greifen, z. B. weil die Zeit bis zur nächsten Kommissionssitzung knapp wird.

GEÄNDERTER WORTLAUT DES BEURTEILUNGSSCHREIBENS

In Fällen, in denen eine Meldung keinerlei Fragen aufwirft, geht dem Arzt immer ein sogenanntes verkürztes Beurteilungsschreiben zu. Darin wird der Arzt darüber informiert, dass die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass er alle Sorgfaltskriterien erfüllt hat. Das Beurteilungsschreiben enthielt zu viele juristische Fachbegriffe, deshalb wurde es 2024 überarbeitet. Das Schreiben hat nun folgenden Wortlaut:

> Sehr geehrte Frau/geehrter Herr [Name],
>
> am [Datum] ist bei der Regionalen Kontrollkommission für Sterbehilfe (im Folgenden: »die Kommission«) Ihre Meldung über die Sterbehilfe bei [Patient] eingegangen. Die Kommission hat Ihre Meldung am [Datum] beurteilt.
>
> **Sorgfaltskriterien erfüllt**
> Die Kommission ist zu dem Schluss gekommen, dass Sie die Sorgfaltskriterien im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung eingehalten haben. Das bedeutet, dass Sie
>
> - zu der Überzeugung gelangen konnten, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat,
> - zu der Überzeugung gelangen konnten, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und der Patient unerträglich litt,
> - den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert haben,
> - mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen konnten, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gab,
> - mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten gesehen und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat,
> - die Lebensbeendigung medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.

Darüber hinaus versenden die Kommissionen ein verkürztes Beurteilungsschreiben in einigen Fällen, in denen der Sterbehilfewunsch des Patienten (überwiegend) auf eine psychische Erkrankung zurückgeht. In diesen Fällen wird der vorstehende Wortlaut des Beurteilungsschreiben um den folgenden Abschnitt ergänzt:

> **Erläuterung**
> Wie aus den eingereichten Unterlagen hervorgeht, war der Sterbehilfewunsch des Patienten (vollständig oder überwiegend) auf ein durch eine psychische Erkrankung verursachtes Leiden zurückzuführen. In einem solchen Fall muss der Arzt die Bitte um Sterbehilfe mit großer Behutsamkeit behandeln. Diese Behutsamkeit ist insbesondere im Hinblick auf die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbehilfewunsches, das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand sowie das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung geboten.
>
> Für die Kontrollkommissionen gilt der Grundsatz, dass der Arzt in solchen Fällen immer einen Kollegen mit psychiatrischen Fachkenntnissen einschalten muss. Dies haben Sie getan.
>
> Die Kommission stellt fest, dass sowohl Sie als auch der/die hinzugezogene(n) Arzt/Ärzte der Auffassung waren, dass der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfewunsches willensfähig und sein Zustand aussichtslos war, und dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

3 NEUER ANSATZ FÜR DIE VERÖFFENTLICHUNG DER BEURTEILUNGEN

Die Kontrollkommissionen veröffentlichten bislang eine Auswahl verkürzter Beurteilungsschreiben und ausformulierter Beurteilungen. Seit Juni 2024 werden alle ausformulierten Beurteilungen auf der Website veröffentlicht. Darüber hinaus stellen die Kommissionen weiterhin jeden Monat eine Auswahl verkürzter Beurteilungsschreiben ins Netz. Dabei handelt es sich sowohl um häufig vorkommende Meldungen als auch um besondere Fälle. Darin spiegelt sich das Bestreben der Kontrollkommissionen nach größtmöglicher Transparenz wider.

Aufgrund des weiter oben erwähnten Personalmangels im Sekretariat der Kommissionen ist bei der Veröffentlichung der Beurteilungen ein Rückstand entstanden, der aber voraussichtlich im Laufe des Jahres 2025 aufgeholt werden wird.

KAPITEL 2
ZAHLEN FÜR 2024

ZAHL DER MELDUNGEN

2024 wurden den Kommissionen 9958 Fälle von Sterbehilfe gemeldet.[3] Dies entspricht 5,8 % aller Todesfälle, die in den Niederlanden in diesem Jahr verzeichnet wurden (172.049).[4] 2023 waren 5,4 % aller Todesfälle (9068) auf Sterbehilfe zurückzuführen.

Die Kontrollkommissionen können in einem Kalenderjahr nicht alle eingegangenen Meldungen beurteilen, weshalb für gewöhnlich Meldungen, die am Ende eines Jahres eingehen, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres beurteilt werden. Aufgrund des Personalmangels im Sekretariat haben die Kommissionen dieses Jahr mehr Meldungen nicht beurteilen können als normalerweise – 932 Meldungen, die im Jahr 2024 eingegangen sind, werden 2025 beurteilt. Aus diesem Grund sind einige Zahlen in diesem Jahresbericht nicht vollständig; der Grund dafür wird an den entsprechenden Stellen erläutert.

Nachstehend eine Übersicht über die Zahl der bei den fünf verschiedenen regionalen Kommissionen eingegangenen Sterbehilfemeldungen.
Region 1: Groningen, Friesland, Drenthe, Bonaire, St. Eustatius und Saba – 1013 Meldungen
Region 2: Overijssel, Gelderland, Utrecht und Flevoland – 2637 Meldungen
Region 3: Nordholland – 1992 Meldungen
Region 4: Südholland und Seeland – 1919 Meldungen
Region 5: Nordbrabant und Limburg – 2397 Meldungen

VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es, ebenso wie in den Vorjahren, etwa gleich häufig um Männer (4996 Fälle, 50,2 %) wie um Frauen (4962 Fälle, 49,8 %).

VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/ HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

In 9753 Fällen (97,94 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 187 Fällen (1,88 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 18 Fällen (0,2 %) um eine Kombination aus beiden. Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient, der im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung das vom Arzt überreichte Mittel eingenommen hat, nicht innerhalb einer zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. In diesem Fall führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht.

Näheres zu den besonderen Aspekten der medizinisch fachgerechten Durchführung, siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 38 ff.

KRANKHEITSARTEN

HÄUFIG VORKOMMENDE KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Bei 86,29 % der bei den Kommissionen 2024 eingegangenen Meldungen (8593 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

- Krebs (5346 Fälle)
- Erkrankungen des Nervensystems (681 Fälle), etwa Morbus Parkinson, MS oder ALS
- Herz- und Gefäßkrankheiten (429 Fälle)
- Lungenerkrankungen (346 Fälle)
- Mehrfacherkrankungen (1791 Fälle)

DEMENZ

In 427 Fällen ist die Sterbehilfe bei einem Patienten mit einer Form von Demenz geleistet worden; davon wurden 346 Meldungen im Jahr 2024 beurteilt. In 340 Fällen waren die Patienten im Hinblick auf ihren Sterbehilfewunsch noch willensfähig. Es ging um Patienten in einem Stadium der Demenz, in dem sie sich noch über ihre Krankheit und die Symptome, etwa den Verlust der Persönlichkeit und des Orientierungssinns für Zeit und Ort, im Klaren waren.

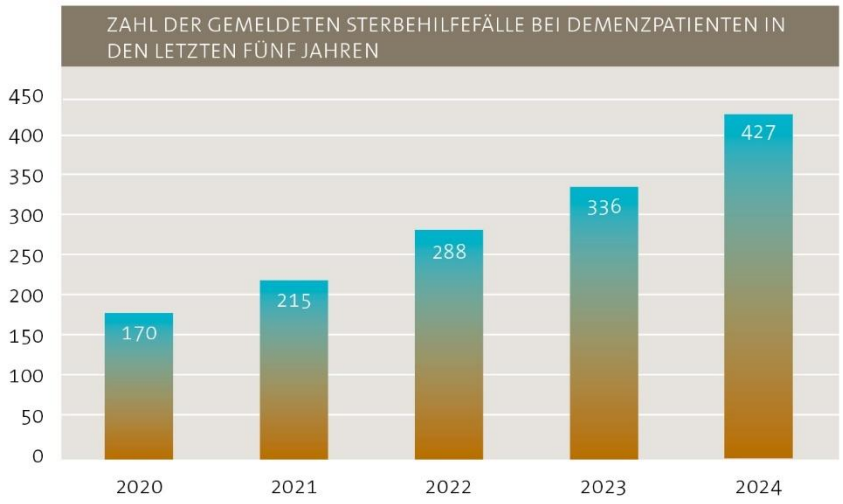
---

[3] *Wie in jedem Jahresbericht der Kontrollkommissionen bezieht sich ein Teil dieser Meldungen auf Sterbehilfe, die im Vorjahr (in diesem Fall 2023) geleistet wurde. Darüber hinaus werden einige dieser Meldungen erst im Jahr 2025 beurteilt. Außerdem sind in der Statistik auch Meldungen enthalten, die Ende 2023 eingegangen waren, aber nicht mehr im vorigen Jahresbericht berücksichtigt werden konnten.*
[4] *Quelle: Statistisches Zentralamt (CBS).*

Bei sechs Meldungen, die 2024 beurteilt wurden, handelte es sich um Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Sie waren in Bezug auf ihre Bitte nicht mehr willensfähig und auch nicht mehr in der Lage, sinnvoll über ihr Ersuchen zu kommunizieren. Ihre in der Vergangenheit verfasste schriftliche Patientenverfügung ersetzte eine mündlich formulierte Bitte um Sterbehilfe. Alle sechs Beurteilungen werden auf der Website der Kommissionen veröffentlicht.

Im Jahr 2024 gingen 81 Meldungen von Sterbehilfe bei Demenzpatienten ein, die noch nicht beurteilt worden sind. Von diesen Fällen ist noch nicht bekannt, wie viele Patienten willensfähig waren. Aus diesem Grund sind die Zahlen in Bezug auf die willensfähigen und nicht mehr willensfähigen Patienten unvollständig. In Kapitel 3 wird jeweils eine Beurteilung eines Falles mit einem willensfähigen bzw. einem nicht mehr willensfähigen Patienten behandelt.

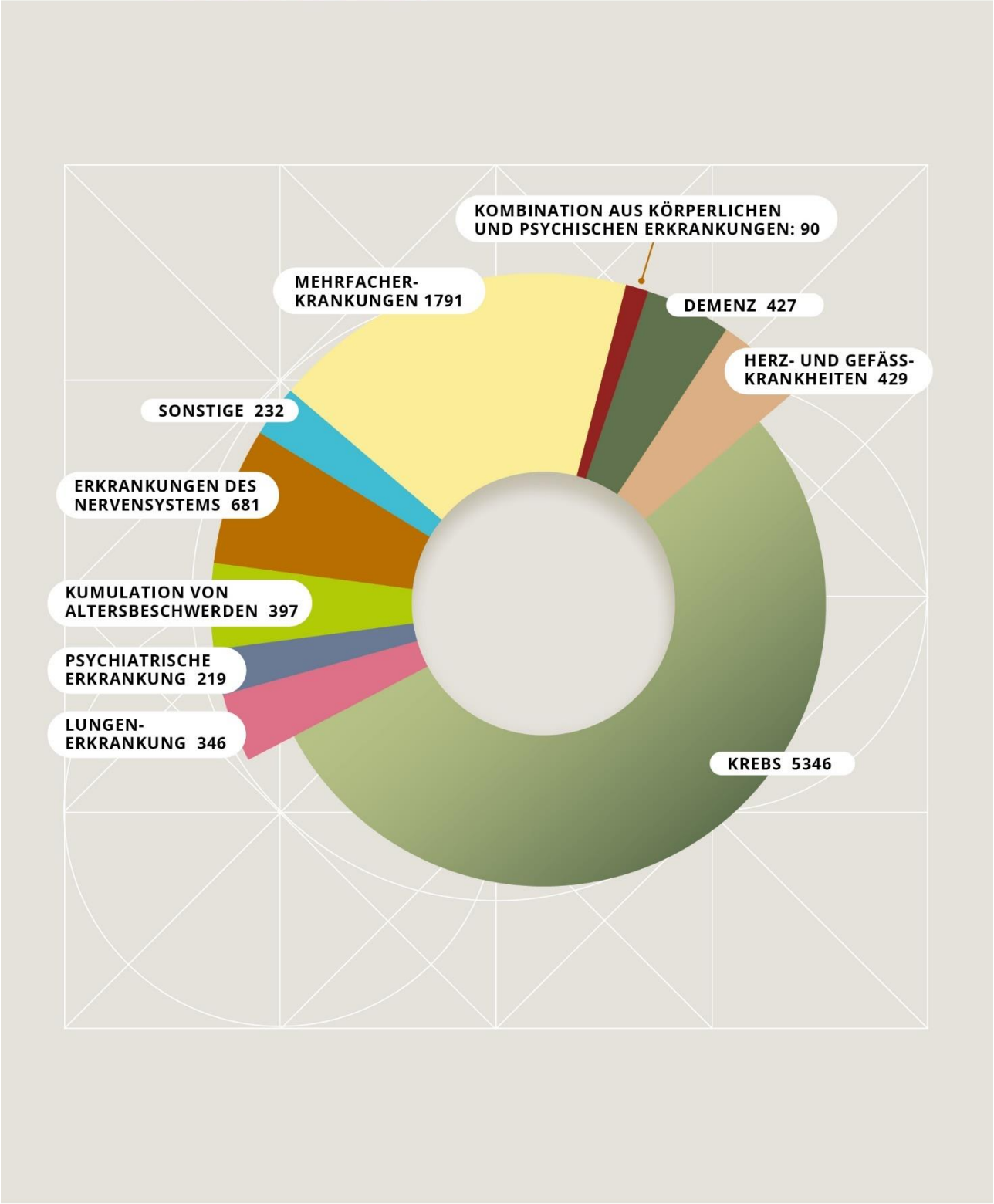
Näheres zu den Besonderheiten, die bei Patienten mit Demenz zu beachten sind, enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 52 ff.



PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

In 219 gemeldeten Sterbehilfefällen lagen dem Leiden der Patienten (überwiegend) eine oder mehrere psychische Erkrankungen zugrunde. In 60 dieser Fälle war der durchführende Arzt ein Psychiater, in 55 Fällen ein Hausarzt und in 26 Fällen ein Facharzt (darunter auch Geriater). In den übrigen 78 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um einen »anderen Arzt«[5]. In 126 Fällen war der durchführende Arzt für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) tätig.

KRANKHEITSARTEN



Darüber hinaus wurden 2024 90 Fälle gemeldet, in denen der Sterbehilfewunsch auf eine Kombination aus einer oder mehreren psychischen Erkrankungen und mindestens einer körperlichen Erkrankung zurückging. Diese spezifische Kombination aus psychischen und körperlichen Erkrankungen ist bislang noch nicht in einem Jahresbericht gesondert vermeldet worden.

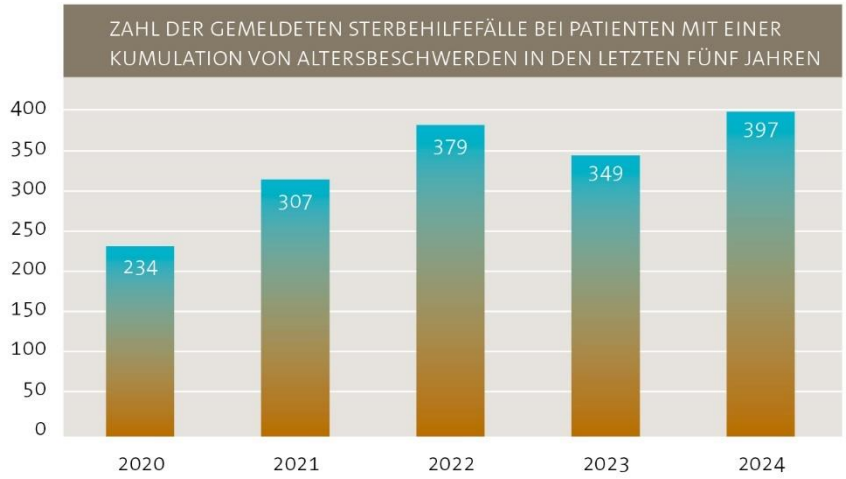
Wenn Patienten um Sterbehilfe bitten, weil sie an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen leiden, muss der Arzt mit »großer Behutsamkeit« vorgehen. Das bedeutet, dass er einen Kollegen mit psychiatrischer Fachkenntnis einschalten muss. Ein Beispiel für einen solchen Fall wird in Kapitel 3 beschrieben.

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 49 ff.

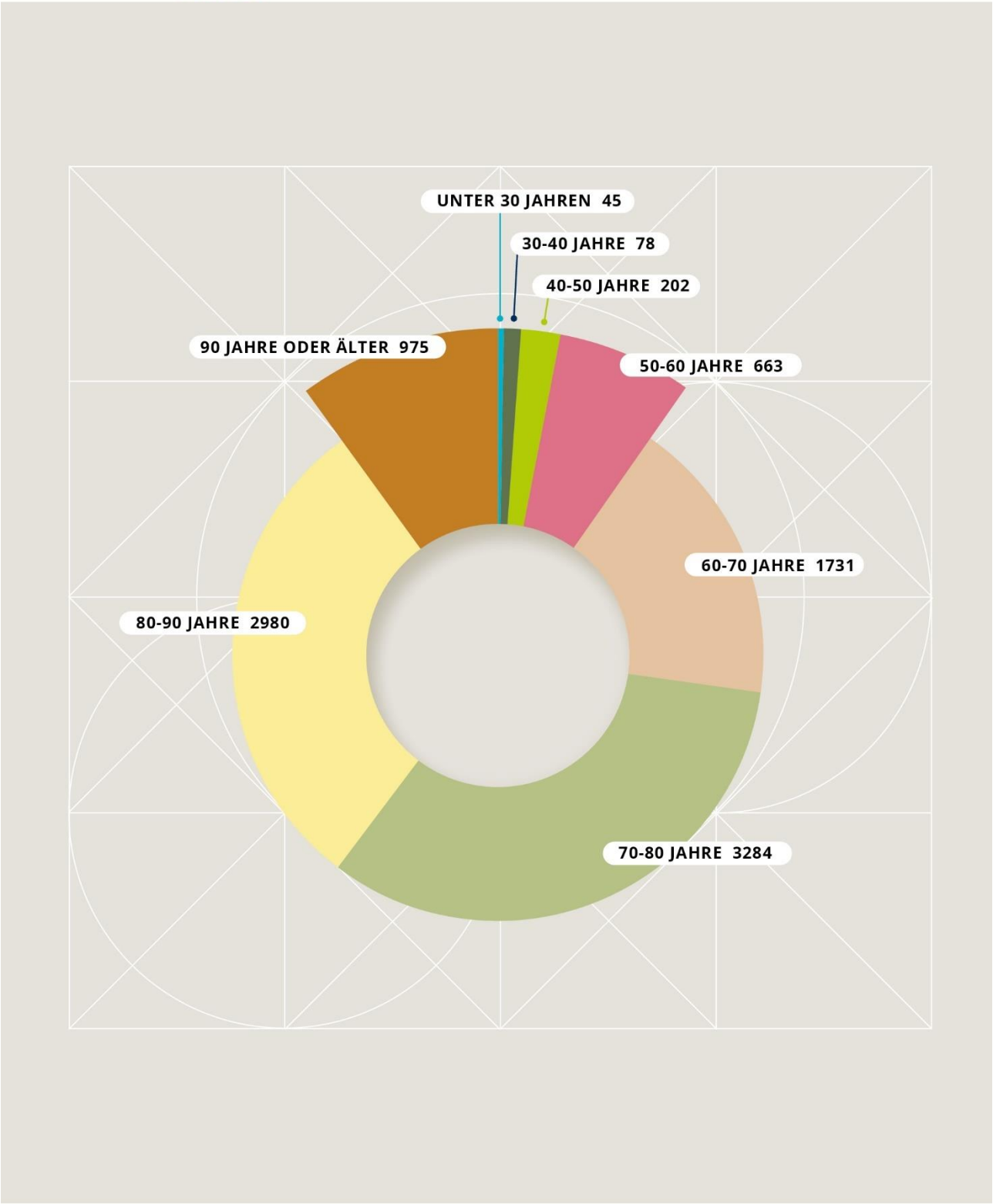
KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Schwerhörigkeit, Abnahme der Knochendichte (und ihre Folgen), Gelenkabnutzung, Gleichgewichtsprobleme, Verschlechterung des kognitiven Zustands (Verlust von Fähigkeiten und Wissen) – kann zu unerträglichem Leiden und einem aussichtslosen Zustand führen. Diese Erkrankungen manifestieren sich in der Regel in höherem Alter und können eine Vielzahl von Beschwerden nach sich ziehen. Derartige Beschwerden können in einem Leiden resultieren, das vom betreffenden Patienten im Zusammenhang mit seiner Kranken- und Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, seinem Wertesystem und seiner Leidensfähigkeit als aussichtslos und unerträglich empfunden werden kann. 2024 wurden den Kommissionen 397 Fälle dieser Kategorie gemeldet. Ein Beispiel für einen solchen Fall wird in Kapitel 3 beschrieben.

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 25 ff.



ALTER



ANDERE ERKRANKUNGEN

Die Kategorie »andere Erkrankungen« schließlich ist für Meldungen vorgesehen, die in keine der anderen Kategorien fallen, etwa ein chronisches Schmerzsyndrom, eine seltene Erbkrankheit, Nierenversagen, Erblindung, schwere Frakturen oder Long Covid. 2024 wurden 232 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

ALTER

Die meisten Sterbehilfemeldungen (3284 Fälle) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 79 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 89 Jahre (2980 Fälle) und 60 bis 69 Jahre (1731 Fälle). Es gingen 975 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 90 Jahre oder älter ein. In 663 Meldungen waren die Patienten zwischen 50 und 59 Jahre alt. In der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre gab es 202 Meldungen und in der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre 78 Meldungen. Die wenigsten Meldungen – 45 Fälle – gab es bei Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahre.

2024 beurteilten die Kommissionen drei Meldungen über Sterbehilfe bei minderjährigen Patienten (Altersgruppe 12 bis 17 Jahre), zwei davon waren bereits im Vorjahr eingegangen. Diese Meldungen betrafen Sterbehilfe bei Patienten, deren Leiden auf psychische Erkrankungen zurückging. Bei der Meldung, die 2024 eingegangen ist, ging es um Sterbehilfe bei einem Patienten, dessen Leiden die Folge einer körperlichen Erkrankung war.

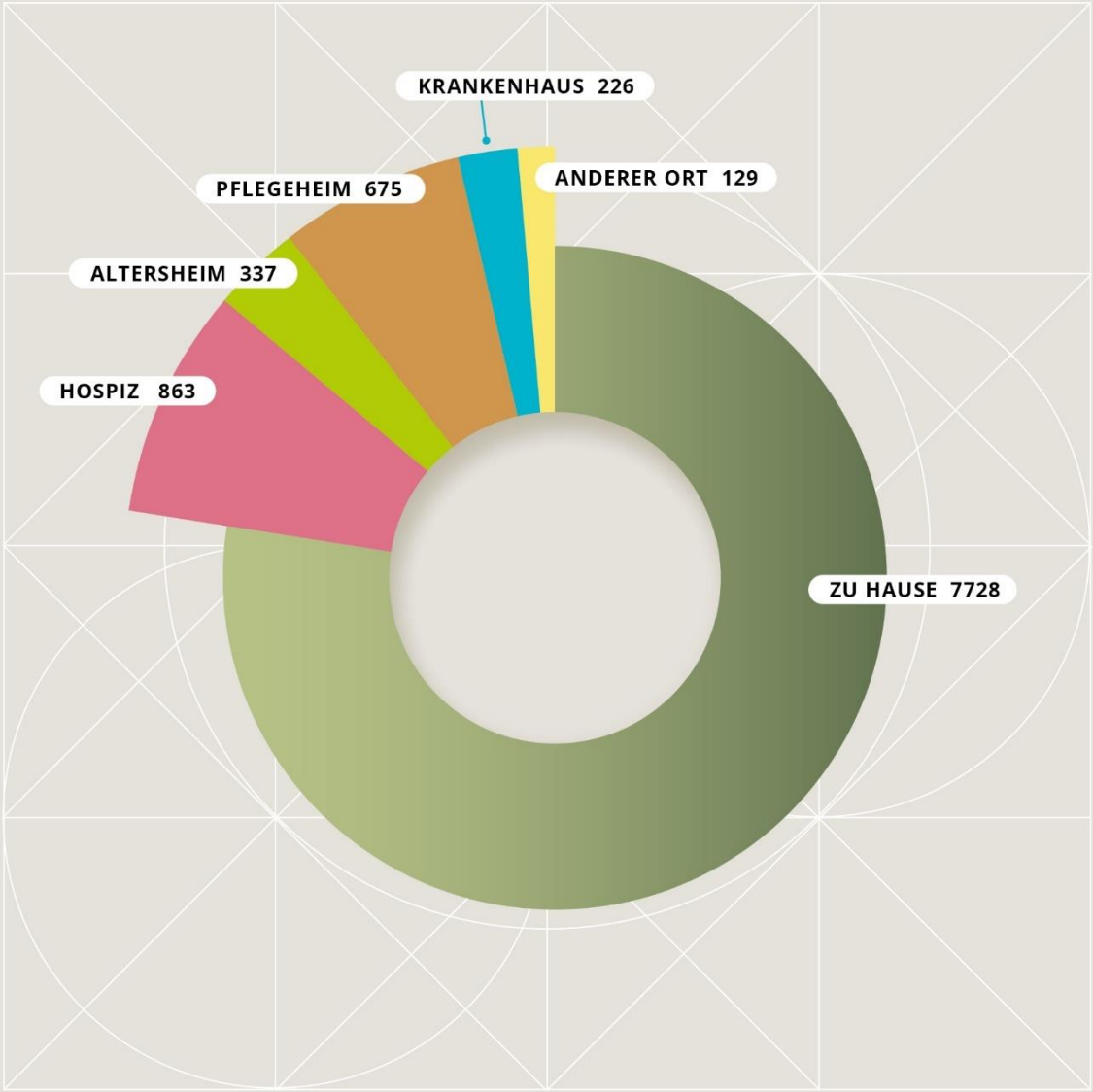
In der Kategorie Demenz (427 Fälle) bezogen sich die meisten Meldungen (194 Fälle) auf die Altersgruppe 80 bis 89 Jahre (194 Fälle), gefolgt von Patienten im Alter von 70 bis 79 Jahren (149 Fälle). Dies stellt eine kleine Veränderung gegenüber dem Vorjahr dar, in dem die meisten Meldungen in dieser Kategorie Patienten in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre betrafen.

In der Kategorie »psychische Erkrankungen« (219 Fälle) gab es 2024 in der Altersgruppe 30 bis 59 Jahre 111 Meldungen. Bei 78 Meldungen waren die Patienten 60 Jahre oder älter. Und schließlich sind 30 Meldungen eingegangen, die Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 18 bis 29 betrafen.

In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« waren die meisten Patienten (244 der insgesamt 397 Fälle) 90 Jahre oder älter.

Näheres zu den besonderen Aspekten bei minderjährigen Patienten siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 49.

ORT DER LEBENSBEENDIGUNG



ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Ebenso wie in den Vorjahren wurde die Sterbehilfe 2024 in den mit Abstand meisten Fällen (7728) beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Pflege- oder Altersheim (1012 Fälle), einem Hospiz (863 Fälle), einem Krankenhaus (226 Fälle) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten oder einem Pflegehotel (129 Fälle).

DURCHFÜHRENDE ÄRZTE

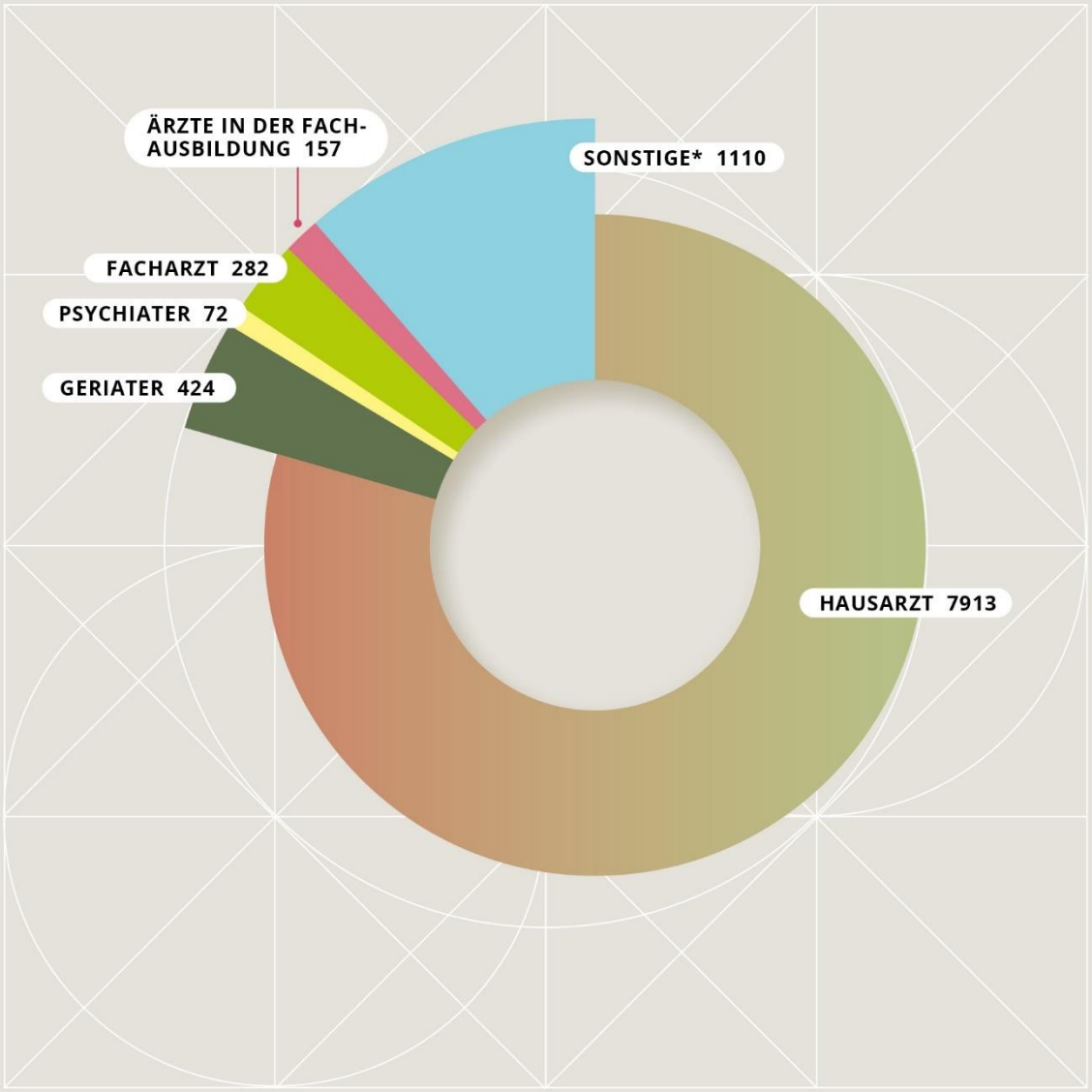
In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt durchgeführt (7913 Fälle). Die übrigen durchführenden Ärzte waren Geriater (424), Psychiater (72), andere Fachärzte (282) und Ärzte in der Ausbildung (157). In 1110 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um einen »anderen Arzt«.[5]

MELDUNGEN DES KOMPETENZZENTRUMS FÜR STERBEHILFE

Die Zahl der Meldungen von Ärzten, die beim Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) tätig sind, erhöhte sich gegenüber 2023 (1277) um 140 auf 1417. Dies entspricht einem Anstieg von 11 %. Ärzte des Kompetenzzentrums werden oft hinzugezogen, wenn der behandelnde Arzt des Patienten den Fall als zu komplex beurteilt. Auch Ärzte, die prinzipiell keine oder nur im Falle einer unausweichlich zum Tode führenden Erkrankung Sterbehilfe zu leisten bereit sind, verweisen ihre Patienten manchmal an das EE. Es kommt auch vor, dass sich der Patient selbst oder ein Angehöriger an das Kompetenzzentrum wendet.

Gut die Hälfte der Meldungen, bei denen der Patient an einer psychischen Erkrankung litt, erfolgte von einem Arzt des Kompetenzzentrums (126 von 219, also 57,5 %). Prozentual gesehen ist das ein Anstieg gegenüber 2022 – damals waren es 70 von 138 Meldungen, also 50,7 %. Von den Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Form der Demenz zurückging (427), stammten 149 (34,9 %) von einem EE-Arzt. Außerdem kamen 140 der 397 Meldungen (35,3 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von Ärzten des Kompetenzzentrums. Dies entspricht einem Rückgang im Vergleich zu 2023 (43,3 %).

MELDENDE ÄRZTE



* z. B. Ärzte des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) oder sog. Basisärzte

ORGAN- UND GEWEBESPENDEN NACH STERBEHILFE

Sterbehilfe schließt eine Organ- oder Gewebespende nicht aus. In der von der Niederländischen Transplantationsstiftung formulierten Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben.[6] Ist es der Wunsch des Patienten, dass Organe nach seinem Tod gespendet werden, muss die Sterbehilfe im Krankenhaus durchgeführt werden. Im Falle von Gewebespenden kann die Sterbehilfe auch an einem anderen Ort geleistet werden.

2024 gingen bei den Kommissionen 28 Meldungen ein, in denen explizit angegeben wurde, dass nach der Sterbehilfe eine Organ- und/oder Gewebespende erfolgt war. Im Vorjahr waren es 24 Meldungen gewesen. Es kann übrigens sein, dass Organ- und/oder Gewebespenden stattgefunden haben, ohne dass darauf in den Unterlagen explizit eingegangen wurde.

DUO-STERBEHILFE

Wenn zwei Patienten den Wunsch äußern, bei ihnen möge gleichzeitig Sterbehilfe geleistet werden, und wenn diesem Wunsch entsprochen wird, registrieren die Kommissionen dies als »Duo-Sterbehilfe«. Bis 2024 ging es in solchen Fällen ausschließlich um Partner; in diesem Berichtsjahr sind zum ersten Mal Meldungen von Fällen eingegangen, in denen es bei der Duo-Sterbehilfe nicht um Partner, sondern um enge Familienangehörige ging. 2024 wurde 54 Mal Duo-Sterbehilfe geleistet, es lagen 107 entsprechende Meldungen vor. Eine Meldung war bereits im Vorjahr eingegangen und ist deshalb in den Zahlen für 2023 enthalten. Selbstverständlich muss ein Arzt dann in beiden Meldungen darlegen, dass er in beiden Fällen die Sorgfaltskriterien nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung eingehalten hat. Danach muss für jeden Patienten ein eigener Konsiliararzt eingeschaltet werden, damit gewährleistet ist, dass jedes der beiden Ersuchen gesondert und damit unabhängig beurteilt wird.

Siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 34.

NICHT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

In sechs der 2024 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der ausführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllt hatte. Alle sechs Fälle werden in Kapitel 3 beschrieben. In drei Fällen war die Durchführung nicht medizinisch sorgfältig erfolgt, in zwei Fällen war das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes nicht eingehalten worden. In einem Fall ging es um das Kriterium der großen Behutsamkeit, mit der ein Arzt in Fällen vorgehen muss, in denen der Sterbehilfewunsch (überwiegend) auf ein Leiden zurückgeht, das die Folge einer psychischen Erkrankung ist.

AUSWAHL DER EINGEGANGENEN MELDUNGEN

Seit 2012 gehen die Kontrollkommissionen bei der Beurteilung einer Meldung wie folgt vor (siehe auch die schematischen Darstellungen in der Anlage). Zunächst stuft ein Sekretär der Kommissionen die eingegangenen Meldungen als »Fragen aufwerfend« oder »keine Fragen aufwerfend« ein. Hierbei handelt es sich nicht um ein Urteil der Kommission, sondern um eine vorläufige Einstufung. Erst im nächsten Schritt beurteilt die Kommission die Meldung. Eine als »Fragen aufwerfend« eingestufte Meldung wird grundsätzlich auf einer Kommissionssitzung besprochen. Wurde eine Meldung als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, wird sie in der Regel im Rahmen einer digitalen Sitzung beurteilt. Alle Kommissionsmitglieder können dann individuell angeben, ob sie der Meinung sind, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Sollten sich während der digitalen Sitzung doch Fragen ergeben, entscheidet die Kommission, ob es ausreicht, den Arzt schriftlich um Erläuterungen zu bitten, oder ob die Meldung doch auf einer Präsenz-Sitzung besprochen werden muss. In den meisten Fällen wird eine solche Meldung dann doch auf einer regulären Kommissionssitzung behandelt.

2024 wurden 94,46 % der eingegangenen Meldungen vom Sekretär als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft, in 42 Fällen wurde die Meldung doch noch im Rahmen einer regulären Kommissionssitzung besprochen. Das entsprechende Verfahren ist in Schema 3, Anlage I, dargestellt.

Von allen eingegangenen Meldungen wurden 5,54 % unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert (siehe Schema 2, Anlage I). Meldungen bestimmter Kategorien werden von den Kommissionen grundsätzlich als »Fragen aufwerfend« eingestuft, etwa in Fällen, in denen der Sterbehilfewunsch (zum Teil) auf eine psychische Erkrankung zurückging oder in denen der Patient an fortgeschrittener Demenz litt oder im Falle minderjähriger Patienten. Außerdem können sich Fragen zu einem der Sorgfaltskriterien ergeben oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen für eine Beurteilung nicht ausführlich genug waren.

---

[5] *Ein »anderer Arzt« kann in diesem Kontext etwa ein Ambulanzarzt, ein Leitender Arzt, ein nicht praktizierender Arzt oder ein sog. Basisarzt sein.*

[6] *Die Richtlinie, Hintergrundinformationen und Erläuterungen können in niederländischer Sprache konsultiert werden, siehe Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | Nederlandse Transplantatie Stichting.*

VERSCHIEDENE ARTEN AUSFORMULIERTER BEURTEILUNGEN

In Fällen, in denen die Meldung keinerlei Fragen aufwirft, geht dem Arzt ein verkürztes Beurteilungsschreiben zu, mit dem er darüber informiert wird, dass die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass er alle Sorgfaltskriterien erfüllt hat. Kapitel 3 enthält Zusammenfassungen von Fällen, in denen dem Arzt ein verkürztes Beurteilungsschreiben zugegangen ist.

Wurde eine Meldung dagegen als »Fragen aufwerfend« eingestuft, wird sie im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen. In vielen Fällen entscheidet sich die Kommission gegen ein verkürztes Beurteilungsschreiben; die Beurteilung des betreffenden Falls wird dann ausformuliert. Das bedeutet, dass die Kommission explizit darlegt, welcher Aspekt der Meldung Fragen aufgeworfen hat und aufgrund welcher Überlegungen sie zu dem Urteil gekommen ist, dass in dem betreffenden Fall die Sorgfaltskriterien eingehalten bzw. nicht eingehalten wurden.

SCHRIFTLICHE UND MÜNDLICHE FRAGEN DER KOMMISSIONEN

Es kommt vor, dass die eingereichten Berichte nebst Anlagen keine hinreichende Klarheit für eine Beurteilung des Falls durch die Kommission schaffen. Die Kommission kann den Arzt oder SCEN-Arzt dann um eine nähere Erläuterung bitten.

Im Jahr 2024 haben die Kommissionen in 29 Fällen den Arzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten.

Bei 16 Meldungen haben die Kommissionen den meldenden Arzt und in einem Fall auch den SCEN-Arzt gebeten, auf einer Kommissionssitzung die Fragen der Kommission mündlich zu beantworten, zum Teil, nachdem der Arzt zuvor bereits schriftlich Fragen beantwortet hatte. Darin inbegriffen sind die vorgenannten sechs Fälle, in denen die Kommission letztlich zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Einfache oder sich auf Fakten beziehende Fragen werden in der Regel telefonisch oder per E-Mail gestellt.

BEARBEITUNGSZEITEN

2024 vergingen zwischen Eingang der Meldung und dem Versand ihrer Beurteilung im Schnitt 40 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes festgelegte Frist von höchstens zwei Mal sechs Wochen eingehalten.

Die genannte durchschnittliche Bearbeitungszeit gibt allerdings ein etwas verzerrtes Bild wieder, da sie bis zum Herbst kürzer war als danach. Aufgrund von Kapazitätsproblemen im Sekretariat und der zugenommenen Zahl der Meldungen stieg die Bearbeitungszeit im Herbst zum Teil auf 60 bis 70 Tage an.

»DISKUSSIONSRAUM« DER KOMMISSIONEN

Die Kommissionen führen untereinander intensive Beratungen über komplex gelagerte Fälle, bei denen es angezeigt ist, dass sich alle Kommissionsmitglieder und Sekretäre dazu äußern können. Diese Beratungen erfolgen in einem digitalen Diskussionsraum. Dort legt eine Kommission, die der Ansicht ist, dass in einem Fall die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden, den vorläufigen Beurteilungsentwurf zusammen mit den zugehörigen Unterlagen allen anderen Kommissionsmitgliedern und Sekretären vor. Fälle, in denen bei einem nicht willensfähigen Patienten aufgrund von dessen schriftlicher Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet wurde, werden grundsätzlich auf diese Weise beurteilt. Nach Kenntnisnahme und Abwägung der eingegangenen Reaktionen formuliert die prüfende Kommission anschließend eine definitive Beurteilung.

Auch in anderen Fällen, in denen die prüfende Kommission eine Konsultation aller Kommissionen für angezeigt hält, werden die vorläufigen Beurteilungen in den Diskussionsraum eingestellt. Ziel dieses Vorgehens ist es, die bestmöglichen Qualitätsstandards bei der Urteilsbildung und die größtmögliche Einheitlichkeit der Beurteilungen zu gewährleisten.

2024 wurden 20 Meldungen in den Diskussionsraum eingestellt, einschließlich jener, die als »nicht sorgfältig« eingestuft wurden. Bestimmte Beurteilungen werden darüber hinaus nachträglich noch in den Beratungen der Juristen, Ärzte und/oder Ethiker besprochen.

KAPITEL 3
KASUISTIK

1 EINFÜHRUNG

Im Kern besteht die Arbeit der Kommissionen aus der Beurteilung von Meldungen ärztlicher Sterbehilfe. In diesem Kapitel erläutern wir eine Auswahl von Beurteilungen der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Dabei handelt es sich zunächst um Meldungen, bei denen die Kommissionen zu dem Schluss gekommen sind, dass die »Sorgfaltskriterien erfüllt waren« (Abschnitt 3.2), wobei sowohl häufig vorkommende als auch außergewöhnliche Fälle behandelt werden. Darüber hinaus werden alle Fälle beschrieben, die im vergangenen Jahr als »nicht sorgfältig« beurteilt wurden (Abschnitt 3.3). In diesen Fällen war die betreffende Kommission der Auffassung, dass der Arzt ein oder mehrere Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat.

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

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

Nach diesen Sorgfaltskriterien muss der Arzt:
a) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat,
b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und der Patient unerträglich litt,
c) den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert haben,
d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine 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 medizinisch fachgerecht durchgeführt haben.

Die Kontrollkommissionen prüfen die Meldungen anhand des Sterbehilfegesetzes, der Gesetzesgeschichte, der einschlägigen Rechtsprechung sowie des SterbehilfeKodex 2022, der auf der Grundlage früherer Entscheidungen der Kontrollkommissionen verfasst wurde. Außerdem stützen sie sich auf Richtlinien bestimmter Berufsgruppen, die in den SterbehilfeKodex 2022 aufgenommen worden sind, sowie auf Entscheidungen der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend.

Die Kommissionen beurteilen, ob festgestellt werden konnte, dass die Kriterien »Aufklärung« (c), »Konsultation« (e) und »medizinisch fachgerechte Durchführung« (f) erfüllt waren. Diese Aspekte sind verifizierbar. Die übrigen drei Sorgfaltskriterien geben vor, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde (a), dass ein unerträgliches Leiden und ein aussichtsloser Zustand vorlagen (b) und dass es keine annehmbare andere Lösung (d) für den Patienten gab. Die Formulierung »zu der Überzeugung gelangt sein« impliziert, dass der Arzt bei diesen drei Sorgfaltskriterien einen gewissen Beurteilungsspielraum hat. Die Kommissionen prüfen bei der Beurteilung des ärztlichen Handelns in diesen drei Punkten, wie der Arzt die betreffenden Sachverhalte untersucht hat, wie er seine Entscheidung begründet hat und ob er so nach vernünftigem Ermessen zu der Entscheidung kommen konnte, dass diese drei Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Der Bericht des Konsiliararztes ist häufig ein Baustein der Erläuterungen des Arztes.

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

In Abschnitt 2.2 wird auf verschiedene Sorgfaltskriterien genauer eingegangen, nämlich auf die Kriterien »freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte« (a), »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b), die gemeinsam erreichte Überzeugung, dass es »keine annehmbare andere Lösung« gab (d), »Konsultation« (e) und »medizinisch fachgerechte Durchführung« (f).

Auf ein Sorgfaltskriterium wird an dieser Stelle nicht explizit eingegangen, nämlich auf die Aufklärung des Patienten über dessen medizinische Prognose (c). Dieses Kriterium ist im Allgemeinen eng mit anderen Sorgfaltskriterien verknüpft, insbesondere mit dem Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte. Davon kann nur dann die Rede sein, wenn der Patient gut über seine gesundheitliche Situation und seine medizinische Prognose aufgeklärt worden ist.

Des Weiteren werden in Abschnitt 2.3 vier Fälle beschrieben, in denen bei Patienten Sterbehilfe geleistet wurde, die einer besonderen Patientengruppe angehörten. Es handelte sich um Patienten mit einer psychischen Störung, einer Kumulation von Altersbeschwerden oder Demenz.

In Abschnitt 3 werden Fälle behandelt, in denen die Kommissionen in diesem Jahr zu dem Schluss kamen, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Das war bei sechs Meldungen der Fall.

2 DER ARZT HAT DIE SORGFALTSKRITERIEN ERFÜLLT

2.1 FÜNF BEISPIELE FÜR DIE AM HÄUFIGSTEN VORKOMMENDEN MELDUNGEN

Wie in Kapitel 2 dargelegt, wird Sterbehilfe sehr häufig bei Patienten mit Krebs, Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten, Lungenerkrankungen oder Mehrfacherkrankungen geleistet. Die nachfolgend beschriebenen fünf Meldungen, die allesamt keine Fragen aufwarfen und somit auf digitalem Wege von den Kommissionen beurteilt wurden, sind Beispiele für solche Fälle; die Beurteilungen illustrieren die Art der Meldungen, mit denen sich die Kommissionen am häufigsten befassen.

KREBS

Brustkrebs mit Knochenmetastasen, drohende Querschnittslähmung

Bei einer Frau im Alter zwischen sechzig und siebzig Jahren war fünf Jahre vor ihrem Tod Brustkrebs festgestellt worden, wobei sich bereits Metastasen in ihren Knochen und ihrer Leber gebildet hatten. Eine Heilung war zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr möglich. Die Frau unterzog sich drei verschiedenen Arten palliativer Systemtherapie (Hormonbehandlung und Chemotherapie), um den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Als sich nach der dritten Behandlung herausstellte, dass die Knochenmetastasen trotz allem zugenommen hatten, sah sie von einer vierten Therapie ab und entschied sich dafür, lediglich noch ihre Symptome behandeln zu lassen. Sie konnte nicht mehr laufen, und aufgrund der Knochenmetastasen drohte eine Querschnittslähmung.

Das Leiden der Patientin bestand aus den zunehmenden Schmerzen und der vollständigen Abhängigkeit von anderen, da sie inzwischen bettlägerig geworden war. Sie hatte keine Energie mehr und konnte für nichts mehr Interesse aufbringen. Sie war immer selbständig und vielseitig aktiv gewesen; so hatte sie sich unter anderem ehrenamtlich engagiert und auf ihre Enkelkinder aufgepasst. Für sie war es unerträglich, dass sie zu nichts mehr in der Lage war und bei allem um Hilfe bitten musste. Und das in dem Wissen, dass sich ihr Zustand nur noch weiter verschlechtern würde.

Die Frau hatte zuvor bereits mit dem Arzt, ihrem Hausarzt, über die Möglichkeit der Sterbehilfe gesprochen. Gut zwei Wochen vor ihrem Tod bat sie den Arzt konkret um die Durchführung der Sterbehilfe.

Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Darüber hinaus war er davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung bestand. Für die Frau gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging außerdem hervor, dass der Arzt die Patientin über ihre Lage und die Prognose aufgeklärt hatte.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Frau zwei Wochen vor ihrem Tod und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte daraufhin die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-*Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* aus dem Jahr 2021 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

Chorea Huntington, Konsultation eines EE-Arztes

Ein Mann im Alter zwischen vierzig und fünfzig Jahren litt an der unheilbaren Krankheit Chorea Huntington. Er wusste bereits seit 2010, dass er Träger des die Krankheit verursachenden Gens war; 2019 erhielt er die Diagnose. Der Mann wusste, wie die Krankheit sein Leben beeinflussen würde – dies hatte er bereits bei seinem Vater und seinem Bruder miterlebt. In den darauf folgenden Jahren sprach er mit seinem Hausarzt regelmäßig über seine Krankheit und sein Leiden sowie darüber, wo für ihn die Grenzen des Erträglichen liegen und dass der Zeitpunkt kommen werde, an dem er um Sterbehilfe bitten werde.

Der Mann wurde zunehmend durch seine Krankheit und die Symptome beeinträchtigt (unwillkürliche und plötzliche zuckende Bewegungen), wodurch er immer häufiger stürzte und im Laufe der Zeit nicht mehr selbständig essen oder sich selbst versorgen konnte. Dieser Verlust der Selbständigkeit, in Kombination mit dem Wissen, wie der weitere Verlauf der Krankheit aussehen würde, machte sein Leiden für ihn unerträglich. Er bat den Arzt um Sterbehilfe.

Der Arzt zog zwecks Unterstützung einen Arzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe (EE) hinzu.

Der Arzt konnte nachvollziehen, wie sehr den Patienten schon so lange das Wissen belastete, dass er an Chorea Huntington erkranken und dann immer mehr und stärkere Beschwerden entwickeln würde, so dass er letztlich seinen Alltag nicht mehr selbständig würde bewältigen können.

Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten unerträglich war, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine annehmbare Alternative zur Linderung des Leidens gab. Der Mann hatte freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten. Der vom Arzt hinzugezogene SCEN-Arzt schloss sich dieser Beurteilung an.

Der Arzt führte daraufhin die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-*Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* aus dem Jahr 2021 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

LUNGENERKRANKUNG

Atemwegsinfektionen, COVID-19

Ein Mann im Alter zwischen sechzig und siebzig Jahren erkrankte etwa zwei Jahre vor seinem Tod an mehreren Atemwegsinfektionen, darunter COVID-19. Im Zuge seiner COVID-Erkrankung musste er in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Danach entwickelte er eine Lungenentzündung, und sein Zustand verschlechterte sich rapide. Das Abhusten von Schleim fiel ihm sehr schwer. Mehrere Antibiotikakuren, Inhalationsmedikamente, Prednisolon und Fluimicil zeigten zunächst eine gewisse Wirkung, allerdings kehrten die Beschwerden immer wieder zurück. Seine Lungenfunktion und sein allgemeiner Zustand hatten sich enorm verschlechtert.

Schließlich versuchte man es mit hustenunterstützenden Techniken, die sich jedoch als immer weniger effektiv erwiesen. Der Mann hielt sich etwa eine Woche lang in einem Reha-Zentrum auf, wo man zu dem Schluss kam, dass keine hinreichenden Fortschritte zu erwarten waren. Er litt unter dem vielen Husten, dem Abhusten von Schleim und der Atemnot. Darüber hinaus verschlechterte sich sein Zustand, er war häufig müde und auf die Unterstützung seiner Partnerin und pflegender Angehöriger und Freunde angewiesen. Einige Wochen vor seinem Tod wurde er vollständig bettlägerig.

Der Patient bat seinen Hausarzt um Sterbehilfe. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden des Mannes für ihn unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Es hatte sich als unmöglich erwiesen, das Leiden des Mannes zu lindern.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der mit dem Patienten sprach. Das Gespräch verlief äußerst mühsam, da der Patient immer wieder mit dem Schleim in seinen Atemwegen zu kämpfen hatte, den er allein nicht loswurde. Seine Partnerin half ihm dabei, indem sie beim Ausatmen mehrmals Druck auf den Bauch ausübte. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte daraufhin die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-*Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* aus dem Jahr 2021 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

HERZ- UND GEFÄSSKRANKHEIT

Terminale Herzinsuffizienz, Palliativmaßnahmen

Eine Frau im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren litt an terminaler Herzinsuffizienz. Bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt konnte ihr Zustand nicht mehr stabilisiert werden, weshalb man beschloss, die Patientin nach Hause zu entlassen. Die Ärzte und die Frau vereinbarten palliative Maßnahmen.

Die Frau litt kontinuierlich unter starker Müdigkeit. Sie war bei all ihren Handlungen auf Unterstützung angewiesen und konnte fast gar nicht mehr laufen. All das machte ihr Leiden für sie unerträglich. Die Frau bat ihren Hausarzt um Sterbehilfe. Für den Arzt war das Leiden nachvollziehbar. Er kannte die Patientin als aktive Frau.

Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Die Frau hatte ihren Sterbewunsch mehrfach wiederholt. Außerdem hatte sie eine schriftliche Sterbehilfeerklärung verfasst, erstmals im Jahr 2020 und vor kurzem ein weiteres Mal. Sie war in der Lage, die Vor- und Nachteile ihres Sterbehilfeersuchens und die Folgen ihrer Krankheit klar zum Ausdruck zu bringen. Der Arzt stufte die Patientin als willensfähig ein.

Der Arzt führte daraufhin die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-*Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* aus dem Jahr 2021 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

MEHRFACHERKRANKUNGEN

Brustkrebs, Lungenkrebs, COPD

Eine Frau im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren litt seit fünfzehn Jahren an COPD und wurde seit vier Jahren gegen Brustkrebs behandelt. Zwei Jahre vor Ihrem Tod kam es nach mehreren Stürzen zu Wirbeleinbrüchen infolge von Osteoporose und Hirnschäden. Sechs Monate vor ihrem Tod wurde bei ihr Lungenkrebs diagnostiziert, gegen den sie aufgrund ihres schlechten gesundheitlichen Zustands nicht behandelt werden konnte.

Die Frau lebte in einem Pflegeheim und konnte nur mit Mühe und mit Hilfe eines Rollators einige Schritte gehen. Sie litt unter Rückenschmerzen, starker Müdigkeit und heftiger, bei Anstrengungen auftretender Atemnot. Aufgrund ihres Leidens war die Frau zu fast nichts mehr in der Lage und wurde immer abhängiger vom Pflegepersonal. Sie konnte nur noch kurzzeitig das Bett verlassen, weshalb sie es auch kaum noch genießen konnte, wenn sie Besuch bekam. Auch andere Dinge, die ihr in der Vergangenheit Spaß gemacht hatten, konnte sie nicht mehr tun, z. B. puzzeln, selbst nach draußen gehen und rauchen oder Ausflüge mit der Familie unternehmen.

Anderthalb Monate vor ihrem Tod bat die Patientin einen Assistenzarzt der Geriatrie konkret um Sterbehilfe. Der Arzt besprach ihre Bitte mit seinem Vorgesetzten und sprach sowohl im Beisein seines Vorgesetzten als auch allein mit der Patientin über ihren Sterbehilfewunsch.

Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen. Darüber hinaus war er davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass nach herrschender medizinischer Auffassung keine Aussicht auf Besserung bestand. Es gab für sie keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging außerdem hervor, dass der Arzt die Patientin über ihre Lage und die weiteren Aussichten aufgeklärt hatte.

Als Konsiliararzt zog er einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Frau drei Wochen vor ihrem Tod und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte daraufhin die Sterbehilfe mit den in der KNMG/KNMP-*Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* aus dem Jahr 2021 empfohlenen Mitteln durch, die er in der vorgeschlagenen Dosierung und auf die empfohlene Art und Weise verabreichte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

2.2 NACH FÜNF SORGFALTSKRITERIEN DES STERBEHILFEGESETZES GEORDNETE FÄLLE

Nachstehend werden fünf Beurteilungen beschrieben, in denen fünf Sorgfaltskriterien behandelt werden: der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde (a), dass der Patient unerträglich leidet und sein Zustand aussichtslos ist (b), Arzt und Patient müssen gemeinsam zu der Überzeugung gelangen, dass es keine annehmbare andere Lösung gibt (d), es muss ein unabhängiger Arzt hinzugezogen werden (e) und die Lebensbeendigung muss medizinisch fachgerecht durchgeführt werden (f). Die nachfolgenden Meldungen waren bis auf eine als »Fragen aufwerfend« eingestuft worden und wurden somit auf einer Kommissionssitzung besprochen.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Im Sterbehilfegesetz ist festgelegt, dass der durchführende Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient sein Sterbehilfeersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Das Ersuchen muss vom Patienten selbst geäußert werden.

Hinsichtlich dieses Sorgfaltskriteriums können sich in bestimmten Situationen Fragen ergeben. Einem Ersuchen, das eine andere Person im Namen des Patienten äußert, kann nicht Folge geleistet werden. Es muss immer klar sein, dass der Patient selbst um Sterbehilfe gebeten hat (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 20).

Auch bei Patienten mit Demenz muss die Einhaltung der gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien, insbesondere mit Blick auf das freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerte Ersuchen, mit besonderer Behutsamkeit geprüft werden. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf nimmt bei Demenzpatienten die Willensfähigkeit ab (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 52).

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Demenz, willensfähiger Patient, Zweifel des hinzugezogenen unabhängigen Facharztes

Bei einem Mann im Alter zwischen 70 und 80 Jahren war vier Jahre vor seinem Tod die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert worden, ein Jahr vor seinem Tod kam noch die Diagnose Parkinsonismus hinzu.

In den Jahren vor seinem Tod entwickelte er Gedächtnisstörungen und verlor jeglichen Tatendrang. In zunehmendem Maße benötigte er Hilfe bei der Erledigung alltäglicher Dinge. Die Kognition und die Informationsverarbeitung verschlechterten sich, und es fiel ihm immer schwerer, ein Gespräch zu führen. Er hatte Wortfindungsschwierigkeiten. Auch sein Sehvermögen ließ nach, und er war immer schlechter zu Fuß. Er hatte Angst davor, sein Leben nicht mehr selbst bestimmen zu können, körperlich weiter abzubauen und eine Windel tragen zu müssen. Der Mann beschäftigte sich viel mit seinem Sterbehilfewunsch, den er auch schriftlich festgehalten hatte aus Angst, ihn nicht mehr äußern zu können, wenn der Zeitpunkt für ihn gekommen sein würde.

Acht Monate vor seinem Tod besprach der Mann seinen Sterbehilfewunsch mit seinem Hausarzt. Dieser war anfangs bereit, dem Sterbehilfewunsch des Mannes zu entsprechen. Er zog einen Geriater hinzu, um die Willensfähigkeit des Mannes beurteilen zu lassen. Nach zwei Gesprächen mit dem Patienten kam der Geriater zu dem Schluss, dass der Mann in Bezug auf seinen Sterbehilfewunsch nicht willensfähig war. Laut dem Geriater konnte der Mann seinen Sterbehilfewunsch nicht hinreichend begründen. Vor diesem Hintergrund war der Hausarzt nicht länger bereit, die Sterbehilfebegleitung des Mannes fortzusetzen und verwies den Patienten an das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE). Das erste Gespräch zwischen dem Patienten und dem Arzt fand etwa drei Monate vor dem Tod des Patienten statt. In diesem Gespräch bat der Mann um Sterbehilfe; diese Bitte wiederholte er in den drei darauffolgenden Gesprächen.

Ein SCEN-Arzt besuchte den Mann etwa einen Monat vor seinem Tod. Der SCEN-Arzt schreibt in seinem Bericht, dass der Patient seine Bitte aufgrund der Demenz und des Parkinsonismus nicht in klaren ganzen Sätzen zum Ausdruck bringen konnte, dass er aber in der Lage war, seinen Wunsch explizit in kurzen Sätzen in Worte zu fassen. Er hatte keinerlei Zweifel an der Willensfähigkeit des Mannes hinsichtlich des Sterbehilfewunsches.

Der Arzt zog auch einen unabhängigen Facharzt, ebenfalls ein Geriater, hinzu, um die Willensfähigkeit des Mannes beurteilen zu lassen. Der unabhängige Facharzt besuchte den Mann etwa anderthalb Monate vor seinem Tod. Der Mann konnte seine Beschwerden gut umschreiben und gut in Worte fassen, warum er sich für Sterbehilfe entschieden hatte, er wusste, was die Alternative war, und er war sich im Klaren darüber, was Sterbehilfe beinhaltet und welche Konsequenz damit verbunden ist.

Der Arzt hatte auf Spaziergängen mit dem Mann gesprochen. Gerade bei Spaziergängen war Kommunikation mit dem Mann gut möglich. Der Mann gab dem Arzt auf verschiedene Art und Weise und in unterschiedlichen Formulierungen zu verstehen, dass er durch Lebensbeendigung auf Verlangen sterben wolle. Er verstand, dass eine Entsprechung seiner Bitte seinen Tod nach sich ziehen würde. Der Mann konnte gut darlegen, woraus sein Leiden bestand und warum er sterben wollte: er sei zu nichts mehr in der Lage und wisse, dass sich sein Zustand nur noch weiter verschlechtern werde. Außerdem klammerte er sich an dem Bild des Mannes fest, der er einst gewesen war und noch so gerne wäre, was bei ihm zu Machtlosigkeit und Frustrationen führte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt bei der Feststellung der Willensfähigkeit des Mannes bezüglich seines Sterbehilfewunsches mit großer Behutsamkeit vorgegangen war. Der Arzt hatte sie zu verschiedenen Zeitpunkten und auf unterschiedliche Art und Weise untersucht und festgestellt. Außerdem wurde seine Schlussfolgerung von den Ergebnissen der Untersuchungen des SCEN-Arztes und des unabhängigen Facharztes gestützt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt hinreichend begründet hat, warum das Ersuchen des Mannes freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass auch die übrigen Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

AUSSICHTSLOSER ZUSTAND, UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Im SterbehilfeKodex 2022 wird dieses Sorgfaltskriterium wie folgt erläutert: »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. […] 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. [...] 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« (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 25-26).

Obwohl die Sorgfaltskriterien »aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden« (b) und »keine annehmbare andere Lösung« (d) eng zusammenhängen und daher häufig zusammen beurteilt werden, werden sie nachstehend mit gesonderten Fallbeispielen illustriert. Im ersten Fall stehen der aussichtslose Zustand und das unerträgliche Leiden im Fokus, im zweiten geht es um die von Arzt und Patient gemeinsam erlangte Überzeugung, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND AUSSICHTSLOSER ZUSTAND

Mehrfacherkrankungen, Bericht des Konsiliararztes

Eine Frau im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren litt seit fünfzehn Jahren an Polyarthorse (Arthrose in mehreren Gelenken), die sich in den letzten Jahren verschlimmert hatte. Sie hatte starke Schmerzen in Händen, Schultern, Rücken und Beinen. Außerdem litt die Frau an einem Reizdarmsyndrom, das mit einer Vielzahl von Beschwerden einherging, darunter Übelkeit, heftige Bauchschmerzen und abwechselnd Verstopfung und Stuhlinkontinenz. Die Schmerzmedikamente verschlimmerten die Übelkeit noch weiter mit der Folge, dass die Frau kaum noch Nahrung zu sich nahm. Sie baute körperlich stark ab, war sehr müde, konnte immer schlechter laufen, und es bestand ein erhöhtes Sturzrisiko. Sie verlor nach und nach ihre Selbständigkeit und wurde zunehmend von Pflegeleistungen abhängig. Schließlich verbrachte sie fast die ganze Zeit im Bett, weil sie dann am wenigsten unter den Schmerzen und der Übelkeit litt.

In der Vergangenheit hatte die Frau mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe als Option für die Zukunft gesprochen. Drei Wochen vor ihrem Tod bat sie den Arzt, die Lebensbeendigung durchzuführen. Der Arzt zog einen Konsiliararzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe (EE) hinzu, insbesondere um den Aspekt des unerträglichen Leidens der Frau besser einschätzen zu können. Gemeinsam mit dem Arzt besuchte der Konsiliararzt die Frau.

Nach dem Gespräch war der Arzt davon überzeugt, dass das Leiden der Patientin für sie unerträglich war. Sie hatte in den vergangenen fünfzehn Jahren auf immer mehr verzichten müssen, weil sie zu immer weniger in der Lage war. Bislang hatte sie noch versucht, das Beste aus ihrer Situation zu machen. Angesichts ihres jetzigen Zustands, in dem sie nichts mehr selbst machen konnte und vollständig von anderen abhängig war, war dem Arzt klar geworden, dass das Leiden der Frau unerträglich war. Zudem war der Arzt davon

überzeugt, dass es für die Frau keine Aussicht auf Besserung gab, weil es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gab, durch die sich ihre Situation würde verbessern lassen.

Als Konsiliararzt zog er einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Frau fünf Tage vor ihrem Tod und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Kumulation von Altersbeschwerden, Option eines Cochlea-Implantats

Ein Mann im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren baute körperlich immer stärker ab. Er war taub und litt unter Tinnitus, zunehmendem Tremor und Schwindel. Außerdem geriet er bei der geringsten Anstrengung außer Atem, weshalb er zu beinah nichts mehr in der Lage war. Schon ein Gespräch war zu viel für ihn. Die Kontakte zu anderen gingen zurück, er wurde abhängiger und konnte nicht mehr für andere da sein.

Seine Hörgeräte halfen ihm kaum und sein HNO-Arzt erklärte ihm, dass ein Cochlea-Implantat die einzig verbleibende Option sei. Das kam für den Mann angesichts seines Alters und der möglichen Komplikationen nicht in Frage. Es wurde ein Geriater hinzugezogen, der der Auffassung war, dass es keine Aussicht auf Besserung mehr gebe.

Der Mann litt unerträglich unter seinen Beschwerden. Er sprach mehrfach mit seinem Hausarzt über Sterbehilfe. Für den Arzt war das Leiden des Mannes vor dem Hintergrund seiner Persönlichkeit nachvollziehbar, und er sah keine anderen Möglichkeiten mehr zur Linderung des Leidens. In dieser Sichtweise wurde er durch die Einschätzung des SCEN-Arztes unterstützt.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Vor der Durchführung der Sterbehilfe muss der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzuziehen, der den Patienten sieht und die Einhaltung der gesetzlichen Sorgfaltskriterien bezüglich des unerträglichen Leidens, des Fehlens annehmbarer Alternativen und der Aufklärung des Patienten beurteilt.

Beim Konsiliararzt muss es sich nach dem Sterbehilfegesetz um einen »unabhängigen Arzt« handeln. Unabhängig bedeutet in diesem Kontext, 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. 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 (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 30-34).

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Sorgfaltskriterien beim ersten Besuch noch nicht erfüllt

Bei einer Frau im Alter zwischen sechzig und siebzig Jahren war Lungenkrebs diagnostiziert worden. Sie war extrem müde, hustete und litt unter Atemnot, Kurzatmigkeit sowie verschiedenen Schmerzbeschwerden. Die Schmerzbeschwerden ließen sich gut mit Fentanyl behandeln, die übrigen Beschwerden hingegen waren nahezu unbehandelbar.

Die Frau bat ihren Hausarzt um Sterbehilfe. Nach Angaben des Arztes war der Zustand der Frau aussichtslos, weil er sich nicht nur nicht verbessern, sondern sogar weiter verschlechtern würde. Als Konsiliararzt zog er einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der mit der Frau sprach. Während dieses Gesprächs war die Frau noch in relativ guter Verfassung. Aufgrund einer hohen Dosierung Prednisolon war sie wieder aufgelebt. Die Frau erklärte, dass sie jetzt noch am Leben bleiben wolle, dass sie aber davon ausgehe, dass ihr

Sterbehilfewunsch zu einem späteren Zeitpunkt aktuell würde. Vor der Erhöhung der Prednisolon-Dosierung hatte sie bereits die Erfahrung gemacht, dass ihr jegliche Energie abhandengekommen war.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, dass es keine annehmbare andere Lösung für die Situation der Frau gab und dass sie über ihre Situation und ihre Prognose informiert worden war. Der Konsiliararzt kam jedoch auch zu dem Schluss, dass die Frau noch nicht unerträglich litt und ihr Zustand noch nicht aussichtslos war.

Gut drei Wochen später hatte sich der Zustand der Frau sehr verschlechtert. Daraufhin hat der Arzt den Konsiliararzt telefonisch konsultiert. Die Frau hatte gesagt, sie fühle, wie ihre Kräfte schwänden und dass sie nun bald Sterbehilfe wünsche. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass damit alle Kriterien erfüllt waren und die Sterbehilfe durchgeführt werden konnte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

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 2021 zugrunde. Gemäß der Richtlinie muss der Arzt über einen Notvorrat an Medikamenten verfügen, falls es zu Problemen mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln kommt (siehe SterbehilfeKodex, S. 38).

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Zugang lag nicht korrekt, gesamtes Verfahren erneut durchlaufen

Ein Mann im Alter zwischen siebzig und achtzig Jahren, der unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung an einer Lungenerkrankung litt, bat seinen Hausarzt um Sterbehilfe. Bei der Durchführung der Sterbehilfe kam es zu Komplikationen.

Es wurde ein Zugang gelegt, und der Arzt begann mit der Verabreichung des komaauslösenden Mittels (2000 mg Thiopental). Der Man fiel jedoch nicht ins Koma. Der Arzt stellte fest, dass der Zugang nicht korrekt lag, und legte einen neuen Zugang. Über den neuen Zugang verabreichte der Arzt erneut 2000 mg Thiopental. Er überprüfte die Komatiefe und stellte damit auf angemessene Weise fest, dass das Bewusstsein des Mannes hinreichend gemindert war. Eine solche Bewusstseinsminderung verhindert, dass der Patient die negativen Auswirkungen des Muskelrelaxans spüren kann.

Anschließend verabreichte der Arzt das Muskelrelaxans, 150 mg Rocuronium. Daraufhin verstarb der Patient.

Laut der *KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* muss ein Arzt davon ausgehen, dass der Zugang nicht korrekt liegt, wenn ein Patient nach Verabreichung des komaauslösenden Mittels nicht ins Koma fällt. In einem solchen Fall ist es wichtig, dass der Arzt das gesamte Verfahren wiederholt, also auch einen neuen Zugang legt. Das hat der Arzt gemacht und somit im Einklang mit der Richtlinie gehandelt.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

2.3 VIER FÄLLE VON PATIENTEN MIT EINER BESONDEREN ERKRANKUNG

Nachstehend werden vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung beschrieben. Im ersten Fall geht es um einen Patienten mit einer psychischen Erkrankung, im zweiten um einen Patienten mit einer Kumulation von Altersbeschwerden und in den anderen beiden um Demenzpatienten.

PSYCHISCHE ERKRANKUNG

Wenn das Sterbehilfeersuchen (überwiegend) auf ein durch eine psychische Erkrankung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. 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 (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 50).

PSYCHISCHE ERKRANKUNG

Fragen aufwerfende Meldung, minderjähriger Patient, Autismusspektrumstörung

Bei einem Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 18 Jahren war ungefähr viereinhalb Jahre vor seinem Tod eine Autismusspektrumstörung (im Folgenden: ASS) mit Angst- und Stimmungsbeschwerden festgestellt worden. Schon als kleines Kind hatte er depressive Gefühle und den Wunsch, nicht mehr leben zu wollen. Seit ungefähr vier Jahren hatte er ständig Suizidgedanken. Zwei Jahre vor seinem Tod unternahm er einen ernsthaften Suizidversuch.

Der Jugendliche beschrieb sein Leben als »glücklos«. Er fühlte sich sehr einsam, war tief unglücklich und hatte an nichts Freude. Er fand bei Altersgenossen und in der Gesellschaft keinen Anschluss und fühlte sich unverstanden. Es war für ihn eine Tortur, mitansehen zu müssen, wie sich seine Altersgenossen weiterentwickelten, während er seine Fähigkeiten nicht einsetzen konnte und nicht weiterkam. Jeder einzelne Tag kostete ihn viel Kraft. Aufgrund seiner übermäßigen Reizempfindlichkeit und seiner Unfähigkeit, seine Gefühle zu regulieren, war er stark eingeschränkt. Er konnte das Haus kaum noch verlassen, weil er ohne den stabilisierenden Einfluss seiner Mutter schnell überreizt war und Wut- oder Panikanfälle bekam. Das Leben war für ihn ein ständiger Kampf ohne jegliche Perspektive. Die letzten Wochen vor seinem Tod verbrachte er ausschließlich im Bett.

Ungefähr ein Jahr vor seinem Tod hatte sich der Jugendliche beim Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE) angemeldet. Angesichts der dortigen langen Wartezeiten wandten er und seine Eltern sich an einen Kinder- und Jugendpsychiater, um diesem den Wunsch des Jungen nach Sterbehilfe vorzulegen. Der Arzt entschied sich, das Sterbehilfeersuchen des Jugendlichen zu prüfen; er sprach mit ihm erstmals fünf Monate vor dessen Tod, und bei diesem Gespräch bat der Junge ihn um die Durchführung der Sterbehilfe. In jedem Gespräch, das folgte, wiederholte er diese Bitte. Der Arzt zog einen unabhängigen Psychiater mit Spezialisierung auf Kinder- und Jugendpsychiatrie und einen unabhängigen SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinzu. Außerdem beriet er sich mit den Eltern des Jugendlichen, dessen (ehemaligen) Behandlern, mit anderen Kinder- und Jugendpsychiatern, mit Vertretern von Ärzteverbänden und Professoren mit spezifischer Fachkenntnis auf diesem Gebiet sowie mit multidisziplinären Sachverständigen. Mit drei Behandlern, zwei Sachverständigen sowie den Eltern und einem anderen Familienangehörigen besprach er die Frage, ob dem Sterbehilfeersuchen des Jugendlichen unter moralischen Gesichtspunkten entsprochen werden sollte. Er informierte sich darüber hinaus, indem er wissenschaftliche Quellen im Hinblick auf die Möglichkeit studierte, ob sich das Leiden des Jugendlichen infolge der Reifung des Gehirns mit der Zeit verringern könnte.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Trotz des jungen Alters des Patienten hatte der Arzt keinerlei Zweifel an dessen Willensfähigkeit in Bezug auf den Sterbehilfewunsch. Er war in der Lage, seine Situation zu überblicken, und ihm waren die Folgen bewusst, die die Sterbehilfe für ihn selbst und für seine Angehörigen haben würde. Er konnte sein Leiden und seine Erwägungen gut in Worte fassen; außerdem hatte er seinen Wunsch nach Sterbehilfe auch schriftlich erläutert. Sein Sterbehilfewunsch bestand schon seit langem und war konsistent. Zudem war der Arzt davon überzeugt, dass das Umfeld keinen Druck auf den Jugendlichen ausübte. Seine Angehörigen und die Behandler hatten vielmehr lange Zeit versucht, ihn auf andere Gedanken zu bringen, allerdings ohne Erfolg. Der Arzt war außerdem davon überzeugt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe keine direkte Folge der Autismusspektrumstörung des Jugendlichen war, sondern auf das jahrelange Leiden unter den Folgen dieser Störung zurückging. Der Arzt kam zu dem Schluss, dass der Jugendliche seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. In dieser Einschätzung wurde er von dem unabhängigen Psychiater, dem SCEN-Arzt und von den Personen bestätigt, mit denen er die Situation unter moralischen Gesichtspunkten besprochen hatte.

AUSSICHTSLOSER ZUSTAND UND KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Aus den Unterlagen ging hervor, dass der Jugendliche in den zurückliegenden zehn Jahren umfangreich behandelt und betreut worden war. Schon im Grundschulalter gab es Betreuungsmaßnahmen vonseiten der Schule, und zusätzlich hatte er eine Spieltherapie gemacht. Bei mehreren Psychologen und Psychiatern wurde er im Rahmen von Psychoedukation, kognitiver Verhaltenstherapie, Emotionsregulierungstherapie und systemischer Therapie behandelt. Drei Jahre vor seinem Tod begann er mit einer wöchentlichen individuellen Gesprächstherapie. Zusätzlich hatte er sich einer EMDR-Therapie unterzogen, um traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Der Jugendliche wurde auf Grund seiner Hochbegabung betreut, und es wurden gesundheitsfördernde Interventionen durchgeführt, darunter schulische Fördermaßnahmen, ein maßgeschneiderter Stundenplan und Tagesbetreuung. Außerdem erhielt er Medikamente, darunter Antidepressiva und ein atypisches Antipsychotikum. Obwohl er an allen Behandlungen mitgewirkt hatte, blieb der gewünschte Effekt aus, und sein Leiden wurde nicht gelindert.

Der behandelnde Psychiater des Jugendlichen hatte dessen Situation mehrfach im Rahmen der Intervision mit Kollegen besprochen und bei verschiedenen Institutionen nachgefragt, ob eine alternative oder eine intensivere Therapie in Frage käme. Weder inner- noch außerhalb der Region wurde eine passende Behandlung gefunden. Als letzte Möglichkeit schlug er ein intensives Regime – die Aufnahme oder Überweisung in eine Spezialeinrichtung für Autismus – vor.

Der Arzt war angesichts aller durchlaufenen Behandlungen davon überzeugt, dass es für den Jugendlichen keine Aussicht auf Besserung gab. Er erwartete nicht, dass die aktuellen oder eventuelle künftige Behandlungen die Lebensqualität verbessern würden. Der Sterbewunsch des Jugendlichen würde voraussichtlich bestehen bleiben, und die Wahrscheinlichkeit wäre groß, dass er einen neuerlichen Suizidversuch unternehmen würde, sollte seinem Sterbehilfeersuchen nicht nachgekommen werden.

Der hinzugezogene unabhängige Psychiater stellte fest, dass man zur Behandlung der Stimmungsbeschwerden des Jugendlichen einen bestimmten Typ trizyklischer Antidepressiva noch nicht ausprobiert hatte. Auch andere Behandlungen aus dem Behandlungsprotokoll bei Depressionen waren noch nicht versucht worden, darunter die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und Ketamin. Da diese Behandlungen keine oder kaum Auswirkungen auf die Autismusspektrumstörung hätten, die ja die Ursache der Beschwerden und die Grundlage für das Sterbehilfeersuchen war, ging der Arzt nicht davon aus, dass sie dem Jugendlichen helfen könnten. Sie wären auch nur im Rahmen einer stationären Aufnahme möglich gewesen, für die der Patient seine vertraute Umgebung hätte verlassen müssen, was ihn aus der Bahn geworfen hätte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass für den Jugendlichen keine Aussicht auf Besserung bestand und es für dessen Situation keine annehmbare andere Lösung gab. Sowohl die Behandler des Jugendlichen als auch der hinzugezogene Psychiater und der Konsiliararzt bestätigten diese Einschätzung.

Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgegangen ist und die weiter oben behandelten wie auch die übrigen Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-037 auf der Website veröffentlicht.

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Patienten können nur dann um Sterbehilfe bitten, wenn ihr Leiden eine medizinische Ursache hat. Es ist jedoch nicht so, dass unbedingt eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen muss. Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise 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 (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 25).

Keine Fragen aufwerfende Meldung, über hundert Jahre alt, Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Gelenkschmerzen

Eine über hundert Jahre alte Frau litt zunehmend unter ihrer Sehbehinderung, ihrer ausgeprägten Schwerhörigkeit und unter Schmerzen aufgrund von Gelenkverschleiß in Rücken, Händen, Knien und Schultern. Sie hatte schon häufiger mit dem Geriater in ihrem Pflegeheim über ihren Sterbehilfewunsch gesprochen.

Der Arzt hatte in den vergangenen Jahren auf ganz unterschiedliche Art versucht, das Leiden der Frau zu lindern. Sie wurde in einem Pflegeheim untergebracht, es wurden Vorrichtungen an Bett und Stuhl angebracht, und sie wurde mit Medikamenten und Physiotherapie behandelt. Letztlich war die Frau aber so müde und hatte so viele Schmerzen, dass sie fast den ganzen Tag im Bett verbrachte. Dadurch wurde ihr Wunsch nach Sterbehilfe aktuell.

Für den Arzt war das unerträgliche Leiden der Frau nachvollziehbar, und er sah keine Möglichkeiten mehr zur Linderung des Leidens. Er zog einen SCEN-Arzt hinzu, der mit dem Arzt einer Meinung war.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

DEMENZ

Bei Demenzpatienten muss der Arzt mit großer Behutsamkeit prüfen, ob die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten worden sind, insbesondere mit Blick auf die Willensfähigkeit und die Unerträglichkeit des Leidens. In der Anfangsphase der Demenz ist im Allgemeinen das Durchlaufen des regulären Konsultationsverfahrens (Hinzuziehung eines SCEN-Arztes) ausreichend. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit des Patienten gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich gezielt einen Facharzt um eine Stellungnahme bitten (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 52-53).

In fast allen Fällen mit Demenzpatienten, die den Kommissionen gemeldet werden, geht es um Patienten, die sich über ihre Situation noch hinreichend im Klaren und mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig sind. 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 auf die Würde und die Eigenständigkeit des Patienten (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 52).

Ist die Demenz so weit fortgeschritten, dass 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, ein schriftliches Sterbehilfeersuchen verfasst hat. Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann ein schriftliches Sterbehilfeersuchen ein mündliches ersetzen; die Sorgfaltskriterien gelten entsprechend (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 53).

Das schriftliche Sterbehilfeersuchen muss in jedem Fall zumindest das Ersuchen des Patienten um Sterbehilfe in der Situation beinhalten, in der er seinen Willen nicht mehr äußern kann. Bittet der Patient darum, dass seinem Ersuchen auch dann entsprochen wird, wenn kein unerträgliches Leiden infolge einer körperlichen Erkrankung vorliegt, muss aus der schriftlichen Patientenverfügung zusätzlich hervorgehen, dass der Patient auch in diesem Fall sein (zu erwartendes) Leiden für unerträglich hält und dass er dies seinem Ersuchen zugrunde legt (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 44).

Nachstehend wird zunächst ein Fall beschrieben, in dem ein Demenzpatient hinsichtlich seines Ersuchens willensfähig war. Daran schließt sich ein Fall an, in dem die Sterbehilfe auf der Grundlage eines schriftlich verfassten Sterbehilfeersuchens geleistet wurde.

WILLENSFÄHIGER DEMENZPATIENT

Keine Fragen aufwerfende Meldung, Demenz

Eine Frau im Alter zwischen sechzig und siebzig Jahren hatte ungefähr zwei Jahre vor ihrem Tod Schwierigkeiten, sich an Namen zu erinnern. Ein Jahr vor ihrem Tod wurde sie in einer Poliklinik ambulant untersucht. Dabei wurden milde kognitive Störungen festgestellt. Ein halbes Jahr vor ihrem Tod merkte sie selbst, dass sich ihr Zustand weiter verschlechterte. Bei einer Untersuchung wurde daraufhin Demenz bei ihr diagnostiziert. Die Krankheit schritt schnell voran.

Bereits zum Zeitpunkt der Überweisung in die Poliklinik hatte die Frau ihrer Hausärztin von ihren unangenehmen Erfahrungen mit Verwandten erzählt, die in der Vergangenheit an Demenz erkrankt waren. So wollte sie nicht werden; sie wollte Sterbehilfe in Anspruch nehmen, sollte sich herausstellen, dass auch sie an Demenz leidet. Dies wiederholte sie mehrfach. Nach Angaben der Hausärztin wirkte die Frau dabei sehr entschlossen. Sie wollte unter keinen Umständen in ein Pflegeheim.

Die Frau merkte, dass sich ihr Zustand rapide verschlechterte. Sie bekam Beruhigungsmittel gegen Angst- und Wutanfälle. Da sie den weiteren körperlichen Verfall verhindern wollte, bat sie ihre Hausärztin um Sterbehilfe. Die Ärztin zog auch einen unabhängigen Geriater hinzu, um die Willensfähigkeit der Frau beurteilen zu lassen. Dieser stufte die Frau in Bezug auf ihren Sterbehilfewunsch als willensfähig ein.

Die Ärztin war davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Als Konsiliararzt zog sie einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Die Frau erzählte dem Konsiliararzt, dass es sie sehr belaste, wenn andere sich mit ihr über Dinge unterhielten, an die sie sich nicht mehr erinnern konnte. Außerdem erzählte sie, dass ihr Kopf nicht mehr mit ihr mitkäme. Gegenüber dem Konsiliararzt äußerte die Frau mehrmals den Wunsch zu sterben. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Frau gut über ihre Krankheit und ihre Prognose informiert war. Seiner Auffassung nach war die Frau hinsichtlich ihres Ersuchens um Sterbehilfe vollständig willensfähig.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

NICHT MEHR WILLENSFÄHIGER DEMENZPATIENT

Fragen aufwerfende Meldung, Demenz-Mischform, schriftliche Patientenverfügung, gegenteilige Anzeichen

Bei einem Mann im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren wurde sieben Jahre vor seinem Tod die Diagnose Demenz gestellt, und zwar eine Mischform aus Alzheimer-Krankheit und vaskulärer Demenz. Sechseinhalb Jahre vor seinem Tod verfasste der Mann eine schriftliche Patientenverfügung, die unter anderem ein ausführlich erläutertes Ersuchen um Sterbehilfe enthielt. Der Mann hatte diese Verfügung mehrfach mit seinen Ärzten und seiner Familie besprochen. Bei diesen Gesprächen war der Mann hinsichtlich seines Ersuchens um Sterbehilfe willensfähig. In den darauffolgenden Jahren bekräftigte der Mann seine schriftliche Patientenverfügung mehrfach, letztmals gut anderthalb Jahre vor seinem Tod.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Als der Wunsch des Mannes nach Sterbehilfe aktuell wurde, wandte er sich an seinen Hausarzt. Der Hausarzt konnte das Ersuchen nachvollziehen und unterstütze den Mann dabei, war aber nicht bereit, selbst Sterbehilfe zu leisten. Deshalb meldete die Familie des Mannes ihn beim Kompetenzzentrum für Sterbehilfe an. Ein Arzt des Kompetenzzentrums übernahm den Fall des Patienten.

Er zog sich zurück, nachdem er festgestellt hatte, dass der Mann willensunfähig geworden war. Ein zweiter Arzt des Kompetenzzentrums besuchte den Mann ungefähr sieben Monate vor seinem Tod zum ersten Mal. Danach besuchte der Arzt den Mann weitere acht Mal. Bei all seinen Besuchen versuchte der Mann, ein Gespräch mit dem Mann zu führen, aber es gelang kein einziges Mal. Für den Arzt war klar, dass keine sinnvolle Kommunikation mehr möglich war und dass der Mann im Hinblick auf sein Sterbehilfeersuchen nicht mehr willensfähig war. Der Arzt sprach auch mehrfach mit dem behandelnden Geriater, den Pflegekräften und der Familie des Mannes. Er entschied sich, die Sterbehilfe auf der Grundlage der schriftlichen Patientenverfügung des Mannes durchzuführen.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Mann willensfähig war, als er seine schriftliche Sterbehilfeerklärung verfasste. Außerdem kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Mann zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung nicht mehr willensfähig war. Die Umstände, die der Mann in seiner schriftlichen Patientenverfügung geschildert hatte, waren eingetreten. Vor diesem Hintergrund schlussfolgerte die Kommission, dass die schriftliche Patientenverfügung des Mannes an die Stelle eines mündlich geäußerten Sterbehilfeersuchens treten konnte.

Die Kommission erwog, dass der Arzt mögliche gegenteilige Anzeichen im Hinblick auf die Durchführung der Sterbehilfe sorgfältig geprüft hatte. Als der Mann ungefähr einen Monat vor seinem Tod bei einem Besuch des Arztes gesagt hatte, dass er »keine Spritze wolle«, die zu seinem Tod führen würde, setzte der Arzt das Sterbehilfeverfahren vorübergehend aus, um zu prüfen, ob diese Äußerung als gegenteiliges Anzeichen verstanden werden musste. Der Arzt sprach in diesem Zusammenhang auch mit dem behandelnden Geriater, den Pflegekräften, dem unabhängigen Sachverständigen, dem Konsiliararzt und der Familie des Mannes. Außerdem wurde der Fall im Rahmen multidisziplinärer Beratungen im Kompetenzzentrum diskutiert. Nach ausführlichen Beratungen und Reflexionen kam der Arzt zu dem Schluss, dass es sich bei der Äußerung des Mannes um eine einmalige Aussage handelte und nicht um eine konsequente und klare Handlung bzw. Äußerung. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass somit kein gegenteiliges Anzeichen vonseiten des Mannes vorlag.

UNERTRÄGLICHES LEIDEN, AUSSICHTSLOSER ZUSTAND UND KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Ein Jahr vor dem Tod des Mannes wurde deutlich, dass er nicht länger zu Hause leben konnte. Abweichend von früheren Aussagen entschied er sich, in ein Wohnheim zu ziehen. Auf Pflege angewiesen zu sein, war eine schreckliche Erfahrung für ihn. Dies äußerte sich bei ihm in großer Unruhe und Frustration. Durch die Demenz war er darüber hinaus nicht mehr in der Lage, damit umzugehen. Er verhielt sich verbal und physisch aggressiv gegenüber Mitbewohnern und Pflegepersonal. Innerhalb des Wohnheims lief er teils ziellos umher. Er wurde harn- und stuhlinkontinent; häufig wollte er sich nicht die Windeln wechseln lassen, sodass er regelmäßig verschmutzt war. Das Essen wurde zum Problem, wodurch er abnahm und körperlich geschwächt war. Der Mann wurde immer pflegeabhängiger, wollte sich aber nicht immer helfen lassen. Immer häufiger zeigte er Anzeichen von Angst, Niedergeschlagenheit, Wut, Ratlosigkeit, Verzweiflung, Unverständnis, Scham und Frustration. Am Ende gab es kaum noch Momente, in denen er ruhig, zufrieden oder fröhlich war.

Der Arzt war zudem der Auffassung, dass es keine Möglichkeit gab, den Mann von seinem Leiden zu befreien. Zu dieser Auffassung war er aufgrund von vielen Gesprächen mit den Behandlern, den Pflegeteams und den Angehörigen des Mannes gelangt. Nach Angaben des Arztes waren die Möglichkeiten der palliativen Behandlung erschöpft, und zwar ohne Erfolg. So war ein Verhaltensexperte in der Hoffnung hinzugezogen worden, die Unruhe des Mannes so gut es geht zu verringern. Bei Aktivitäten wurde er von einer Person individuell betreut, und seine Mahlzeiten nahm er allein in seinem Zimmer zu sich. Über die Medikation ließ sich seine Unruhe nicht lindern, vielmehr hatten Nebenwirkungen zur Folge, dass der Mann nur noch apathisch in seinem Zimmer wartete, bis man ihn abholte.

Die Kommission stellte fest, dass auch der unabhängige Sachverständige und der Konsiliararzt zu dem Schluss gekommen waren, dass es für die Situation, in der der Mann sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

3 DER ARZT HAT DIE SORGFALTSKRITERIEN NICHT ERFÜLLT

2024 kamen die Kommissionen in sechs Fällen zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat. In zwei Fällen ging es um das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, in einem Fall um das Kriterium der großen Behutsamkeit, mit der vorgegangen werden muss, wenn das Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Erkrankung verursachtes Leiden zurückgeht, und in drei Fällen war die Sterbehilfe nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt worden. Diese Beurteilungen werden hier verkürzt wiedergegeben, in ausführlicher Form können sie auf der Website nachgelesen werden.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Nach dem Sterbehilfegesetz muss der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate ziehen, der den Patienten sieht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung nimmt. Laut SterbehilfeKodex 2022 muss es sich beim Konsiliararzt nach dem Gesetz um einen »unabhängigen Arzt« handeln. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein. Unabhängig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Konsiliararzt in der Lage sein muss, ein eigenständiges Urteil abzugeben. Die erforderliche Unabhängigkeit dem Arzt gegenüber bedeutet, dass keine persönliche, organisatorische, hierarchische oder finanzielle Beziehung zwischen dem Konsiliararzt und dem Arzt bestehen darf.

Leistet ein Konsiliararzt Unterstützung, die über allgemeine Informationserteilung und Beratung hinausgeht, kann seine Unabhängigkeit in Frage gestellt werden. Im nachstehenden Fall war die Unabhängigkeit nicht gegeben, weil der Arzt und der Konsiliararzt gemeinsam mit dem Patienten gesprochen hatten.

Vereinzelt kommt es vor, dass zwei Partner gleichzeitig um Sterbehilfe bitten; in einem solchen Fall spricht man von Duo-Sterbehilfe und der Arzt muss dann für jeden der beiden Patienten einen eigenen (SCEN-)Konsiliararzt hinzuziehen. So wird sichergestellt, dass beide Ersuchen um Sterbehilfe gesondert beurteilt werden. Auf diese Weise ist eine unabhängige Beurteilung gewährleistet. Sollte ein SCEN-Arzt nach der Hinzuziehung für den einen Partner auch den anderen Partner zwecks Konsultation aufsuchen, könnte der SCEN-Arzt bei dieser zweiten Konsultation nicht mehr als unabhängig angesehen werden. Er könnte dann nämlich unter Druck stehen, um auch mit Blick auf den anderen Partner zu bescheinigen, dass der Arzt bei der Durchführung der Sterbehilfe die Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Außerdem müssen sich beide Konsiliarärzte vergewissern, dass von dem einen Partner kein Druck auf den anderen Partner hinsichtlich dessen Sterbewunsches ausgeübt wird (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 33-34).

FEHLENDE UNABHÄNGIGKEIT DES KONSILIARARZTES

Morbus Parkinson, SCEN-Arzt war bereits als Berater aufgetreten

Eine Frau im Alter zwischen siebzig und achtzig Jahren litt an der Parkinson-Krankheit. Sie hatte mehrfach mit dem Arzt, einem Geriater, über das Thema Sterbehilfe gesprochen. Ungefähr zwei Wochen vor ihrem Tod bat sie den Arzt, die Sterbehilfe durchzuführen. Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Frau zusammen mit dem Arzt. Eine Woche vor dem Tod der Frau besuchte der Konsiliararzt die Frau ein zweites Mal, diesmal ohne den Arzt.

Der Arzt hatte den Konsiliararzt angerufen und ihm mitgeteilt, die Frau schwanke zwischen Sterbehilfe und der Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Der Arzt meinte, es könnte für die Frau angenehmer sein, wenn er und der Konsiliararzt gemeinsam mit ihr sprächen. Es fiel der Frau schwerer, mit einem Fremden über ihren Sterbewunsch zu sprechen. In der Erinnerung des Arztes ging die Initiative dafür, bei dem Gespräch des Arztes mit der Frau anwesend zu sein, vom Konsiliararzt aus. Der Arzt vermutete, der Konsiliararzt habe der Frau damit ermöglichen wollen, dass eine vertraute Person dem Gespräch beiwohne und sie auf diese Art und Weise schon einen Teil der Konsultation hinter sich hätte. Der Arzt war davon ausgegangen, dass der Konsiliararzt ihn darauf hingewiesen hätte, wenn dies nicht zulässig gewesen wäre.

Der Konsiliararzt ist in dem Gespräch mit dem Arzt und der Frau nicht wirklich als Berater in Erscheinung getreten. Er hat gefragt, was das Verfahren beinhalte und warum die Frau es nicht wolle.

Die Kommission hat erwogen, dass sich der Arzt darüber im Klaren hätte sein müssen, dass das gesetzliche Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Arztes immer zur Folge hat, dass ein Patient mit einem ihm nicht vertrauten Außenstehenden zu tun bekommt.

Der Konsiliararzt sieht einen Patienten und spricht mit diesem Patienten, den er zuvor noch nicht gesehen oder gesprochen hat, und gibt eine unparteiische und unabhängige Beurteilung ab.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt und der Konsiliararzt faktisch gemeinsam gehandelt haben. Für die Frau waren sie gemeinsam der Gesprächspartner. Nach dem ersten Gespräch war der Konsiliararzt möglicherweise in seiner Beurteilung beeinflusst, weshalb er beim zweiten Gespräch, das er dann allein mit der Frau führte, nicht mehr frei und unparteiisch urteilen konnte. Die Frau wiederum hat sich möglicherweise nicht mehr frei gefühlt, ihre Entscheidung für die Sterbehilfe doch noch zu revidieren, weil der Konsiliararzt auch schon beim ersten Gespräch zugegen gewesen war.

Aus Sicht der Kommission hat der Arzt damit das Kriterium nicht erfüllt, mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, der den Patienten sieht und schriftlich zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien Stellung nimmt.

Die Kommission kam außerdem zu dem Schluss, dass der Arzt die sonstigen Sorgfaltskriterien erfüllt hat.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-001 auf der Website veröffentlicht.

LEDIGLICH EIN KONSILIARARZT BEI DUO-STERBEHILFE

Duo-Sterbehilfe, Kumulation von Altersbeschwerden, nicht zwei verschiedene SCEN-Ärzte hinzugezogen

Eine Frau im Alter zwischen neunzig und hundert Jahren litt an Osteoporose, Polyarthrose (Arthrose in mehreren Gelenken), Sinterungsfrakturen, Nierenversagen und sich verschlimmernder Allodynie (starkes Schmerzempfinden bei leichten Berührungen).

Aufgrund ihrer Erkrankungen litt die Frau unter starken Schmerzen. So verursachte die Osteoporose unter anderem Schmerzen in den Rippen und im unteren Rückenbereich, die bis in die Beine ausstrahlten. Behandlungen zur Schmerzbekämpfung schlugen nicht an oder waren wegen der eingeschränkten Nierenfunktion nicht möglich. Sie konnte die Schmerzen nicht mehr ertragen und befürchtete eine weitere Verschlimmerung. Darüber hinaus litt sie unter dem Verlust ihrer Autonomie und der fehlenden Aussicht auf Besserung ihrer Situation. Sie wollte keinen weiteren körperlichen Verfall hinnehmen und auf keinen Fall pflegebedürftig werden. Die Frau bat ihren Hausarzt um Sterbehilfe.

Sie wollte am liebsten gemeinsam mit ihrem Mann sterben, der ebenfalls schwer krank war und bei demselben Arzt um Sterbehilfe gebeten hatte. Das Ehepaar hatte mehr als siebzig Jahre gemeinsam verbracht. Trotz ihrer Schmerzen hatte sich die Frau in den vergangen Jahren um ihren Mann gekümmert, der immer pflegebedürftiger wurde. Sie hielt durch, weil sie ihren Mann nicht allein zurücklassen wollte. Angesichts der schnellen Verschlechterung des Gesundheitszustands und des aktuellen Sterbehilfewunsches ihres Mannes gab es für sie nun keinen Grund mehr, noch länger gegen die Schmerzen anzukämpfen.

Sie hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Elf Jahre vor ihrem Tod hatte sie schriftlich eine Sterbehilfeerklärung verfasst. Sechs Monate vor ihrem Tod sprach sie mit einem Kollegen des Arztes über ihren konkreten Sterbehilfewunsch. Daraufhin hat der Arzt sie besucht und mit ihr über ihren Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen. In den darauffolgenden Monaten wiederholte die Frau ihren Wunsch mehrfach. Die Schmerzen wurden immer schlimmer, bis sie für sie schließlich unerträglich waren. Anderthalb Monate vor ihrem Tod bat die Frau den Arzt konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung.

Der Arzt zog einen unabhängigen SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinzu, der die Frau zwei Mal besuchte. Beim ersten Besuch, drei Wochen vor dem Tod, sprach der Konsiliararzt mit dem Ehemann, während die Frau im Hintergrund anwesend war. Der Konsiliararzt konnte das Sterbehilfeersuchen der Frau zu diesem Zeitpunkt nicht beurteilen, weil er noch nicht über ihre Krankenakte verfügte. Nachdem er sie erhalten hatte, besuchte er die Frau zwei Wochen vor ihrem Tod noch einmal; bei dieser Gelegenheit besprach er (in Anwesenheit des Ehemannes) ihre Situation und ihren Sterbehilfewunsch mit ihr.

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt bei dieser Duo-Sterbehilfe für die Frau und für ihren Ehemann denselben Konsiliararzt hinzugezogen hat. Vor diesem Hintergrund bat die Kommission den Arzt und den Konsiliararzt um eine mündliche Erläuterung.

Im Rahmen dieser Erläuterung stellte sich heraus, dass weder der Arzt noch der Konsiliararzt wusste, dass bei einer Duo-Sterbehilfe zwei verschiedene Konsiliarärzte hinzuzuziehen sind. Der Konsiliararzt gestand ein, dass er bei der Beurteilung des

Sterbehilfeersuchens der Frau nicht mehr als unabhängig gelten konnte. Schließlich war er zu dem Schluss gekommen, dass das Sterbehilfeersuchen des Ehemannes, das mit dem Sterbehilfeersuchen der Frau zusammenhing, die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien erfüllte. Hierdurch war keine eigenständige Beurteilung mehr möglich, und er konnte nicht mehr unparteiisch beurteilen, ob ihr Sterbehilfewunsch ebenfalls die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien erfüllte.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt das Kriterium, pro Patient mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, nicht erfüllt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-006 auf der Website veröffentlicht.

GROSSE BEHUTSAMKEIT BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Erkrankung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. Diese Behutsamkeit ist vor allem im Hinblick auf die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Ersuchens, das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand sowie das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung geboten. Für die Kontrollkommissionen gilt der Grundsatz, dass der Arzt bei diesen Patienten immer einen Kollegen mit psychiatrischer Fachkenntnis einschalten muss. So soll sichergestellt werden, dass der Arzt sich gut informieren lässt und seine Überzeugung kritisch reflektiert (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 49-50).

Im nachstehenden Fall wurde das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters nicht erfüllt. Somit hat der Arzt die Vorgabe, mit großer Behutsamkeit vorzugehen, nicht eingehalten.

KEINEN UNABHÄNGIGEN PSYCHIATER HINZUGEZOGEN

Zwangsstörung und Wirbelfraktur, es wurde kein Arzt mit psychiatrischer Fachkenntnis eingeschaltet

Eine Frau im Alter zwischen siebzig und achtzig Jahren litt seit über fünfzig Jahren an einer Zwangsneurose. Sie wurde mehrfach sowohl stationär als auch ambulant behandelt. Die Behandlung der Neurose war jedoch ohne Erfolg geblieben, im Gegenteil, die Zwangsstörung hatte sich sogar verschlimmert. Die Frau litt unter Mysophobie und Putzzwang. Sie hatte sich verschiedenen Behandlungen unterzogen. Gut ein Jahr vor ihrem Tod erlitt sie eine Wirbelfraktur, die starke Rückenschmerzen verursachte, weshalb die Patientin ihrem Putzzwang nicht mehr nachkommen konnte. Dieser Umstand verursachte ihr unerträglichen Stress.

Die Frau hatte ungefähr acht Jahre zuvor bei ihrem Hausarzt ihren Wunsch nach Sterbehilfewunsch geäußert. Diesen Wunsch hatte sie danach mehrfach wiederholt. Ungefähr einen Monat vor ihrem Tod bat die Frau den Arzt, die Lebensbeendigung tatsächlich durchzuführen.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der kein Psychiater war. Der Arzt hat somit keinen unabhängigen Psychiater hinzugezogen, um zu beurteilen, ob die Frau willensfähig und ihr Zustand aussichtslos war und ob es annehmbare Behandlungsmöglichkeiten gab.

Die Kommission hat festgestellt, dass das Sterbehilfeersuchen der Frau überwiegend auf das Leiden infolge einer psychischen Erkrankung – einer Zwangsneurose – zurückging. Hinzu kam das körperliche Leiden aufgrund einer Wirbelfraktur.

Der Arzt hat dargelegt, dass die Frau schon seit Jahrzehnten an der Zwangsneurose litt. Die durch die Wirbelfraktur bedingten Beschwerden machten es ihr unmöglich, mit ihrer Zwangsneurose umzugehen. Der Arzt war davon überzeugt, dass die Frau ihr Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Er kannte die Frau bereits dreißig Jahre. Seiner Einschätzung nach war die Frau auch in der Lage, die Konsequenzen ihres Ersuchens zu überblicken, weshalb er nicht erwogen hat, einen Psychiater hinzuzuziehen. Gleichwohl hat er den Konsiliararzt gefragt, ob seiner Meinung nach eine zusätzliche Diagnostik erforderlich sei. Der Konsiliararzt fand dies nicht nötig und kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat sich vollständig auf die Schlussfolgerung des Konsiliararztes verlassen.

Die Kommission hat in ihrer Beurteilung dargelegt, dass von einem Arzt große Behutsamkeit erwartet wird, wenn dem Sterbehilfeersuchen eine psychische Erkrankung zugrunde liegt. Da dies bei der Frau der Fall war, hätte der Arzt einen Psychiater

hinzuziehen müssen. Weder der Arzt noch der Konsiliararzt verfügte über Fachwissen in Bezug auf psychische Erkrankungen. Da kein unabhängiger Psychiater hinzugezogen wurde, wurde nicht mit großer Behutsamkeit vorgegangen.

Die Kommission hat außerdem angemerkt, dass der Konsiliararzt den Arzt darauf hätte hinweisen müssen, dass es nicht rechtens war, dass noch kein unabhängiger Psychiater hinzugezogen worden war. Allerdings liegt es letztlich in der Verantwortung des Arztes, der für das Sterbehilfeverfahren verantwortlich ist, sich über die relevanten Rechtsvorschriften und Richtlinien auf dem Laufenden zu halten.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt das Sorgfaltskriterium, dass er bei verständiger Würdigung der Sachlage zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass es keine annehmbare andere Lösung für die Situation der Patientin gab, nicht erfüllt hatte.

Die übrigen Sorgfaltskriterien hat der Arzt eingehalten.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-015 auf der Website veröffentlicht.

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Bei der Beurteilung der Einhaltung des Sorgfaltskriteriums der medizinisch fachgerechten Durchführung legen die Kontrollkommissionen die von der Apothekerkammer KNMP und der Ärztekammer KNMG gemeinsam veröffentlichte *Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe* aus dem Jahr 2021 (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 (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 38).

In der Richtlinie heißt es auf Seite 17: »Reagiert ein Patient nicht oder nicht hinreichend auf die verabreichte Dosis Thiopental bzw. Propofol, muss davon ausgegangen werden, dass das Mittel neben das Blutgefäß injiziert worden ist. Dies muss nicht in jedem Fall in Form einer Schwellung sichtbar sein. Dann muss erneut ein Zugang gelegt und das Verfahren erneut durchlaufen werden. Zur Kontrolle gilt: wurde der Zugang gut gelegt, kommt beim Aufziehen Blut aus der Kanüle.«

Auf Seite 20 der Richtlinie steht: »Das Muskelrelaxans darf nur einem Patienten verabreicht werden, dessen Bewusstsein adäquat gemindert wurde. Beim geringsten Zweifel hieran muss zunächst durch intravenöse Verabreichung einer (zusätzlichen) Dosis des komaauslösenden Mittels nachträglich eine adäquate Bewusstseinsminderung herbeigeführt werden. Das Muskelrelaxans wird unmittelbar nach Feststellung einer adäquaten Bewusstseinsminderung verabreicht. Langes Warten birgt das Risiko, dass sich die Bewusstseinsminderung zum Zeitpunkt der Verabreichung des Muskelrelaxans abschwächt und der Patient doch noch die Wirkung des Muskelrelaxans spürt. Die in dieser Richtlinie genannte Dosierung für das Muskelrelaxans bewirkt nach intravenöser Verabreichung innerhalb weniger Minuten eine vollständige Paralyse aller quergestreiften Muskeln mit Ausnahme der Herzmuskeln. Hierdurch kommt es zum Atemstillstand und zum Tod durch Anoxämie.«

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 Schmerzreiz (starker Druck auf das Nagelbett oder Kneifen des Trapezmuskels) ausbleibt (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 39).

DURCHFÜHRUNG NICHT IM EINKLANG MIT DER RICHTLINIE

Krebs, keine angemessene Überprüfung der Komatiefe bei Komplikationen in der Durchführung

Bei einem Mann im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren wurden ungefähr zwei Monate vor seinem Tod umfangreiche Lebermetastasen ohne bekannten Primärtumor festgestellt. Bei der Durchführung der Sterbehilfe kam es zu Komplikationen.

Der Arzt hatte im Musterbericht, in einer schriftlichen und in einer mündlichen Erläuterung dargelegt, dass die Durchführung der Sterbehilfe nicht ohne Probleme verlaufen war. Der Arzt hatte zunächst die übliche Dosierung des komaauslösenden Mittels verabreicht. Als der Mann daraufhin nicht ins Koma fiel, verabreichte der Arzt über denselben Zugang nochmals eine Dosis des komaauslösenden Mittels und anschließend eine Dosis des Muskelrelaxans.

Obwohl der Arzt bei dem Mann nach der Verabreichung der zweiten Dosis des komaauslösenden Mittels ein hinreichend tiefes Koma festgestellt hatte, verstarb der Mann nicht nach Verabreichung der ersten Dosis des Muskelrelaxans.

Daraufhin rief der Arzt einen Rettungswagen herbei und ließ einen neuen Zugang legen. Der Arzt verabreichte daraufhin eine zweite Dosis des Muskelrelaxans, ohne auf die im SterbehilfeKodex dargelegte Art und Weise erneut zu überprüfen, ob das Koma nach wie vor hinreichend tief war. Unmittelbar danach verstarb der Patient. Die Durchführung der Sterbehilfe hat insgesamt ungefähr sechzig Minuten gedauert.

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt bei der Durchführung der Sterbehilfe nicht im Einklang mit der Richtlinie gehandelt hat. Er hatte nämlich, nachdem er festgestellt hatte, dass der Mann nicht hinreichend auf die erste Dosis des komaauslösenden Mittels ansprach, nicht unmittelbar danach einen neuen Zugang gelegt bzw. legen lassen, bevor er das komaauslösende Mittel zum zweiten Mal injizierte. Der Arzt erklärte, er habe so gehandelt, weil er zu dem Zeitpunkt keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des Zugangs hatte.

Nach der Verabreichung der zweiten Dosis des komaauslösenden Mittels und vor der ersten Dosis des Muskelrelaxans stellte der Arzt auf adäquate Weise fest, dass das Bewusstsein des Patienten hinreichend gemindert war. Die Kommission vertritt den Standpunkt, dass keine reale Gefahr bestand, dass der Patient die negativen Folgen der ersten Dosis des Muskelrelaxans spüren konnte. Es entspricht nicht den Vorgaben der Richtlinie, wenn vor Verabreichung einer zweiten Dosis des komaauslösenden Mittels kein neuer Zugang gelegt wird, und die Kommission unterstreicht die Bedeutung des Vorgehens im Einklang mit der Richtlinie. Dennoch kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt in diesem Punkt nicht medizinisch unsorgfältig gehandelt hat.

Dies gilt jedoch nicht für die Phase nach dem Legen des neuen Zugangs. Als der Patient nach der Verabreichung der ersten Dosis des Muskelrelaxans nicht verstarb und der Arzt an der Zuverlässigkeit des Zugangs zu zweifeln begann, hätte der Arzt gemäß der Richtlinie das gesamte Verfahren erneut durchlaufen müssen. Der Arzt ließ einen neuen Zugang legen, danach hat er aber vor der Verabreichung der zweiten Dosis des Muskelrelaxans nicht, wie im SterbehilfeKodex 2022 beschrieben, erneut ein komaauslösendes Mittel verabreicht und auch keine angemessene Überprüfung der Komatiefe vorgenommen. Durch die lange Zeitspanne (circa 30 Minuten) zwischen der letzten Überprüfung der Komatiefe und der Verabreichung der zweiten Dosis des Muskelrelaxans lässt sich nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen, ob sich der Patient noch in einem hinreichend tiefen Koma befand.

Der Arzt erklärte, dass er den Mann permanent überwacht und beurteilt hat. Er war davon überzeugt, dass der Patient von dem gesamten Verlauf nichts mitbekommen hat, mit Ausnahme der Phase zwischen der Verabreichung der beiden Dosen des komaauslösenden Mittels. Aus Sicht der Kommission wurde damit allerdings nicht das Risiko hinreichend minimiert, dass der Patient die negativen Folgen der zweiten Dosis des Muskelrelaxans spürt. Der Arzt muss zu jedem Zeitpunkt das Risiko ausschließen, dass der Patient die Verabreichung des Muskelrelaxans bewusst erlebt.

Da nicht mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, dass der Patient die negativen Folgen der zweiten Dosis des Muskelrelaxans hat spüren können, konnte die Kommission nur zu dem Schluss kommen, dass die Lebensbeendigung auf Verlangen nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-005 auf der Website veröffentlicht.

MEDIZINISCH NICHT FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Krebs, unvollständiges Reserveset, Patientin allein gelassen

Eine Frau im Alter zwischen sechzig und siebzig Jahren litt an metastasierendem Krebs. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Ihr Leiden bestand aus Übelkeit, Schmerzen, zunehmender Abhängigkeit von anderen und dem Bewusstsein, dass sich ihr Zustand immer weiter verschlechtern würde. Die Frau bat ihre Hausärztin um Sterbehilfe. Bei der Durchführung der Sterbehilfe kam es zu Komplikationen.

Die Ärztin hatte am Tag der Sterbehilfe bei der Frau selbst eine Flügelkanüle gelegt und überprüft, ob die Kanüle gut durchlässig war. Im Zuge der Durchführung der Sterbehilfe kontrollierte die Ärztin erneut, ob sich die Flüssigkeit leicht durch die Kanüle spritzen ließ. Ihr fiel auf, dass die Frau nach der Verabreichung des komaauslösenden Mittels eher langsam einschlief. Die Ärztin überprüfte die

Komatiefe und verabreichte anschließend problemlos das Muskelrelaxans. Die Frau befand sich in einem tiefen Koma, verstarb jedoch nicht.

Im Medikamenten-Reserveset befand sich zwar noch ein komaauslösendes Mittel, aber kein Muskelrelaxans mehr – dieses lag in der Praxis im Kühlschrank. Die Ärztin holte das Medikament persönlich, weil die Praxis an diesem Tag geschlossen und deshalb niemand anwesend war, der das Muskelrelaxans hätte bringen können. Sie hat die Frau und deren Angehörigen ungefähr fünf Minuten allein gelassen. Sie hatte allerdings ihre Telefonnummer hinterlassen, so dass die Familie direkt Kontakt mit ihr aufnehmen konnte. Nach ihrer Rückkehr legte die Ärztin einen neuen Zugang und verabreichte unmittelbar im Anschluss daran das Muskelrelaxans, ohne zuvor erneut ein komaauslösendes Mittel zu spritzen. Daraufhin verstarb die Frau innerhalb von drei Minuten. Die Ärztin betrachtete das Legen des Zugangs als Schmerzreiz. Zwischen der Verabreichung des ersten Sterbemittel-Sets und der zweiten Dosis des Muskelrelaxans war mehr als eine Stunde vergangen.

Nach der Feststellung, dass der Tod nicht eingetreten war, hat die Ärztin zwar erneut einen Zugang gelegt, aber vor Verabreichung des Muskelrelaxans nicht erneut das komaauslösende Mittel injiziert. Angesichts der dazwischenliegenden Zeitspanne bestand die Möglichkeit, dass die Frau die negativen Folgen des Muskelrelaxans gespürt hat. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, die Tiefe des Komas zu überprüfen. Darüber hinaus hat die Ärztin die Frau und die Familie allein gelassen, weshalb die Ärztin nicht auf unvorhergesehene Situationen hätte reagieren können.

Die Kommission kam deshalb zu dem Schluss, dass die Ärztin die Lebensbeendigung nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-004 auf der Website veröffentlicht.

DURCHFÜHRUNG NICHT IM EINKLANG MIT DER RICHTLINIE, ÜBERPRÜFUNG DER KOMATIEFE

Eine Frau im Alter zwischen achtzig und neunzig Jahren litt an metastasierendem Krebs. Ihr Zustand verschlechterte sich rapide, und ihr unerträgliches Leiden bestand aus Schmerzen, Atemnot und dem Verlust der Selbständigkeit. Die Frau bat ihre Hausärztin um Sterbehilfe. Bei der Durchführung der Sterbehilfe kam es zu Komplikationen.

Nachdem die Ärztin den Zugang mittels Rücklaufprobe kontrolliert hatte, konnte sie das komaauslösende Mittel problemlos injizieren. Die Frau schlief ein, reagierte aber auf den Lidschlussreflex und den Schmerzreiz. Beim Zugang war keine Schwellung sichtbar. Nach einiger Zeit verabreichte die Ärztin Dormicum zur Beruhigung, um den Komaeintritt zu erleichtern. Dazu kam es jedoch nicht. Die Ärztin setzte wiederholt den Schmerzreiz, und die Frau reagierte immer wieder darauf.

Nach vierzig Minuten entschloss sich die Ärztin, den Arzt (in der Ausbildung zum Facharzt), der sie begleitete, das Reserveset aus dem Kühlschrank in der Praxis holen zu lassen. Gemeinsam bereiteten sie daraufhin die Injektionen für den Einsatz vor. Anschließend befand sich die Frau in einem tiefen Koma; sie zeigte keinen Lidschlussreflex mehr und reagierte auch nicht mehr auf den Schmerzreiz. Mittlerweile waren ungefähr achtzig Minuten seit Verabreichung des komaauslösenden Mittels vergangen. Als die Ärztin nun den Zugang kontrollierte, stellte sie fest, dass er nicht mehr durchlässig war. Daraufhin forderte sie einen Rettungswagen an, dessen Mitarbeiter dann zwanzig Minuten später einen neuen Zugang legte. Die Frau reagierte nicht darauf.

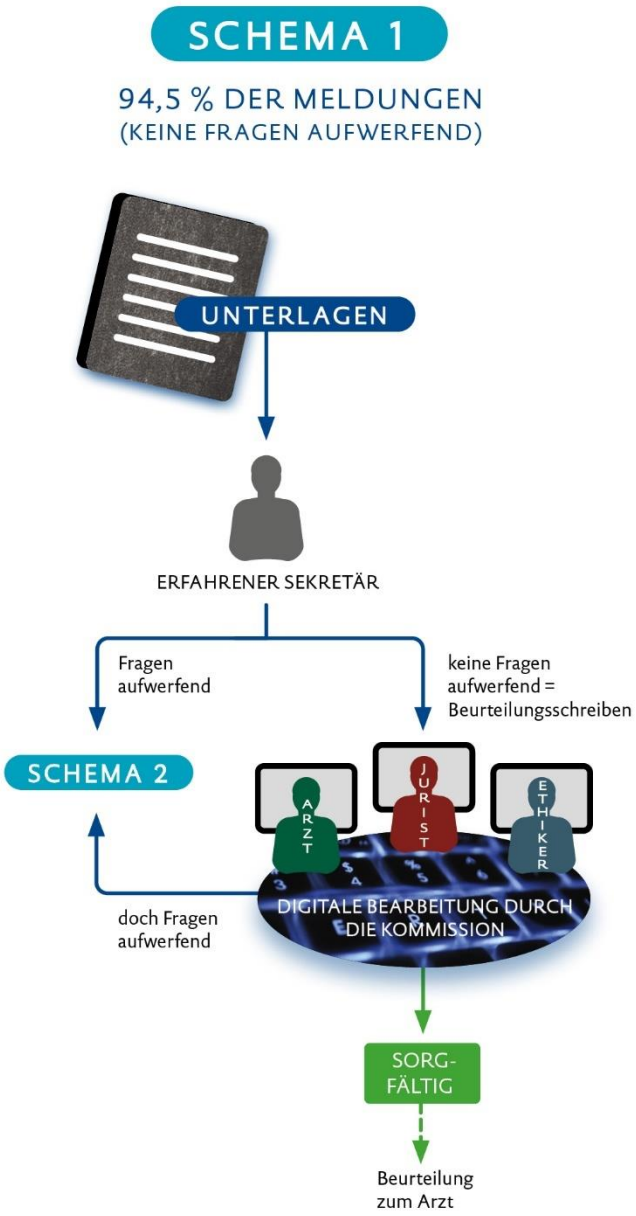
Direkt im Anschluss daran injizierte die Ärztin das Muskelrelaxans. Sie verabreichte keine weitere Dosis des komaauslösenden Mittels, weil sie davon überzeugt war, dass sich die Frau in einem tiefen Koma befand. Aufgrund der Hektik des Verfahrens und ihrer ständigen Überprüfung der Komatiefe kann die Ärztin nicht mit Sicherheit sagen, dass sie dies auch unmittelbar vor Verabreichung des Muskelrelaxans getan hat. Außerdem hatte sie das Legen des Zugangs als Schmerzreiz interpretiert. Vier Minuten nach Verabreichung des Muskelrelaxans verstarb die Frau.

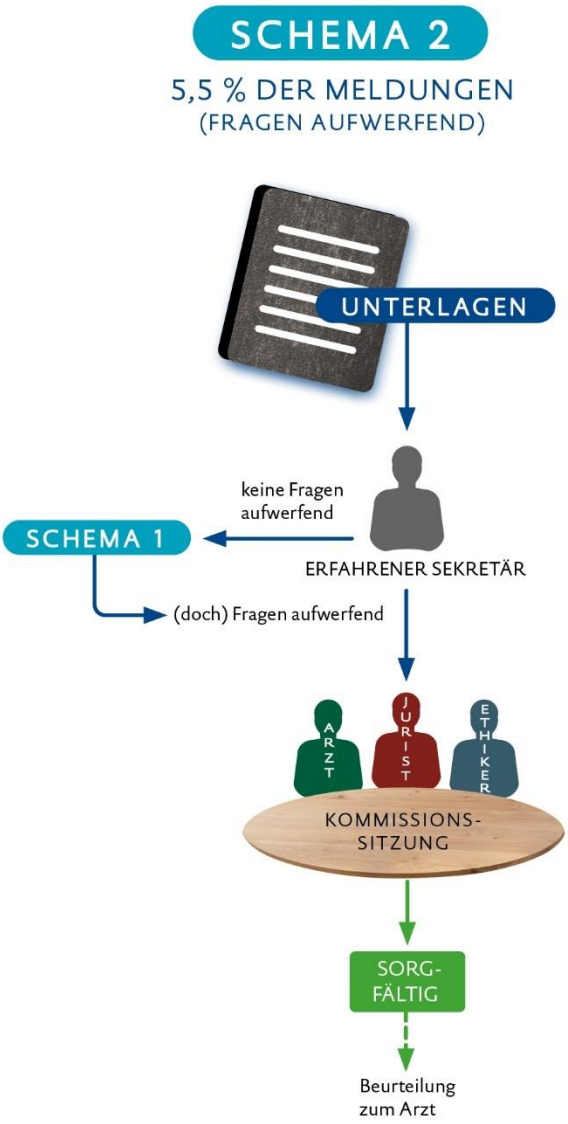
Es ist nicht hinreichend sicher, dass die Frau die Wirkung des Muskelrelaxans nicht hat spüren können, da zwischen der Verabreichung des komaauslösenden Mittels und des Muskelrelaxans viel Zeit vergangen ist, und weil nicht feststeht, dass die Komatiefe kurz vor Verabreichung des Muskelrelaxans überprüft worden ist.

Die Kommission kam deshalb zu dem Schluss, dass die Ärztin die Lebensbeendigung nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt hat. Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Dieser Fall wurde unter der Nummer 2024-049 auf der Website veröffentlicht.

SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER VERFAHREN »(KEINE) FRAGEN AUFWERFEND« SCHEMA 1, 2 UND 3

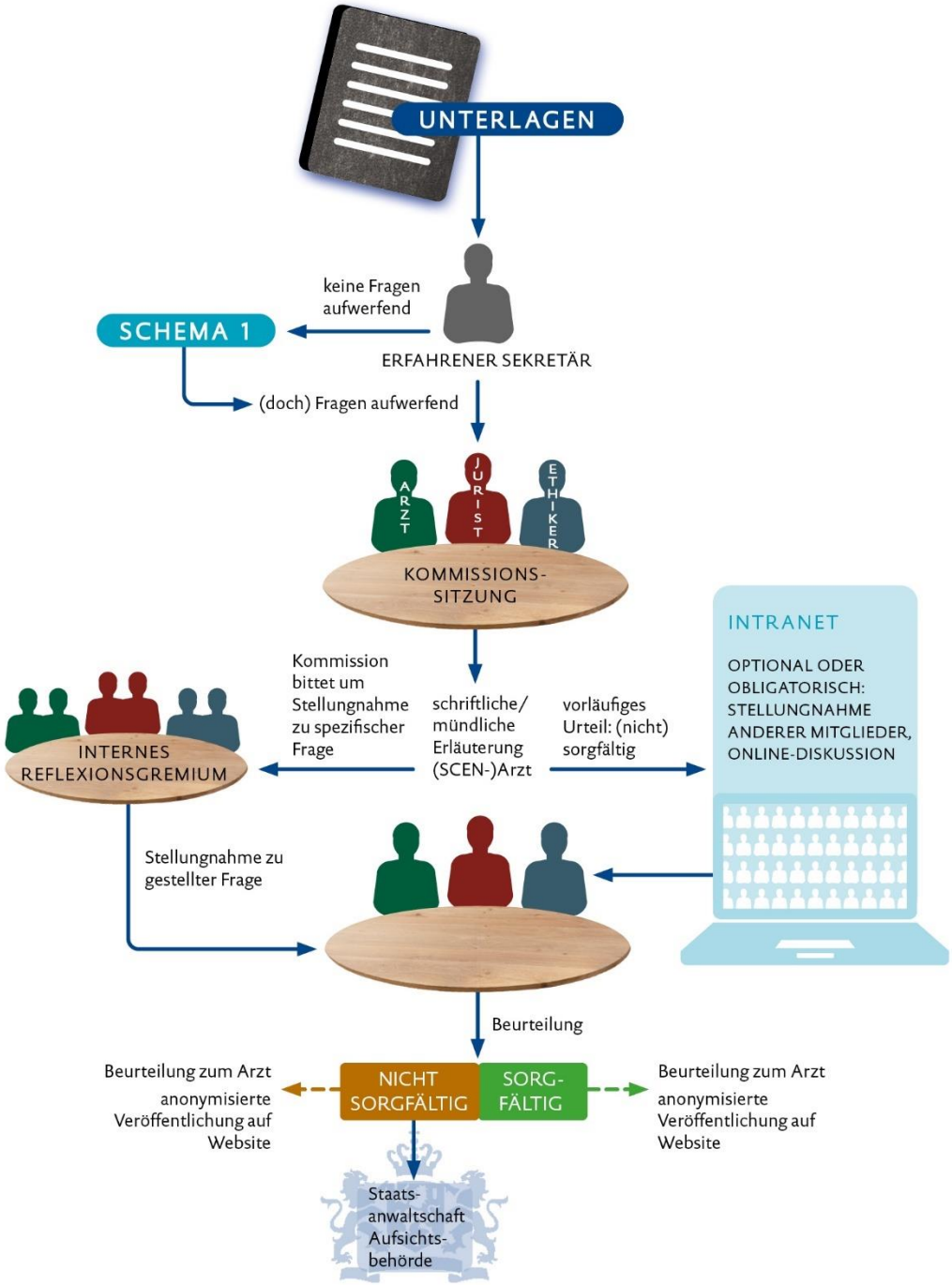



SCHEMA 2
5,5 % DER MELDUNGEN
(FRAGEN AUFWERFEND)
UNTERLAGEN
keine Fragen aufwerfend
SCHEMA 1
ERFAHRENER SEKRETÄR
(doch) Fragen aufwerfend
ARZT
JURIST
ETHIKER
KOMMISSIONS-SITZUNG
SORG-FÄLTIG
Beurteilung zum Arzt

SCHEMA 3

< 1% DER MELDUNGEN

(VERLAUF VON »KEINE FRAGEN AUFWERFEND« ZU »(DOCH) FRAGEN AUFWERFEND«)



IMPRESSUM

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

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

Übersetzung:
Sprachendienst des Ministeriums für auswärtige Angelegenheiten

März 2025

Die niederländischsprachige Fassung dieses Jahresberichts ist maßgeblich.