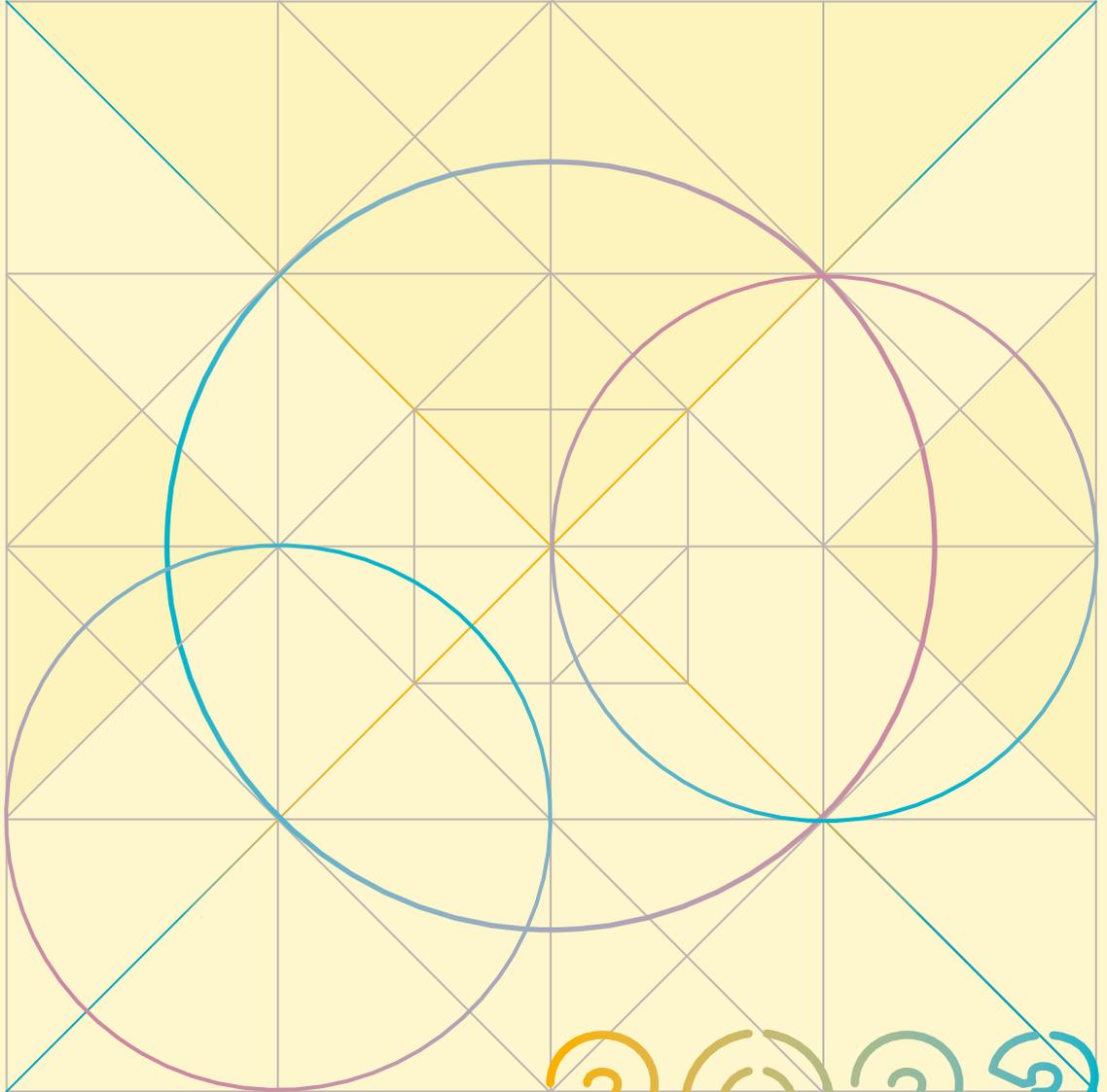


REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE



JAHRESBERICHT 2023

INHALT

VORWORT	4
---------	---

EINFÜHRUNG	6
------------	---

KAPITEL 1 NEUERUNGEN IN DER ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN

1 Beurteilungsschreiben bei Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit einer psychischen Störung	7
2 Keine standardmäßige mündliche Erläuterung mehr nach Sterbehilfe auf der Grundlage eines schriftlichen Ersuchens	10
3 Besonderes Verfahren medizinisch fachgerechte Durchführung	11

KAPITEL 2 ZAHLEN FÜR 2023

Zahl der Meldungen	13
Verhältnis Männer/Frauen	13
Verhältnis Lebensbeendigung auf Verlangen/Hilfe bei der Selbsttötung	13
Krankheitsarten	14
Häufig vorkommende körperliche Erkrankungen	14
Demenz	14
Psychische Störungen	16
Kumulation von Altersbeschwerden	16
Sonstige Erkrankungen	18
Alter	18
Ort der Lebensbeendigung	19
Durchführende Ärzte	19
Meldungen des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe	21
Organ- und Gewebespenden nach Sterbehilfe	21
Duo-Sterbehilfe	21
Nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien behandelt	23
Auswahl der eingegangenen Meldungen	23
Verschiedene Arten ausformulierter Beurteilungen	24
Schriftliche und mündliche Fragen der Kommissionen	24
Bearbeitungszeiten	25
Meldungen im »Diskussionsraum« der Kommissionen	25
Reflexionsgremium	26

KAPITEL 3 FALLBESCHREIBUNGEN

1	Einleitung	27
2	Der Arzt hat die Sorgfaltskriterien erfüllt	30
2.1	Fünf Beispiele für die am häufigsten vorkommenden Meldungen	30
	Krebs	31
	Erkrankung des Nervensystems	32
	Lungenerkrankungen	33
	Herz- und Gefäßkrankheiten	34
	Mehrfacherkrankungen	35
2.2	Nach fünf Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes geordnete Fälle	36
	Freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte	37
	Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand	40
	Keine annehmbare andere Lösung	41
	Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	43
	Medizinisch fachgerechte Durchführung	45
2.3	Vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung	48
	Psychische Störung	49
	Kumulation von Altersbeschwerden	52
	Willensfähiger Demenzpatient	54
	Nicht mehr willensfähiger Demenzpatient	55
3	Der Arzt hat die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt	59
	Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes	59
	Beurteilung 2023-025	60
	Große Behutsamkeit bei psychischen Störungen	61
	Beurteilung 2023-002	62
	Beurteilung 2023-038	64
	Kombination aus körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen	66
	Beurteilung 2023-003	67
	Medizinisch fachgerechte Durchführung	69
	Beurteilung 2023-108	70
	Anhänge	71

VORWORT

Im Jahr 2023 begingen die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe ihr 25-jähriges Bestehen. Am 1. November 1998 trat eine Verordnung in Kraft, mit der die fünf Kommissionen ins Leben gerufen wurden. Sie sollten Rechtssicherheit, gesellschaftliche Kontrolle und Qualitätssicherung gewährleisten. Eine weitere, explizit formulierte Überlegung bestand darin, dass die Kommissionen ihre Aufgabe aus einer gewissen Distanz zum Strafrecht heraus erfüllen sollten, um so die Meldebereitschaft der Ärzte zu stärken.

Es hat den Anschein, dass die Kommissionen einen Beitrag zur Erreichung dieser Ziele leisten. So können sie Jahr für Jahr in ihren Berichten vermelden, dass die Durchführung der Sterbehilfe mit großer Sorgfalt erfolgt – auch in diesem Jahr. Auch bei der turnusmäßigen Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz) und damit auch der Evaluierung der Kommissionen selbst kommt man immer wieder zu diesem Schluss. Die Meldebereitschaft ist unverändert hoch. Die Arbeit der Kommissionen wird ebenfalls positiv bewertet, auch in der jüngsten Evaluierung vom Juli 2023. Die einzige direkt an die Kommissionen gerichtete Empfehlung aus dieser Evaluierung – mehr Transparenz bezüglich der internen Kriterien für die Auswahl von Meldungen – wurde übernommen und umgesetzt.

Die Kontrollkommissionen erfüllen ihre Aufgabe: die zeitnahe Kontrolle von Sterbehilfemeldungen der durchführenden Ärzte. Das bedeutet natürlich nicht, dass es keine Ambitionen und Herausforderungen mehr gäbe. Abgesehen von dem anhaltenden Anstieg der Zahl der Meldungen – 2023 gab es erneut eine Zunahme um 4 % im Vergleich zum Vorjahr – bedürfen die Qualität und Konsistenz der Beurteilungen, die personelle Besetzung der Kommissionen und das Verhältnis zu den durchführenden Ärzten und den SCEN-Ärzten ständiger Aufmerksamkeit. Und auf dem Jubiläumskongress im Dezember 2023 haben zahlreiche Experten in Vorträgen ein Bild von Entwicklungen gezeichnet, die auf die Kommissionen zukommen könnten.

2023 gingen bei den Kontrollkommissionen 9068 Sterbehilfemeldungen ein. Der Zuwachs bei der Zahl der Meldungen setzt sich somit fort, wenn auch in geringerem Umfang als im Jahr 2022. In diesem Jahresbericht wird erstmalig die Entwicklung der Zahl der Meldungen in einer Grafik nach Kategorien gestaffelt dargestellt. Ganz allgemein gesagt gibt es keine auffälligen Abweichungen, was die Zahlen je Kategorie angeht.

In diesem Jahr wurden fünf Meldungen als »nicht sorgfältig« beurteilt; erneut ein sehr geringer Anteil an der Gesamtzahl der Meldungen. Kapitel 3 enthält Zusammenfassungen der betreffenden Beurteilungen. In Kapitel 1 dieses Jahresberichts wird auf einige Meldungen von Fällen eingegangen, in denen die Vorgaben aus der KNMG/KNMP-Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung (2021) nicht befolgt worden waren. Da diese Meldungen jedoch erst 2024 beurteilt wurden, werden sie erst im nächsten Jahresbericht behandelt.

In der zweiten Hälfte dieses Berichtsjahres haben die Kontrollkommissionen neun zusätzliche Mitglieder angeworben, ein weiteres Mitglied kommt im ersten Halbjahr 2024 hinzu. Diese personelle Aufstockung ermöglicht es den Kommissionen, mit dem stetigen Anstieg der Zahl der Sterbehilfemeldungen Schritt zu halten. Die genauen Ursachen dieses Anstiegs sind nach wie vor unklar. Allerdings scheint in diesem Zusammenhang die Autonomie der Patienten eine Rolle zu spielen, und zwar sowohl mit Blick auf die grundsätzliche Entscheidung für Sterbehilfe als auch für den konkreten Zeitpunkt ihrer Durchführung. Im Laufe des 25-jährigen Bestehens der Kontrollkommissionen haben sich die gesellschaftlichen Anschauungen über das Recht auf Selbstbestimmung in Fragen der Gesundheit und damit auch über die Selbstbestimmung von Patienten am Ende ihres Lebens gewandelt. Das Sterbehilfegesetz – konkretisiert im SterbehilfeKodex 2022 – bietet Raum für diese Entwicklung. Die verzögerte Dynamik zwischen gesetzlicher Regelung und Praxis, die die Kommissionen nachvollziehen, wird hier sehr anschaulich.

JEROEN RECOURT

Koordinierender Vorsitzender

EINFÜHRUNG

In diesem Jahresbericht dokumentieren die Regionalen Kontrollkommissionen¹ für Sterbehilfe ihre Prüfungstätigkeit im zurückliegenden Kalenderjahr. Damit legen sie gegenüber Gesellschaft und Politik Rechenschaft über die Art und Weise ab, wie sie ihre gesetzliche Aufgabe wahrgenommen haben – die Prüfung von Meldungen über Sterbehilfe anhand der Sorgfaltskriterien des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz). In diesem Jahresbericht werden sowohl die Lebensbeendigung auf Verlangen als auch die Hilfe bei der Selbsttötung als »Sterbehilfe« bezeichnet. Es wird nur dort zwischen diesen beiden Formen der Sterbehilfe unterschieden, wo es relevant ist.

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

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

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. Dort, wo es um spezifische Personen geht, werden Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität selbstverständlich kenntlich gemacht.

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.

1 Nähere Informationen zur Organisation der Kontrollkommissionen enthält Anhang I.

KAPITEL 1

NEUERUNGEN IN DER ARBEITSWEISE DER KONTROLLKOMMISSIONEN



1 BEURTEILUNGSSCHREIBEN BEI MELDUNGEN ÜBER STERBEHILFE BEI PATIENTEN MIT EINER PSYCHISCHEN STÖRUNG

Eine der Neuerungen in der Arbeitsweise der Kommissionen im Jahr 2023 besteht in der Einführung eines verkürzten Beurteilungsschreibens bei einem Teil der Fälle, in denen der Sterbewunsch des Patienten vollständig oder zum Teil auf Leiden zurückging, das die Folge einer psychischen Störung war.

Bislang wurden die Beurteilungen in derartigen Fällen grundsätzlich komplett ausformuliert, wobei auf die spezifischen Aspekte des Falls und die Abwägungen der Kommission eingegangen wurde. Das ist bei den verkürzten Beurteilungsschreiben nun nicht mehr der Fall. Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass bestimmte Fälle dieser Kategorie – ebenso wie bei Sterbehilfe bei Patienten mit einer körperlichen Erkrankung – keine zusätzlichen Fragen bei der Kommission aufwerfen, und dass in diesen Fällen klar ist, dass der Arzt die Sorgfaltskriterien erfüllt hat.

Beurteilungsschreiben werden in Fällen versandt, in denen die folgenden drei Voraussetzungen erfüllt sind:

- *der Arzt hat einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen (ggf. als SCEN-Konsiliararzt),*
- *es besteht Einigkeit zwischen dem Arzt, dem hinzugezogenen unabhängigen Psychiater und dem hinzugezogenen (SCEN-) Konsiliararzt bezüglich der Diagnose(n) und der Willensfähigkeit des Patienten im Hinblick auf den Sterbewunsch, wie auch darüber, dass es keine realen Behandlungsmöglichkeiten und keine annehmbaren anderen Lösungen gibt,*
- *die Kommission hatte keine Fragen zur Erfüllung aller Sorgfaltskriterien durch den Arzt.*

Ergeben sich für die Kommission in einem Fall, in dem der Sterbewunsch vollständig oder zum Teil auf eine psychische Störung zurückging, doch noch weitere Fragen oder besteht Anlass zur Mitteilung spezifischer Erwägungen, wird eine ausführliche Beurteilung formuliert, wie das

bislang bei Meldungen dieser Kategorie grundsätzlich der Fall war. Geht es allerdings nur um eine einzelne konkrete Erwägung, kann diese auch dem Standardtext des Beurteilungsschreibens hinzugefügt werden. Fälle, in denen der Sterbewunsch aus einem Leiden hervorging, das vollständig oder zum Teil die Folge einer psychischen Störung war, werden nach wie vor immer im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen.

Jeden Monat wird grundsätzlich das Beurteilungsschreiben eines Falls, in dem der Sterbewunsch aus einem Leiden hervorging, das vollständig oder zum Teil die Folge einer psychischen Störung war, zwecks Veröffentlichung auf der Kommissionswebsite inhaltlich ausformuliert.

WORTLAUT DES BEURTEILUNGSSCHREIBENS

Aus den eingereichten Unterlagen ist hervorgegangen, dass der Sterbewunsch des Patienten (*überwiegend*) auf ein durch (eine) psychische Störung(en) / auf ein zum Teil von (einer) somatischen Erkrankung(en) und zum Teil von (einer) psychischen Störung(en) verursachtes Leiden zurückging. In einem solchen Fall muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen. Diese Behutsamkeit ist vor allem im Hinblick auf die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches, das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand sowie das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung geboten.

Bei der Beurteilung des Ersuchens muss der Arzt ausschließen können, dass das Urteilsvermögen des Patienten durch die psychische(n) Störung(en) beeinträchtigt ist. Ist das Urteilsvermögen im Hinblick auf das Ersuchen nicht ausreichend, liegt kein freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen vor. Der Arzt muss untersuchen, ob der Patient relevante Informationen erfassen kann, ob er über Krankheitseinsicht verfügt und ob seine Erwägungen eindeutig sind (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 49 f.).

Was die Aussichtslosigkeit des Zustands und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung angeht, so ist vom Arzt gründlich zu prüfen, ob es noch Möglichkeiten gibt, das Leiden des Patienten zu lindern oder zu beseitigen. Lehnt der Patient eine annehmbare Alternative ab, liegt kein aussichtsloser Zustand vor. Allerdings muss sich ein Patient nicht allen noch denkbaren Behandlungen und Interventionen unterziehen (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 50).

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. Der unabhängige Psychiater darf gegebenenfalls Behandlungsempfehlungen aussprechen. Der Arzt kann selbst entscheiden, ob er zusätzlich zum (SCEN-)Konsiliararzt einen unabhängigen Psychiater hinzuzieht, oder ob er einen (SCEN-)Konsiliararzt einschaltet, der zugleich Psychiater ist (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 50).

(Bei Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters zusätzlich zu einem SCEN-Arzt:)

Die Kommission stellt fest, dass Sie einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich und sachkundig zur Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich des Ersuchens, zum aussichtslosen Zustand und zum Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung Stellung genommen hat.

Darüber hinaus haben Sie einen unabhängigen SCEN-Arzt (der zugleich Psychiater ist) als Konsiliararzt eingeschaltet. Der Konsiliararzt hat den Patienten besucht und schriftlich zu den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a bis d des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien Stellung genommen.

(Bei Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters, der zugleich SCEN-Arzt ist:)

Die Kommission stellt fest, dass Sie einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzugezogen haben, der zugleich Psychiater ist. Dieser hat den Patienten besucht und schriftlich zu den in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a bis d des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien Stellung genommen. In diesem Rahmen hat er die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich des Ersuchens, den aussichtslosen Zustand und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung beurteilt.

Die Kommission stellt fest, dass sowohl **[Zutreffendes bitte auswählen:]** Sie, als auch der unabhängige Psychiater und der Konsiliararzt zu dem Schluss gekommen sind, dass der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens willensfähig war, dass das Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, dass es keine reellen Behandlungsmöglichkeiten mehr gab und der Zustand des Patienten somit aussichtslos war und es keine annehmbare andere Lösung für die Situation des Patienten gab.

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

2 KEINE STANDARDMÄSSIGE MÜNDLICHE ERLÄUTERUNG MEHR NACH STERBEHILFE AUF DER GRUNDLAGE EINES SCHRIFTLICHEN ERSUCHENS

2017 beschlossen die Kontrollkommissionen, grundsätzlich jeden Arzt, der einen Fall von Sterbehilfe meldete, die auf der Grundlage einer schriftlichen Verfügung (Patientenverfügung) erfolgt war, um eine mündliche Erläuterung im Rahmen einer Kommissionssitzung zu bitten. Bei den sog. »Meldungen nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz«, die sehr selten vorkamen und mit denen die Kommissionen somit auch wenig Erfahrung hatten, wurde der Arzt aufgefordert, das gesamte Sterbehilfeverfahren detailliert zu erläutern.

Inzwischen haben die Kommissionen deutlich mehr Erfahrung mit dieser besonderen Kategorie, und es gibt auch mehr Klarheit darüber, wie die gesetzlichen Sorgfaltskriterien interpretiert werden müssen, wenn es um Sterbehilfe auf der Grundlage eines schriftlichen Ersuchens geht. In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass bei einem Teil dieser Meldungen die vom Arzt eingereichten Unterlagen für die Beurteilung durch die Kommission ausreichen. In diesen Fällen werden die Kommissionen den Arzt in der Regel denn auch nicht mehr standardmäßig zu einer mündlichen Erläuterung auffordern. Unter Umständen kann es allerdings doch erforderlich sein, den Arzt um eine schriftliche Erläuterung zu bitten.

Aufgrund der besonderen Art dieser Meldungen werden die betreffenden Fälle grundsätzlich im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen. Für die Beurteilung der Frage, ob der Arzt die Sorgfaltskriterien erfüllt hat, ist es in bestimmten Fällen nicht sinnvoll und unverhältnismäßig belastend für den Arzt, eine mündliche Erläuterung von ihm zu verlangen, wenn es bei der Kommission keine konkreten Fragen gibt.

Alle Beurteilungen von Fällen, in denen Sterbehilfe auf der Grundlage einer schriftlichen Verfügung geleistet wurde, werden auf unserer Website veröffentlicht.

3 BESONDERES VERFAHREN 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 ihrer Arbeit zugrunde (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 38). Weicht ein Arzt in seinem Handeln davon ab, muss er dies hinreichend begründen.

Im Laufe des Jahres 2023 drohten Differenzen zwischen den Beurteilungen der Kommissionen im Hinblick auf die Voraussetzungen zu entstehen, unter denen von der Richtlinie abgewichen werden kann, wenn das verabreichte Sterbemittel nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Die Beurteilung der Fälle, in denen dies relevant war, wurde in Erwartung der Ergebnisse interner Beratungen ausgesetzt. Auf diese Weise wurde das Entstehen möglicher Rechtsungleichheit verhindert, andererseits verzögerte sich die Bearbeitung verschiedener Meldungen um einige Monate. Das ist in erster Linie für die Ärzte unerfreulich, die dadurch lang auf die Beurteilung ihrer Meldung warten mussten. Außerdem hat dies dazu geführt, dass zwei als »nicht sorgfältig« eingestufte Fälle, die normalerweise bereits 2023 beurteilt worden wären, erst im Januar 2024 abgeschlossen wurden. Und schließlich hat einer der Ärzte, der von dieser Verzögerung betroffen war, unter anderem deshalb Beschwerde eingereicht.

Die internen Beratungen wurden Ende November 2023 abgeschlossen, woraufhin die Beurteilung der Fälle, in denen von der Richtlinie abgewichen worden war, wiederaufgenommen wurde. Die Kommissionen untersuchen mögliche Risiken für Patienten, die bei der Verabreichung einer zweiten Dosis Muskelrelaxans, ohne zuvor erneut ein komaauslösendes Mittel zu verabreichen, sowie bei längeren Pausen zwischen der Verabreichung der Sterbemittel entstehen können. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden voraussichtlich 2024 vorliegen; dieses Thema wird im Jahresbericht 2024 wieder aufgegriffen. Die Kontrollkommissionen möchten betonen, dass sie Wert darauf legen, dass Sterbehilfe leistende Ärzte und SCEN-Ärzte mit der aktuellsten Fassung der Richtlinie vertraut sind. In diesem Zusammenhang betonen sie außerdem, dass Ärzte, wenn irgend möglich, im Einklang mit der Richtlinie handeln sollen. Reagiert ein Patient nicht oder nicht in hinreichendem Maße auf das verabreichte Sterbemittel, muss davon ausgegangen werden, dass das Medikament bei der Injektion nicht korrekt in den Blutkreislauf gelangt ist. Dies muss sich nicht immer durch eine subkutane Schwellung abzeichnen. Das bedeutet, dass bei fehlender Wirkung des verabreichten Sterbemittels das gesamte Verfahren erneut durchlaufen werden muss – ein zweiter Zugang muss

gelegt und ein komaauslösendes Mittel verabreicht werden, es muss angemessen festgestellt werden, dass das Bewusstsein hinreichend gemindert wurde, und es muss erneut ein Muskelrelaxans verabreicht werden (siehe S. 15 und 17 der Richtlinie). Auf diese Weise wird das Risiko weiterer Komplikationen bei der Durchführung verringert – wie auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein dritter Satz Sterbemittel angeliefert werden muss.



KAPITEL 2

ZAHLEN FÜR 2023

2

ZAHL DER MELDUNGEN

2023 wurden den Kommissionen 9068 Fälle von Sterbehilfe gemeldet.³ Dies entspricht 5,4 % aller Todesfälle, die in den Niederlanden im Jahr 2023⁴ verzeichnet wurden (169.363) und im Vergleich zu 2022 (8720 Meldungen) einer Zunahme um 4 %. Nachstehend eine Übersicht über die Zahl der bei den fünf verschiedenen regionalen Kommissionen eingegangenen Sterbehilfemeldungen.

Region 1: Groningen, Friesland, Drente, Bonaire, St. Eustatius und Saba – 929 Meldungen

Region 2: Overijssel, Gelderland, Utrecht und Flevoland – 2351 Meldungen

Region 3: Nordholland – 1844 Meldungen

Region 4: Südholland und Seeland – 1763 Meldungen

Region 5: Nordbrabant und Limburg – 2181 Meldungen

VERHÄLTNIS MÄNNER/FRAUEN

Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen ging es, ebenso wie in den Vorjahren, etwa gleich häufig um Männer (4603 Fälle, 50,8 %) wie um Frauen (4465 Fälle, 49,2 %).

VERHÄLTNIS LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN/ HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG

In 8860 Fällen (97,7 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 190 Fällen (2,1 %) 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 den SterbehilfeKodex 2022, S. 38 ff.

³ Wie in jedem Jahresbericht der Kontrollkommissionen bezieht sich ein Teil dieser Meldungen auf Sterbehilfe, die im Vorjahr (in diesem Fall 2022) geleistet wurde. Darüber hinaus werden einige dieser Meldungen erst im Jahr 2024 beurteilt. Außerdem sind in der Statistik auch Meldungen enthalten, die Ende 2022 eingegangen waren, aber nicht mehr im vorigen Jahresbericht berücksichtigt werden konnten.

⁴ Quelle: Statistisches Zentralamt, 21. Februar 2024, siehe *Overledenen; geslacht en leeftijd, per week (Todesfälle, Geschlecht und Alter, pro Woche)* CBS.

HÄUFIG VORKOMMENDE KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Bei 88,7 % der bei den Kommissionen 2023 eingegangenen Meldungen (8042 Fälle) handelte es sich um Patienten mit:

Krebs (5105 Fälle)

Erkrankungen des Nervensystems (605 Fälle), etwa Morbus Parkinson, MS oder ALS

Herz- und Gefäßkrankheiten (393 Fälle)

Lungenerkrankungen (340 Fälle)

Mehrfacherkrankungen (1599 Fälle)

DEMENZ

328 Meldungen bezogen sich auf Sterbehilfe bei Patienten mit einer Form von Demenz, die mit Blick auf ihren Sterbehilfewunsch noch willensfähig waren. 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. Ein Beispiel hierfür wird in Kapitel 3 im Rahmen von Fall 2023-074 beschrieben.

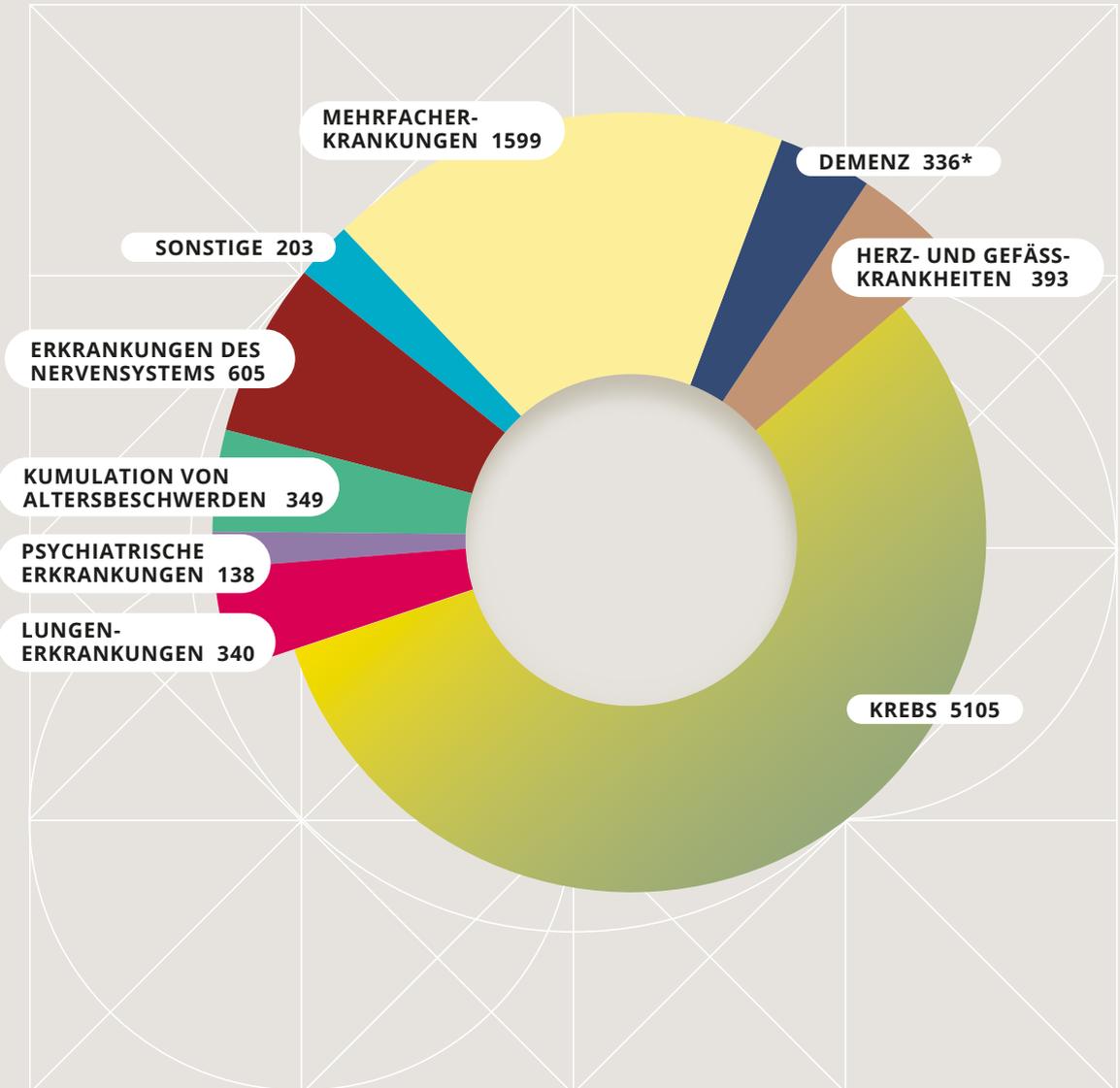
Bei acht Meldungen, die 2023 beurteilt worden sind, handelte es sich um Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Sie waren in Bezug auf ihre Bitte nicht mehr willensfähig und auch nicht mehr in der Lage, sinnvoll über ihr Ersuchen zu kommunizieren. Ihre schriftliche Patientenverfügung konnte als Bitte um Sterbehilfe aufgefasst werden. Eine dieser Meldungen (Fall 2023-065) wird in Kapitel 3 dieses Jahresberichts behandelt. All diese acht Meldungen wurden auf der Website der Kommissionen veröffentlicht.

2023 ist darüber hinaus noch ein weiterer Fall beurteilt worden, in dem die Sterbehilfe auf der Grundlage eines schriftlichen Ersuchens geleistet wurde. Bei diesem Patienten lag keine fortgeschrittene Demenz vor, sondern fehlende Willensfähigkeit, die infolge einer Gehirnblutung eingetreten war.

Näheres zu den besonderen Aspekten bei Sterbehilfe bei Patienten mit Demenz enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 52 ff.



KRANKHEITSARTEN



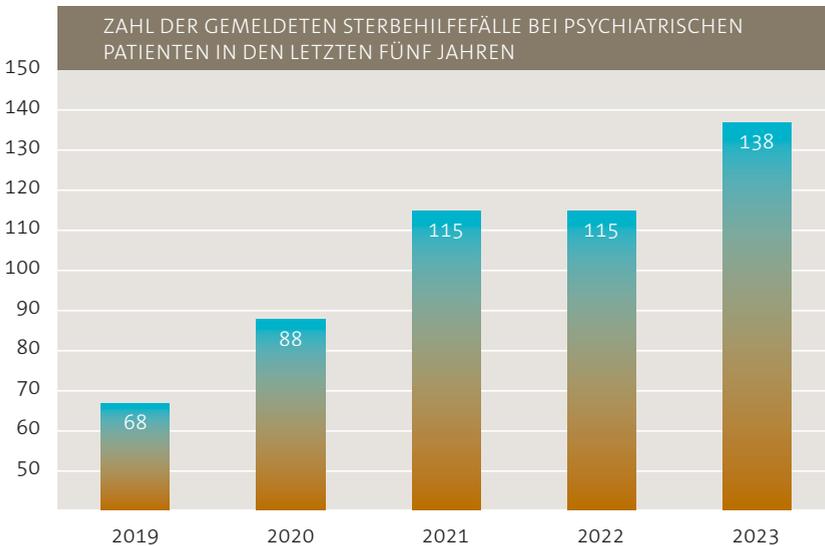
* davon willensfähig: 322
nicht willensfähig: 8

PSYCHISCHE STÖRUNGEN

In 138 gemeldeten Sterbehilfefällen lagen dem Leiden der Patienten (überwiegend) eine oder mehrere psychische Störungen zugrunde. In 56 dieser Fälle war der meldende Arzt ein Psychiater, in 35 Fällen ein Hausarzt und in 10 Fällen ein Facharzt (darunter auch Geriater). In den übrigen 37 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um einen »anderen Arzt«.⁵ In 70 Fällen war der durchführende Arzt für das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) tätig.

In Fällen, in denen das Leiden des Patienten auf (eine) psychische Störung(en) zurückgeht, muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen. Ein Beispiel für einen solchen Fall wird in Kapitel 3 im Rahmen von Fall 2023-004 beschrieben.

Näheres zu Aspekten bei Patienten mit psychischer Störung enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 49 ff.

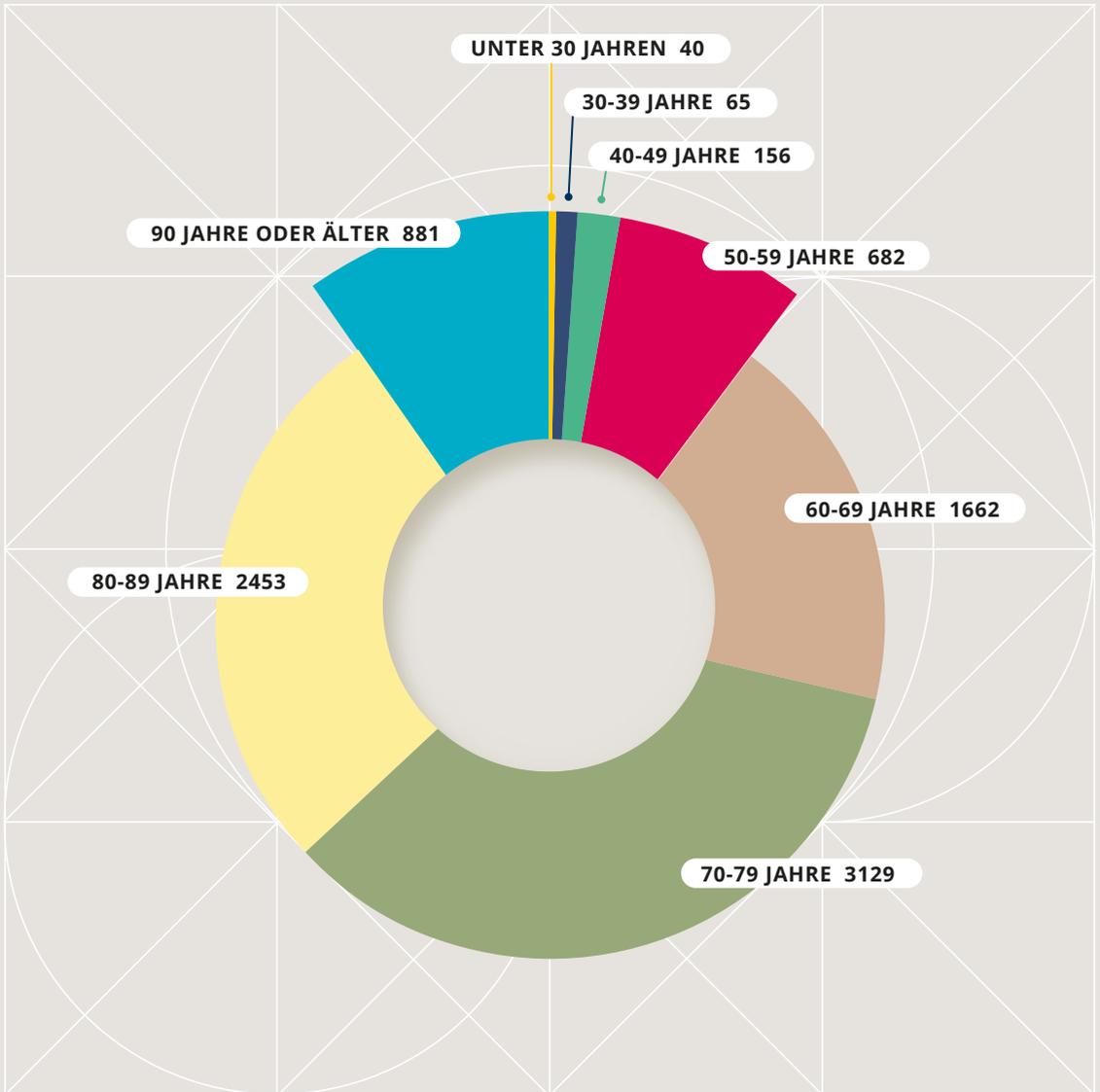


KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Auch eine Kumulation von Altersbeschwerden – beispielsweise Sehstörungen, Schwerhörigkeit, Abnahme der Knochendichte (und ihre Folgen), Schädigung des Gelenkknorpels, 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

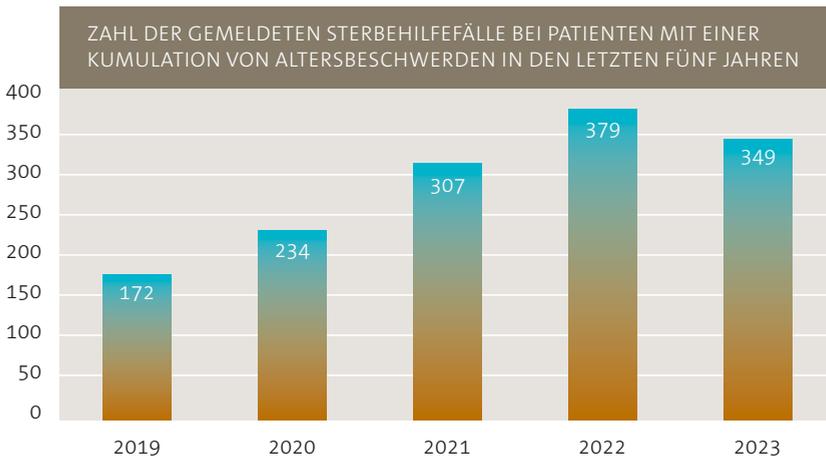
⁵ Ein »anderer Arzt« kann in diesem Kontext etwa ein Ambulanzzarzt, ein Leitender Arzt, ein nicht praktizierender Arzt, ein Arzt in der Ausbildung zum Facharzt oder ein sog. Basisarzt sein.

ALTER



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. 2023 wurden den Kommissionen 349 Fälle dieser Kategorie gemeldet. Ein Beispiel für einen solchen Fall wird in Kapitel 3 im Rahmen von Fall 2023-043 beschrieben, der auch auf der Website veröffentlicht wurde.

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



SONSTIGE ERKRANKUNGEN

Die Kategorie »sonstige 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 LongCOVID. 2023 wurden 203 Fälle dieser Kategorie gemeldet.

ALTER

Die meisten Sterbehilfemeldungen (3129 Fälle) betrafen Patienten im Alter von 70 bis 79 Jahren, gefolgt von den Altersgruppen 80 bis 89 Jahre (2453 Fälle) und 60 bis 69 Jahre (1662 Fälle).

Es gingen 682 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre ein. In der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre gab es 156 Meldungen und in der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre 65 Meldungen. Die wenigsten Meldungen – 40 Fälle – gab es bei Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahre.

2023 sind bei den Kommissionen zwei Meldungen über Sterbehilfe bei minderjährigen Patienten (Altersgruppe 16 bzw. 17 Jahre) eingegangen.⁶ Diese Meldungen werden allerdings erst 2024 beurteilt.

In 12 Fällen waren die Patienten über 100 Jahre alt; der älteste Patient war 104.

Es gingen 105 Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten in der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre ein. In 52 dieser Fälle war Krebs, in 22 Fällen eine psychische Störung die Ursache des Leidens.

In der Kategorie Demenz bezogen sich die meisten Meldungen (141 Fälle) auf die Altersgruppe 70 bis 79 Jahre, gefolgt von Patienten im Alter zwischen 80 und 89 Jahren (131 Fälle).

In der Kategorie psychiatrische Erkrankungen gab es 2023 sowohl in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre als auch in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre 27 Meldungen.

In der Kategorie »Kumulation von Altersbeschwerden« waren die meisten Patienten (224 der 349 Fälle) 90 Jahre oder älter.

ORT DER LEBENSBEENDIGUNG

Auch 2023 wurde die Sterbehilfe in den mit Abstand meisten Fällen (7151) beim Patienten zu Hause durchgeführt. In den anderen Fällen verstarb der Patient in einem Pflege- oder Altersheim (897 Fälle), einem Hospiz (688 Fälle), einem Krankenhaus (211 Fälle) oder an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten oder einem Pflegehotel (121 Fälle).

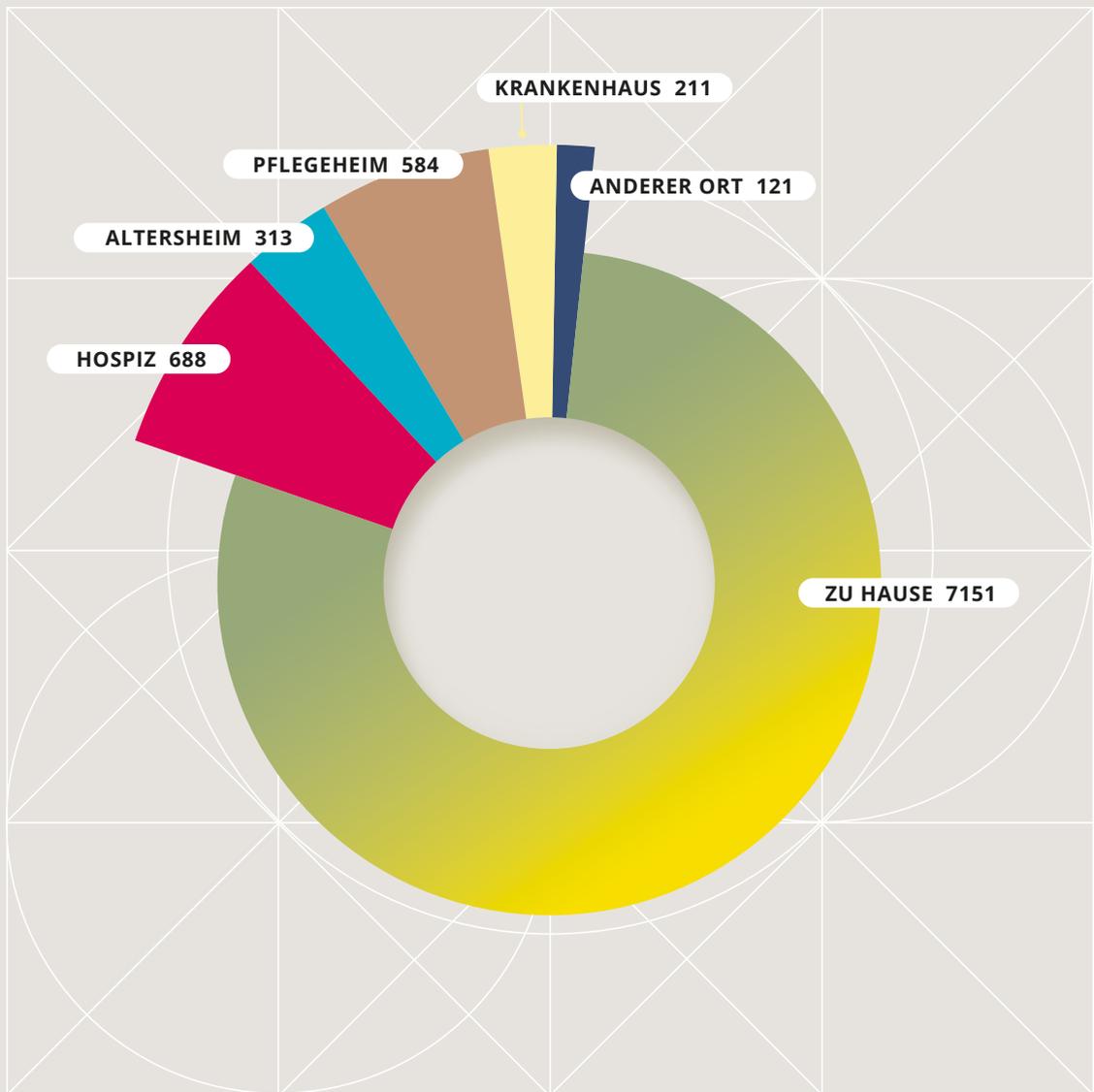
DURCHFÜHRENDE ÄRZTE

In den allermeisten Fällen wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet (7249 Fälle). Die übrigen meldenden Ärzte waren Geriater (365), Psychiater (62), andere Fachärzte (327) und Ärzte in der Ausbildung (124). In 941 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um einen »anderen Arzt«.⁷

⁶ Näheres zu den besonderen Aspekten bei minderjährigen Patienten enthält der SterbehilfeKodex 2022, S. 49.

⁷ Ein »anderer Arzt« kann in diesem Kontext etwa ein Ambulanzarzt, ein Leitender Arzt, ein nicht praktizierender Arzt, ein Arzt in der Ausbildung zum Facharzt oder ein sog. Basisarzt sein.

ORT DER LEBENSBEENDIGUNG



MELDUNGEN DES KOMPETENZZENTRUMS FÜR STERBEHILFE

Die Zahl der Meldungen von Ärzten, die beim Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (Expertisecentrum Euthanasie/EE) tätig sind, erhöhte sich gegenüber 2022 (1241) um 36 auf 1277 (14,1 %). Ärzte des Kompetenzzentrums werden oft hinzugezogen, wenn der behandelnde Arzt des Patienten den Fall als zu komplex beurteilt. Auch Ärzte, die prinzipiell keine oder nur im Falle einer unausweichlich in Kürze zum Tode führenden Erkrankung Sterbehilfe zu leisten bereit sind, verweisen ihre Patienten regelmäßig an das EE. Es kommt auch vor, dass sich der Patient selbst oder ein Angehöriger an das Kompetenzzentrum wendet. Gut die Hälfte der Meldungen, bei denen der Patient an einer psychischen Störung litt, erfolgte durch einen Arzt des Kompetenzzentrums (70 von 138, also 50,7 %). Prozentual gesehen ist das ein Rückgang gegenüber 2022 – damals waren es 65 von 115 Meldungen, was 56,5 % entspricht. Von den Meldungen, bei denen das Leiden des Patienten auf eine Form der Demenz zurückging (336), stammten 134 (39,9 %) von einem EE-Arzt. Außerdem kamen 151 der 349 Meldungen (43,3 %), bei denen eine Kumulation von Altersbeschwerden vorlag, von Ärzten des Kompetenzzentrums.

21

ORGAN- UND GEWEBESPENDEN NACH STERBEHILFE

Sterbehilfe schließt eine Organ- oder Gewebespende nicht aus. In der von der Transplantationsstiftung formulierten Richtlinie zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe ist das hierfür zu durchlaufende Verfahren in einem detaillierten Stufenplan beschrieben.⁸ Ist es der Wunsch des Patienten, dass Organe oder Gewebe nach seinem Tod gespendet werden, muss die Sterbehilfe im Krankenhaus durchgeführt werden.

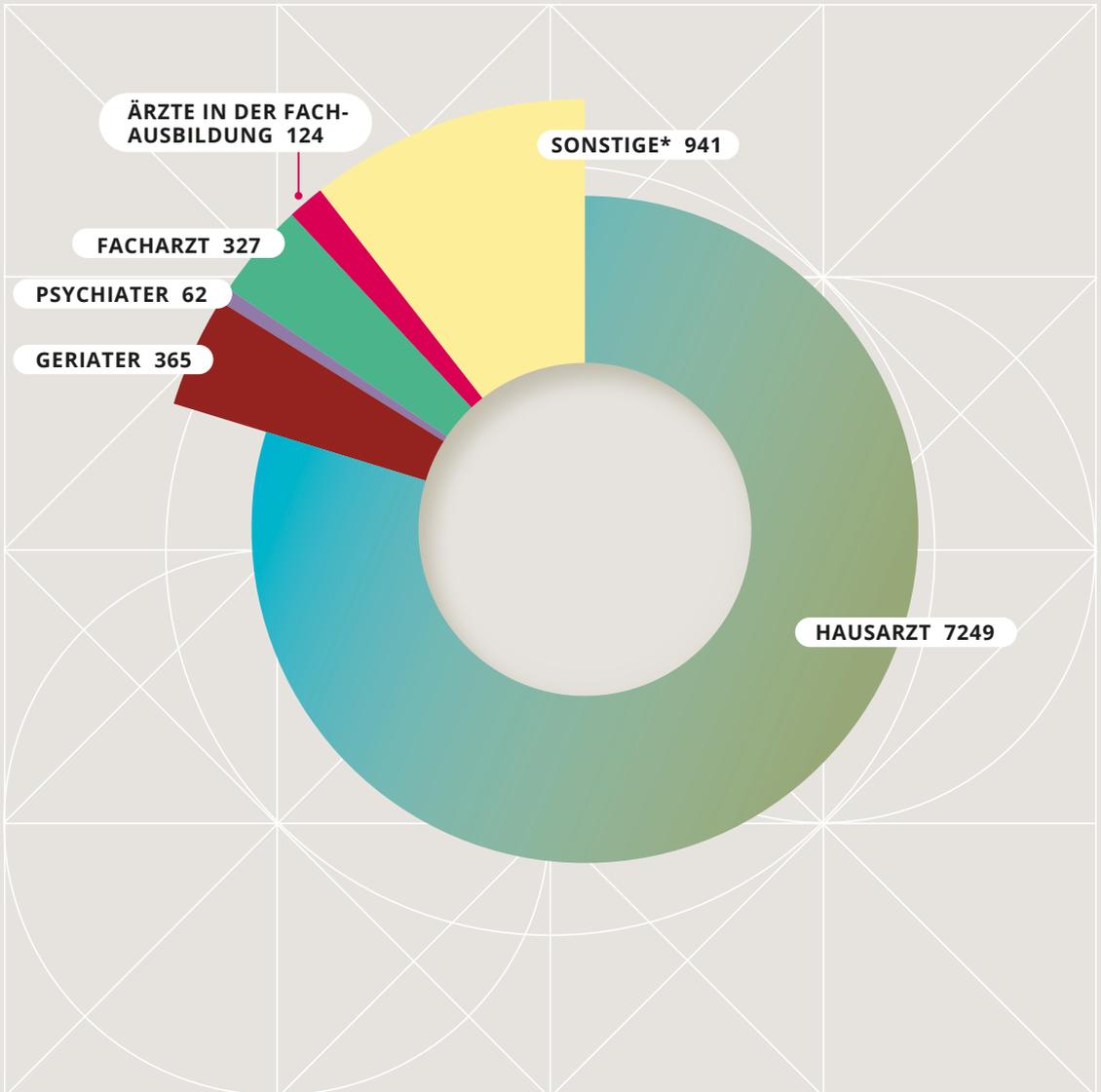
2023 gingen bei den Kommissionen 24 Meldungen ein, in denen explizit angegeben wurde, dass nach der Sterbehilfe Organ- und Gewebespenden erfolgt waren. Dies ist eine Zunahme gegenüber den sechs Meldungen, die im Vorjahr eingegangen waren. Aus den Unterlagen geht nicht immer klar hervor, ob eine Organ- oder Gewebespende stattgefunden hat; genaue Zahlen liegen daher nicht vor.

DUO-STERBEHILFE

Wenn zwei Partner den Wunsch äußern, bei ihnen möge gleichzeitig Sterbehilfe geleistet werden, und wenn diesem Wunsch entsprochen wird, registrieren die Kommissionen dies als »Duo-Sterbehilfe«. 2023 war

⁸ Die Richtlinie sowie ihre Hintergründe samt Begründung können in niederländischer Sprache konsultiert werden, siehe Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | Nederlandse Transplantatie Stichting.

MELDENDE ÄRZTE



22

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

dies 33 Mal der Fall, es lagen also 66 Meldungen vor. Selbstverständlich muss in einem solchen Fall dargelegt werden, dass der Arzt bei jedem der Partner die im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung niedergelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Dabei muss je Partner ein eigener Konsiliararzt eingeschaltet werden, damit eine unabhängige und eigenständige Beurteilung des Falles gewährleistet ist.⁹

NICHT IM EINKLANG MIT DEN SORGFALTSKRITERIEN GEHANDELT

In fünf der 2023 gemeldeten Sterbehilfefälle kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der ausführende Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllt hatte. Alle fünf Fälle werden in Kapitel 3 beschrieben. In einem Fall war der Konsiliararzt Patient in der Praxis des durchführenden Arztes, weshalb die Kommission zu dem Schluss kam, dass der Konsiliararzt nicht als unabhängig betrachtet werden konnte. In drei Fällen war der Arzt nicht mit der geforderten großen Behutsamkeit vorgegangen, die bei Patienten geboten ist, deren Leiden die Folge einer psychischen Störung oder einer Kombination aus einer körperlichen Erkrankung und einer psychischen Störung ist. In einem Fall hatte der Arzt die Medikamente vor der Durchführung der Sterbehilfe beim Patienten zurückgelassen, weshalb die Kommission zu dem Schluss kam, dass die Durchführung nicht medizinisch sorgfältig erfolgt war.

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).

Nach einer ersten Einstufung der Meldungen als »Fragen aufwerfend« oder »keine Fragen aufwerfend« durch den Sekretär beurteilen die Kommissionen die Meldungen.

2023 wurden 95,6 % der eingegangenen Meldungen vom Sekretär der Kommissionen als »keine Fragen aufwerfend« eingestuft. Diese Meldungen werden im nächsten Schritt von der Kommission digital beurteilt, siehe auch Schema 1, Anlage 2. Dabei beurteilt die Kommission, ob die Meldung tatsächlich keinerlei Fragen aufwirft oder ob dies, entgegen der vorläufigen Einstufung durch den Sekretär, doch der Fall ist.

Sollte dies so sein, stuft die Kommission die Meldung nachträglich als »Fragen aufwerfend« ein, sie wird dann auf einer Kommissionssitzung besprochen. 2023 traf dies auf 65 Meldungen zu. Das weitere Verfahren ist in Schema 3, Anlage 2, dargestellt.

⁹ Siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 34.

Von allen eingegangenen Meldungen wurden 4,4 % unmittelbar als »Fragen aufwerfend« klassifiziert (siehe Schema 2, Anlage 2), etwa weil der Patient an einer psychischen Störung oder fortgeschrittener Demenz litt, weil der Patient minderjährig war, weil Fragen zur Durchführung der Sterbehilfe aufkamen oder weil die vom Arzt eingereichten Unterlagen nicht ausführlich genug waren.

VERSCHIEDENE ARTEN AUSFORMULIRTER BEURTEILUNGEN

In Fällen, in denen die Meldung keinerlei Fragen aufwirft, geht dem Arzt grundsätzlich ein verkürztes Beurteilungsschreiben zu, mit dem er darüber informiert wird, dass die Kommission zu dem Schluss gekommen ist, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt worden sind.

Als Beispiele für Meldungen, die keine Fragen aufwerfen, werden in Kapitel 3 die Fälle 2023-031, 2023-015, 2023-013, 2023-021 und 2023-029 beschrieben. In diesem Jahresbericht werden die Fälle allerdings verkürzt dargestellt. Auch auf der Website der Kommissionen (www.euthanasiacommissie.nl) werden Fallbeschreibungen von einem Teil der keine Fragen aufwerfenden Meldungen auf diese Weise veröffentlicht. Das an den Arzt versandte Beurteilungsschreiben enthält keine solche Zusammenfassung.

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

Seit diesem Jahr gibt es eine neue Art des Beurteilungsschreibens. Dieses wird in einem Teil der Fälle versandt, in dem der Sterbewunsch des Patienten vollständig oder zum Teil auf eine psychische Störung zurückging, was in Kapitel 1 bereits erläutert wurde. 2023 sind 122 solcher Beurteilungsschreiben an Ärzte versandt worden.

SCHRIFTLICHE UND MÜNDLICHE FRAGEN DER KOMMISSIONEN

In einigen Fällen schaffen die vom Arzt und Konsiliararzt eingereichten Berichte nebst Anlagen keine hinreichende Klarheit für eine Beurteilung des Falls durch die Kommission. Die Kommission kann dann den Arzt oder Konsiliararzt um eine nähere Erläuterung bitten.

Die Kommissionen haben in 21 gemeldeten Fällen den Arzt um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten.

Bei 16 Meldungen haben die Kommissionen den meldenden Arzt und in einem Fall den Konsiliararzt gebeten, auf einer Kommissionssitzung die Fragen der Kommission mündlich zu beantworten, zum Teil, nachdem dem Arzt zuvor schriftlich Fragen gestellt worden waren. Darin inbegriffen sind die vorgenannten fünf Fälle, in denen die Kommission letztlich zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren. Im Falle einer einfachen Tatsachenfrage wird diese unter Umständen telefonisch oder per E-Mail gestellt.

BEARBEITUNGSZEITEN

2023 vergingen zwischen Eingang der Meldung und ihrer Beurteilung im Schnitt 31 Tage. Damit wurde die in Artikel 9 Absatz 1 des Sterbehilfegesetzes festgelegte Frist von höchstens zwei Mal sechs Wochen eingehalten, und die durchschnittliche Bearbeitungsdauer ging im Vergleich zum Vorjahr, in der sie 34 Tage betrug, etwas zurück.

MELDUNGEN IM »DISKUSSIONSRAUM« DER KOMMISSIONEN

Die Kommissionen beraten sich untereinander intensiv über komplex gelagerte Fälle, bei denen man es für angezeigt hält, dass sich alle Kommissionsmitglieder und Sekretäre dazu äußern können. So wird der vorläufige Beurteilungsentwurf einer Meldung, bei der die prüfende Kommission der Ansicht ist, dass die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden, zusammen mit den zugehörigen Unterlagen allen anderen Kommissionsmitgliedern und Sekretären digital im sogenannten »Diskussionsraum« vorgelegt. Fälle, in denen bei einem nicht willensfähigen Patienten aufgrund von dessen schriftlicher Patientenverfügung Sterbehilfe geleistet wurde, werden grundsätzlich auf diesem Wege 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 bestmögliche Qualität der Urteilsbildung und die größtmögliche Einheitlichkeit der Beurteilungen zu gewährleisten.

2023 wurden 26 Meldungen in den Diskussionsraum eingestellt, einschließlich jener, die als »nicht sorgfältig« eingestuft worden sind. In einigen Fällen werden Beurteilungen darüber hinaus später noch in den Beratungen der Vorsitzenden, Ärzte und/oder Ethiker besprochen.

REFLEXIONSGREMIUM

Im Jahr 2023 hat sich das Reflexionsgremium auf Ersuchen der Vorsitzenden mit der Frage befasst, ob der Beurteilungsrahmen im SterbehilfeKodex 2022 im Hinblick auf ein Ersuchen um Sterbehilfe, das auf ein durch eine Kombination aus einer körperlichen Erkrankung und einer psychischen Störung verursachtes Leiden zurückgeht (Abschnitt 4.3), angepasst werden muss. Die Stellungnahme des Reflexionsgremiums wird voraussichtlich 2024 vorgelegt.

KAPITEL 3

FALLBESCHREIBUNGEN

3

1 EINLEITUNG

In diesem Kapitel geben wir Einblick in eine Reihe von Beurteilungen der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Im Kern besteht die Arbeit der Kommissionen aus der Beurteilung ärztlicher Sterbehilfe-Unterlagen.

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, die schriftliche Patientenverfügung, sofern diese 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« (Steen en Consultatie bij Euthanasie in Nederland/SCEN) ausgebildet wurde.

Die Kommission prüft, ob der die Sterbehilfe 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 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 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« gewährt dem Arzt bei diesen drei Sorgfaltskriterien einen gewissen Beurteilungsspielraum. Die Kommissionen prüfen bei der Beurteilung des ärztlichen Handelns in diesen drei Punkten, wie der Arzt die betreffenden Sachverhalte untersucht und wie er seine Entscheidung begründet hat. Die Kommissionen kontrollieren also, ob der Arzt angesichts seines gesetzlichen Beurteilungsspielraums nachvollziehbar zu der Entscheidung kommen konnte, dass diese drei Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Dabei prüfen sie außerdem, wie der Arzt seine Entscheidung begründet. Der Bericht des Konsiliararztes stützt häufig die Begründung des Arztes.

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

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

In Abschnitt 2.2 wird auf verschiedene Sorgfaltskriterien genauer eingegangen, 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, zum Beispiel mit dem Kriterium der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte. Davon kann nur dann die Rede sein, wenn der Patient gut über seine gesundheitliche Situation und seine medizinische Prognose informiert ist.

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

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

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

2.1 FÜNF BEISPIELE FÜR DIE AM HÄUFIGSTEN VORKOMMENDEN MELDUNGEN

Wie in Kapitel 2 dargelegt, wird Sterbehilfe am häufigsten 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.

Der erste Fall ist am ausführlichsten ausformuliert. Er zeigt beispielhaft, dass die Kommissionen die Einhaltung aller Sorgfaltskriterien prüfen. Bei den anderen Beurteilungen steht vor allem das Leiden des Patienten im Fokus, sofern es keine Besonderheiten auf dem Gebiet eines anderen Sorgfaltskriteriums gab.

Seltene Krebsart, starke Schmerzen aufgrund offener Wunde

Bei einer Frau im Alter zwischen 40 und 50 Jahren wurde gut zwei Jahre vor ihrem Tod ein Oropharynxkarzinom (Krebs im Mundrachenraum) festgestellt. Die Behandlungen hatten keine hinreichende Wirkung erzielt. Der Krebs hatte metastasiert; eine Heilung war nicht mehr möglich.

Die Frau hatte eine schnell wachsende offene Wunde im Hals, die starke Schmerzen verursachte. Wenn sie in der Lage war, etwas zu essen, lief die Nahrung häufig aus dieser Wunde wieder heraus. Dadurch verlor die Frau rasch an Gewicht und Kraft und hatte fortwährend Hunger. Außerdem hatte sie große Mühe zu sprechen. Für sie war dieser Zustand menschenunwürdig.

Die Frau hatte in der Vergangenheit bereits mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Gut eine Woche 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 geäußert worden. Er war davon überzeugt, dass das Leiden der Frau für sie unerträglich war und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keine Aussicht auf Besserung gab. Für die Frau gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen ging darüber hinaus hervor, dass der Arzt die Patientin über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert hatte.

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

Der Arzt führte 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.

Auf der Website unter Nummer 2023-031 zu finden.

Seltene Hirnerkrankung, pflegebedürftig

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt bereits einige Jahre vor ihrem Tod an neurodegenerativen Problemen. Etwa ein Jahr vor ihrem Tod erhielt sie die Diagnose Progressive supranukleäre Paralyse (PSP). Dabei handelt es sich um eine seltene neurodegenerative Erkrankung, die mit Blick auf ihre Symptome an Morbus Parkinson erinnert, wobei Patienten Probleme mit dem Gleichgewicht, dem Denkvermögen und der Motorik bekommen können.

Die Frau stürzte regelmäßig und litt unter zunehmenden Sprachstörungen und Schluckbeschwerden. Sie war vollständig pflegebedürftig und war deshalb in einem Pflegeheim untergebracht. Dies war für sie unerträglich.

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

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

Auf der Website unter Nummer 2023-015 zu finden.

Seltene Lungenkrankheit, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, akuter Sterbewunsch

Bei einer Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde etwa neun Jahre vor ihrem Tod die Diagnose Lymphangioliomyomatose (LAM) gestellt. Bei dieser Erkrankung kommt es zu einer Vernarbung und Schädigung des Lungengewebes. Kurz vor dem Tod war das Krankheitsbild der Patientin mit einem schweren Fall von COPD vergleichbar.

Die Frau war fortwährend kurzatmig, was sich im Lauf der Zeit nur verschlimmerte. Sie musste zusätzlich mit Sauerstoff versorgt werden. Durch ihre Krankheit wurde sie pflegebedürftig; ihre Welt wurde immer kleiner. Für sie als bislang selbständige Frau war dies unerträglich.

Die Patientin hatte keine Beziehung zu ihrem Hausarzt und wandte sich deshalb an das Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE). Zum Zeitpunkt der Anmeldung äußerte die Frau ihren Sterbewunsch wiederholt, erklärte dabei jedoch zumeist, dass sie ihr Leiden noch als erträglich empfand und darum noch nicht konkret um Durchführung der Sterbehilfe bat. In den nächsten drei Jahren folgten noch 18 weitere Gespräche mit dem Arzt. Gut einen Monat vor ihrem Tod bat die Frau den Arzt, die Lebens-beendigung tatsächlich durchzuführen.

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

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu. Dieser besuchte die Patientin angesichts ihres schwankenden Sterbewunsches drei Mal; zuletzt gut eine Woche vor ihrem Tod. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

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

Auf der Website unter Nummer 2023-013 zu finden.

Thrombose in einer Hirnschlagader, Verlust des Sprachvermögens

Ein Mann im Alter zwischen 50 und 60 Jahre erlitt einige Monate vor seinem Tod eine Thrombose (Blutgerinnsel) in einer Hirnschlagader. Die Folge war eine Lähmung aller vier Extremitäten. Nach Absolvierung der Reha-Maßnahmen war der Mann noch immer einseitig gelähmt und damit vollständig von anderen abhängig. Zuvor war er immer selbständig gewesen. Er konnte nicht mehr sprechen und entwickelte eine Schluckstörung, wodurch das Risiko des Verschluckens bestand. Bei dem Mann war eine Trachealkanüle gelegt worden (ein Kunststoffschlauch in der Luftröhre, der das Atmen erleichtert), die mehrmals pro Tag ausgesaugt werden musste. Er war nicht mehr in der Lage, selbständig zu essen und zu trinken. Darüber hinaus schämte er sich für die starken Emotionen, die ihn krankheitsbedingt immer wieder plötzlich überwältigten.

Dem Arzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Obwohl der Mann nicht mehr in der Lage war, zu sprechen, konnte er sich gut mit Gebärden, Kopfbewegungen, Zeichen und einem Sprachcomputer mitteilen. Auf diese Weise konnte er seine Bitte um Sterbehilfe klar kommunizieren.

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

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

Auf der Website unter Nummer 2023-021 zu finden.

Alkoholismus, verschiedene somatische Erkrankungen, unabhängiger Psychiater

Ein Mann im Alter zwischen 40 und 50 Jahren litt bereits seit seiner Jugend an Alkoholismus. Aufenthalte in einer Entzugsklinik blieben ohne Erfolg. Seine Sucht wurde als nicht mehr therapierbar eingestuft und seine körperliche Verfassung verschlechterte sich. Seine Bauchspeicheldrüse war chronisch entzündet und kurz vor seinem Tod verschlimmerten sich plötzlich seine Lungenbeschwerden. Es lagen klare Hinweise auf COPD und Polyneuropathie vor (Schmerzen, Probleme mit der Motorik und Empfindungsstörungen infolge von Nervenschädigungen).

Der Mann war aufgrund seiner Erkrankungen stark abgemagert, körperlich sehr schwach und litt häufig an Atemnot. Er hatte kaum noch Energie, weshalb er das Haus nicht mehr verlassen konnte. Er verbrachte seine Zeit hauptsächlich im Bett oder Sessel. Außerdem litt der Patient unter chronischen Schmerzen und Inkontinenz, was ihn sehr belastete.

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

Der Arzt zog einen unabhängigen Psychiater hinzu, der zu dem Schluss kam, dass sich der Mann zum Zeitpunkt seiner Beurteilung nicht in einem depressiven, manischen oder psychotischen Zustand befand, der seinen Sterbewunsch hätte beeinflussen können. Der unabhängige Psychiater stufte den Patienten hinsichtlich seines Ersuchens um Sterbehilfe als willensfähig ein. Der hinzugezogene Konsiliararzt (SCEN-Arzt) teilte diese Auffassung.

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

Auf der Website unter Nummer 2023-029 zu finden.

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 nachstehenden Meldungen waren bis auf eine als »Fragen aufwerfend« eingestuft worden, d. h. sie sind im Rahmen einer Kommissionssitzung besprochen worden.

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 Sterbehilfetersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Das Ersuchen muss vom Patienten selbst geäußert werden.

Mit Blick auf dieses Sorgfaltskriterium können sich in bestimmten Situationen besondere Fragen stellen. Im nachstehenden Fall ging es um die Frage, ob die Patientin wirklich selbst um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten hatte. 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).

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Pankreaskopfkarzinom, Bevollmächtigung, mündliche Erläuterung des Arztes

Bei einer Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde zweieinhalb Jahre vor ihrem Tod Bauchspeicheldrüsenkrebs festgestellt. Ein halbes Jahr vor ihrem Tod war der Krebs rezidiert, mit Metastasen in der Leber. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Etwa vier Monate vor ihrem Tod sprach sie zum ersten Mal mit dem Arzt über Sterbehilfe. In den darauf folgenden Gesprächen kam das Thema häufiger zur Sprache. Kurz vor ihrem Tod hatte die Frau noch nicht konkret um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten. Sie hoffte, in ein Koma zu fallen, so dass sie nicht selbst über ihr Lebensende entscheiden müsste.

In seinem Bericht hatte der Arzt dargelegt, dass »über den bevollmächtigten Partner« um die Durchführung der Sterbehilfe ersucht worden war. Dabei schrieb er explizit: »Die Entscheidung wurde nachdrücklich dem Partner überlassen.« Der Kommission war unklar, was genau in der Zeit kurz vor dem Tod der Patientin geschehen war. Daher beschloss sie, den Arzt um eine nähere Erläuterung zu bitten.

Der Arzt erklärte, dass die Frau mit ihrem Sterbewunsch gerungen hatte. Sie habe immer mehr an ihre Angehörigen als an sich selbst gedacht. Außerdem habe sie ihre Bitte um Sterbehilfe wegen der Ferien und Geburtstage ihrer Kinder und Enkelkinder immer wieder aufgeschoben. Sie habe nicht gewollt, dass ihr Tod die Feierlichkeiten verdirbt. Außerdem habe sie fast jedem Tag noch etwas Positives abgewinnen können – etwas, was ihr die Kraft gab, noch etwas durchzuhalten. Am Tag der Sterbehilfe hatte der Arzt die Frau gefragt, ob sie noch weiterleben wolle und könne. Darauf schüttelte die Frau ihren Kopf. Als der Arzt sie fragte, ob sie sterben wolle, nickte sie. Die Patientin war völlig erschöpft und zeitweise von den Medikamenten benommen. Daraufhin hatte der Arzt – in dem Wissen, dass die Frau sterben wollte – den Zeitpunkt der Durchführung mit ihrem Partner abgestimmt.

Aufgrund dieser Erläuterung wurde der Kommission klar, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Frau ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Sie hatte über eine längere Zeit hinweg mehrmals mit dem Arzt über ihren grundsätzlichen Sterbewunsch gesprochen und war sich über ihre Situation vollständig im Klaren. Obwohl die Frau zuletzt nicht mehr in der Lage war, ihren

Sterbewunsch gut in Worte zu fassen, konnte sie ihr Ersuchen noch bestätigen, wodurch der Arzt zu dem Schluss kommen konnte, dass der Sterbewunsch aktuell war. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

Auf der Website unter Nummer 2023-109 zu finden.

AUSSICHTSLOSER ZUSTAND, UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

»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 f.).«

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

Hüftfraktur, kurze Zeitspanne zwischen Ersuchen und Sterbehilfe

Ein Mann im Alter zwischen 90 und 100 Jahren wohnte selbständig, bis er sich durch einen Sturz eine Hüftfraktur zuzog. Daraufhin besprach er mit dem Chirurg die Möglichkeiten einer eventuellen Hüftoperation. Er hatte sich über die möglichen Eingriffe informieren lassen und entschied sich aber, nicht zuletzt angesichts der Erfahrungen in seinem Umfeld, seines Alters und seiner körperlichen Verfassung, letztlich gegen eine Hüftoperation. Nach einem kurzen Aufenthalt im Krankenhaus zog der Mann in ein Hospiz um. Dort bat er den Arzt sofort um Sterbehilfe, der auch bereit war, seiner Bitte nachzukommen.

Aus den Unterlagen ging hervor, dass zwischen dem Sturz und dem Tod des Mannes lediglich zwei Wochen lagen. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Kommission unter anderem die Frage, ob der Arzt hinreichende Sicherheit über die Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten hatte erlangen können, angesichts der Tatsache, dass der Mann sich nicht die Zeit genommen hatte, sich an die neue Situation zu gewöhnen. Der Arzt legte dar, dass das Leben des Patienten bis zu seinem Sturz akzeptabel war und er es noch selbständig bewältigen konnte. Aufgrund seiner gebrochenen Hüfte würde er einen Großteil dieser Selbständigkeit einbüßen. Darüber hinaus war es äußerst unwahrscheinlich, dass er wieder laufen und selbständig leben können würde. Der Mann hatte sich bereits unmittelbar nach dem Sturz das Leben nehmen wollen, allerdings misslang dieser Suizidversuch. Der Arzt erklärte, dass der Mann sich – trotz der kurzen Zeit, die zwischen seinem Sturz und der Bitte um Sterbehilfe lag – sicher war, dass er schnellstmöglich sterben wollte.

Die Kommission stellte fest, dass der Mann immer selbständig gelebt hatte. Im Laufe der Jahre fiel ihm das Laufen immer schwerer, aber er genoss sein Leben und seine Selbständigkeit nach wie vor. Durch seinen Sturz und die Hüftfraktur verlor er diese Selbständigkeit komplett, und er litt unter der zunehmenden Abhängigkeit von anderen. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Mann sein Leben aufgrund dieser Einschränkungen nicht mehr sinnvoll gestalten konnte.

Darauf basierend schlussfolgerte sie, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Mannes unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

Auf der Website unter Nummer 2023-120 zu finden.

KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Hausarzt sah noch Behandlungsoptionen, Unterbringung im Pflegeheim

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt an verschiedenen körperlichen Erkrankungen. Sie hatte Schmerzen aufgrund von Polyarthrose (Gelenkverschleiß) und Bauchschmerzen aufgrund von Fibromyalgie (Bindegewebs- und Muskelschmerzen). Außerdem litt sie an Osteoporose (Knochenschwund), die zu Wirbelkörperbrüchen geführt hatte, und an einem Ekzem, das starken Juckreiz verursachte. Aufgrund ihrer Beschwerden litt die Frau an Erschöpfung; hierdurch kam es zu Selbstverwahrlosung. Die Frau hatte immer ein aktives Leben geführt, mittlerweile war sie jedoch nur noch ein Schatten ihrer selbst.

Aus den eingereichten Unterlagen ging hervor, dass der Hausarzt der Patientin nicht vollständig davon überzeugt war, dass es für das Leiden der Frau keine annehmbare andere Lösung mehr gab. Außerdem war er der Ansicht, dass die Frau ihr Leiden nicht konsistent äußerte. Aus diesem Grund wollte er ihrem Sterbehilfeersuchen nicht nachkommen. Daraufhin wandte sich die Frau an einen Arzt des Kompetenzzentrums für Sterbehilfe.

Dieser sprach vier Mal mit der Frau, wobei sie ihre Bitte um Sterbehilfe mehrfach wiederholte. Der Arzt hatte mit der Patientin auch über andere Lösungen gesprochen, die der Hausarzt vorgeschlagen hatte, nämlich den Umzug in ein Pflegeheim oder eine Behandlung, die auf ihren Umgang mit dem Juckreiz abzielte. Die Unterbringung in einem Pflegeheim erschien der Frau zunächst eine gute Idee zu sein, allerdings hatte sie keine Kraft mehr für einen Umzug. Dies war für sie somit keine annehmbare andere Lösung mehr. Außerdem wären ihre Schmerzen und der Juckreiz weiterhin da, und eine bessere Betreuung und Behandlung, auch mit Medikamenten, war nicht möglich.

Der Arzt zog einen unabhängigen Psychiater hinzu, da er Zweifel hatte, ob die Frau womöglich an einer Persönlichkeitsstörung litt. Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass keine schwerwiegende psychische Problematik vorlag. Allerdings zeigte die Frau Anzeichen einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung, was ihr den Umgang mit ihren körperlichen Symptomen erschwerte. Eine Behandlung mit dem Ziel, dies besser akzeptieren zu können, lehnte sie jedoch ab. Darüber hinaus stufte der Psychiater die Frau hinsichtlich ihres Ersuchens um Sterbehilfe als willensfähig ein.

Vor diesem Hintergrund wurde der Kommission klar, dass der Sterbewunsch der Frau auf ihre körperlichen Beschwerden zurückging und dass diese Beschwerden zusätzliches Leiden verursachten, da es der Frau schwerfiel, hiermit umzugehen. Nach Auffassung der Kommission hatte der Arzt klar begründet, warum er zu dem Schluss gekommen war, dass es keine annehmbare andere Lösung mehr gab. Diesen Standpunkt teilten auch der unabhängige Konsiliararzt (SCEN-Arzt) und der unabhängige Psychiater. Somit kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt gemeinsam mit der Frau zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der diese sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

Auf der Website unter Nummer 2023-121 zu finden.

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 Sorgfaltskriterien in Bezug auf das Ersuchen, das Leiden, das Fehlen einer annehmbaren Alternative und die Aufklärung des Patienten beurteilt.

Beim Konsiliararzt muss es sich nach dem Gesetz um einen »unabhängigen Arzt« handeln. Unabhängig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Konsiliararzt in der Lage sein muss, ein eigenständiges Urteil abzugeben. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein. Deshalb ist es wichtig, dass der Konsiliararzt und der Arzt in ihren Berichten ihr Verhältnis zueinander beschreiben und dass der Konsiliararzt in seinem Bericht auf sein Verhältnis zum Patienten eingeht. 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. 33 f.).

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Beteiligung an der Behandlung des Patienten, Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Patienten

Ein Mann im Alter zwischen 60 und 70 Jahren litt an einer Autismus-Spektrum-Störung, einer bipolaren Störung, rezidivierenden Depressionen und anhaltenden körperlichen Beschwerden. Der Mann war über Jahre hinweg intensiv begleitet und behandelt worden. So hatte er sich beispielsweise über einhundert Elektrokonvulsionstherapie-Sitzungen (EKT) unterzogen.

Als Konsiliararzt zog der durchführende Arzt einen SCEN-Arzt hinzu, der auch Psychiater ist. Dieser hatte den Patienten in der Zeit zwischen zehn und drei Jahren vor dessen Tod regelmäßig im Rahmen der EKT-Sitzungen gesehen. Der Konsiliararzt erklärte in seinem Bericht, zu dem Patienten nie in einer Beziehung als behandelnder Arzt gestanden zu haben und dass sein Anteil an den Behandlungen des Patienten in erster Linie auf eine »technische Rolle« beschränkt gewesen seien. Der Mann sei nie in seinem Sprechzimmer gewesen und er habe ihn auch immer nur liegend in einem Krankenhausbett gesehen. Außerdem sei er nie für den Indikationsrahmen und die Evaluierung der EKT-Behandlungen verantwortlich gewesen. Über die Biographie und die Lebenssituation des Patienten habe er keinerlei Informationen gehabt.

Die Kommission stellte fest, dass der Konsiliararzt in der Zeit zwischen zehn und drei Jahren vor dem Tod des Patienten für die Durchführung der EKT (mit-)verantwortlich gewesen ist, ebenso für die Behandlung eventueller Komplikationen während oder unmittelbar nach der EKT. Sie stellte ebenso fest, dass der Konsiliararzt in dieser Zeit an der Behandlung des Mannes beteiligt war. Der Anteil des Konsiliararztes an der Behandlung des Patienten beschränkte sich allerdings auf die Durchführung einer medizinischen Behandlung im Rahmen eines breiteren Behandlungsplans. Drei Jahre vor seinem Tod wurde die EKT-Behandlung des Patienten wegen unzureichenden Erfolgs und schweren Gedächtnisstörungen eingestellt. Danach war der Konsiliararzt in keiner Weise mehr an der Behandlung des Mannes beteiligt gewesen.

Die Kommission kam denn auch zu dem Schluss, dass es zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten keine aktuelle und intensive Arzt-Patient-Beziehung gegeben hatte und der Konsiliararzt somit hinreichenden Abstand zu der Situation hatte, um ein unabhängiges Urteil abgeben zu können. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

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 und Verabreichungsmaterialien verfügen, falls es zu Problemen mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln kommt (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 38).

MEDIZINISCH FACHGERECHTE DURCHFÜHRUNG

Keine Fragen aufwerfende Meldung, Zugang lag nicht korrekt, das gesamte Verfahren erneut durchlaufen

Eine Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren litt an metastasiertem Bauchspeicheldrüsenkrebs. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Durchführung der Sterbehilfe gestaltete sich relativ kompliziert. Aus dem Meldeformular des Arztes ging Folgendes hervor.

Am Tag der Durchführung der Lebensbeendigung hatten vormittags mehrere Pflegekräfte versucht, bei der Patientin einen Zugang zu legen. Da dies immer wieder misslang, entschied man sich dafür, den Zugang im Krankenhaus unter Ultraschallkontrolle zu legen. Nachdem dies geglückt war, konnte die Patientin wieder zurück nach Hause. Die Sterbehilfe war für den frühen Abend geplant.

Während der Durchführung der Sterbehilfe verlief die Verabreichung des Schmerzmittels Lidocain und des komaauslösenden Mittels unproblematisch und schmerzlos. Auch das Durchspülen der Kanüle mit Kochsalzlösung bereitete dem Arzt keinerlei Probleme. Allerdings blieb die Patientin nach der Verabreichung des komaauslösenden Mittels bei Bewusstsein. Obwohl es keine klaren Anzeichen dafür gab, dass der Zugang nicht korrekt lag, vermutete der Arzt, dass dies der Grund dafür war, dass die Frau nicht ins Koma fiel. Der Arzt nahm Kontakt zur Notaufnahme des Krankenhauses auf, um die Situation mit dem diensthabenden Anästhesisten zu besprechen. Sie kamen überein, im Krankenhaus erneut einen Zugang zu legen.

Daraufhin wurde die Patientin mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht, wo ultraschallgesteuert ein Zugang mit laufender Infusion gelegt wurde, um das Risiko eines Verrutschens des Zugangs zu verringern. Der Arzt versorgte sich im Krankenhaus mit einem zusätzlichen Notvorrat an Sterbemitteln, um wieder ein ursprüngliches Medikamentenset und eben einen Notvorrat zur Verfügung zu haben. Der Arzt führte erneut das komplette Sterbehilfeprozess bei der Patientin zu Hause aus. Diesmal verlief die Verabreichung des komaauslösenden Mittels und des Muskelrelaxans problemlos. Die Frau verstarb ruhig.

Die Kommission stellte fest, dass der Arzt die Durchführung der Sterbehilfe aussetzte, als er festgestellt hatte, dass es Probleme mit dem Zugang gab. Der Arzt handelte angemessen und im Einklang mit der Richtlinie, indem er einen neuen Zugang legen ließ. Anschließend führte

der Arzt das Sterbehilfverfahren noch einmal komplett durch. Er hatte sich von einem Anästhesisten über das beste Vorgehen in diesem Fall beraten lassen. Er war bei der Durchführung ruhig geblieben und hatte der Patientin und ihren Angehörigen fachkundig beigegeben. Auch die übrigen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

Auf der Website unter Nummer 2023-119 zu finden.

2.3 VIER FÄLLE VON PATIENTEN MIT EINER BESONDEREN ERKRANKUNG

Nachstehend werden vier Fälle von Patienten mit einer besonderen Erkrankung beschrieben. In der ersten Meldung geht es um eine Patientin mit einer psychischen Störung, in der zweiten um eine Patientin mit einer Kumulation von Altersbeschwerden und im dritten und vierten Fall um Demenzpatienten.

PSYCHISCHE STÖRUNG

Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Störung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. 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. 49 f.).

PSYCHISCHE STÖRUNG

Fragen aufwerfende Meldung, Zwangsstörung, keine annehmbaren Alternativen

Eine Frau im Alter zwischen 18 und 30 Jahren litt bereits seit ihrer Kindheit an einer Zwangsstörung (OCD), die sich durch Mysophobie und Perfektionismus äußerte und zur Entstehung einer Essstörung beitrug. Ein Jahr vor ihrem Tod wurden bei der Frau darüber hinaus Anzeichen einer Autismus-Spektrum-Störung festgestellt.

Die Patientin konnte ihr Leben wegen ihrer psychischen Störungen nur schwer sinnvoll gestalten und auch nicht genießen, wenn sie etwas unternahm oder tat. Sie konnte die perfektionistischen Anforderungen, die sie aufgrund ihrer Zwangsstörung an sich stellte, nicht erfüllen und bestrafte sich mit Selbstverletzung. Sie hatte Mühe, all das zu verarbeiten, was im täglichen Leben geschah, außerdem fiel es ihr schwer, soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Die Frau litt unter dem ständigen Druck, den sie empfand, und wollte nicht mehr länger leiden.

Der Arzt stellte fest, dass die Patientin über ein Krankheitsverständnis und -bewusstsein verfügte und sich über ihre Aussichten und die Konsequenzen ihres Sterbewunsches im Klaren war. Auch der vom Arzt hinzugezogene unabhängige Psychiater und der Konsiliararzt (SCEN-Arzt) waren der Auffassung, dass die Frau im Hinblick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig war.

Aus den Unterlagen ging hervor, dass sich die Frau den größten Teil ihres Lebens vielen psychiatrischen Behandlungen unterzogen hatte. Diese konnten ihre Zwangsgedanken und -handlungen jedoch nicht durchbrechen und boten ihr auch keine Perspektive. Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass weder die Behandlungen, die die Beschwerden verringern sollten, noch die unterstützende Begleitung, die die Patientin erhalten hat, den Leidensdruck der Frau hatten mindern können. Im Gegenteil, die Beschwerden der Patientin hatten sich im Laufe der Zeit und durch die verschiedenen Behandlungsversuche lediglich verschlimmert. Dem unabhängigen Psychiater zufolge gab es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr. Der hinzugezogene Konsiliararzt teilte diese Auffassung.

Da die Patientin noch recht jung war, hatte der Arzt das Ersuchen um Sterbehilfe im Rahmen einer Besprechung der ethischen Aspekte diskutiert und sich zusätzlich auch intensiv mit verschiedenen an der Behandlung der Frau Beteiligten beraten. Diese Beratungen ergaben, dass es noch die Möglichkeit einer Tiefen Hirnstimulation gab.

Daraufhin wurde untersucht, ob diese Behandlung für die Frau eine angemessene Option sein könnte, mit dem Ergebnis, dass die Frau nicht mehr die Motivation aufbringen konnte, sich dieser langfristigen und intensiven Behandlung zu unterziehen.

Der Kommission zufolge war der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgegangen. Sie kam zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war und dass der Zustand der Frau aussichtslos und ihr Leiden unerträglich war. Die Kommission kam außerdem zu dem Schluss, dass der Arzt gemeinsam mit der Patientin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der sich die Frau befand, keine annehmbare andere Lösung gab. Auch die anderen Sorgfaltskriterien waren nach Ansicht der Kommission erfüllt.

Auf der Website unter Nummer 2023-004 zu finden.

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 im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte, der Persönlichkeit und der Belastbarkeit des Patienten gesehen werden müssen (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 25).

KUMULATION VON ALTERSBESCHWERDEN

Keine Fragen aufwerfende Meldungen, über 100 Jahre alt, verschiedene Erkrankungen, Stimmungsstörungen

Eine Frau im Alter von über 100 Jahren litt an mehreren Altersbeschwerden. Sie hatte hohen Blutdruck, was zu Problemen mit den Blutgefäßen und Nieren führte. Außerdem war sie schwerhörig, hatte Tinnitus und eine Sehbehinderung. Sie schlief schlecht, weshalb sie immerzu müde war. Es fiel ihr schwer, sich zu bewegen. Bis ins hohe Alter hatte sie selbständig leben können, aber seit einiger Zeit war sie auf Unterstützung in ihren alltäglichen Handlungen angewiesen. Außerdem verschlechterten sich ihr kognitiver Zustand und ihre Fähigkeit, Gesprächen zu folgen; das führte dazu, dass sie sich ängstlich und niedergeschlagen fühlte.

Anderthalb Monate vor ihrem Tod sprach die Frau zum ersten Mal mit dem Arzt über Sterbehilfe und bat ihn auch unmittelbar um die Durchführung. Dem Arzt zufolge war diese Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Dennoch zog der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzu, der die Niedergeschlagenheit der Patientin beurteilen sollte. Dieser kam zu dem Schluss, dass die Niedergeschlagenheit der Frau auf ihre körperliche Verfassung zurückging; eine Depression lag nicht vor. Diesen Standpunkt teilte auch der unabhängige Konsiliararzt (SCEN-Arzt).

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

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

Auf der Website unter Nummer 2023-043 zu finden.

DEMENZ

Auch bei Patienten mit Demenz muss die Einhaltung der gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien, insbesondere mit Blick auf das freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerte Ersuchen und die Unerträglichkeit des Leidens, mit besonderer Behutsamkeit geprüft werden. Befindet sich der Patient noch im Anfangsstadium der Demenz, reicht es in der Regel, das reguläre Konsultationsverfahren (Hinzuziehung eines SCEN-Arzt) zu durchlaufen. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten gibt, sollte der betreffende Arzt diesbezüglich gezielt einen Spezialisten um eine Stellungnahme bitten (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 52 f.).

In fast allen derartigen Fällen, 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 (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 52).

In der Spätphase der Demenz, in der der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens nicht mehr als willensfähig betrachtet werden kann, ist die Durchführung der Sterbehilfe in den Fällen möglich, in denen der Patient, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung einschließlich Sterbehilfeersuchen verfasst hat. Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann eine schriftliche Patientenverfügung eine mündlich geäußerte Bitte ersetzen; die Sorgfaltskriterien gelten entsprechend (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 53).

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

WILLENSFÄHIGER DEMENZPATIENT

Keine Fragen aufwerfende Meldung, Alzheimer-Demenz, Organspende

Bei einem Mann im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde einige Monate vor seinem Tod die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert. Sein Gedächtnis verschlechterte sich rasch. Außerdem wurde er immer ungeschickter und schneller zornig. Die Angst, in ein Pflegeheim zu müssen, beherrschte sein Leben. Daher wollte er auf jeden Fall rechtzeitig um Sterbehilfe bitten.

Fast ein Jahr vor seinem Tod sprach er zum ersten Mal mit dem Arzt über Sterbehilfe. Anderthalb Monate vor seinem Tod bat der Mann den Arzt, die Lebensbeendigung durchzuführen.

Dem Arzt zufolge verfügte der Patient trotz der Demenz über hinreichendes Krankheitsbewusstsein und hinreichende Krankheitseinsicht und gab es keinerlei Zweifel daran, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Er war davon überzeugt, dass das Leiden des Patienten für ihn unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Für den Mann gab es keine annehmbaren Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Außerdem hatte der Arzt den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Prognose hinreichend informiert.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der den Mann etwa einen Monat vor seinem Tod besuchte und zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Mann hatte erklärt, seine Organe nach seinem Tod spenden zu wollen. Aus diesem Grund wurde die Sterbehilfe in einem Krankenhaus geleistet. Bei der Durchführung befolgte der Arzt die Richtlinie der Transplantationsstiftung zur Organspende nach erfolgter Sterbehilfe vom Juli 2023.

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

Auf der Website unter Nummer 2023-074 zu finden.

NICHT MEHR WILLENSFÄHIGER DEMENTZPATIENT

Fragen aufwerfende Meldung, Alzheimer-Demenz, schriftliche Patientenverfügung, Kompetenzzentrum für Sterbehilfe, Patient in geschlossener Abteilung

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren wurde etwa zehn Jahre vor seinem Tod die Alzheimer-Krankheit festgestellt. Aufgrund einer gerichtlichen Anordnung war er in einer geschlossenen Abteilung eines Wohn- und Pflegeheims untergebracht, da er wegen seiner Krankheit nicht mehr selbständig wohnen konnte. Nach dem Erhalt seiner Demenzdiagnose verfasste der Mann eine schriftliche Patientenverfügung, die er mit seinem Hausarzt besprach. Diese Verfügung aktualisierte er acht bzw. fünf Jahre vor seinem Tod.

FREIWILLIGE UND NACH REIFLICHER ÜBERLEGUNG GEÄUSSERTE BITTE

Zum Zeitpunkt der Formulierung der schriftlichen Patientenverfügung war der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens willensfähig. Die Verfügung war freiwillig und nach reiflicher Überlegung verfasst und mit dem Hausarzt und den Angehörigen besprochen worden. Darüber hinaus war sie in den darauffolgenden Jahren zwei Mal aktualisiert worden.

In dem Dokument hatte der Mann erklärt, nicht in einen Zustand geraten zu wollen, in dem er seine Menschenwürde verlieren würde, es keine Aussicht auf Besserung gäbe, er unerträglich leiden würde oder ein weiterer körperlicher Verfall absehbar sei. In seinen eigenen Worten schrieb der Mann weiter, dass er Sterbehilfe bei Demenz wünsche, wenn er inkontinent werde, in ein Pflegeheim müsse, aggressiv werde, seine Angehörigen nicht mehr erkenne, in ein Koma falle, einen Schlaganfall erleide, nicht mehr essen, trinken oder selbständig atmen könne, nicht mehr selbst handeln, lesen oder fernsehen könne und wenn er ängstlich werden würde.

Der Patient meldete sich beim Kompetenzzentrum für Sterbehilfe (EE) an. In den ersten drei Gesprächen mit dem EE-Team war die Willensfähigkeit des Mannes nicht konsistent gegeben. Der Arzt kam zu dem Schluss, dass der Mann zu dem betreffenden Zeitpunkt nicht unerträglich litt und der Sterbewunsch noch nicht gegeben war. Einige Monate später, etwa drei Monate vor seinem Tod, sprach der Mann auf Bitten seiner Frau zum vierten Mal mit dem Arzt. Danach fanden noch fünf weitere Gespräche statt, bei denen der Patient nicht mehr willensfähig war.

Der mentale und körperliche Zustand des Mannes verschlechterte sich im Wohn- und Pflegeheim in hohem Tempo. Zusammen mit der Ehefrau des Patienten, seinen Kindern und anderen beteiligten Ärzten kam der Arzt zu dem Schluss, dass die Umstände gegeben waren, die der Mann in seiner Patientenverfügung beschrieben hatte. Der Mann hatte sich mehrfach gegenüber Personen in seinem Umfeld aggressiv verhalten. Außerdem war er sehr unruhig, verwirrt und frustriert, weil er mit der Situation nicht mehr umgehen konnte. Er erkannte die Menschen um sich herum oft nicht mehr, konnte kaum noch sinnvoll kommunizieren, und sein Gedächtnis verschlechterte sich zusehends.

Die Kommission stellte fest, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe jene Umstände gegeben waren, die der Mann in seiner schriftlichen Patientenverfügung als unerträgliches Leiden beschrieben hatte. Sie kam außerdem zu dem Schluss, dass die Verfügung des Mannes den zwei wesentlichen Kriterien entsprach: so ging aus ihr hervor, dass der Mann Sterbehilfe wünschte, wenn er infolge der Demenz nicht mehr willensfähig war, und dass dieser Wunsch auf das Leiden zurückging, das die Demenz verursachte.

Die Kommission stellte darüber hinaus fest, dass der Arzt bei seinen Besuchen bei dem Mann keine verbalen Äußerungen oder Verhaltensweisen wahrgenommen hatte, die im Widerspruch zu dem Sterbehilfeersuchen gestanden hätten (sog. Kontraindikationen).

AUSSICHTSLOSER ZUSTAND, UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND KEINE ANNEHMBARE ANDERE LÖSUNG

Mit Blick auf das unerträgliche Leiden war die Kommission der Ansicht, dass der Arzt diesen Aspekt im Rahmen der Gespräche sorgfältig untersucht hatte. Der Mann war sehr unruhig, sichtbar frustriert und rief mehrfach, dass er nicht mehr leben wolle. Er war aggressiv und schlug dann unter Umständen plötzlich auf sein Gegenüber ein. Er wurde aus diesem Grund mit Medikamenten behandelt, diese hatten allerdings zur Folge, dass er öfter stürzte. Darüber hinaus konnte der Patient nicht mehr selbständig essen und trinken; er hatte seine Selbständigkeit vollkommen eingebüßt. Er erkannte seine Angehörigen nicht mehr und wenn ihm klar wurde, dass ihn sein Gedächtnis im Stich ließ, war er niedergeschlagen, frustriert und fühlte sich machtlos. Der Arzt erkannte den Verfall des Mannes und konnte die Unerträglichkeit seines Leidens nachempfinden. Diese Meinung teilten auch andere beteiligte Ärzte, der unabhängige Facharzt und der Konsiliararzt. Das aktuelle unerträgliche Leiden lag in der Unruhe und im Zorn begründet, die eine Folge der Krankheit des Mannes waren.

Beim ersten Besuch des Arztes war der Mann (zumindest teilweise) willensfähig gewesen, bei den letzten Gesprächen nicht mehr. Aus diesem Grund hatte der Arzt nicht selbst detailliert mit dem Patienten über annehmbare andere Lösungen sprechen können. Allerdings hatte der Mann gesagt, dass er sich darüber im Klaren sei, dass sich sein Zustand – wie bei seinem Bruder und seiner Schwester, die ebenfalls an Alzheimer-Demenz gelitten hatten – nur weiter verschlechtern würde. Er konnte den Krankheitsverlauf realistisch einschätzen. Hierüber hatte er zuvor, als er noch vollständig willensfähig war, auch bereits mit seinem Hausarzt, anderen behandelnden Ärzten und seinen Angehörigen gesprochen. Mit Blick auf das Leiden und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung stützte sich der Arzt auf seine eigenen Beobachtungen wie auch auf Berichte anderer an der Behandlung des Patienten Beteiligten und Gespräche mit ihnen. Auch der unabhängige Facharzt und der Konsiliararzt kamen zu dem Schluss, dass es für den Mann keine annehmbaren Alternativen mehr gab, sein Leiden zu lindern. Es gab keine Möglichkeiten mehr, die Wutanfälle und die Unruhe des Mannes auf menschenwürdige Art und Weise zu mindern.

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE SITUATION UND PROGNOSE DES PATIENTEN

Aus den Unterlagen ging hervor, dass der Mann von seinen behandelnden Ärzten im Zuge der Diagnosestellung und der Verfassung seiner schriftlichen Patientenverfügung ausführlich über seine Erkrankung und Prognose aufgeklärt worden war. In dieser Zeit war der Patient noch willensfähig und sich darüber im Klaren gewesen, was diese Krankheit bedeutete. Er hatte dies bereits bei seinem Bruder und seiner Schwester mitangesehen. Als der Arzt dann selbst an der Behandlung beteiligt war, war der Mann zeitweilig noch willensfähig hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass sich der Mann zum Zeitpunkt der Verfassung seiner Patientenverfügung über die Krankheit und deren Verlauf im Klaren gewesen ist.

HINZUZIEHUNG EINES UNABHÄNGIGEN KONSILIARARZTES

Der hinzugezogene Konsiliararzt, ein Psychiater, sprach mit dem Arzt und sah alle relevanten Unterlagen ein, darunter die Patientenverfügung. Er besuchte den Patienten, mit dem man zu diesem Zeitpunkt nicht mehr sinnvoll kommunizieren konnte, und sprach mit der Ehefrau. Er kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Als unabhängigen Facharzt zog der Arzt außerdem eine Geriaterin hinzu, die den Mann besuchte und versuchte, ein Gespräch mit ihm zu führen. Darüber hinaus sprach sie mit verschiedenen Beteiligten, studierte alle Unterlagen und kam auf dieser Grundlage zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

DURCHFÜHRUNG

Wegen des unruhigen Verhaltens des Mannes und der eventuellen Äußerungen von Zorn, Frustration und physischer Aggression entschied man sich in Abstimmung mit allen Beteiligten, dem Patienten vor der Durchführung der Sterbehilfe ein Beruhigungsmittel zu verabreichen. Daraufhin schlief der Mann ein. Danach führte der Arzt die Sterbehilfe im Beisein der Frau und der Kinder des Patienten gemäß der Richtlinie durch.

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

Auf der Website unter Nummer 2023-065 zu finden.

3 DER ARZT HAT DIE SORGFALTSKRITERIEN NICHT ERFÜLLT

In diesem Berichtsjahr kamen die Kommissionen fünf Mal zu dem Schluss, dass der Arzt beim Leisten der Sterbehilfe die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat. In einem Fall betraf es das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes, in zwei Fällen die große Behutsamkeit, mit der vorgegangen werden muss, wenn das Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Störung verursachtes Leiden zurückgeht, in einem Fall ging es um eine Kombination aus einer körperlichen Erkrankung und einer psychischen Störung, wobei ebenfalls mit großer Behutsamkeit vorgegangen werden muss, und in einem Fall wurde die Sterbehilfe nicht medizinisch fachgerecht durchgeführt. Die Beurteilungen dieser Fälle werden nachstehend beschrieben und wurden in detaillierterer Form auf der Website veröffentlicht.

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. Im SterbehilfeKodex 2022 ist unter anderem niedergelegt, dass es sich nach dem Gesetz um einen »unabhängigen Arzt« handeln muss. Unabhängig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Konsiliararzt in der Lage sein muss, ein eigenständiges Urteil abzugeben. Die Unabhängigkeit muss sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber dem Patienten gegeben sein. Die erforderliche Unabhängigkeit dem Arzt gegenüber bedeutet, dass keine persönliche, organisatorische, hierarchische oder finanzielle Beziehung zwischen dem Konsiliararzt und dem Arzt bestehen darf. Entsprechend kann eine Person, die zu dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, in einer Verwandtschafts- bzw. (finanziellen) Abhängigkeitsbeziehung steht, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis oder als Assistenzarzt, grundsätzlich nicht als Konsiliararzt eingeschaltet werden. Ebenso wenig kann ein Arzt, der selbst Arzt oder Patient des durchführenden Arztes ist, als Konsiliararzt hinzugezogen werden (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 33).

Im nachstehenden Fall war das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes nicht erfüllt, da der eingeschaltete Konsiliararzt Patient in der Praxis des durchführenden Arztes war.

In diesem Fall zog der Arzt einen SCEN-Arzt als Konsiliararzt hinzu. Zur Unabhängigkeit dieses Arztes schrieb der meldende Arzt in seinem Bericht Folgendes: »Ich kenne den Konsiliararzt lediglich als Patienten in meiner Praxis; ich wusste bis zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme über die Organisation nicht, dass er SCEN-Arzt war.« Der Konsiliararzt schrieb in seinem Bericht: »Den Arzt kenne ich seit einem Jahr, weil er mein Hausarzt ist. Ich bin ihm nur einmal begegnet. Ich sehe mich als in der Lage an, ein unabhängiges und professionelles Urteil abzugeben.«

Im Rahmen der mündlichen Erläuterung bei der Kommission stellte sich heraus, dass der Arzt und der Konsiliararzt über den SCEN-Dienstplan miteinander in Kontakt gekommen waren. In einem Telefongespräch, das die beiden Ärzte miteinander führten, war beiden bewusst, dass der Konsiliararzt seit einem Jahr Patient in der Praxis des durchführenden Arztes war. Sie waren einander nur einmal im Rahmen eines Kennenlerngesprächs kurz begegnet. Als sie darüber sprachen, kamen sie zu dem Schluss, dass dies der Konsultation nicht im Wege stünde.

Der meldende Arzt und der Konsiliararzt erklärten beide, dass sie den Abschnitt des SterbehilfeKodex 2022, nach dem ein Arzt, der Patient des durchführenden Arztes ist, nicht als Konsiliararzt in Frage kommt, nicht kannten. Weder dem durchführenden Arzt noch dem Konsiliararzt war klar, dass ein anderer Konsiliararzt hinzugezogen hätte werden müssen.

Die Kommission ist der Ansicht, dass es nicht wünschenswert ist, dass der durchführende Arzt einen Arzt als Konsiliararzt hinzuzieht, der Patient in seiner Praxis ist. Der Arzt wusste, dass der Konsiliararzt Patient in seiner Praxis war. Auch wenn er den Konsiliararzt nur ein einziges Mal zu einem Kennenlerngespräch getroffen hatte, hätte er einen anderen Konsiliararzt einschalten müssen, um die geforderte Unabhängigkeit zu gewährleisten.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass in diesem Fall kein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen worden ist.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

GROSSE BEHUTSAMKEIT BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Wenn ein Ersuchen um Sterbehilfe (überwiegend) auf ein durch eine psychische Störung verursachtes Leiden zurückgeht, wird vom Arzt erwartet, dass er mit großer Behutsamkeit vorgeht. Diese Behutsamkeit ist vor allem im Hinblick auf die Willensfähigkeit des Patienten hinsichtlich seines Sterbewunsches, 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 f.).

Im nachstehenden Fall wurde das Erfordernis der Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters nicht erfüllt, wodurch der Arzt nicht mit der erforderlichen großen Behutsamkeit vorgegangen ist.

In diesem Fall geht es um eine Frau zwischen 70 und 80 Jahren mit Tinnitusbeschwerden. Verschiedene Ärzte hatten die Beschwerden untersucht, aber keine eindeutige körperliche Ursache dafür finden können. In der Vergangenheit war die Frau wegen einer post-traumatischen Belastungsstörung (PTBS) behandelt worden. Einige Monate vor ihrem Tod unternahm die Frau einen Suizidversuch, woraufhin sie in psychiatrische Behandlung kam. Der Psychiater stellte eine somatische Belastungsstörung und eine depressive Störung fest. Auf Empfehlung des Psychiaters wurde die Frau an ein Hörzentrum und in die Tinnitusprechstunde eines Universitätsklinikums überwiesen. Dort wurde eine Innenohrschwerhörigkeit diagnostiziert und festgestellt, dass es keine Indikation für spezifische Hilfe gab, da sich die Frau bereits in psychischer Behandlung befand. Abgesehen von Ohrensausen litt die Frau auch an Herzrasen und Benommenheit. Diverse psychiatrische Behandlungen konnten die Beschwerden der Frau nicht lindern. Der behandelnde Psychiater kam zu dem Schluss, dass es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gab.

Als Konsiliararzt zog der Arzt einen unabhängigen SCEN-Arzt ohne psychiatrische Expertise hinzu, einen unabhängigen Psychiater schaltete er nicht ein.

Im Rahmen der mündlichen Erläuterung bei der Kommission erklärte der Arzt, dass die Einbeziehung unabhängiger psychiatrischer Expertise fast nie zu neuen Erkenntnissen führe. Er habe der Frau nicht ohne Not eine Untersuchung aufbürden wollen, weil es aus seiner Sicht keine realistischen Behandlungsoptionen zur Linderung des Leidens gab. Der Arzt erklärte, eine Untersuchung durch einen unabhängigen Psychiater wäre für die Frau eine zu große Belastung gewesen. Die Frau habe nur noch einen Wunsch gehabt, nämlich die Beendigung ihres Leidens durch Sterbehilfe. Der Arzt sah darin einen legitimen Grund, keinen Psychiater einzuschalten. Außerdem hielt er die Hinzuziehung eines unabhängigen Psychiaters für unnötig, weil Tinnitus seiner Auffassung nach als eine – wenn auch überwiegend unverstandene – somatische Erkrankung angesehen werde.

Der Kommission zufolge hätte der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen müssen, weil eine somatische Belastungsstörung als psychische Störung angesehen werden muss, auch wenn ihr möglicherweise eine physische Ursache zugrunde liegt. Da der Arzt keinen Psychiater eingeschaltet hat, konnte er die Stimmungsstörungen der Frau, ihren kurz zuvor erfolgten Suizidversuch und die vorhandenen

PTBS-Beschwerden nicht ausreichend reflektieren. Die Erläuterungen des Arztes zu der Frage, warum er keine psychiatrische Expertise eingeholt hat, haben die Kommission nicht überzeugt. Auch hatte der Arzt bei der Frau nicht in Erfahrung gebracht, ob sie für ein Gespräch mit einem unabhängigen Psychiater offen war. Die Kommission war nicht davon überzeugt, dass in diesem Fall die Einschaltung eines unabhängigen Psychiaters die Frau über Gebühr belastet hätte.

Da der Arzt keinen unabhängigen Psychiater konsultiert hat, kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt seine Überzeugung, dass die Frau freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat, es keine Aussicht auf Besserung und keine für die Frau annehmbare andere Lösung gab, nicht hinreichend begründet hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Im nachstehenden Fall hat der Arzt zwar einen unabhängigen Psychiater hinzugezogen, dieser beurteilte aber nicht den aussichtslosen Zustand und das Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung. Außerdem gab es keine klare Diagnose.

BEURTEILUNG 2023-038

In diesem Fall geht es um eine Frau zwischen 60 und 70 Jahren, die schon seit ihrer frühen Jugend mit Stimmungsstörungen zu tun hatte. Gut fünfzig Jahre vor ihrem Tod war, ihren Angaben zufolge, bei ihr eine Depression diagnostiziert worden, derentwegen sie mehrfach behandelt worden sei, darunter mit Medikamenten und im Rahmen einer Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Es gab allerdings keine Unterlagen, die diese Diagnose und Behandlungen bestätigten, da dies alles schon lange zurücklag. Gut fünfzig Jahre vor ihrem Tod erlitt die Frau einen Hirnschaden, in dessen Folge sie – neben ihren Stimmungsstörungen – an Ermüdung, Trägheit und verminderter Konzentrationsfähigkeit litt.

Laut der Ärztin, die auch die Hausärztin der Frau war, ging das Sterbehilfersuchen der Frau auf ein Leiden zurück, das die Folge ihrer Stimmungsstörungen war. Die Ärztin kannte die Frau bereits seit Jahren und deutete die Beschwerden als chronische Depression. Der Ärztin war bewusst, dass sie angesichts der psychischen Störung der Frau einen unabhängigen Psychiater einschalten musste. Sie wollte ausschließen, dass die psychische Störung der Frau deren Willensfähigkeit in Bezug auf den Sterbehilfewunsch beeinträchtigte.

Der unabhängige Psychiater kam zu dem Schluss, dass die Frau bei seinem Besuch offensichtlich nicht unter einer Niedergeschlagenheit oder Depression litt, die die Willensfähigkeit beeinträchtigt hätten. In seinem Bericht äußerte er sich lediglich zur Willensfähigkeit der Frau, nicht aber zu der Frage, ob der Zustand aussichtslos war und ob es noch annehmbare Alternativen gab. Außerdem fehlte in seinem Bericht eine klare psychiatrische Diagnose, und auch die von der Ärztin gestellte Diagnose bestätigte er nicht.

Als Konsiliararzt zog die behandelnde Ärztin einen unabhängigen SCEN-Arzt hinzu, der zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Allerdings verfügte der Konsiliararzt nicht über hinreichende psychiatrische Fachkenntnis.

Im Rahmen der mündlichen Erläuterung erklärte die Ärztin, dass sie schon viele Jahre an der Behandlung der Frau beteiligt gewesen sei und dass die Patientin bereits seit Jahren einen Todeswunsch zum Ausdruck gebracht habe. Der Ärztin zufolge war allen Beteiligten klar, dass die Frau an einer unbehandelbaren chronischen Depression litt, allerdings konnte sie nicht sagen, wer diese Diagnose gestellt und wie die Behandlung der Frau ausgesehen hatte. Die Behandlungen, die die Ärztin vorgeschlagen hatte, hatte die Patientin abgelehnt.

Da der hinzugezogene unabhängige Psychiater in seinem Bericht keine klare Diagnose gestellt hatte und lediglich auf die Willensfähigkeit der Frau eingegangen war, kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Ärztin ihre eigenen Überzeugungen nicht hinreichend kritisch hatte reflektieren können. Die Kommission gelangte zu der Überzeugung, dass die Ärztin nicht ausreichend untermauern konnte, dass das Sterbehilfeersuchen nach reiflicher Überlegung geäußert worden und der Zustand der Patientin aussichtslos war. Darüber hinaus konnte die Ärztin nicht ausreichend begründen, dass es für die Situation, in der die Frau sich befand, keine annehmbare andere Lösung gab, außerdem hatte sie die Patientin nicht hinreichend über ihre Prognose informieren können.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

KOMBINATION AUS KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Auch wenn eine Kombination aus körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen gegeben ist, muss der Arzt mit großer Behutsamkeit vorgehen. Wenn die psychische Störung zum Leidensdruck des Patienten beiträgt, muss der Arzt einen unabhängigen Psychiater hinzuziehen, der beurteilt, ob der Patient hinsichtlich seines Sterbewunsches willensfähig und sein Zustand aussichtslos ist und ob es keine annehmbaren Alternativen gibt (siehe SterbehilfeKodex 2022, S. 50).

In diesem Fall hatte der Arzt das Sterbehilfeverfahren von einem anderen Arzt übernommen, der einen Geriater als unabhängigen Sachverständigen hinzugezogen hatte. Dieser Sachverständige hatte die Empfehlung ausgesprochen, einen Psychiater und einen Neurologen zu konsultieren. Der Arzt, der die Sterbehilfe durchführte, ist dieser Empfehlung des Geriaters ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt.

Dieser Fall betrifft eine Frau zwischen 70 und 80 Jahren mit fokaler Epilepsie (epileptische Anfälle in einem Teilbereich des Gehirns), deren Ursache möglicherweise Hirnblutungen waren. Eine Konversionsstörung (von der Psyche ausgelöste körperliche Störungen) wurde jedoch nicht ausgeschlossen. Darüber hinaus hatte die Frau Schmerzen und eine Gangstörung.

Am Sterbehilfeprozess der Frau waren zuvor kurzzeitig zwei Ärzte beteiligt gewesen, die aus persönlichen Gründen wieder ausschieden. Der zuerst hinzugezogene Arzt hatte Zweifel an der medizinischen Ursache des Leidens, am aussichtslosen Zustand, sowie bezüglich der Fragen, inwieweit ein Teil der Beschwerden der Frau eine psychische Ursache hatte und ob es noch Behandlungsmöglichkeiten gab. Deshalb wurde als unabhängiger Facharzt ein Geriater konsultiert. Der Geriater empfahl, die Frau wegen ihrer Stimmungsstörungen und zur Beurteilung der Willensfähigkeit von einem Psychiater untersuchen zu lassen. Außerdem empfahl er, die Patientin im Zusammenhang mit den ungewöhnlichen Anfällen bei fokaler Epilepsie, dem Kraftverlust in ihrer linken Körperhälfte und den Mobilitätsproblemen von einem Neurologen untersuchen zu lassen.

Der zweite hinzugezogene Arzt gab den Fall bereits nach kurzer Zeit aus persönlichen Gründen an den Arzt ab, der die Sterbehilfe letztlich durchführte. Dieser sprach mit der Frau nur ein Mal inhaltlich über ihr Sterbehilfeersuchen. Er leistete keiner der beiden Empfehlungen des zuvor eingeschalteten Geriaters Folge.

Im Zuge der mündlichen Erläuterung bei der Kommission erklärte der Arzt, dass er die Empfehlungen des Geriaters für überflüssig gehalten habe. Obwohl er lediglich ein inhaltliches Gespräch mit der Frau geführt hatte, war er davon überzeugt, dass das Ersuchen der Frau nicht mit einer psychischen Störung zusammenhing. Außerdem habe er die Patientin nicht mit zusätzlichen Untersuchungen unnötig belasten wollen. Der Arzt hatte zwar einen Versuch unternommen, mit dem Neurologen der Frau Kontakt aufzunehmen, doch dieser hatte sich im Urlaub befunden, und einen weiteren Versuch hatte er nicht unternommen. Der Arzt erklärte, die Einschaltung eines unabhängigen Psychiaters resultiere in der Praxis selten bis nie in neuen Behandlungsmöglichkeiten oder anderen Ansätzen zur Linderung des Leidens. Er verwies auf seine jahrelange professionelle Erfahrung als Geriater, und er schätzte die Anfälle der Frau vollständig als fokale Epilepsie ein und nicht als ein (zum Teil) durch eine psychische Störung verursachtes Leiden.

Sowohl der erste Arzt, der an dem Fall beteiligt gewesen war, als auch der unabhängige Geriater hatten Zweifel daran, dass das Sterbehilfersuchen der Frau die Folge einer psychischen Störung war. Vor diesem Hintergrund waren weitergehende Untersuchungen und eine Beratung durch einen Psychiater und einen Neurologen angezeigt. Der Arzt leistete dieser Empfehlung nicht Folge, ohne seine Entscheidung hinreichend zu begründen. Die Kommission war auch nicht davon überzeugt, dass weitergehende Untersuchungen für die Frau zu belastend gewesen wären.

Nach Auffassung der Kommission hatte der Arzt seine Überzeugungen in Bezug auf die Willensfähigkeit der Frau, die möglicherweise psychische Ursache eines Teils der Beschwerden sowie mögliche Behandlungsoptionen nicht hinreichend reflektieren können, da er die Empfehlung ignoriert hatte, diesbezüglich einen Neurologen und einen Psychiater zu konsultieren. Dadurch konnte der Arzt nicht hinreichend zu der Überzeugung gelangen, dass eine freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte vorlag, dass der Zustand aussichtslos war und dass es für die Situation, in der sich die Frau befand, keine annehmbare andere Lösung gab. Der Arzt ist nicht mit der erforderlichen großen Behutsamkeit vorgegangen.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

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 zugrunde. In der Richtlinie ist auf Seite 50 nachzulesen, dass der Apotheker dem Arzt Anweisungen zur sicheren Aufbewahrung der Sterbemittel zwischen dem Zeitpunkt der Übergabe und dem Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe gibt.

Es ist nicht zulässig, dass der Arzt das Sterbemittel im Vorfeld der Durchführung der Sterbehilfe beim Patienten zurücklässt. So soll verhindert werden, dass der Patient oder Dritte dieses in Abwesenheit des Arztes einnehmen bzw. verabreichen könnten (vgl. SterbehilfeKodex 2022, S. 38).

Im vorliegenden Fall hat der Arzt die Sterbemittel bei dem Patienten und seiner Familie zurückgelassen, weil die Durchführung der Lebensbeendigung auf einen späteren Zeitpunkt desselben Tages verschoben worden war.

In diesem Fall geht es um einen Mann im Alter zwischen 40 und 50 Jahren, der an metastasiertem Nierenkrebs litt. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Der Arzt hat die Sterbemittel einige Zeit vor der Durchführung der Lebensbeendigung in der Wohnung des Mannes zurückgelassen. Der Arzt hatte die Sterbemittel beim Apotheker abgeholt; zum vereinbarten Zeitpunkt ging er damit zu dem Mann und legte ihm einen Zugang. Der Mann wollte die Durchführung der Lebensbeendigung gerne auf einen späteren Zeitpunkt desselben Tages verschieben, weil ein Angehöriger zu ihm unterwegs war, um Abschied zu nehmen, und jeden Moment eintreffen konnte. Der Arzt und der Mann vereinbarten, mit der Durchführung der Lebensbeendigung so lange zu warten, bis der Angehörige Abschied genommen habe. Der Arzt ging in seine Praxis zurück und ging davon aus, dass er schnell zu dem Mann zurückkehren würde. In Absprache mit der Familie des Mannes beschloss der Arzt, die Sterbemittel in einer versiegelten Verpackung bei dem Mann zu Hause zurückzulassen.

Im Rahmen der mündlichen Erläuterung bei der Kommission erklärte der Arzt, ihm sei bewusst gewesen, dass keine Notwendigkeit bestanden habe, die Sterbemittel bei dem Mann zurückzulassen. Er hätte die für die Verabreichung vorbereiteten Sterbemittel in seine Praxis mit zurücknehmen können und müssen. Er sei davon ausgegangen, dass er schnell zu dem Mann zurückkehren würde, und er habe dem Mann und seiner Familie vertraut, was seine Entscheidung beeinflusst habe. Im Nachhinein hielt auch der Arzt selbst dies für keine gute Begründung.

Somit kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt keinen guten Grund hatte, die Sterbemittel bei dem Mann zu Hause zurückzulassen. Mit dem Zurücklassen der Sterbemittel ist der Arzt das Risiko eingegangen, dass der Mann die Sterbemittel während seiner Abwesenheit einnimmt oder ein Angehöriger sie dem Mann (oder einem Dritten) verabreichen könnte. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt die Lebensbeendigung nicht auf medizinisch fachgerechte Weise durchgeführt hat.

Die übrigen Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

ANHANG I

DIE ORGANISATION

Die Kontrollkommissionen decken fünf Regionen ab mit jeweils mindestens drei Juristen (ein Regionalvorsitzender, zwei Vorsitzende), mindestens drei Ärzten und drei Ethikern. Angesichts der gestiegenen Zahl der Meldungen haben die Kommissionen in Abstimmung mit dem Gesundheits- und dem Justizministerium im vergangenen Jahr die Zahl ihrer Mitglieder erweitert. Am 1. Januar 2024 gehörten den Kommissionen 53 Mitglieder an.

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.

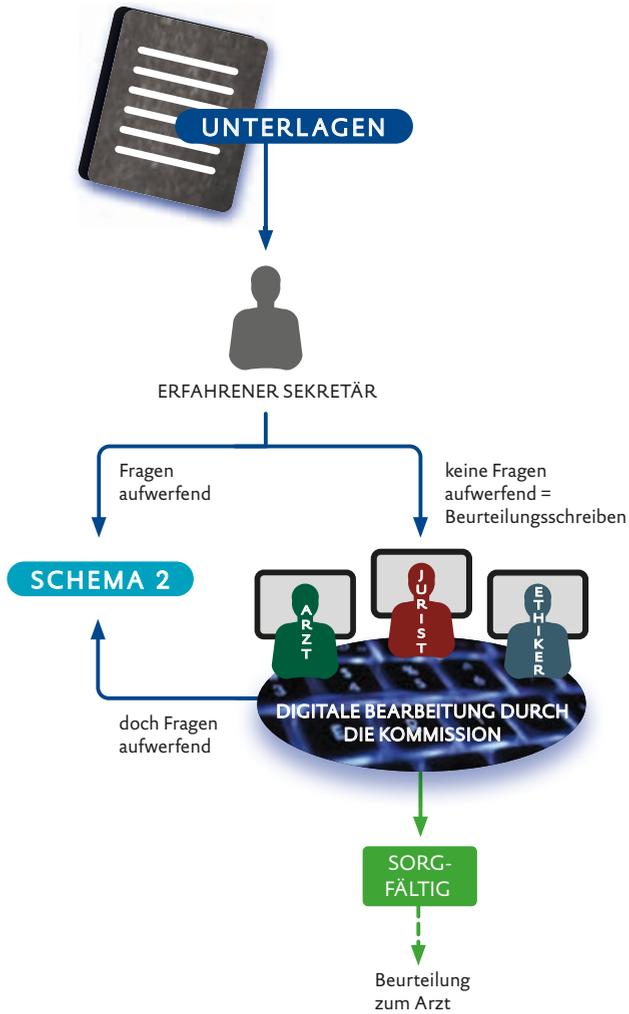
Die Kommissionen sind unabhängig, das heißt, dass sie ihre Prüfungstätigkeit ohne Einmischung durch die Minister, die Politik oder Dritte ausüben. Anders ausgedrückt: die Minister ernennen zwar die Kommissionsmitglieder und den Koordinierenden Vorsitzenden, sie sind aber nicht befugt, ihnen Vorgaben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

Der Koordinierende Vorsitzende der Kontrollkommissionen leitet die strategischen Beratungen aller Kommissionsvorsitzenden, 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.

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

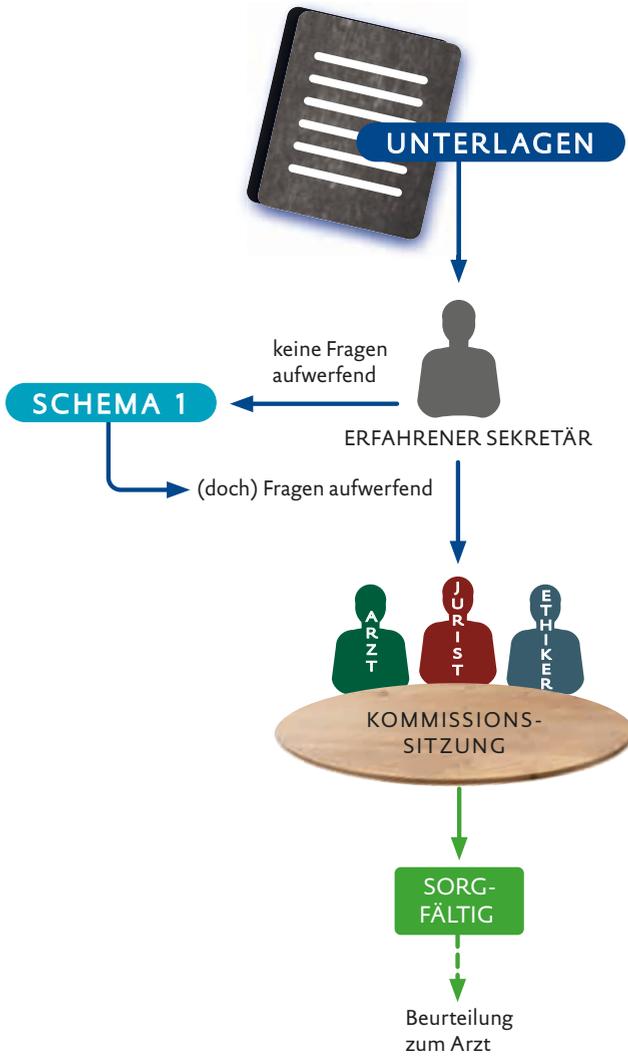
SCHEMA 1

95,6 % DER MELDUNGEN
(KEINE FRAGEN AUFWERFEND)



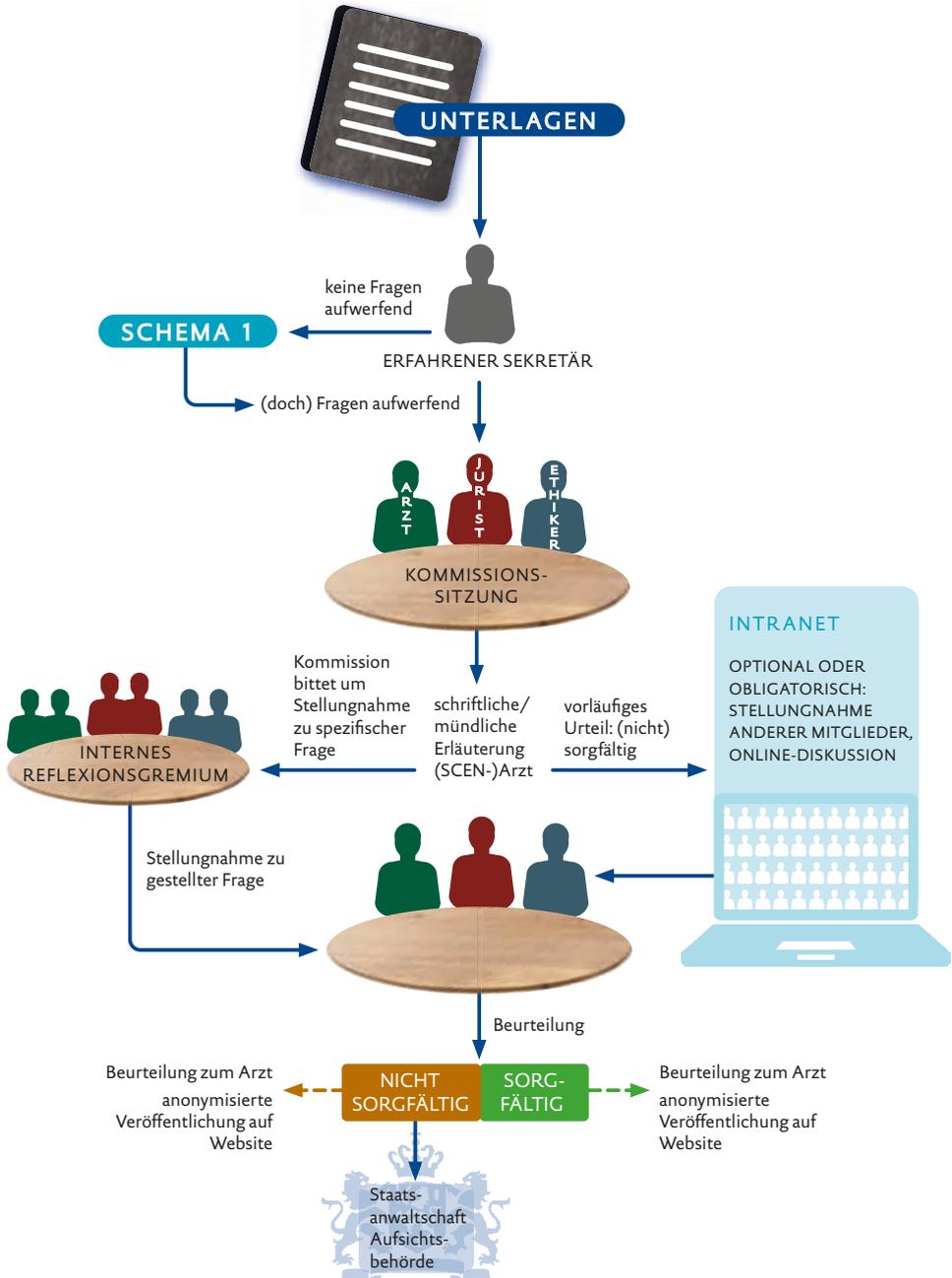
SCHEMA 2

4,4% DER MELDUNGEN
(FRAGEN AUFWERFEND)



SCHEMA 3

< 1% DER MELDUNGEN
 (VERLAUF VON »KEINE FRAGEN AUFWERFEND« ZU
 »(DOCH) FRAGEN AUFWERFEND«)



IMPRESSUM

75

Herausgeber:
Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
www.euthanasiecommissie.nl

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

April 2024

Übersetzung:
Sprachendienst des Ministeriums für auswärtige Angelegenheiten

