

Jahresbericht der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 2006

Inhalt

Vorwort

Einleitung

Kapitel I Aufgaben der Kommissionen
 Gesetzlicher Rahmen
 Rolle der Kommissionen
 Entwicklungen 2006

Kapitel II Gesamtübersicht der Meldungen

Kapitel III Sorgfaltskriterien
 Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen
 Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen
 a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung
 geäußertes Ersuchen
 b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand
 c) Patientenaufklärung
 d) Keine andere annehmbare Lösung
 e) Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes
 f) Medizinisch sorgfältige Durchführung
 Information der Kommissionen

Anhänge

I Übersicht der Meldungen nach Regionen
 A) Region Groningen, Friesland und Drente
 B) Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland
 C) Region Nordholland
 D) Region Südholland und Seeland
 E) Region Nordbrabant und Limburg

Vorwort

Dieser Jahresbericht gibt einen Einblick in die Tätigkeiten der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe im vergangenen Kalenderjahr. 2006 wurden gut 1900 Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen und von Hilfe bei der Selbsttötung gemeldet. In einem Fall wurde festgestellt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Wie bereits in den vergangenen Jahren, so werden auch in diesem Jahresbericht einige Meldungen behandelt, die einen Einblick in die von den Kommissionen vorgenommenen Abwägungen geben sollen. Diese Fallbeispiele vermitteln auch einen Eindruck davon, mit welchen speziellen Fragen die Kommissionen in diesem Berichtsjahr konfrontiert wurden. Im Übrigen ergeben sich bei den meisten Meldungen für die Kommission keine nennenswerten Schwierigkeiten bei der Beurteilung.

Wir gehen davon aus, dass die Veröffentlichung dieses Berichts das gesellschaftliche Verständnis für die zugrunde liegende Problematik fördert und zur Wahrung und Verbesserung der Qualität des medizinischen Handelns beiträgt. Die anderen – anonymisierten – Urteile der Kontrollkommissionen können auf unserer Website www.toetsingscommissies euthanasie.nl nachgelesen werden.

Wir sind zuversichtlich, dass damit außerdem ein besserer Einblick in die medizinischen, rechtlichen und ethischen Fragen geboten wird, die sich bei der Beurteilung der Fälle stellen. Aufgrund der multidisziplinären Zusammensetzung der Kommissionen werden die eingehenden Meldungen aus drei verschiedenen Perspektiven betrachtet, was der inhaltlichen Diskussion zweifellos zugute kommt. In der Praxis haben wir jedoch festgestellt, dass jede Disziplin über ihren eigenen Fachjargon verfügt. Daher ist die Erstellung eines gut verständlichen Jahresberichts für die Beteiligten – Ärzte, Juristen und Ethiker – keine leichte Aufgabe.

Ein entscheidender Aspekt ist nach wie vor die Meldebereitschaft der Ärzte. Daher sehen wir den Ergebnissen der vierten landesweiten Evaluierungsstudie bezüglich des Kontrollverfahrens bei der Sterbehilfe auch mit großem Interesse entgegen. Bei einem hohen Meldeprozentsatz entsteht mehr Klarheit darüber, wie in der Praxis mit dem Thema Sterbehilfe umgegangen wird. Dies ist ein maßgebliches Ziel im Rahmen der niederländischen Sterbehilfepolitik.

Arnheim, im Mai 2007

R.P. de Valk-van Marwijk Kooy
Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Einleitung

Die Kontrollkommissionen haben die Aufgabe, Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung zu prüfen. Wenn der durchführende und meldende Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat, wird er nicht strafrechtlich verfolgt. Mit dieser im Jahr 2002 in Kraft getretenen Regelung unterscheiden sich die Niederlande von vielen anderen Ländern.

Das Jahr 2006 unterschied sich nicht wesentlich von den vergangenen Jahren – die Zahl der Meldungen blieb mit gut 1900 nahezu gleich. Um ermitteln zu können, wie sich die Meldebereitschaft im vergangenen Jahr entwickelt hat, müsste die tatsächliche Zahl der Sterbehilfefälle pro Jahr bekannt sein; gleichzeitig wird die 2002 in Kraft getretene Regelung evaluiert. Die Ergebnisse werden für 2007 erwartet.

Wie bereits in den vergangenen Jahren werden auch in diesem Jahresbericht der gesetzliche Rahmen und die Rolle der Kontrollkommissionen sowie die Zahlen und deren Auslegung erläutert. Auch werden zur Verdeutlichung der Sorgfaltskriterien wieder einige Fallbeispiele angeführt.

Die Website der Kontrollkommissionen wurde 2006 vollständig überarbeitet. Auf dieser Site sind viele – ab 2007 im Prinzip alle – Urteile der Kommissionen in anonymisierter Form veröffentlicht. Damit soll deutlicher werden wie die Kommissionen bei der Beurteilung der Fälle vorgehen. Über das Verfahren der Anonymisierung und Veröffentlichung der Urteile wurde innerhalb der Kommissionen umfassend diskutiert. Einerseits soll verhindert werden, dass Rückschlüsse auf Einzelfälle gezogen werden können, andererseits soll aber der Informationswert der Urteile erhalten bleiben.

Ein wichtiges Thema des vergangenen Jahres war die palliative Sedierung. Dabei wird der Patient in der letzten Lebensphase in einen Zustand verminderten Bewusstseins versetzt. Aus dem gestiegenen Interesse an palliativer Sedierung lässt sich jedoch nicht schließen, dass es zu gegebener Zeit keine Sterbehilfeersuchen mehr geben würde. Unerträgliches Leiden lässt sich nämlich nicht immer durch palliative Sedierung erleichtern, und außerdem gibt es auch Patienten, die eine palliative Sedierung ausdrücklich ablehnen, da sie bis zum Ende bei vollem Bewusstsein bleiben möchten.

Der Konsiliararzt wird auch weiterhin eine außerordentlich wichtige Rolle spielen. Die Qualität der von den Konsiliarärzten erstellten Berichte hat sich in den vergangenen Jahren im Zuge des SCEN-Projekts (SCEN: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) deutlich verbessert. Es ist wichtig, dass der Konsiliararzt sich auf seine Rolle als unterstützender und unabhängiger Berater des durchführenden Arztes beschränkt. Die Verantwortung für das Handeln und die Einhaltung der Sorgfaltskriterien im konkreten Fall obliegt letztlich dem ausführenden Arzt selbst.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Sterbehilfe bei Demenzpatienten. 2006 gingen bei den Kommissionen 6 Meldungen¹ über Sterbehilfe bei Patienten mit Demenzsyndrom ein. Dies sind nach wie vor Ausnahmefälle.

In den Niederlanden sterben pro Jahr über 10 000 Patienten im Endstadium der Demenz. In fast allen Fällen sterben sie eines natürlichen Todes zu Hause, in einem Alters- oder Pflegeheim, wobei aber häufig medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende getroffen werden. Dabei kann es sich um Behandlungseinschränkungen, palliativmedizinische Behandlung oder die Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr handeln. Nur in sehr wenigen Fällen lag tatsächlich Sterbehilfe vor. Dies ist und bleibt ein Ausnahmefall, der nur bei Personen in Frage kommen kann, die sich in der besonderen und leidvollen Situation einer beginnenden Demenz in Kombination mit einem – noch – stark ausgeprägten Krankheitsbewusstsein befinden. Damit sind sie in der Lage, ihre Situation und ihre Zukunft zu beurteilen, wodurch ihr aktuell empfundenes Leiden unerträglich wird. In dieser Krankheitsphase äußern manche Patienten den Wunsch nach Lebensbeendigung.

Aus den in diesem Jahresbericht beschriebenen Fallbeispielen und den Informationen, die der Website zu entnehmen sind, ist ersichtlich, dass Ärzte gerade in solchen Fällen mit äußerster Sorgfalt vorgehen.

¹ In fünf Fällen kam es schon im Jahr 2006 zu einem abschließenden Urteil; ein Fall wurde erst 2007 abgeschlossen.

Kapitel I

AUFGABEN DER KOMMISSION

GESETZLICHER RAHMEN

In den Niederlanden gibt es noch viele Missverständnisse über den Begriff „Sterbehilfe“.

Sterbehilfe steht für die „Beendigung des Lebens eines anderen Menschen auf dessen eigenes, ausdrückliches Verlangen“. Die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung sind in den Niederlanden nach Artikel 293 und 294 des Strafgesetzbuches strafbar, es sei denn, sie werden von einem Arzt ausgeführt, der die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien einhält und sein Handeln dem örtlichen Leichenschauer meldet. Erfüllt der Arzt diese beiden Auflagen, macht er sich also durch die geleistete Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung nicht strafbar. In die vorgenannten Strafgesetzbuchartikel wurde dies als besonderer Strafausschließungsgrund aufgenommen.

Die Sorgfaltskriterien sind im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) niedergelegt; die Meldepflicht ist im Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen verankert.

Darüber hinaus gibt es nach dem Sterbehilfegesetz Regionale Kontrollkommissionen (im Weiteren: Kommissionen), die die Aufgabe haben, Meldungen von Fällen der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung zu prüfen. Auf der Grundlage dieses Gesetzes führen die Kommissionen ihre Hauptaufgabe aus, nämlich die Prüfung der Meldungen und die Beurteilung der Einhaltung der gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien durch den Arzt. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen verabreicht der Arzt dem Patienten die Sterbemittel; bei der Hilfe bei der Selbsttötung stellt er die Mittel bereit, die der Patient dann selbst einnimmt.

Das Sterbehilfegesetz, das 2002 in Kraft trat, soll u. a. dazu dienen, die Qualität der von Ärzten vorgenommenen lebensbeendenden Handlungen zu überwachen und zu fördern. Der Kern des Gesetzes besteht darin, dass der Sterbehilfe leistende Arzt Rechenschaft über sein Handeln ablegt und dafür sorgt, dass es überprüfbar ist. Indem die Kommissionen prüfen, ob der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hat, wird die Praxis der Sterbehilfe transparent.

Bereits vor Inkrafttreten des vorgenannten Gesetzes gab es eine Sterbehilfepraxis in den Niederlanden, die im Laufe mehrerer Jahrzehnte immer klarere Formen annahm. Die sich in der Rechtsprechung² immer weiter

² Siehe insbesondere das Schoonheim-Urteil aus dem Jahr 1984. Darin legte der Hohe Rat fest, dass Ärzte, die bestimmte Sorgfaltskriterien einhielten, sich auf einen übergesetzlichen Notstand in Form einer Pflichtenkollision berufen konnten (Artikel 40 Strafgesetzbuch), da Ärzte einerseits die Pflicht haben, Leben zu schützen, andererseits aber auch Leiden lindern müssen. Die Sorgfaltskriterien würden seit dem Postma-Urteil aus dem Jahr 1973 in der Rechtsprechung unter Verweis auf Dokumente der Ärzteorganisation KNMG konkretisiert.

herauskristallisierenden „Sorgfaltskriterien“ bildeten die Grundlage für die Strafverfolgungsleitlinien.

1990 wurde diese Praxis durch ein Meldeverfahren formalisiert, das vier Jahre später gesetzlich verankert wurde.

Ein Arzt, der die von ihm geleistete Sterbehilfe meldete und Rechenschaft für sein Handeln ablegte, wurde im Prinzip nicht strafrechtlich verfolgt, denn wenn er die genannten Sorgfaltskriterien eingehalten hatte, hätte er sich ja nach Artikel 40 Strafgesetzbuch auf einen übergesetzlichen Notstand in Form einer Pflichtenkollision berufen können. Ärzte haben schließlich einerseits die Pflicht, Leben zu schützen, sind andererseits aber auch gehalten, Leiden zu lindern. War die Berufung auf einen übergesetzlichen Notstand erfolgreich, wurde der Arzt nicht belangt.

Aus fünfjährigen Untersuchungen ging hervor, dass die Meldebereitschaft – und damit die Transparenz der Sterbehilfepraxis – stetig zunahm. Die gestiegene Überprüfbarkeit des ärztlichen Handelns förderte außerdem die Qualität des gesamten Entscheidungsprozesses im Zusammenhang mit dem Lebensende. Zur weiteren Erhöhung der Meldebereitschaft der Ärzte wurden 1998 die sogenannten Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe eingerichtet. Diese multidisziplinär zusammengesetzten Kommissionen sollten das Handeln der Ärzte beurteilen und die Staatsanwaltschaft diesbezüglich beraten. Die Ärzte, für die ein Ersuchen um Sterbehilfe schließlich auch immer eine einschneidende Erfahrung ist, taten sich dennoch weiterhin schwer mit dem strafrechtlichen Rahmen, innerhalb dessen ihr Handeln beurteilt wurde. So war es denn auch Ziel der 2002 in Kraft getretenen Rechtsvorschriften, Ärzte, die Sterbehilfe geleistet, dabei die Sorgfaltskriterien eingehalten und ihr Handeln gemeldet hatten, zu entkriminalisieren und ihnen mehr Rechtssicherheit zu bieten. Durch die Aufnahme eines besonderen Strafausschlussgrundes in das Strafgesetzbuch macht sich ein Arzt, der Sterbehilfe leistet, nicht mehr strafbar, wenn er die – inzwischen auch in das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung aufgenommenen – Sorgfaltskriterien einhält und sein Handeln meldet. Indem man die Prüfung des ärztlichen Handelns bzw. der Einhaltung der Sorgfaltskriterien den Regionalen Kontrollkommissionen übertrug (die bis dahin nur eine beratende Funktion hatten), unternahm man noch einen weiteren Schritt zur Entkriminalisierung der Sterbehilfe. Die Kommissionen übermitteln eine Meldung inzwischen nur noch dann an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen, wenn die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden.

Das Ziel dieser Rechtsvorschriften bestand also unter anderem darin, die Meldebereitschaft weiter zu erhöhen und damit die Transparenz der Sterbehilfepraxis und die Qualität des Entscheidungsprozesses im Zusammenhang mit dem Lebensende zu fördern.

Rolle der Kommissionen

Hat ein Arzt Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet, meldet er dies dem örtlichen Leichenschauer. Dieser Meldung fügt er ein Bericht über die

Einhaltung der Sorgfaltskriterien³ hinzu. Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise das Leben beendet worden ist. Außerdem überprüft er, ob der Bericht des Arztes vollständig ist. Er legt dem Bericht die Erklärung des Konsiliararztes und – sofern vorhanden – die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen bei.

Er meldet die Lebensbeendigung der Kommission und schickt die obligatorischen sowie weitere relevante Unterlagen, z. B. Patiententagebuch und Facharztberichte, mit. Nachdem die Unterlagen bei der Kommission eingegangen sind, erhalten sowohl der Leichenschauer als auch der Arzt eine Empfangsbestätigung. Die Kommission beurteilt das Handeln des Arztes. Dabei überprüft sie, ob der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Gegebenenfalls stellt sie dem betreffenden Arzt noch einige Fragen, vielfach auf schriftlichem Wege, manchmal aber auch telefonisch. Wenn der Kommission die vom Arzt vorgelegten Informationen nicht ausreichen, kann sie ihn bitten, seine Meldung mündlich zu erläutern. So erhält der Arzt die Gelegenheit, der Kommission den betreffenden Fall genau zu erläutern. Innerhalb von sechs Wochen geht dem Arzt das Urteil der Kommission zu. Diese Frist kann einmalig verlängert werden, zum Beispiel wenn die Kommission weitere Fragen hat.

Die multidisziplinär zusammengesetzten Kommissionen kommen fast immer zu dem Ergebnis, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Dann setzen sie nur den meldenden Arzt von dem Ergebnis in Kenntnis. 2006 wurde in lediglich einem Fall festgestellt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. In einem solchen Fall schickt die Kommission ihr Urteil an die Staatsanwaltschaft und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Staatsanwaltschaft entscheidet dann, ob strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet werden müssen.

Die Gesundheitsbehörde entscheidet aufgrund ihrer eigenen Aufgabenstellung und Verantwortung, ob nach dem abschließenden Urteil der Kommission weitere Schritte unternommen werden müssen, etwa ein Gespräch mit dem Arzt oder ein Disziplinarverfahren. Zwischen den Kommissionen, der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen finden jedes Jahr Beratungen statt.

Insgesamt gibt es fünf Regionale Kontrollkommissionen, jede behandelt die Meldungen über die Todesfälle, die sich in ihrem Zuständigkeitsbereich ereignet haben. Jede Kommission besteht aus drei Mitgliedern: einem Juristen, der zugleich Vorsitzender ist, einem Arzt und einem Ethiker. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter. Außerdem hat jede Kommission einen Sekretär, ebenfalls ein Jurist, der auf den Sitzungen der Kommission eine beratende Funktion hat. Die Sekretäre und die Verwaltungsmitarbeiter bilden zusammen das Sekretariat der Kommissionen, das die Kommissionen bei ihren Tätigkeiten unterstützt. Das Sekretariat ist organisatorisch bei einer Durchführungsorganisation des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport untergebracht. Kommissionssekretariate gibt es Groningen, Arnheim und Den Haag. Einmal im Monat finden dort Sitzungen der Kommissionen statt.

3 Ein Musterbericht ist unter www.toetsingscommissies euthanasie.nl einsehbar.

Die Kommissionen sind nur für Fälle zuständig, in denen ein Arzt eine Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat.

Die Kommissionen sind nicht befugt⁴, Meldungen zu behandeln, wenn keine Bitte um Lebensbeendigung oder um Hilfe bei der Selbsttötung geäußert worden ist.

Hat ein Arzt ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten eine Lebensbeendigung vorgenommen, ist der örtliche Leichenschauer verpflichtet, den Fall direkt an die zuständige Staatsanwaltschaft weiterzuleiten.

Die Kommissionen dürfen auch nicht tätig werden, wenn der Patient das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

Ebenso fallen Fälle von normalem medizinischem Handeln nicht in die Zuständigkeit der Kommissionen. Das Kontrollverfahren nach dem Sterbehilfe ist dafür nicht gedacht.

Normales medizinisches Handeln liegt dann vor, wenn eine Behandlung unterlassen oder eingestellt wird, weil sie medizinisch sinnlos ist oder weil der Patient dies ausdrücklich wünscht, oder wenn der Tod als Nebenfolge einer Behandlung eintritt, die für die Linderung des schweren Leidens eines Patienten notwendig war. Normales medizinisches Handeln fällt nicht unter das Strafrecht und unterliegt nicht der Meldepflicht.

Durch die Veröffentlichung eines Jahresberichts sowie durch allgemeine Informationsarbeit leisten die Kommissionen einen Beitrag zur Transparenz und zur gesellschaftlichen Kontrolle der Praxis der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung.

Die Kommissionen wirken im Rahmen des SCEN-Projekts (SCEN: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) auch an den Ausbildungen zum Konsiliararzt mit.

Außerdem organisieren sie Präsentationen für Gesundheitsämter (GGDs), Ärzteverbände, Krankenhäuser und ausländische Delegationen. Dabei wird anhand von Praxisbeispielen besonders auf das geltende Verfahren und die Sorgfaltskriterien eingegangen.

Um die Einheitlichkeit der Urteile zu gewährleisten, finden regelmäßig Beratungen der Kommissionsvorsitzenden und ihrer Stellvertreter statt. Außerdem gibt es hierzu interne Vereinbarungen. Bevor eine Kommission beispielsweise endgültig entscheiden kann, dass ein Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, muss sie den Entwurf ihres Urteils von all ihren Mitgliedern bzw. stellvertretenden Mitgliedern kommentieren lassen und ihn auch allen Mitgliedern bzw. stellvertretenden Mitgliedern der anderen Kommissionen zur Stellungnahme vorlegen.

⁴ Siehe Artikel 1 Absatz 2 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. November 2006.

Entwicklungen 2006

Für die Tätigkeiten der Kommissionen sind verschiedene Entwicklungen relevant.

Website

2006 wurde die Website der Kommissionen überarbeitet. Inzwischen können dort unter anderem die anonymisierten Kommissionsurteile eingesehen werden. Damit sollen die behandelten Fälle und die jeweiligen Erwägungen transparenter gestaltet werden. Über die Anonymisierung und Veröffentlichung der Urteile wurde innerhalb der Kommissionen umfassend diskutiert; schließlich einigte man sich auf die heutige Form. Die Schwierigkeit bestand darin, einerseits zu gewährleisten, dass keine Rückschlüsse auf Einzelfälle möglich sind, andererseits aber den Informationswert der Urteile zu erhalten. Problematisch können Fälle sein, in denen eine seltene Kombination spezifischer Krankheiten und Umstände vorliegt.

In solchen Fällen untersucht die betreffende Kommission – und gegebenenfalls auch das Gremium der Vorsitzenden –, ob das Urteil so veröffentlicht werden kann, dass Rückschlüsse auf den Einzelfall ausgeschlossen sind. Wenn das nicht möglich ist, kann es angezeigt sein, von einer Veröffentlichung abzusehen. Aufgrund technischer Startschwierigkeiten konnten bislang nur relativ wenige Urteile aus dem Jahr 2006 veröffentlicht werden.

Meldebereitschaft und Zahl der Meldungen 2006

Obwohl die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden von Transparenz gekennzeichnet ist, wirft das Meldeverhalten der Ärzte jedes Jahr Fragen auf. Es gilt allerdings zu beachten, dass eine bloße Zu- oder Abnahme der Zahl der Meldungen noch nichts über die Meldebereitschaft der Ärzte aussagt. Dazu müsste bekannt sein, wie sich die Zahl der Meldungen zur Gesamtzahl der Sterbehilfefälle verhält.

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 1923 Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung ein; 2005 waren es 1933.

Im laufenden Berichtsjahr wird erneut eine fünfjährige Untersuchung des von Ärzten in den Niederlanden vorgenommenen lebensbeendenden Handelns durchgeführt, mit der zugleich auch das 2002 in Kraft getretene Gesetz evaluiert werden soll. Auch die Akten der Kommissionen werden bei der Untersuchung herangezogen, wobei diese selbstverständlich vertraulich behandelt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung werden für Mai 2007 erwartet. Anschließend können die Sterbehilfesziffern der Jahre 2001 und 2006 und damit die Meldeprozentsätze dieser Jahre miteinander verglichen werden⁵.

5 Siehe auch J. Griffiths, *Medisch Contact*, 16. März 2007, 62 Nr. 11, S. 466

Kapitel II

Übersicht über die eingegangenen Meldungen

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 1923 Meldungen ein.

Sterbehilfefälle

In 1765 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 132 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 26 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 1692 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 151 um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 80 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	1656
Herz- und Gefäßkrankheiten	55
Erkrankungen des Nervensystems	105
Lungenerkrankungen (ohne Lungenkrebs)	58
Andere	45
Mehrfacherkrankungen	6

Ort der Lebensbeendigung

Die Lebensbeendigung erfolgte in 1528 Fällen beim Patienten zu Hause, in 145 Fällen im Krankenhaus, in 79 Fällen in einem Pflegeheim, in 79 Fällen in einem Altersheim und in 70 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommissionen kamen in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilung in ihre Zuständigkeit falle.

In diesem Berichtsjahr urteilten die Kommissionen in lediglich einem Fall, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte⁶.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission vergingen im Durchschnitt 29 Tage.

⁶ Die Übersicht bezieht sich auf alle Meldungen, die 2006 eingegangen sind. Über Meldungen, die zum Ende eines Jahres eingehen, wird im Zusammenhang mit der Bearbeitungsfrist erst im folgenden Jahr entschieden. Die Entscheidungen in diesen Fällen werden daher auch erst im nächsten Jahresbericht berücksichtigt.

Kapitel III

Sorgfaltskriterien

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM ALLGEMEINEN

Die Kommissionen beurteilen, ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Nach den Sorgfaltskriterien in Artikel 293 Absatz 2 des Strafgesetzbuches 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 das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war,
- 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 die Situation, in der er sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert haben, der den Patienten gesehen und eine schriftliche Beurteilung über die unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien abgegeben hat und
- f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig durchgeführt haben.

In fast allen Fällen kommen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Die weitaus meisten Meldungen geben den Kommissionen keinen Anlass zu weiteren Diskussionen. Einige Fälle, die doch ausführlicher besprochen werden mussten, werden in diesem Kapitel erörtert.

Fall 1

Wichtig ist, dass der Sterbehilfe leistende Arzt sich vergewissert, dass die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Dies gilt also auch für einen Arzt, der auf Ersuchen eines anderen Arztes Sterbehilfe leistet.

Bei einer Patientin in der Altersklasse 50 bis 60 Jahre waren Knochenmetastasen festgestellt worden, die von einem unbekanntem Primärtumor, möglicherweise einem Pankreaskarzinom, stammten. Außerdem litt sie an einer progressiven Querschnittslähmung aufgrund pathologischer Frakturen. Das Leiden der Patientin war unerträglich und ihr Zustand aussichtslos; sie hatte freiwillig und nach reiflicher Überlegung die Bitte um Lebensbeendigung geäußert. Die Patientin war über ihre Situation und über ihre Aussichten aufgeklärt worden. Man war zu der Überzeugung gelangt, dass es für ihre Situation keine andere annehmbare Lösung gab. Ein unabhängiger Konsiliararzt war konsultiert worden; dieser hatte die Patientin besucht und schriftlich dargelegt, warum er der Ansicht war, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Lebensbeendigung war sorgfältig durchgeführt worden.

Bei der Bearbeitung der Meldung bat die Kommission den Arzt um nähere Auskünfte darüber, wann er mit der Patientin und dem Sterbehilfeverfahren in Berührung gekommen und wie die Entscheidung für eine Lebensbeendigung zustande gekommen war. Nachdem die schriftliche Antwort des Arztes in der Kommissionssitzung besprochen worden war, wurde er zu einem Gespräch bestellt.

In seinem Antwortschreiben hatte der Arzt erklärt, die Sterbehilfe lediglich durchgeführt zu haben. Im Gespräch mit dem Arzt wurde deutlich, dass der Hausarzt der Patientin das vorbereitende Verfahren mit der Patientin durchlaufen hatte und dass die Patientin gemeinsam mit ihren Angehörigen und dem Hausarzt zu dem Entschluss gelangt war, dass Sterbehilfe die einzige Lösung für sie sei. Als der Hausarzt der Ansicht war, die Sterbehilfe könne nun durchgeführt werden, hatte er sich mit dem betroffenen Arzt in Verbindung gesetzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Dabei erklärte der Hausarzt, aus emotionalen Gründen selbst nicht zur Durchführung der Sterbehilfe in der Lage zu sein; darum bat er den betroffenen Arzt, dies zu übernehmen.

Nachdem ein unabhängiger Konsiliararzt die Patientin besucht und erklärt hatte, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt seien, besuchte der betroffene Arzt die Patientin, um sie kennen zu lernen, mit ihr zu sprechen und sich einen Eindruck über ihren Zustand zu verschaffen. Bei seinem Besuch lag die Patientin auf dem Sofa. Sie war bei klarem Verstand und war nicht durch Morphin benommen. Es konnte problemlos mit ihr kommuniziert werden. Sie bat inständig um Hilfe. Es wurde vereinbart, dass die Lebensbeendigung innerhalb weniger Tage stattfinden solle. Am Morgen des Tages der geplanten Sterbehilfe hatte der betroffene Arzt den Bericht des Konsiliararztes erhalten und studiert. Davor hatte er, wie bereits erwähnt, die Patientin besucht, mit ihr gesprochen und ihre Krankenakte, die er vom Hausarzt der Patientin erhalten hatte, studiert. Er war zu der Überzeugung gelangt, dass aus medizinischer Sicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft waren. Das Leiden der Patientin war unerträglich und ihr Zustand war aussichtslos; der Arzt konnte die Unerträglichkeit des Leidens voll und ganz nachvollziehen. Er hatte die Patientin nach ihrem Sterbehilfewunsch gefragt und mit ihr darüber gesprochen. Der Arzt war der Ansicht, er habe sich vom Zustand der Patientin und ihrem Wunsch nach Sterbehilfe überzeugt. Er stimmte mit der Auffassung des Hausarztes und des SCEN-Arztes überein, dass die Sterbehilfe in diesem Fall zu rechtfertigen sei.

Die Kommission erklärte, dass ein Arzt, der eine Lebensbeendigung auf Verlangen vornimmt oder Hilfe bei der Selbsttötung leistet, nach Artikel 293 Absatz 2 des Strafgesetzbuchs (auch im Falle der Übernahme eines Patienten) die in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes genannten Sorgfaltskriterien selbst einhalten und anschließend gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen mittels begründetem Bericht an den örtlichen Leichenschauer Rechenschaft ablegen muss, um sich auf den im Strafgesetzbuch vorgesehenen besonderen Strafausschließungsgrund berufen zu können. Zunächst erklärte der Arzt, er sehe sich selbst lediglich als Ausführer der vom Hausarzt getroffenen Entscheidungen. In diesem Fall hätte er sich nach dem Urteil der Kommission nicht auf den besonderen Strafausschließungsgrund berufen können. Erst in dem persönlichen Gespräch mit dem Arzt wurde der

Kommission deutlich, dass er im Einklang mit den gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Der Arzt hätte bereits in seinem schriftlichen Bericht darlegen müssen, wie er sich davon vergewissert hatte, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Unter Berücksichtigung aller Tatsachen und Umstände kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM EINZELNEN

Im Folgenden wird für jedes Sorgfaltskriterium dargelegt, welche Aspekte für die Kommission relevant sind. Dies wird anhand einiger Fälle illustriert, die von der Kommission im Jahr 2006 beurteilt worden sind.

a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen

Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

Der Arzt muss überzeugt sein, dass diese Bitte tatsächlich nach reiflicher Überlegung und freiwillig geäußert wird. Gespräche über das bevorstehende Lebensende und die Wünsche des Patienten sowie die Erörterung der Möglichkeiten, diese Wünsche zu erfüllen, müssen Bestandteil der Beziehung zwischen Arzt und Patient sein.

Die Bitte um Lebensbeendigung muss von dem Patienten selbst geäußert werden. Außerdem muss er sie freiwillig vorbringen. Der Arzt muss sicher sein, dass der Patient seine Bitte nicht auf Druck seiner Umgebung geäußert hat. Bei der Beurteilung prüfen die Kommissionen, auf welche Weise der Patient seinen Wunsch deutlich gemacht hat. Damit der Patient eine wohl überlegte Bitte formulieren kann, muss er gut über seine Krankheit, über die Lage, in der er sich befindet, über die Prognose und über eventuelle Alternativen zur Verbesserung seiner Situation informiert sein.

Leidet der Patient an depressiven Beschwerden, kann dies seine Willensfähigkeit negativ beeinflussen. Im Zweifelsfall wird in der Praxis zusätzlich zu der Stellungnahme des Konsiliararztes häufig ein Gutachten eines Psychiaters eingeholt. Der Arzt ist verpflichtet, die Willensfähigkeit des Patienten festzustellen oder feststellen zu lassen. Werden andere Ärzte hinzugezogen, muss dies den Kommissionen mitgeteilt werden. Es kann auch vorkommen, dass sich ein Arzt nach eingehender Überlegung dazu entschließt, keinen anderen Kollegen einzuschalten oder einen bereits konsultierten Kollegen nicht noch ein weiteres Mal hinzuzuziehen. Auch dies ist für die Kommissionen relevant. Wenn der Arzt bereits im Rahmen seiner Meldung den gesamten Beschlussfassungsprozess darlegt, kann er eine spätere Befragung durch die Kommission vermeiden. In Fall 2 gab der Arzt an, welche Erwägungen seinem Beschluss zugrunde gelegen hatten.

Bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, muss dem Wunsch nach Sterbehilfe im Allgemeinen sehr zurückhaltend begegnet werden.

Angesichts der Art der Krankheit können Zweifel daran bestehen, dass ein Demenzpatient willensfähig ist und dass die Bitte um Sterbehilfe tatsächlich freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wird.

Der Arzt muss bei seinen Erwägungen die Phase des Krankheitsprozesses und die anderen spezifischen Umstände berücksichtigen. Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit sind die Patienten in nahezu allen Fällen nicht mehr willensfähig.

Ist ein Arzt der Ansicht, dass sich der Patient in einem Anfangsstadium der Demenz befindet, ist es wichtig, zusätzlich zum Konsiliararzt einen oder mehrere Sachverständige hinzuzuziehen.

Neben dem Aspekt der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens, auf den sich Fall 3 bezieht, ist bei Demenz insbesondere die Frage relevant, ob ein unerträgliches Leiden und ein aussichtsloser Zustand vorliegen. Dies wird im Folgenden im Abschnitt „Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand“ näher erläutert.

Schriftliche Patientenverfügung

Im Musterbericht wird dem Arzt die Frage gestellt, ob eine schriftliche Patientenverfügung vorliegt. Hierdurch könnte der Eindruck entstehen, eine solche Verfügung sei Pflicht. Das ist aber nicht der Fall. Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat, und diese Bitte wird in der Regel mündlich geäußert.

Ein Arzt ist niemals verpflichtet, einem Wunsch nach Sterbehilfe nachzukommen. Er muss immer selbst eine Abwägung treffen, denn schließlich ist er es, der über die geleistete Sterbehilfe Rechenschaft ablegen muss. Zwischen Arzt und Patient muss Klarheit über die Bitte des Patienten bestehen. Auch wenn der Patient in der Lage ist, seinen Willen zu äußern und mündlich um Lebensbeendigung zu ersuchen, kann eine schriftliche Patientenverfügung noch mehr Klarheit schaffen und die mündliche Bitte bekräftigen.

Die im Sterbehilfegesetz verankerte schriftliche Patientenverfügung ist für Patienten gedacht, die zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Lebensbeendigung in Frage kommt, nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Es empfiehlt sich, eine solche Verfügung rechtzeitig zu verfassen und regelmäßig zu aktualisieren; darin sollten möglichst konkret die Umstände aufgelistet werden, unter denen der Patient eine Lebensbeendigung wünscht. Je konkreter und klarer die schriftliche Verfügung abgefasst ist, desto besser kann sie die Beschlussfassung des Arztes unterstützen. Eine handgeschriebene Erklärung des Patienten, in der er seine Wünsche in eigenen Worten darlegt, kann in manchen Fällen zusätzliche Klarheit schaffen.

Für eine Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung bei Patienten, die bis zu ihrem Tod willensfähig sind, ist eine Patientenverfügung nicht erforderlich. Dennoch wird den Kommissionen in nahezu allen gemeldeten Fällen eine schriftliche Patientenverfügung vorgelegt. Die Kommissionen

begrüßen dies, möchten jedoch ausdrücklich auf die Freiwilligkeit einer solchen Verfügung hinweisen, um zu verhindern, dass die Betroffenen möglicherweise dazu gedrängt werden, eine Verfügung – manchmal noch sehr kurz vor dem Tod – abzufassen.

Aus den bei den Kommissionen eingegangenen Unterlagen geht hervor, dass viele Patienten und Angehörige glauben, eine Patientenverfügung sei obligatorisch.

Fall 2 (Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen) Wurde das Ersuchen freiwillig oder infolge einer Depression geäußert?

Ein Mann in der Altersklasse 70 bis 80 Jahre war von verschiedenen Erkrankungen betroffen: Hypertonie, Herzinsuffizienz und ein Prostatakarzinom. Der Patient stürzte häufig und zog sich dabei Frakturen zu. Die Mobilität des Patienten war eingeschränkt; Bewegung war auch mit Hilfsmitteln mühsam. Die körperlichen Beschwerden nahmen zu; als der Patient schließlich nur noch mit Hilfe eines Patientenlifters zu Bett gehen und aufstehen konnte, war für ihn eine Grenze erreicht. Es stand fest, dass im vorliegenden Fall das Sorgfaltskriterium des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Zustands erfüllt war. Der Patient war sich über die Krankheit und seine Aussichten im Klaren. Die Behandlungsmöglichkeiten waren ausgeschöpft.

Der Patient hatte den Wunsch nach Lebensbeendigung bereits mehrfach geäußert, sich davon jedoch immer wieder distanziert, wenn es ihm etwas besser ging. Schließlich beharrte er aber auf seiner Bitte. Der Arzt zog einen unabhängigen zweiten Arzt hinzu, der die Sorgfaltskriterien schriftlich beurteilte. In seinem Bericht legte der Konsiliararzt dar, dass der Patient durch seine Krankheit zunehmend vereinsamte. Er trug sich mit Selbstmordgedanken und hatte bereits einen Selbstmordversuch unternommen, als er – anfänglich – den Eindruck bekommen hatte, seine Bitte um Sterbehilfe würde abgelehnt. Der Konsiliararzt fand es schwierig zu beurteilen, ob der Patient über eine ausreichende Willensfähigkeit verfügte, und empfahl seinem Kollegen daher, ein zusätzliches psychiatrisches Gutachten einzuholen und die Depression und Unruhe des Patienten eventuell medikamentös zu behandeln. Wenn der konsultierte Psychiater den Patient für ausreichend willensfähig halte, seien die Sorgfaltskriterien dem Konsiliararzt zufolge erfüllt.

Gemäß der Empfehlung des Konsiliararztes besuchte ein Psychiater den Patienten.

Der Psychiater erklärte, dass er den Patienten zwar für willensfähig halte, dass dessen Wunsch nach Lebensbeendigung jedoch seiner Ansicht nach zum Teil von einer depressiven Störung hervorgerufen werde. Er schlug eine Behandlung mit Antidepressiva vor. Der Patient war anfänglich sehr verärgert über die Verzögerung, erklärte sich aber schließlich mit einer Behandlung mit Antidepressiva einverstanden. Nach etwa drei Wochen führte der Arzt erneut ein Gespräch mit dem Patienten. Die Behandlung mit Antidepressiva hatte am Wunsch des Patienten nach Sterbehilfe nichts geändert. Daraufhin beriet sich der Arzt telefonisch mit dem Psychiater; dieser war der Ansicht, dass man die

Dosis der Antidepressiva erhöhen und abwarten sollte, ob eine Wirkung eintrete. Darüber hinaus bestünde die Möglichkeit, den Patienten anschließend mit einem anderen Präparat zu behandeln. Das würde bedeuten, dass der Patient noch drei Monate lang auf eine eventuelle Lebensbeendigung warten müsse. Der Arzt war der Ansicht, dass er dies dem Patienten gegenüber nicht verantworten könne. Er hielt es für unmenschlich, den Patienten noch monatelang mit Antidepressiva zu behandeln. Er kannte den Patienten bereits seit 1980 und hatte im Laufe der Jahre viele Gespräche mit ihm geführt.

Er hatte erlebt, wie sich der Gesundheitszustand des Patienten aufgrund seiner schweren degenerativen neurologischen Erkrankung zunehmend verschlechterte. Dass es ihn schließlich zwanzig Minuten kostete, aus seinem Bett in das Elektromobil zu gelangen, konnte der Patient noch akzeptieren. Als er dann jedoch einen Patientenlifter benötigte, war seine Grenze erreicht. Künftig bei jeder Ortsveränderung auf andere angewiesen zu sein, bedeutete für ihn unerträgliches Leiden. Die Situation war für den Patienten nicht länger akzeptabel. Für den Arzt war dies nachvollziehbar. Er hatte die Depressivität des Patienten stets als einen Teil seines Krankseins gesehen. Dem Arzt zufolge war es nur logisch, tiefe Niedergeschlagenheit zu empfinden, wenn einen der eigene Körper im Stich lasse. Seiner Auffassung nach hatten die Depressionen des Patienten keinen Einfluss auf das Ausmaß seines Leidens. Der Arzt hielt den Patienten für willensfähig; er habe die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Dies hatte der Arzt auch dem Psychiater gegenüber erklärt. Der Psychiater war jedoch mit der Entscheidung des Arztes, die Behandlung des Patienten nicht fortzusetzen und seiner eigenen Auffassung entsprechend vorzugehen, nicht einverstanden. Daraufhin beriet sich der Arzt mit dem Konsiliararzt. Für diesen war es entscheidend, dass der Psychiater den Patienten für willensfähig hielt. Der Konsiliararzt besuchte den Patienten ein weiteres Mal und teilte dem Arzt anschließend telefonisch mit, dass er den Patienten für willensfähig halte. Der Arzt führte die Lebensbeendigung sorgfältig durch.

Die Kommission kam unter Berücksichtigung aller Tatsachen und Umstände 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 er im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 3 (Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen; Demenz)

In diesem Fall – Lebensbeendigung auf Verlangen bei Demenz – steht das Ersuchen im Mittelpunkt. Für den Aspekt des aussichtslosen Zustands und unerträgliches Leidens wird auf Fall 4 verwiesen, der auf derselben Meldung beruht.

Bei einer Patientin in der Altersklasse 70 bis 80 Jahre war die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert worden. Weitere Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt ergaben, dass sich die Krankheit im Anfangsstadium befand. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten. Die Patientin hatte ein klares Bild davon, was ihr bevorstand. Sie hatte ein realistisches Krankheitsbewusstsein und war sich

vollständig darüber im Klaren, dass es keine Behandlung gab, die den Krankheitsprozess stoppen oder verzögern könnte. Die Patientin war immer eine selbstständige, unternehmungslustige und lebensfrohe Frau gewesen, auch nach ihrer Pensionierung. Sie hatte den Verlauf der Alzheimer-Krankheit bei mehreren direkten Angehörigen aus nächster Nähe miterlebt. Der Gesundheitszustand der Patientin verschlechterte sich zusehends und ihr Wunsch, zu einem selbstgewählten Zeitpunkt zu sterben, wurde immer dringender. Der Arzt konsultierte einen unabhängigen Konsiliararzt, der die Patientin zweimal besuchte und schriftlich erklärte, dass die Sorgfaltskriterien seiner Meinung nach eingehalten waren. Die Hilfe bei der Selbsttötung wurde medizinisch sorgfältig durchgeführt.

Bereits Anfang 2006 hatte die Patientin den Arzt in einem frühen Stadium um Sterbehilfe gebeten. Diese Bitte hatte sie seither bei jedem Kontakt mit dem Arzt wiederholt. Obwohl die Patientin in der letzten Zeit vor ihrem Tod den Überblick in ihrem täglichen Leben verloren hatte, so war sie doch in Gesprächen immer noch in der Lage, an einer Argumentation festzuhalten und auf frühere Aussagen zurückzugreifen. In Gesprächen über Sterbehilfe konnte sie nach wie vor die verschiedenen Gesichtspunkte benennen. Die Patientin erklärte wiederholt, dass sich ihr Zustand rapide verschlechtere. Dies hatte auch der Arzt festgestellt. Bereits vor Jahren, nach einer Alzheimer-Diagnose in ihrer Familie, hatte die Patientin ihre diesbezügliche Sorge ausgedrückt und den Wunsch nach Sterbehilfe geäußert, sollte sie ebenfalls an Alzheimer erkranken. Schriftliche Patientenverfügungen lagen vor. Die Patientin erklärte, große Angst davor zu haben, dass ihr Ersuchen um Lebensbeendigung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr bewilligt werden könne. Der Arzt stand dem von der Patientin gewünschten, in einem der Gespräche genannten Zeitpunkt der Sterbehilfe anfänglich skeptisch gegenüber, da er die Patientin damals noch für geistig „zu fit“ hielt. Nach und nach kam der Arzt aber doch zu der Überzeugung, dass dieser Zeitpunkt gekommen sei, da die aktuelle Situation der Patientin und ihre Aussichten für sie ein unerträgliches Leiden bedeuteten. Der Gerontopsychiater, der die Patientin untersucht und Alzheimer diagnostiziert hatte, konnte dem Wunsch der Patientin, das nächste Stadium der Krankheit nicht abwarten zu wollen, aus professioneller Sicht zustimmen und respektierte ihren Wunsch nach Sterbehilfe. Der behandelnde Psychiater hatte noch erklärt, dass die Patientin anfänglich – im Januar 2005 – aufgrund des Todes ihres Partners offenbar unter Depressionen litt. Der Psychiater kam jedoch zu dem Schluss, dass die kognitiven Störungen, vor allem die Vergesslichkeit und das von der Patientin, die über ein klares Bewusstsein und realistisches Krankheitsverständnis verfügte, als immer unerträglicher empfundene Gefühl der Aussichtslosigkeit, im Vordergrund stünden.

Unter Berücksichtigung der Tatsachen und Umstände dieses Falles urteilte die Kommission, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. In den Gesprächen mit der Patientin hatte der Arzt dem Ausmaß ihres Leidens und der Beharrlichkeit ihres Ersuchens stets besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Der Arzt hatte angegeben, dass sich die Patientin der Folgen ihrer

Bitte, ihrer Situation und ihren Aussichten immer bewusst gewesen sei. Der Gerontopsychiater, der behandelnde Psychiater sowie der Konsiliararzt waren der Ansicht, dass die Patientin willensfähig und sich über ihre Situation und ihre Aussichten im Klaren sei.

Unter Berücksichtigung aller Tatsachen und Umstände kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war.

Der Zustand des Patienten gilt als *aussichtslos*, wenn jede realistische Behandlungsperspektive fehlt. Die Krankheit, die das Leiden verursacht, ist unheilbar und es gibt auch keine realistische Aussicht auf Linderung der Symptome. Die Aussichtslosigkeit muss vom Arzt festgestellt werden, sie geht aus der Diagnose und der Prognose hervor. Eine „realistische Aussicht“ ist nur dann gegeben, wenn die Verbesserung, die durch eine palliative oder andere Behandlung erreicht werden kann, in einem vernünftigen Verhältnis zu der Belastung steht, die diese Behandlung für den Patienten darstellt.

Die *Unerträglichkeit* des Leidens lässt sich schwerer feststellen, da sie grundsätzlich subjektiver ist und von der Person abhängt. Sie wird durch die Perspektive des Patienten bestimmt, durch seine physische und psychische Leidensfähigkeit und durch seine Persönlichkeit. Was für den einen Patienten noch erträglich ist, empfindet der andere bereits als unerträglich.

Wenn in den Meldungen von einem unerträglichem Zustand die Rede ist, werden häufig Begriffe wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Erschöpfung, zunehmender körperlicher Verfall, zunehmende Abhängigkeit und Verlust der Würde genannt⁷. Das Maß, in dem diese Symptome und Umstände als Leiden empfunden werden, unterscheidet sich von Patient zu Patient. Deshalb orientieren sich die Kommissionen bei ihrer Beurteilung daran, ob die Unerträglichkeit für den Arzt nachvollziehbar war.

Im Abschnitt „Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen“ wurde bereits dargelegt, dass dem Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, im Allgemeinen sehr zurückhaltend begegnet werden muss. Der Aspekt der Willensfähigkeit wurde bereits erörtert. Darüber hinaus stellt sich bei Demenzpatienten die spezifische Frage, ob ein unerträgliches Leiden vorliegt. Ist sich ein Patient über seine Krankheit und seine Aussichten im Klaren, kann ein großer, aktuell empfundener Leidensdruck entstehen. Auch hier gilt, dass die spezifischen Umstände der Situation entscheidend dafür sind, ob das unerträgliche Leiden des Patienten für den Arzt nachvollziehbar ist. In Fall 4 wird erläutert, woraus das Leiden in dieser spezifischen Situation bestand.

⁷ Siehe auch: SCEN/KNMG, Juni 2006, Spiegelinformatie SCEN 2005, Seite 5.

In medizinischen Kreisen wird allgemein davon ausgegangen, dass ein Patient in (tiefem) Koma nicht unerträglich leidet. Wird ein Patient zwecks Linderung seiner unerträglichen Symptome sediert und verliert er dabei sein Bewusstsein, gilt das Leiden im Allgemeinen nicht mehr als unerträglich.

Fälle von Sterbehilfe bei komatösen Patienten werfen bei den Kommissionen für gewöhnlich Fragen auf. Bei jeder einzelnen Meldung prüfen die Kommissionen die spezifischen Tatsachen und Umstände. Auf dieser Grundlage kann eine Kommission in einem konkreten Fall dennoch zu der Überzeugung gelangen, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt worden ist.

Bei soporösen Patienten, die äußerlich wahrnehmbare Anzeichen von Leiden erkennen lassen, kann der Arzt zu dem Schluss kommen, dass der Patient unerträglich leidet. Eine solche Situation lag in Fall 5 vor.

Aufgrund des Vorstehenden vertreten die Kommissionen die Auffassung, dass Ärzte in Fällen, in denen der Patient nicht mehr ansprechbar ist, größte Zurückhaltung üben müssen.

Ein Dilemma kann dann entstehen, wenn der Arzt dem Patienten zugesagt hatte, Sterbehilfe zu leisten. Ein Arzt, der eine solche Zusage gemacht hat, sich dann aber mit einer unvorhergesehenen Änderung der Lage konfrontiert sieht, wodurch das Leiden des Patienten nicht mehr als unerträglich einzustufen ist, etwa weil dieser ins Koma gefallen ist, kann in eine moralische Zwickmühle geraten. Deshalb sollten Ärzte auf uneingeschränkte Zusagen gegenüber den Patienten verzichten.

In der Praxis kommt es häufiger vor, dass der behandelnde Arzt einen Kollegen konsultiert, nach dessen Auffassung das Leiden noch nicht unerträglich ist. In vielen Fällen erklärt der Konsiliararzt dann, dass er erwartet, dass das Leiden durch die weitere Verschlechterung des Zustands innerhalb eines bestimmten Zeitraums unerträglich wird. In einem solchen Fall empfehlen sich weitere Kontakte zwischen dem meldenden Arzt und dem Konsiliararzt. Im Abschnitt „Hinzuziehung eines Konsiliararztes“ wird dies näher erläutert.

Fall 4 (unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand: Demenz)

Die diesem Fall zugrundeliegenden Tatsachen entsprechen denen von Fall 3; beide Fälle beruhen auf derselben Meldung. Im Folgenden werden in erster Linie die Aspekte erläutert, die sich auf das Leiden der Patientin beziehen.

Die Patientin war immer eine sehr selbstständige, unternehmungslustige und lebensfrohe Frau gewesen, auch nach ihrer Pensionierung. Sie hatte den Krankheitsverlauf der Alzheimer-Demenz bei verschiedenen direkten Angehörigen aus nächster Nähe miterlebt. Der Gesundheitszustand der Patientin verschlechterte sich zusehends.

Geistige Aktivität war ihr immer sehr wichtig gewesen. Inzwischen blieben die Zeitungen jedoch ungelesen und sie brauchte Monate, um ein Buch zu beenden. Dies war für sie besonders belastend, da sie zuvor eine sehr belesene Person mit vielfältigen Interessen gewesen war. Ihr geistiges Leben war verblasst. Anfänglich hatte das Leben für die Patientin dadurch einfach seinen Glanz

verloren, aber im Lauf der Zeit wurde sie sich zunehmend bewusst, dass dies den Verlust ihrer Identität bedeutete. Darüber hinaus war sie immer weniger in der Lage, ihr tägliches Leben zu organisieren. Sie konnte sich nicht mehr orientieren, vor allem zeitlich, und war schließlich auf die Hilfe anderer angewiesen. Sie erkannte, dass sie viele ihrer Fähigkeiten verloren hatte. Sie wollte nicht in einen Zustand geraten, in dem sie völlig von Dritten abhängig und nicht mehr in der Lage sein würde, selbst zu entscheiden. Sie äußerte mehrfach ihre Verzweiflung über den Gedanken, einen langsam fortschreitenden geistigen Verfall durchmachen zu müssen. Die Vorstellung, irgendwann völlig „nutzlos“ zu sein und in einen Zustand geistiger Leere zu geraten, war der Patientin unerträglich. Die Aussicht, künftig nicht mehr in der Lage zu sein, eigene Entscheidungen zu treffen, war für sie nicht akzeptabel.

Unter Berücksichtigung aller Tatsachen und Umstände dieses Falles urteilte die Kommission, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war. Die Kommission erwog dabei, dass die Aussichtslosigkeit des Zustands der Patientin in der Diagnose der Alzheimer-Krankheit bestand, dass diese Krankheit unheilbar ist und dass sie mit einer progressiven Verschlechterung des Zustands einhergeht.

Im Hinblick auf die Unerträglichkeit des Leidens führte die Kommission an, dass aus den Berichten des meldenden Arztes und des Konsiliararztes hervorging, dass die Patientin in der Vergangenheit eine unabhängige, aktive und lebensfrohe Frau gewesen war. Geistige Aktivität war ihr immer sehr wichtig gewesen. Ihr Leben wurzelte in ihrem Intellekt, dem sie ihre Identität entlehnte. Sie litt unter dem fortschreitenden geistigen Verfall, der zunehmenden Abhängigkeit, der Tatsache, dass sie sich dessen vollständig bewusst war und dass sie ein klares Bild vom weiteren Verlauf ihrer Krankheit hatte. Sie hatte nichts als eine Verschlechterung ihres Zustands zu erwarten. Für die Patientin war zu diesem Zeitpunkt allein schon die Vorstellung unerträglich, künftig völlig von Dritten abhängig und nicht mehr in der Lage zu sein, eigene Entscheidungen zu treffen. Sowohl der behandelnde Arzt als auch der Konsiliararzt, die weiteren konsultierten Ärzte und die Freunde der Patientin waren der Auffassung, dass die Unerträglichkeit des aktuell empfundenen Leidens der Patientin, die geistig und körperlich immer sehr aktiv gewesen war, unter den gegebenen Umständen nachvollziehbar war.

Unter Berücksichtigung aller Fakten und Umstände kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 5 (unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand)

Der Patient wurde sediert; anschließend fand die Lebensbeendigung auf Verlangen statt.

Ein männlicher Patient in der Altersklasse 60 bis 70 Jahre litt an einem inoperablen Magenkarzinom mit zahlreichen Metastasen, die in einem späteren Stadium auch die Leber befielen. Eine Heilung war nicht möglich. Die Kommission urteilte, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass

der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Der Patient war über seine Situation und über seine Aussichten umfassend aufgeklärt worden. Es gab keine Möglichkeiten mehr, das Leiden des Patienten zu lindern. Ein unabhängiger Konsiliararzt hatte in seinem Bericht dargelegt und begründet, dass seiner Ansicht nach die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren.

Da in den Unterlagen ein Dormicum-Verabreichungsschema erwähnt wurde, bat die Kommission den Arzt, die letzten Lebenstage des Patienten schriftlich und später auch mündlich zu schildern. Der Arzt erklärte, dass der Patient bereits zu Beginn seiner Krankheit den Wunsch nach Sterbehilfe geäußert hatte, sollte sein Leiden für ihn unerträglich werden. Der Arzt und der Patient hatten häufig darüber gesprochen, dass Sterbehilfe geleistet werden sollte. Dabei hatte der Arzt dem Patienten auch erläutert, was palliative Sedierung und Sterbehilfe beinhalten.

Am Freitag vor seinem Tod, nach einem Besuch des Konsiliararztes, bat der Patient den Arzt, die Lebensbeendigung am darauffolgenden Dienstag durchzuführen. Der Patient war ein Mann, der gern die Kontrolle behalten wollte. Er hoffte, dass sich seine Frau und eines seiner Kinder in der verbleibenden Zeit an den Gedanken würden gewöhnen können, dass sein Leben mittels Sterbehilfe beendet würde. Dennoch bat der Patient bereits am Wochenende um einen Besuch des Arztes. Er erklärte dem Arzt, dass er einfach nicht mehr könne und bat ihn um Hilfe. Zugleich beharrte er auf seinem Wunsch, am Dienstag durch die Lebensbeendigung zu sterben. Der Arzt erläuterte dem Patienten die Möglichkeit einer Sedierung, die möglicherweise auch zum Tod des Patienten führen könnte.

Am Sonntag begann der Arzt mit der Sedierung des Patienten nach einem Dormicum-Verabreichungsschema mithilfe einer Pumpe. Es wurden weiterhin Fentanylpflaster angebracht. Man hatte vereinbart, dass später noch Sterbehilfe geleistet würde, falls das Leiden des Patienten trotz der Sedierung noch über Tage anhalten sollte. Der Arzt besuchte den Patienten bis zu dessen Tod täglich (meist zwei Mal) und führte in dieser Zeit intensive Gespräche mit seinen nächsten Angehörigen. Der Patient ließ sich nicht gut sedieren, er blieb unruhig. Trotz der Verabreichung zusätzlicher Ampullen Nozinan blieb der Patient dyspnoeisch und wurde nicht ruhiger. Als der Arzt am Dienstagmorgen bei der Familie des Patienten anrief, erzählte ihm die Nachtpflegerin, dass der Patient wieder unruhig gewesen sei. Als der Arzt die Ehefrau des Patienten fragte, ob er den nächsten Schritt des Sedierungsschemas einleiten solle, erinnerte sie ihn an die Vereinbarung, die er mit dem Patienten getroffen hatte. Zu diesem Zeitpunkt beschloss der Arzt, Sterbehilfe zu leisten. Die Lebensbeendigung auf Verlangen wurde medizinisch sorgfältig durchgeführt.

Die Kommission konnte erkennen, dass der Patient bis zum letzten Moment die Kontrolle über das Ende seines Lebens behalten wollte. Es war der Wunsch des Patienten, die Lebensbeendigung in einem späten Stadium durchzuführen; so wollte er Rücksicht auf die Gefühle seiner Angehörigen nehmen. Als das Leiden des Patienten am Wochenende vor seinem Tod bereits unerträglich wurde, bat

er den Arzt zwar um Linderung seines Leidens, jedoch noch nicht um Sterbehilfe. Der Patient war unter der Bedingung zu einer Sedierung bereit, dass der Arzt am vereinbarten Tag Sterbehilfe leistete, wenn das Leiden des Patienten (noch) unerträglich sein sollte.

Dem Urteil der Kommission zufolge hatte der Arzt glaubhaft gemacht, dass das Leiden des Patienten mit Hilfe der durchgeführten palliativen Sedierung nicht hinreichend gelindert werden konnte. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass das Leiden des Patienten zum Zeitpunkt der Lebensbeendigung unerträglich war. Unter Berücksichtigung aller (näher erläuterten) Tatsachen und Umstände kam die Kommission zu dem Urteil, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

c) Patientenaufklärung

Der Arzt hat den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert.

Bei der Beurteilung dieses Sorgfaltskriteriums prüfen die Kommissionen, ob der Arzt den Patienten über seine Krankheit und seine Prognose informiert hat und auf welche Weise dies geschehen ist. Damit sich der Patient seine Bitte reiflich überlegen kann, muss er vollständig über die Krankheit, die Diagnosen, die Prognosen und die Behandlungsmöglichkeiten im Bilde sein. Verantwortlich für die Aufklärung des Patienten ist der Arzt. Er muss auch überprüfen, ob die Aufklärung ausreichend erfolgt ist. Dieses Sorgfaltskriterium stellte in keinem der gemeldeten Fälle ein Problem dar.

d) Keine andere annehmbare Lösung

Der Arzt ist mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt, dass es für die Situation, in der er sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab.

Es muss klar sein, dass es für den Patienten keinen anderen realen Ausweg mehr gibt, sodass Sterbehilfe die einzige noch in Frage kommende Lösung ist. Vorrang haben die Pflege und die Behandlung des Patienten sowie die Linderung und nach Möglichkeit die Beseitigung des Leidens, auch wenn feststeht, dass es keine therapeutischen Möglichkeiten mehr gibt oder wenn der Patient keine (weitere) Therapie wünscht. Eine gute palliativmedizinische Behandlung steht bei Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende im Vordergrund. Das heißt aber nicht, dass der Patient jeder möglichen palliativmedizinischen Behandlung zustimmen muss. Einem Patienten, dessen Leiden unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung ist, steht es frei, eine palliativmedizinische Behandlung oder Versorgung abzulehnen. Die Ablehnung einer Behandlung muss zwischen Arzt und Patient ausführlich besprochen werden.

Bei einer solchen Ablehnung kann es eine Rolle spielen, dass bestimmte palliativmedizinische Behandlungen Nebenwirkungen haben, die für den Patienten schwer zu ertragen sind; der Nutzen der Behandlung wiegt dann die damit verbundenen Nachteile nicht auf.

Manche Patienten lehnen eine weitergehende palliativmedizinische Behandlung in Form einer Erhöhung der Morphindosis ab, weil sie befürchten, apathisch zu werden oder das Bewusstsein zu verlieren, was sie unter keinen Umständen

wollen. Mit diesen Patienten muss darüber gesprochen werden, ob ihre Angst begründet ist – zumeist ist dem nicht so.

Dieses Sorgfaltskriterium macht deutlich, dass der Entscheidungsprozess von Patient und Arzt gemeinsam durchlaufen wird.

Im Falle der Ablehnung einer Behandlung müssen die Kommissionen beurteilen, ob der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es in der Situation, in der der Patient sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab.

Da Arzt und Patient in diesem Punkt gemeinsam zu einer Entscheidung gelangen müssen, wird vom Arzt erwartet, dass er in seinem Bericht darlegt, wie er zu der Überzeugung gekommen ist, dass es keine andere annehmbare Lösung gab.

Fall 6 (Keine andere annehmbare Lösung)

Eine Patientin, die an Chorea Huntington litt, wollte die letzte Phase ihrer Krankheit und ihres Lebens nicht mehr erleben und verweigerte daher die Einweisung in ein Pflegeheim.

Eine Patientin in der Altersklasse 40 bis 50 Jahre wusste seit 1998, dass sie Träger des Huntington-Gens war. Kurz zuvor war ein Elternteil nach langer Krankheit in einem Pflegeheim an den Folgen von Chorea Huntington verstorben. Ein anderer Angehöriger litt ebenfalls an der Huntington-Krankheit und lebte deshalb in einem Pflegeheim. 1998 wurde die Patientin mit Antidepressiva gegen affektive Störungen behandelt. Wahrscheinlich war die Depression ein erstes Symptom der Huntington-Krankheit. Ab dem Jahr 2000 wurde die Krankheit allmählich manifest. Die Symptome verstärkten sich im Lauf der Zeit; die Willkürmotorik nahm ab und das Sprechen und Schlucken fielen zunehmend schwerer. Ab Mitte 2002 wurde die Patientin tagsüber in einem Pflegeheim behandelt, das auf Huntington-Patienten spezialisiert war. Sie erhielt dort verschiedene Therapien sowie psychosoziale Begleitung und Unterstützung. In den letzten Jahren nahm die Mobilität der Patientin so weit ab, dass sie auf Hilfsmittel wie das Elektromobil und den Rollstuhl angewiesen war. Ihr Denken verlangsamte sich, sie bekam Konzentrationsschwierigkeiten und leichte Gedächtnisstörungen. Sie erfuhr immer mehr Einschränkungen sowohl bei ihren Tätigkeiten im Haushalt als auch den Aktivitäten des täglichen Lebens. Außerdem traten immer häufiger interkurrente Erkrankungen wie Bronchitis oder Harnwegsinfektionen auf; hinzu kam, dass sie häufiger stürzte und Prellungen erlitt. Das Haus konnte sie nur noch in Begleitung verlassen. Mitte Juni 2006 war die Patientin dann so pflegebedürftig, dass die Einweisung in ein Pflegeheim angezeigt war. Die Patientin wusste, dass ihre Abhängigkeit weiter zunehmen und der geistige und körperliche Verfall fortschreiten würde, wie sie dies bei ihren Angehörigen erlebt hatte. Für die Patientin war dieses Leiden unerträglich. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten mehr, die ihr Leiden hätten lindern können. Die Patientin hatte die Bitte um Lebensbeendigung freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Sie war immer in der Lage, diesen Wunsch ausführlich und klar darzulegen. Zum Zeitpunkt der Gespräche in der letzten Phase lag dem Arzt zufolge keine Depression oder andere psychiatrische Störung vor.

Es wurde ein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen, der die Patientin zweimal besuchte und schriftlich erklärte, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Konsiliararzt stellte fest, dass der Wunsch der Patientin nach Sterbehilfe vor allem von dem Verlust ihrer Selbständigkeit und der Aussichtslosigkeit ihres Zustands herrührte.

Die Patientin brachte deutlich zum Ausdruck, welch großen Wert sie auf ihre Selbständigkeit legte. Das Bewusstsein, dass ihr dasselbe Leiden bevorstand wie ihren nächsten Angehörigen, war für sie unerträglich. Die Bitte um Sterbehilfe hatte sie freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert. Der Konsiliararzt kam nach seinem ersten Besuch zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt seien, sobald die Einweisung in ein Pflegeheim unvermeidlich würde. Der Konsiliararzt legte fest, dass sein Urteil zwei Monate lang gültig sei; danach würde er eine erneute Beurteilung vornehmen. Bei seinem zweiten Besuch hatte sich der Zustand der Patientin weiter verschlechtert. Für den Konsiliararzt war es offensichtlich, dass die Grenzen der Möglichkeiten für die Versorgung der Patientin zu Hause eigentlich schon überschritten waren und dass die Einweisung in ein Pflegeheim dringend angezeigt war. Damit kam der Konsiliararzt zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Lebensbeendigung auf Verlangen wurde medizinisch sorgfältig durchgeführt.

Unter Berücksichtigung aller Tatsachen und Umstände urteilte die Kommission, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

e) Hinzuziehung eines Konsiliararztes

Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der den Patienten gesehen und eine schriftliche Beurteilung über die unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien abgegeben hat.

Es wird verlangt, dass ein zweiter, unabhängiger Arzt den Patienten sieht und eine schriftliche Stellungnahme zu der Frage vorlegt, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Dieser Arzt muss als Konsiliararzt ein selbstständiges und unabhängiges Urteil abgeben.

Wenn kein unabhängiger Arzt hinzugezogen wird, kommen die Kommissionen zu dem Ergebnis, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Der Konsiliararzt muss sowohl dem Arzt als auch dem Patienten gegenüber unabhängig sein.

Er darf also nicht mit dem Arzt verwandt sein oder eine Arbeitsbeziehung mit ihm haben und auch nicht in derselben Ärztegemeinschaft arbeiten. Bei ihren Beurteilungen müssen sich die Kommissionen mit verschiedenen Erscheinungsformen von Gemeinschaftspraxen befassen, bei denen sich die Ärzte nicht zu einer juristischen Einheit zusammengeschlossen haben, sondern nur die Infrastruktur miteinander teilen (das sogenannte HOED-System). Dabei werden beispielsweise Praxisräume gemeinsam gemietet, Computersysteme gemeinsam genutzt oder Patientendateien gemeinsam geführt. Es bleibt schwierig, vorab festzustellen, welche Formen dieser HOED-

Gemeinschaftspraxen dem Kriterium der Unabhängigkeit entgegenstehen und welche nicht. In Zweifelsfällen werden die Kommissionen daher immer um nähere Informationen bitten, wenn der Arzt und der Konsiliararzt einer solchen Gemeinschaftspraxis angehören.

Der Eindruck der fehlenden Unabhängigkeit kann auch dann entstehen, wenn die gleichen Ärzte regelmäßig einmal in der Funktion des behandelnden Arztes, dann wieder in der Funktion des Konsiliararztes auftreten und es sich gewissermaßen um eine kontinuierliche Zusammenarbeit handelt. Das kann zu einer unerwünschten Situation führen.

Es kann auch vorkommen, dass der meldende Arzt und der Konsiliararzt einander kennen, etwa aufgrund privater Kontakte oder weil sie derselben Interventionsgruppe angehören. Auch dann entscheiden die Umstände, ob dieser Sachverhalt einer unabhängigen Beurteilung im Wege steht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt der Situation bewusst sind und sich den Kommissionen gegenüber hierzu äußern.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Patienten gilt, dass er nicht mit ihm verwandt oder befreundet sein und ihn weder wegen der betreffenden Krankheit noch zu einem früheren Zeitpunkt behandelt haben darf.

Für die Beurteilung der Meldung ist der Bericht⁸ des Konsiliararztes von großer Bedeutung. Dieser Bericht, in dem dargelegt wird, in welcher Situation sich der Patient zum Zeitpunkt des Besuchs befand und auf welche Art und Weise er sich zu seiner Lage und seinen Wünschen äußerte, hilft den Kommissionen dabei, sich ein Bild von dem Fall zu verschaffen. Der Konsiliararzt muss ein begründetes Urteil über die Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien abgeben; außerdem sollte er ausdrücklich auf seine Beziehung zum behandelnden Arzt und zum Patienten eingehen.

Der Konsiliararzt ist für seinen eigenen Bericht verantwortlich. Die Verantwortung für die Einhaltung der Sorgfaltskriterien trägt aber letztendlich der behandelnde Arzt. Er muss also auch prüfen, ob der Konsiliararzt einen Bericht verfasst hat und ob dieser von hinreichender Qualität ist. Auch wenn der Arzt dem Urteil des Konsiliararztes in der Regel großes Gewicht beimessen wird, so muss er im Falle einer Meinungsverschiedenheit zwischen ihm und dem Konsiliararzt letztlich selbst die Entscheidung treffen. Schließlich ist es das Handeln des meldenden Arztes, das von den Kommissionen beurteilt wird.

Die Kommissionen begrüßen es, dass immer mehr Fachärzte auch als SCEN-Ärzte tätig sind und dass immer mehr SCEN-Ärzte – zumeist Hausärzte – von Fachärzten in Krankenhäusern konsultiert werden. Auch den Bemühungen zur weiteren Verbesserung der Qualität der Berichte im Rahmen des SCEN-Projekts stehen sie äußerst positiv gegenüber.

⁸ Die Checkliste für den Konsiliarbericht bei der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung kann als Richtschnur dienen und ist unter www.toetsingscommissieseuthanasie.nl abrufbar.

Es kommt vor, dass ein Konsiliararzt bei seinem Besuch des Patienten feststellt, dass eines der Kriterien nicht oder noch nicht erfüllt ist (siehe auch unter „Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand“). Den Kommissionen ist nicht immer klar, was in einem solchen Fall nach dem Besuch des Konsiliararztes weiter geschehen ist. Sie stellen dem meldenden Arzt dann zusätzliche Fragen. Eine solche Situation war auch in den Fällen 7 und 8 gegeben.

Findet der Besuch des Konsiliararztes in einem frühen Stadium statt und kommt dieser zu dem Schluss, dass das Leiden noch nicht unerträglich ist bzw. dass noch kein konkreter Sterbehilfewunsch vorliegt, heißt das in der Regel, dass ein zweiter Besuch bei dem Patienten erforderlich ist. Wenn der Konsiliararzt erklärt hat, dass das Leiden wahrscheinlich schon sehr bald unerträglich sein wird, und wenn er außerdem dargelegt hat, worin dieses Leiden bestehen wird, ist eine zweite Konsultation im Prinzip nicht nötig. Dennoch kann auch in einer solchen Situation ein Telefongespräch zwischen Arzt und Konsiliararzt empfehlenswert sein. Zieht sich der Verlauf hin oder sind die Entwicklungen weniger eindeutig vorhersehbar, wird ein zweites Gespräch zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten erforderlich sein.

Gab es zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliararzt einen weiteren Kontakt oder hat der Konsiliararzt den Patienten noch einmal besucht, ist es wichtig, dass die Ärzte dies bereits in ihrer Meldung erwähnen.

Im Rahmen des Projekts „Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden“ (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland/SCEN) werden Ärzte zu Konsiliarärzten ausgebildet. In der Mehrheit der Fälle wird ein sogenannter SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen.

Die Kommissionen betonen, dass SCEN-Ärzte auch eine unterstützende Funktion haben, beispielsweise indem sie beratend tätig sind. Erhält ein SCEN-Arzt kurz vor dem Wochenende eine Anfrage wegen einer Konsultation, kann es allerdings sein, dass die Konsultation erst am kommenden Montag möglich ist.

In einem solchen Fall kann es von Bedeutung sein, dass der SCEN-Arzt den anfragenden Arzt schon einmal berät, etwa über die Möglichkeiten der Verabreichung eines Medikaments oder der Überweisung an ein palliativmedizinisches Team.

Der Arzt muss der Tatsache Rechnung tragen, dass sich der Zustand eines Patienten so schnell verschlechtern kann, dass eine Lebensbeendigung womöglich früher als geplant in Frage kommt.

Fall 7 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Zwischen der Hinzuziehung des Konsiliararztes und der Lebensbeendigung lagen drei Monate.

Der Konsiliarbericht war inhaltlich nicht konsistent. Die Kommission bat daher den behandelnden Arzt und den Konsiliararzt um genauere Informationen.

Bei einem männlichen Patienten in der Altersklasse 50 bis 60 Jahre war ein metastasierendes Urothelzellkarzinom festgestellt worden. Gut zwei Jahre nach der Diagnose war das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos. Die Prognose war infaust und es gab keine Behandlungsmöglichkeiten mehr, die das Leiden des Patienten hätten lindern können. Die Bitte des Patienten um Sterbehilfe war freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Der Patient war über seine Situation und über seine Aussichten gut im Bilde.

Der vom behandelnden Arzt hinzugezogene unabhängige Konsiliararzt besuchte den Patienten und kam zu dem Schluss, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Die Situation, in der der Patient sich befand, war aussichtslos, jedoch zum Zeitpunkt des Besuchs durch den Konsiliararzt noch nicht unerträglich. Anschließend erklärte der Konsiliararzt in seinem Bericht, dass die Sorgfaltskriterien seiner Auffassung nach erfüllt waren. Die Lebensbeendigung wurde drei Monate nach dem Besuch sorgfältig durchgeführt.

Die Kommission bat den Arzt zu erläutern, wie sich in den drei Monaten die Krankheit des Patienten entwickelt hatte und warum der Arzt kurz vor der Lebensbeendigung den Konsiliararzt nicht erneut hinzugezogen hatte. Der Kommission war außerdem aufgefallen, dass der Konsiliararzt einerseits festgestellt hatte, dass die Situation für den Patienten noch nicht unerträglich war, andererseits aber zu dem Urteil gelangt war, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Kommission wollte wissen, ob der behandelnde Arzt diese Widersprüchlichkeit ebenfalls bemerkt hatte und wie er damit umgegangen war. Aufgrund der Zahl der offenen Fragen beschloss die Kommission, sowohl den behandelnden Arzt als auch den Konsiliararzt zwecks mündlicher Erläuterung zu einer Kommissionssitzung zu bitten.

Aus der mündlichen Erläuterung des Arztes ging hervor, dass der Patient Mitte 2006 wegen Komplikationen ins Krankenhaus eingewiesen worden war. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ging man von einer Lebenserwartung von höchstens einigen Wochen aus. Er hatte große Angst vor einer plötzlich auftretenden Verschlechterung seines Zustands und bat daher den Arzt um ein rasches Hinzuziehen eines Konsiliararztes.

Zum Zeitpunkt des Besuchs des Konsiliararztes war das Leiden des Patienten noch nicht unerträglich. Es war aber davon auszugehen, dass der Patient diesen Zustand innerhalb von drei Wochen erreichen würde. Wider Erwarten erholte sich der Patient aber nach dem Besuch des Konsiliararztes sehr gut und er erlebte noch einige gute Monate. Danach wurden jedoch multiple Hirnmetastasen entdeckt, und der Zustand des Patienten verschlechterte sich drastisch. Eines Morgens war das Leiden für den Patienten plötzlich unerträglich geworden. Während des gesamten Krankheitsverlaufs hatte der Patient immer eine sehr positive Einstellung gezeigt. An jenem Morgen äußerte der Patient seine Bitte um Sterbehilfe jedoch derart dringend, dass der Arzt keine Möglichkeit sah, die Lebensbeendigung noch länger hinauszuzögern. Aus diesem Grund hatte der Arzt nicht erwogen, den Konsiliararzt erneut hinzuzuziehen. Allerdings hatte er noch einen Neurologen konsultiert, um sich nach

Möglichkeiten der palliativmedizinischen Behandlung zu erkundigen. Als er erfahren hatte, dass es keine anderen Möglichkeiten mehr gab, begann der Arzt mit den Vorbereitungen für die Durchführung der Lebensbeendigung an diesem Tag.

Der Konsiliararzt hatte den Patienten kurz nach dessen Einweisung ins Krankenhaus besucht. Er wusste, dass das Leiden des Patienten im Krankenhaus schon geraume Zeit unerträglich gewesen war. Bei seinem Besuch ging der Konsiliararzt davon aus, dass die Lebenserwartung des Patienten nicht mehr als einige Wochen betrug. Dem Konsiliararzt war klar, dass die Angst des Patienten, in Kürze an schwerer Atemnot, Erstickungsanfällen und Schmerzen zu leiden, begründet war. Daher erstaunte ihn die Nachricht, dass der Patient nach seinem Besuch noch drei Monate lang gelebt hatte, auch sehr. Nach seinem Besuch bei dem Patienten hatte der Konsiliararzt keinen Kontakt mehr zum behandelnden Arzt gehabt. Für den Konsiliararzt war der Hinweis der Kommission auf die Widersprüchlichkeit zwischen dem Inhalt und der Schlussfolgerung seines Berichts eine lehrreiche Erfahrung. Er versicherte, diesen Punkt in Zukunft zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung aller (näher erläuterten) Tatsachen und Umstände kam die Kommission zu dem Urteil, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 8 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Der Konsiliararzt gab an, dass die Bitte des Patienten um Sterbehilfe noch nicht aktuell war, sondern für den Moment geäußert wurde, in dem sich die Lage des Patienten (kurz- oder mittelfristig) verschlechtern würde. In diesem Fall seien die Sorgfaltskriterien erfüllt. Die Kommission bat den Arzt um nähere Informationen darüber, wie sich das Leiden des Patienten im Zeitraum zwischen dem Besuch des Konsiliararztes und dem Tod entwickelt hatte.

Ein männlicher Patient in der Altersklasse 70 bis 80 Jahre litt seit längerer Zeit an der chronischen Lungenerkrankung COPD. Im Jahr 2000 wurden eine Endokarditis und eine Aortenklappenstenose diagnostiziert; später wurde deshalb eine künstliche Herzklappe eingesetzt und eine partielle Perikardektomie durchgeführt. In den letzten sechs Monaten schritt die COPD des Patienten rasch fort. Der Patient erhielt sowohl die maximale Therapie gegen seine Lungenkrankheit als auch Herzmedikamente. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten mehr. Der Patient hatte freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten. Ein unabhängiger Konsiliararzt wurde hinzugezogen, der den Patienten besuchte und ein schriftliches Urteil über die Einhaltung der in Artikel 2 Buchstaben a bis d des Sterbehilfegesetzes genannten Sorgfaltskriterien abgab. Der Patient hatte ihm sein Leben und sein Leiden beschrieben. Er hatte erklärt, dass er – solange es ihm noch relativ gut gehe – weiterleben wolle, er aber um Sterbehilfe bitte für den Moment, in dem die Schmerzen zurückkehrten. Der Konsiliararzt erklärte unter anderem, dass die Bitte des Patienten um Sterbehilfe noch nicht aktuell war, sondern für den Moment geäußert wurde, in dem sich die Lage des Patienten (kurz- oder

mittelfristig) verschlechtern würde. Für den Konsiliararzt war dies nachvollziehbar. In diesem Fall seien die Sorgfaltskriterien erfüllt.

Da zum Zeitpunkt des Besuchs des Konsiliararztes noch nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren (die Bitte um Sterbehilfe war nicht aktuell, sondern für den Moment geäußert worden, in dem sich der Zustand des Patienten verschlechtern würde), bat die Kommission den Arzt um nähere Informationen darüber, wie sich das Leiden des Patienten im Zeitraum zwischen dem Besuch des Konsiliararztes und dem Tod entwickelt hatte. Der Arzt erklärte, dass sich der Patient am Tag des Besuchs des Konsiliararztes aufgrund der anfänglichen Wirkung der verabreichten Medikamente besonders gut gefühlt hatte. Dieser Zustand war aber von kurzer Dauer. Die Schmerzen waren zurückgekehrt und die Atemnot war so stark geworden, dass der Patient kaum noch in der Lage war, sich zu waschen und anzuziehen. Trotz erhöhter Schmerzmedikation und maximaler Lungenmedikation verbesserte sich der Zustand des Patienten nicht. Gut eine Woche nach dem Besuch des Konsiliararztes bat der Patient den behandelnden Arzt wiederholt um baldige Sterbehilfe. Im Laufe des letzten Monats hatte der Patient den Arzt davon überzeugen können, dass seine Beschwerden für ihn unerträglich waren. Unter Berücksichtigung aller (näher erläuterten) Tatsachen und Umstände kam die Kommission zu dem Urteil, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

f) Medizinisch sorgfältige Durchführung

Der Arzt hat die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig durchgeführt.

Bei der Durchführung einer Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung werden, was die Methode, die Mittel und ihre Dosierung angeht, grundsätzlich die Empfehlungen⁹ der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) befolgt.

In den von den Kommissionen beurteilten Fällen wird – entgegen den Empfehlungen – bei der Herbeiführung eines Komas immer häufiger Midazolam oder Kombinationen mit Opiaten verwendet. Die Kommissionen halten dies für weniger wünschenswert und empfehlen die Verwendung von Mitteln mit erwiesener komaauslösender Wirkung. In einigen Fällen ist diese Wirkung bei Benzodiazepinen nicht ausreichend.

Bei der Sterbehilfe liegt eine aktive Handlung des Arztes vor, der dem Patienten das Sterbemittel – in der Regel intravenös – verabreicht. Um Hilfe bei der Selbsttötung handelt es sich, wenn der Patient das Mittel selbst einnimmt. In einem solchen Fall trinkt der Patient eine Flüssigkeit mit einem Barbiturat¹⁰. Der Arzt muss dann so lange bei dem Patienten bleiben, bis der Tod eingetreten ist. Er darf den Patienten mit dem Sterbemittel nicht allein lassen. Schließlich wäre es möglich, dass dieser die Flüssigkeit wieder erbricht. In einem solchen Fall könnte der Arzt dann noch aktiv Sterbehilfe leisten. Außerdem könnten Dritte

⁹ Standaard Euthanatica: Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007
¹⁰ Meist 100 ml Flüssigkeit mit 9 Gramm Pentobarbital-Natrium oder Secobarbital-Natrium.

gefährdet werden, wenn die gefährlichen Substanzen ohne ärztliche Aufsicht zurückgelassen würden.

In Ausnahmefällen und nur, wenn gute Gründe dafür vorliegen, können vorab anderslautende Vereinbarungen getroffen werden. Der Arzt muss jederzeit verfügbar sein für den Fall, dass er eingreifen muss, weil die Mittel die beabsichtigte Wirkung nicht oder nicht ausreichend entfalten.

Die Lebensbeendigung muss vom Arzt selbst durchgeführt werden.

In der Praxis kommt es ab und zu vor, dass bei einem Arzt Unklarheit über seine Rolle bei der Sterbehilfe besteht.

Wenn beispielsweise ein Sterbehilfefall von einem Arzt gemeldet wird, der die Sterbehilfe nicht selbst durchgeführt hat, muss der durchführende Arzt die Meldung nachträglich unterschreiben; er gilt für die Kommissionen dann als meldender Arzt.¹¹

Information der Kommissionen

Aus den Meldungsunterlagen muss für die Kommissionen hervorgehen, ob der Arzt die in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes genannten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Bieten die vom Arzt erteilten Informationen der Kommission keine ausreichende Grundlage, um zu diesem Schluss zu gelangen, kann sie den behandelnden Arzt oder den Konsiliararzt auffordern, seinen Bericht mündlich oder schriftlich zu ergänzen, oder ihn zu einem Gespräch mit der Kommission bestellen, damit sie zu einem fundierten Urteil kommen kann¹².

Kommt der Arzt dieser Aufforderung nicht nach, nimmt er sich selbst die Möglichkeit, sein Handeln zu erklären. Es besteht dann die Gefahr, dass die Kommission nicht zu dem Schluss kommen kann, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. In diesem Fall wird die Meldung an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Im nachstehend beschriebenen Fall ist diese Situation eingetreten.

Fall 9 (Information der Kommissionen)

Macht der Arzt von der Möglichkeit einer näheren Erläuterung gegenüber der Kommission keinen Gebrauch, kann dies dazu führen, dass die Kommission die Einhaltung der Sorgfaltskriterien nicht feststellen kann. Im vorliegenden Fall zog dies das Urteil nach sich, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren.

Es handelte sich um eine schwerkranke Patientin in der Altersgruppe 40 bis 50 Jahre, bei der ein stark metastasierendes Mammakarzinom festgestellt worden war. Die Patientin hatte freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Lebensbeendigung gebeten. Der Arzt hatte die Patientin über ihre Situation und über ihre Aussichten aufgeklärt. Arzt und Patientin waren gemeinsam zu der

¹¹ Siehe Artikel 3 Absatz 1 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. November 2006.

¹² Siehe Artikel 9 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. November 2006.

Überzeugung gelangt, dass es für die Situation, in der sie sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab.

Ein unabhängiger Konsiliararzt hatte einen schriftlichen Bericht verfasst; er war der Ansicht, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Als die Kommission schriftlich Fragen über die Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen stellte, erteilte der Arzt nähere Informationen. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Patientin bis zu dem Tag vor der Durchführung der Lebensbeendigung unerträglich gelitten hatte und dass ihr Zustand aussichtslos war. Da die Kommission aber noch Fragen hatte, u. a. zur Unerträglichkeit des Leidens der Patientin zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung, und außerdem Klarheit über den Verlauf des Zustands der Patientin und die Beweggründe des Arztes, am folgenden Tag die Lebensbeendigung durchzuführen, erhalten wollte, bat sie den Arzt, in einem Gespräch hierzu Stellung zu nehmen. Der Arzt kam der Aufforderung zu einem Gespräch nicht nach.

Da der Arzt die schriftlichen Fragen der Kommission nur knapp beantwortet hatte und der zweifachen Aufforderung der Kommission, seinen Bericht mündlich zu erläutern, nicht nachgekommen war, konnte sich die Kommission nicht von der Unerträglichkeit des Leidens überzeugen. Somit konnte sie auch nicht feststellen, ob der Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten hatte, und kam deshalb zu dem Urteil, dass dies nicht der Fall war. Die Angelegenheit wurde an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Anhang I Übersicht der Meldungen nach Regionen

A. Region Groningen, Friesland und Drente

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 229 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 201 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 23 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 5 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 210 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 11 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 8 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	186
Herz- und Gefäßkrankheiten	7
Erkrankung des Nervensystems	21
Lungenerkrankungen (ohne Lungenkrebs)	15
Andere	0
Mehrfacherkrankungen	6

Orte der Lebensbeendigung

Die Lebensbeendigung fand in 177 Fällen beim Patienten zu Hause statt, in 11 Fällen im Krankenhaus, in 8 Fällen in einem Pflegeheim, in 11 Fällen in einem Altersheim und in 22 Fällen an anderen Orten.

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 12-mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in keinem Fall, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 24 Tage.

B. Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 468 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 440 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 24 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 4 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 409 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 41 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 18 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	403
Herz- und Gefäßkrankheiten	14
Erkrankungen des Nervensystems	21
Lungenerkrankungen (ohne Lungenkrebs)	10
Andere	18
Mehrfacherkrankungen	0

Orte der Lebensbeendigung

Die Lebensbeendigung fand in 371 Fällen beim Patienten zu Hause statt, in 40 Fällen im Krankenhaus, in 16 Fällen in einem Pflegeheim, in 22 Fällen in einem Altersheim und in 19 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. Die Kommission tagte 12-mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in keinem Fall, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 32 Tage.

C. Region Nordholland

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 485 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 427 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 48 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 10 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 418 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 45 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 22 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	419
Herz- und Gefäßkrankheiten	15
Erkrankungen des Nervensystems	23
Lungenerkrankungen (ohne Lungenkrebs)	20
Andere	8
Mehrfacherkrankungen	0

Orte der Lebensbeendigung

In 381 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 42 Fällen in einem Krankenhaus, in 24 Fällen in einem Pflegeheim, in 23 Fällen in einem Altersheim und in 15 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilung in ihre Zuständigkeit falle. Die Kommission tagte 13-mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in keinem Fall, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 27 Tage.

D. Region Südholland und Seeland

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 400 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 372 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 24 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 4 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 349 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 32 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 19 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	359
Herz- und Gefäßkrankheiten	13
Erkrankungen des Nervensystems	16
Lungenerkrankungen (ohne Lungenkrebs)	0
Andere	12
Mehrfacherkrankungen	0

Orte der Lebensbeendigung

In 320 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 30 Fällen in einem Krankenhaus, in 20 Fällen in einem Pflegeheim, in 12 Fällen in einem Altersheim und in 18 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilung in ihre Zuständigkeit falle. Die Kommission tagte 11-mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in lediglich einem Fall, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 30 Tage.

E. Region Nordbrabant und Limburg

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei der Kommission 341 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung

In 325 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 13 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 3 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 306 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 22 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 13 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	289
Herz- und Gefäßkrankheiten	6
Erkrankungen des Nervensystems	24
Lungenerkrankungen (ohne Lungenkrebs)	13
Andere	7
Mehrfacherkrankungen	0

Ort der Lebensbeendigung

Die Lebensbeendigung fand in 279 Fällen beim Patienten zu Hause statt, in 40 Fällen im Krankenhaus, in 11 Fällen in einem Pflegeheim, in 22 Fällen in einem Altersheim und in 18 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommission kam in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilung in ihre Zuständigkeit falle. Die Kommission tagte 12-mal. In diesem Berichtsjahr urteilte die Kommission in lediglich einem Fall, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission vergingen im Durchschnitt 29 Tage.