

**Gutachten Nr. 73 vom 11. September
2017 über Sterbehilfe bei Patienten
außerhalb der Sterbephase, unheilbarer
Krankheit, psychischen Leidens und
psychiatrischen Erkrankungen**

INHALTSVERZEICHNIS

A. Befassung

B. Rechtlicher Rahmen für die Entkriminalisierung der Sterbehilfe in Belgien 6

- B.1. Allgemeine Rahmenbedingungen
- B.2. Eckpunkte des Sterbehilfegesetzes
 - a. Definition
 - b. Erforderliche Bedingungen
 - c. Form- und Verfahrensvorschriften
 - d. Rolle der konsultierten Ärzte
 - e. In absehbarer Zeit nicht zu erwartendes Ableben
 - f. Föderales Sterbehilfekontroll- und -bewertungsgremium (FSKB)
 - g. Gewissensfreiheit
 - h. Sterbehilfe an Minderjährigen
 - i. Kurzer Vergleich mit dem niederländischen Gesetz
- B.3. Sachstand in der heutigen Debatte

C. Antwort auf die ersten zwei Fragen

- a. Frage 1: Gibt es eine andere Rechtsgrundlage für die Sterbehilfe, wenn feststeht, dass dem Sterbehilfeersuchen des Partners stattgegeben werden kann?
- b. Frage 2: Welches ist die rechtliche Grundlage für eine Sterbehilfezusage, wenn der Ersuchende nicht sterbenskrank ist?

D. Frage 3: Besteht eine gesellschaftliche Notwendigkeit, anhaltendes und unerträgliches psychisches Leiden, das nicht gelindert werden kann und auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist, als Konzept zu verdeutlichen?

D.1. Ausleuchtung der Begriffe Leiden, Urteilsfähigkeit, Diagnostizierbarkeit und Unheilbarkeit, Lebensmüdigkeit und abgeschlossenes Leben

- a. Leiden
- b. Urteilsfähigkeit
- c. Diagnose einer ernsthaften und unheilbaren Erkrankung
- d. Lebensmüdigkeit und abgeschlossenes Leben

D.2. Empirische Studien über den Begriff „Leiden“ im Kontext der Sterbehilfe

D.3. Entwicklung der Anzahl Sterbehilfemeldungen

D.4. Empirische Studien in Flandern über die Entwicklung der Sterbehilfemöglichkeit

D.5. Empirische Studien über Lebensmüdigkeit und Sterbehilfe in Flandern und in den Niederlanden

D.5.1. Empirische Studien über Lebensmüdigkeit und Sterbehilfe

D.5.2. Empirische Studien über das abgeschlossene Leben

D.6. Ethische Diskussion

D.6.1. Auswirkungen der Behandlungsablehnung (auf das Sterbehilfegesuch)

D.6.1.1. Der Arzt ist für die abschließende Entscheidung verantwortlich, ob das Leiden des Patienten gelindert werden kann oder nicht

D.6.1.2. Der Arzt ist verantwortlich für die Diagnose, ob die Erkrankung heilbar ist oder nicht; der Patient befindet letztendlich, ob das Leiden unerträglich ist, und ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, wird auf der Grundlage eines tiefgründigen und ständigen Dialogs zwischen dem Patienten und seinem Arzt ermittelt

D.6.2. Die Debatte über die Lebensmüdigkeit

D.6.2.1. Die Debatte in den Niederlanden: der Fall Brongersma (2002) und der Bericht „Abgeschlossenes Leben“ (2016)

D.6.2.2. Wie viel Auslegungsspielraum wird den Pflegedienstleistern bei der Auslegung des Sterbehilfegesetzes eingeräumt?

D.6.2.3. Vorschlag eines Ansatzes zur Eruierung von Sterbehilfebitten bei Lebensmüdigkeit

D.6.3. Sterbehilfe und Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen

E. Sterbehilfe und Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen

E.1. Frage 1: Ändert sich die Rechtsgrundlage bei der Bitte um Sterbehilfe, wenn entschieden worden ist, dass der Bitte des Partners stattgegeben werden kann?

E.2. Frage 2: Auf welcher Rechtsgrundlage kann einer Bitte um Sterbehilfe stattgegeben werden, wenn der Ersuchende nicht sterbenskrank ist?

E.3. Frage 3: Besteht eine gesellschaftliche Notwendigkeit, anhaltendes und unerträgliches psychisches Leiden, das nicht gelindert werden kann und auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist, als Konzept zu verdeutlichen? 68

E.3.1. Konsenspunkte

- a. Ausbildung und Information der Öffentlichkeit
- b. Notwendigkeit von mehr Studien über medizinische Entscheidungen bezüglich des Lebensendes
- c. Keine Medikalisierung (verschiedener Formen) von psychosozialem Leiden
- d. Unheilbarkeit der Erkrankung und Unerträglichkeit des Leidens

E.3.2. Punkte, über die kein Konsens besteht

- a. Über die Unmöglichkeit, das Leid zu lindern
- b. Über die Ablehnung des Behandlungsvorschlags
- c. Über Altersbeschwerden, Polypathologie und Lebensmüdigkeit
- d. Über die Bewertung a priori und die Bewertung a posteriori von Bitten um Sterbehilfe
- e. Über die gesetzliche Wartezeit zwischen dem Sterbehilfegesuch und dessen Annahme, wenn ein Ableben nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist.
- f. Über die erforderliche Erfahrung der Ärzte, die Sterbehilfe gewähren, und der zu Rate gezogenen Ärzte
- g. Über den Stellenwert der Stellungnahmen der zu Rate gezogenen Ärzten
- h. Über die Rolle des Föderalen Sterbehilfekontroll- und -bewertungsgremiums (FSKB)

BIBLIOGRAPHIE

Anhang 1

A. Befassung

Das von Frau L. Onkelinx, der ehemaligen Gesundheits- und Sozialministerin, in ihrem Schreiben vom 14. April 2011 unter dem Betreff „Sterbehilfe bei nicht sterbenskranken Patienten“ beantragte Gutachten nimmt selber Bezug auf eine mündliche Frage, die die Senatorin Elke Sleurs gestellt hatte, nachdem ein Ehepaar in einem durch die Medien bekanntgewordenen Fall Sterbehilfe beantragt hatte und ihr diese gewährt worden war. Im Kontext eines Sterbehilfeersuchens eines Ehepaares, bei dem ein Partner nicht sterbenskrank war, erkundigte sich die Senatorin Elke Sleurs nach der rechtlichen Grundlage für die Gewährung von Sterbehilfe bei nicht sterbenskranken Patienten. Die Senatorin Elke Sleurs hatte ihre Frage wie folgt formuliert: „Wenn die rechtliche Grundlage für eine Sterbehilfe bei einem nicht sterbenskranken Patienten, dessen Partner bereits die Zusage für eine Sterbehilfe erhalten hat, unter anderem „unerträgliches psychisches Leiden“ ist, sind Sie dann der Meinung, dass für die Gesellschaft die Notwendigkeit besteht, dieses Konzept zu verdeutlichen?“

Es geht darum, die Grundsätze darzulegen, die durch diese Frage aufgeworfen werden, wobei festzuhalten ist, dass es nicht Aufgabe des Ausschusses ist, einen Einzelfall zu kommentieren, der durch die Medien ans Licht gebracht wurde und dessen genaue Einzelheiten er übrigens nicht kennt, insbesondere was den medizinischen Zustand der beiden Partner betrifft.

Für die Ausschussmitglieder stellen sich folgende drei Fragen: Die ersten zwei Fragen werden bündig beantwortet, die dritte Frage macht den größten Teil der ethischen Besprechung in diesem Gutachten aus.

Frage 1: Gibt es eine andere rechtliche Grundlage für die Sterbehilfe, wenn feststeht, dass dem Sterbehilfeersuchen des Partners stattgegeben werden kann?

Frage 2: Welches ist die rechtliche Grundlage für eine Sterbehilfeszusage, wenn der Antragsteller nicht sterbenskrank ist?

Frage 3: Besteht eine gesellschaftliche Notwendigkeit, anhaltendes und unerträgliches psychisches Leiden, das nicht gelindert werden kann und auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist, als Konzept zu verdeutlichen?

Ehe wir uns näher mit diesen drei zu begutachtenden Fragen befassen, erläutern wir kurz den gesetzlichen Rahmen für Sterbehilfe in Belgien.

B. Rechtlicher Rahmen für die Entkriminalisierung der Sterbehilfe in Belgien

B.1. Allgemeine Rahmenbedingungen

Das Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe¹ (im Folgenden Sterbehilfegesetz genannt) gibt einem handlungsfähigen, bewussten volljährigen Patienten die Möglichkeit, freiwillig, überlegt und wiederholt um Sterbehilfe zu bitten, wenn er/sie sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage mit anhaltender und körperlich unerträglicher Qual befindet, die nicht gelindert werden kann und auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist.

Diese Gesetzgebung entkriminalisiert also die Sterbehilfe, unter strengen Auflagen, und beschreibt, wie sich ein Arzt verhalten muss, an den eine solche Bitter herangetragen wird.

Das Sterbehilfegesetz hat hybride Züge: Es ist Bestandteil des bürgerlichen Rechts, hauptsächlich des Medizinrechts, weist jedoch auch strafrechtliche Aspekte auf, da es die von einem Arzt nach den gesetzlichen Vorgaben und Verfahren praktizierte Sterbehilfe straffrei stellt.

Für die Entkriminalisierung der Sterbehilfe werden zwei ethische Grundsätze angeführt: die Wahrung der Autonomie des Patienten und das Mitleid mit dessen Leiden. Hervorzuheben ist allerdings, dass diese Grundsätze nicht absolut sind. Es genügt nicht, dass der Patient um Sterbehilfe bittet: Alle gesetzlichen Auflagen müssen erfüllt sein.

B.2. Eckpunkte des Sterbehilfegesetzes

a. Definition

Die Definition des Begriffs „Sterbehilfe“ in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 orientiert sich am niederländischen Gesetz und am ersten Gutachten des Beratenden Bioethik-

¹ Das Gesetz vom 24. Februar 2014 hat die Möglichkeit, um Sterbehilfe zu bitten, auf Minderjährige ausgedehnt.

Ausschusses²: Sterbehilfe ist die Tat, mit der ein Arzt das Leben eines Patienten auf dessen - gegebenenfalls in Form einer Willenserklärung ausgedrückte Bitte - vorsätzlich beendet (Art. 14).

b. Erforderliche Bedingungen

Die Sterbehilfe als Handlung muss von einem Arzt ausgeführt werden: Dieser darf diese Verantwortung auf keinen Fall weitergeben, zum Beispiel an einen Krankenpfleger.

Der Arzt muss sich vergewissern, dass folgende drei wesentliche Bedingungen erfüllt sind (Art. 3):

1. Die Bitte muss freiwillig, überlegt und wiederholt formuliert werden; sie darf nicht durch Druck von außen zustande gekommen sein.
2. Der Patient muss sich auf eine anhaltende, unerträgliche körperliche oder psychische Qual berufen, die nicht gelindert werden kann.
3. Der Patient muss sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage befinden, die auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist.

Zu betonen ist, dass eine Wechselwirkung zwischen diesen drei erforderlichen Bedingungen besteht. Darauf kommen wir später in D.1.a. zurück.

c. Form- und Verfahrensvorschriften

Um sicherzustellen, dass die Grundbedingungen des Gesetzes eingehalten werden, hat der Gesetzgeber eine Reihe von Schritten vorgesehen: eine schriftliche Bitte, eine Informationspflicht für den behandelnden Arzt, die Konsultation eines zweiten und manchmal eines dritten Arztes, zusätzliche Auflagen, wenn das Ableben nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist, Gespräche mit dem Pflegeteam, gegebenenfalls Gespräche mit den Angehörigen, Eintragung aller Fakten in die Krankenakte.

- Die Bitte muss schriftlich formuliert werden; wenn der Patient nicht imstande ist, dies selbst zu tun, muss die Bitte – in Anwesenheit des Arztes - von einer Drittperson geschrieben werden, die kein materielles Interesse am Tod des Patienten hat.
- Der Arzt, an den die Bitte um Sterbehilfe gerichtet wird, muss den Patienten vorab über dessen Gesundheitszustand und Lebenserwartung, die möglichen Behandlungen und die verfügbare Palliativpflege informiert haben. Es geht also um die Pflicht, den Patienten über die Palliativpflege zu informieren – und nicht um die Pflicht, Palliativpflege in Anspruch zu nehmen. Ferner gibt das Gesetz über die Patientenrechte dem Patienten das Recht, jegliche

² Gutachten Nr. 1 des belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses vom 12. Mai 1997 über die Oportunität einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe (www.health.belgium.be/bioeth)

Pflege abzulehnen. Dasselbe Gesetz fordert auch eine deutliche, für den Patienten verständliche Aufklärung.

- Das Sterbehilfegesetz schreibt auch vor, dass der Arzt mehrere Gespräche mit seinem Patienten führt, um sich zu vergewissern, dass dieser bei seinem Vorhaben bleibt. Der Patient kann seine Bitte nämlich jederzeit zurückziehen. Und diese Bitte darf ausschließlich das Ergebnis einer freien Wahl sein, nach Erhalt aller notwendigen Informationen.

d. Rolle der konsultierten Ärzte

Das Eingreifen eines konsultierten Arztes, mit einer neuen Sicht der Dinge, erscheint dann als besonders nützlich, wenn der behandelnde Arzt, der seinen Patienten vielleicht schon seit Jahren betreut, seit der Diagnose einer ernsthaften, unheilbaren Krankheit, emotional überfordert ist.

Dieser Arzt muss sich aus der therapeutischen Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt, der die Bitte um Sterbehilfe erhalten hat, heraushalten; er muss auch Fachmann für die besagte Krankheit sein.

Er muss nicht nur den Krankheitsbericht einsehen, sondern den Patienten auch untersuchen, um den ernsthaften und unheilbaren Charakter der Erkrankung zu überprüfen und um sich zu vergewissern, dass das körperliche oder psychische Leiden anhaltend und unerträglich ist und nicht gelindert werden kann.

Für Sterbehilfeverfahren bei Volljährigen und entmündigten Minderjährigen sind die Stellungnahmen nicht bindend.³ Auch wenn diese Stellungnahmen nicht bindend sind, stellen sie eine wichtige Phase in der Entscheidungsfindung über die Sterbehilfebitte dar. Nach Einsicht und Berücksichtigung dieser Stellungnahmen obliegt es dem Arzt und dem Patienten, eine Entscheidung entsprechend dem Auftrag des Sterbehilfegesetzes zu treffen.

e. In absehbarer Zeit nicht zu erwartendes Ableben

Strenge Auflagen sind vorgesehen, wenn das Ableben des Patienten nach Meinung des Arztes nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist. In diesem Fall muss ein dritter Arzt hinzugezogen werden, nämlich ein zweiter konsultierter Arzt. Der Gesetzgeber verfolgt zwei Ziele mit dieser Hypothese: Einerseits kommt er so um die Definition der Begriffe „terminale Phase“ oder „sterbenskranker Patient“ herum, andererseits gewinnt er Zeit und kann mehr Garantien geben, wenn das Ableben als nicht zeitnah betrachtet werden kann.

³ In seinem Entscheid über die Beschwerde gegen die Ausdehnung des Sterbehilfegesetzes auf Minderjährige führt der Verfassungsgerichtshof aus: „Wenn der konsultierte Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychologe der Meinung ist, dass der minderjährige Patient nicht die erforderliche Urteilsfähigkeit besitzt, darf der behandelnde Arzt bei ihm keine Sterbehilfe praktizieren; das heißt mit anderen Worten, dass die Stellungnahme in diesem Fall bindend ist (Entscheid Nr. 153/2015 des Verfassungsgerichtshofes vom 29. Oktober 2015 über die Beschwerde gegen die Ausdehnung des Sterbehilfegesetzes auf Minderjährige: siehe Paragraph B.24.8.2.).“

- Wenn ein Ableben nicht in absehbare Zeit zu erwarten ist, muss eine Frist von mindestens einem Monat zwischen der schriftlichen Bitte und dem Sterbehilfeakt eingehalten werden.
- Ein dritter Arzt muss zu Rate gezogen werden: ein Facharzt für besagte Krankheit oder ein Psychiater. Seine Aufgabe wird hauptsächlich darin bestehen zu prüfen, ob die Bitte freiwillig ist und ob das Leiden nicht gelindert werden kann.

Der Gesetzgeber hat keine Liste mit Erkrankungen aufgestellt, die in Frage kommen können, und den psychischen oder körperlichen Charakter des Leidens auch nicht definiert. Theoretisch kann eine psychiatrische Krankheit also in den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen, insofern sie ernsthaft und unheilbar ist. Bei Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit ist das Ableben selten in absehbarer Zeit zu erwarten, außer in einem bestimmten Kontext (zum Beispiel, wenn ein Krebsleiden vorliegt). Deshalb muss die stets vorgeschriebene Konsultierung eines zweiten Arztes laut Gesetz unbedingt durch die Konsultierung eines Psychiaters ergänzt werden. Dieser muss die Krankheitsakte einsehen, den Patienten untersuchen und sich vergewissern, dass ein anhaltendes und körperlich oder psychisch unerträgliches Leiden vorliegt, das nicht gelindert werden kann; er muss ferner prüfen, ob die Bitte freiwillig, überlegt und wiederholt formuliert wurde.

f. Föderales Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium (FSKB)

Binnen vier Arbeitstagen nach dem Sterbehilfeakt muss der Arzt dem Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium (FSKB) über die Anwendung des Sterbehilfegesetzes berichten. Das FSKB muss anhand der Angaben prüfen, ob sich der Arzt an die gesetzlich vorgesehenen Auflagen und Verfahren gehalten hat.

Das Gremium kann nach Überprüfung der Sterbehilfemeldung zu einer der folgenden Schlussfolgerungen kommen:

1. Das Gremium entscheidet, dass die Meldung den gesetzlichen Anforderungen genügt und die Anonymität aller beteiligten Personen gewahrt wurde.
2. Im Zweifelsfall kann das Gremium seine Entscheidung vertagen: Nach Abstimmung mit einfacher Mehrheit kann das FSKB beschließen, die Anonymität aufzuheben und den Arzt um zusätzliche Informationen zu bitten, und die Meldung dann doch annehmen. Das Gremium kann beim behandelnden Arzt jegliche Angabe aus der Krankheitsakte mit Bezug zur Sterbehilfe erfragen.
3. Wenn das Gremium mit Zweidrittelmehrheit zu dem Schluss gekommen ist, dass die in diesem Gesetz vorgeschriebenen Bedingungen nicht erfüllt wurden, leitet es die Akte weiter an den Prokurator des Königs des Ortes, an dem der Patient gestorben ist.

Das FSKB hat darüber hinaus einen Evaluationsauftrag und erstellt alle zwei Jahre für das Parlament einen Bericht über die Anwendung des Gesetzes.

g. Gewissensfreiheit

Das Gesetz, das auf der Achtung der Selbstbestimmung und der moralischen Integrität (insbesondere der Gewissensfreiheit) der Person beruht, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte, hat dieselbe Achtung der Autonomie und der moralischen Integrität für den Arzt und für jede andere Person vorgesehen, die auf irgendeine Weise in ein Sterbehilfungsverfahren eingreift.

Artikel 14 des Gesetzes besagt, dass kein Arzt verpflichtet ist, Sterbehilfe zu leisten, und dass niemand verpflichtet ist, sich an der Leistung von Sterbehilfe zu beteiligen:

„Wenn der zu Rat gezogene Arzt es ablehnt, Sterbehilfe zu leisten, muss er den Patienten oder die eventuelle Vertrauensperson rechtzeitig davon in Kenntnis setzen und dabei die Gründe für seine Ablehnung angeben. Beruht die ablehnende Haltung auf einem medizinischen Grund, muss dieser Grund in der medizinischen Akte des Patienten aufgezeichnet werden.

Ein Arzt, der es ablehnt, einer Bitte um Sterbehilfe nachzukommen, ist verpflichtet, auf Anfrage des Patienten oder der Vertrauensperson dem vom Patienten oder von der Vertrauensperson angegebenen Arzt die medizinische Akte des Patienten zu übermitteln.“

h. Sterbehilfe an Minderjährigen

Das Sterbehilfegesetz wurde durch das Gesetz vom 28. Februar 2014 abgeändert, sodass seitdem auch minderjährige (nicht entmündigte) Patienten um Sterbehilfe bitten können. Sterbehilfe für minderjährige Patienten ist jedoch nur unter folgenden Bedingungen möglich:

- nur, wenn der minderjährige Patient urteilsfähig⁴ ist, was von einem Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychologen schriftlich bescheinigt wird; die (schriftliche) Bescheinigung dieser Person ist für den behandelnden Arzt⁵ bindend;
- das Ableben muss in absehbarer Zeit zu erwarten sein;
- nur bei körperlichen Leiden;
- mit Zustimmung der Eltern (oder gesetzlichen Vertreter);
- nur die aktuelle Willenserklärung des minderjährigen Patienten kommt in Betracht; ältere Willenserklärungen sind ausgeschlossen.

Die Fragen, die in diesem Gutachten diskutiert werden, beziehen sich nicht auf minderjährige Patienten.

⁴ Diese Bedingung wird in Paragraph B.3.1. des Entscheids Nr. 153/2015 des Verfassungsgerichtshofes vom 29. Oktober 2015 über die Beschwerde gegen die Ausdehnung des Sterbehilfegesetzes auf Minderjährige, S. 28, wie folgt verdeutlicht: „... der minderjährige Patient, bei dem davon ausgegangen werden kann, dass er seine Interessen vernünftig beurteilen kann, ...“ oder „Um seine Bitte rechtsgültig zu äußern, muss man imstande sein, seine Interessen auf vernünftige Weise zu beurteilen“.

⁵ Entscheid Nr. 153/2015 des Verfassungsgerichtshofes vom 29. Oktober 2015 über die Beschwerde gegen die Ausdehnung des Sterbehilfegesetzes auf Minderjährige, insbesondere Paragraph B.24.8.2.

i. Kurzer Vergleich mit dem niederländischen Gesetz

Ohne auf Einzelheiten eingehen zu wollen, erscheint es nützlich, einige Informationen zum niederländischen Gesetz vom 12. April 2001 mit dem Titel „« Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding » (WTL) zu geben, da im Laufe dieses Gutachtens Bezug darauf genommen werden wird⁶. Der niederländische Gesetzgeber hat zwei Artikel aus dem Strafgesetzbuch geändert, die die Lebensbeendigung auf Bitte der Person und Beihilfe zur Selbsttötung vorsehen. Damit der Arzt sich auf diese besonderen Strafausschlussgründe berufen kann, muss er die Bedingungen des Gesetzes (WTL) erfüllen. Diese sehen vor, dass der Arzt (siehe Artikel 2, 1):

- a. zur Überzeugung gelangt ist, dass eine freiwillige und wohlüberlegte Bitte des Patienten vorlag;
- b. zur Überzeugung gelangt ist, dass das Leiden des Patienten ausweglos und unerträglich war;
- c. den Patienten über seinen Zustand und über seine Aussichten informiert hat;
- d. mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt ist, dass es für den Zustand, in dem sich dieser befindet, keine vernünftige andere Lösung gab;
- e. mindestens **einen** anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der den Patienten gesehen hat und sich schriftlich zu den Sorgfaltskriterien nach Punkt a bis d einschließlich geäußert hat;
- f. die Lebensbeendigung oder die Beihilfe zur Selbsttötung medizinisch sorgfältig geleistet hat.

Das niederländische Gesetz besagt nicht, dass der zu Rate gezogene Arzt ein Psychiater sein muss. Im „Code of Practice“ der regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse wird dies allerdings empfohlen.⁷

Im Gesetz ist von Leiden, nicht von medizinischer Erkrankung die Rede, aber die Rechtslehre und die Rechtsprechung, insbesondere die der fünf regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse, betonen, dass das Leiden des Patienten eine medizinische Dimension haben muss, egal ob es somatischer

⁶ Zwischen dem belgischen und dem niederländischen Gesetz gibt es eine Reihe wichtiger Unterschiede, auf die hier nicht weiter eingegangen wird.

⁷ Code of Practice, Regionale Sterbehilfeprüfungsausschüsse, Den Haag, 2015, S. 26, § 4.3. Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit: „Der Arzt muss neben dem herkömmlichen konsultierten Arzt, der sich zu allen Sorgfaltskriterien aus Par. 3.2 bis 3.5 einschließlich äußert, auch einen unabhängigen Psychiater zu Rate ziehen, der die Willensäußerungsfähigkeit hinsichtlich der Bitte und die Ausweglosigkeit des Leidens des Patienten beurteilt. Um den Patienten nicht unnötig zu belasten, kann es vorteilhaft sein, einen (SCEN)Arzt zu Rate zu ziehen, der gleichzeitig Psychiater ist. Französischer Ursprungstext: « Outre le médecin consultant classique qui rend un avis sur tous les critères de rigueur cités dans les paragraphes 3.2 à 3.5, le médecin doit également consulter un psychiatre indépendant afin de juger de la capacité du patient à exprimer sa volonté eu égard à sa demande et au caractère désespéré de sa souffrance. Afin d'éviter toute sollicitation inutile du patient, l'option d'un médecin consultant (éventuellement SCEN) qui est également psychiatre peut être préférée. »

oder psychiatrischer Art ist.⁸ Das niederländische Gesetz macht keinen Unterschied zwischen Patienten, deren Ableben in absehbarer Zeit zu erwarten ist, und Patienten, auf die das nicht zutrifft: Mindestens ein beratender Arzt wird verlangt, egal ob der Patient sterbenskrank ist oder nicht. Es besteht keine gesetzliche Wartezeit zwischen der Bitte um Sterbehilfe und der Erfüllung dieser Bitte. Die niederländischen Ärzte haben für die Berichterstattung über Sterbehilfefälle nicht um Anonymität gebeten. Zu jedem gemeldeten Sterbehilfefall gibt das zuständige regionale Kontrollgremium eine begründete Stellungnahme ab.

B.3.Sachstand in der heutigen Debatte

In Belgien hat das Sterbehilfegesetz viel Zuspruch von der Öffentlichkeit, von den Medien und von der Politik erhalten⁹. Der Flämische Palliativpflegeverband hat erklärt, dass Sterbehilfe Teil der Palliativpflege sein kann.¹⁰ Die Ärztekammer hat ihr Gutachten über Palliativpflege, Sterbehilfe und sonstige medizinische Entscheidungen in Bezug auf das Lebensende am 22. März 2003 abgegeben.¹¹

⁸ Inzwischen haben der niederländische Minister für Volksgesundheit, Wohlbefinden und Sport und der Minister für Sicherheit und Justiz am 12. Oktober 2016 jedoch in einem Schreiben an die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments angekündigt, dass das Kabinett in Absprache mit verschiedenen Parteien „einen neuen Gesetzesrahmen“ ausarbeiten will, um Möglichkeiten zur Beihilfe zur Selbsttötung (inklusive Sterbehilfe) bei Menschen mit „einem abgeschlossenen Leben“ zu schaffen, auch wenn keine Krankheit vorliegt (keine Rede von einer medizinischen Grundlage für das ausweglose und unerträgliche Leiden“). Diese Debatte ist noch im Gange. Wir kommen bei der ethischen Diskussion darauf zurück. Siehe <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

Französischer Ursprungstext : « Entre-temps, la ministre néerlandaise de la Santé publique, du Bien-être et du Sport et le ministre néerlandais de la Sécurité et de la Justice ont toutefois adressé le 12 octobre 2016 un courrier à la Seconde Chambre du Parlement néerlandais annonçant que le cabinet entendait, en concertation avec différentes parties, élaborer « un nouveau cadre légal » en vue de créer des possibilités d'aide au suicide (y compris l'euthanasie) à des personnes argüant d'une « vie accomplie », également « dans le cas d'une souffrance sans issue et insupportable sans fondement médical ». Ce débat est toujours en cours. Nous reviendrons sur ce point dans la discussion éthique. Siehe <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven> ».

⁹ Cohen, J.; Van Landeghem, P.; Carpentier, N.; Deliens, L. (2014), "Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries", *International Journal of Public Health*, (2014)59, pp. 143-156: "Relatively high acceptance was found in a small cluster of Western European countries, including the three countries that have legalized euthanasia and Denmark, France, Sweden and Spain. In a large part of Europe public acceptance was relatively low to moderate. Comparison with the results of previous EVS wave (1999) suggests a tendency towards a polarization in Europe, with most of Western Europe becoming more permissive and most of Eastern Europe becoming less permissive." (S. 143.)

¹⁰ Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (2003). Dealing with euthanasia and other forms of medically assisted dying [néerlandais]:

www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/euthanasie_-_standpunt_federatie.doc.

[eine englische Übersetzung finden Sie unter <http://www.consciencelaws.org/background/procedures/assist008-007.aspx>].

Siehe auch Assisted dying - the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care, 2013: http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/ejpc_20_6_vdb_am_md_gh.pdf

Siehe auch 'On Palliative Care and Euthanasia', 2013 :

http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/visietekst_onpalliativecare_and_euthanasia_27_05_2013_def.pdf.

Siehe auch Jan L. Bernheim, Wim Distelmans, Arsène Mullie, Johan Bilsen, Luc Deliens. Development of Palliative Care and Legalisation of Euthanasia: Antagonism or Synergy? *British Medical Journal* Vol. 336, No. 7649 (Apr. 19, 2008), S. 864-867

¹¹ <https://ordomedic.be/fr/avis/conseil/avis-relatif-aux-soins-palliatifs-a-l'euthanasie-et-a-d'autres-decisions-medicales-concernant-la-fin-de-vie>.

Die Fragen, die heute in der politischen und gesellschaftlichen Debatte zur Sprache kommen, überschreiten jedoch die Problematik, die dem Ausschuss vorgelegt wurde. Es geht dabei um den folgenden, nicht vollständigen Fragenkatalog:

Einerseits:

- Abschaffung der begrenzten Gültigkeitsdauer der vorangegangenen Willenserklärung, Vereinfachung der Abfassung der Willenserklärung und Ausdehnung von deren Anwendungsbereich auf Personen mit schwerwiegenden Gehirnschäden (insbesondere demente Menschen)¹²,
- die Gewissensklausel und ihre Grenzen, mit der Folge, dass Sterbehilfe in bestimmten Pflegeeinrichtungen nicht mehr möglich ist¹³;
- Einführung einer gesetzlich zwingenden (d.h. nicht „aus deontologischen Gründen“) Überweisung durch den behandelnden Arzt an einen Arztkollegen, wenn der behandelnde Arzt eine gesetzeskonforme Bitte um Sterbehilfe ablehnt;¹⁴
- Kontrolle der Praxis der ständigen Sedierung.¹⁵

Andererseits:

¹² Siehe die Gesetzesvorschläge vom 10. April 2015 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 in Bezug auf

- Personen mit Gehirnschäden, die ihren Willen wegen dieser Krankheit nicht mehr ausdrücken können:

<http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1013/54K1013001.pdf>;

- die Gültigkeitsdauer der Willenserklärung: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1014/54K1014001.pdf>.

Siehe den Gesetzesvorschlag vom 23. Februar 2016 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 zwecks Streichung der auf fünf Jahre begrenzten Gültigkeitsdauer der Willenserklärung und Selbstbestimmung dieser Dauer durch den Patienten: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1675/54K1675001.pdf>.

Siehe den Gesetzesvorschlag vom 13. Mai 2016 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 im Zusammenhang mit der Aufhebung der Gültigkeitsdauer der Willenserklärung: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1830/54K1830001.pdf>.

¹³ Die ersten zwei Fragen wurden während der Legislaturperiode 2010-2014 in Form von Gesetzesvorschlägen in den Senat eingebracht. Vom 28. Februar bis zum 12. Mai 2013 haben der Justizausschuss und der Ausschuss für Soziales Anhörungen über den gesamten Themenkomplex veranstaltet. Danach wurde allein die Problematik der Minderjährigen zwecks gesetzlicher Regelung weiterbearbeitet.

Siehe den Gesetzesvorschlag vom 23. Februar 2016 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 und des koordinierten Gesetzes vom 10. Juli 2008 über Krankenhäuser und sonstige Pflegeeinrichtungen, um die Gewissensklausel zu garantieren: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1676/54K1676001.pdf>.

Siehe diesbezüglich auch das Gutachten Nr. 59 des Beratenden Bioethik-Ausschusses vom 27. Januar 2014 über die ethischen Aspekte der Anwendung des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 (www.health.belgium.be/bioeth).

¹⁴ Siehe den Gesetzesvorschlag vom 10. April 2015 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes In Bezug auf die Überweisungspflicht: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1015/54K1015001.pdf>.

Siehe den Gesetzesvorschlag vom 23. Februar 2016 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes zwecks Einführung einer Frist, innerhalb deren der Arzt auf die Bitte um Sterbehilfe antworten und die Krankenakte an einen Kollegen weiterleiten muss, falls er sich weigert, dieser Bitte nachzukommen: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1677/54K1677001.pdf>.

Siehe den Gesetzesvorschlag vom 13. Mai 2016 zur Änderung des Sterbehilfegesetzes, der den Arzt, welcher die Gewissensklausel geltend macht, verpflichtet, den Patienten an einen anderen Arzt zu überweisen: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1832/54K1832001.pdf><http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1832/54K1832001.pdf>.

¹⁵ Wissenschaftliche Studien zeigen, dass es verschiedene Probleme mit der ständigen Sedierung gibt.

Siehe zum Beispiel : Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid & Mortier, Freddy (2011), "Continuous deep sedation at the end of life and the natural death hypothesis", *Bioethics*, vol. 26(6), S. 329-336. Siehe auch Anquinet, L.; Raus, K.; Sterckx, S.; Deliens, L. & Rietjens, J.A. (2012), "Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia: professional caregivers' attitudes and experiences. A focus group study in Flanders, Belgium", *Palliative Medicine*, vol. 27(6), S. 553 - 56.

- die Frage nach der Möglichkeit, Sterbehilfe für psychiatrisch kranke Patienten zu streichen;¹⁶
- Kritik am Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium hinsichtlich der Anwendung des Sterbehilfegesetzes und der in diesem Gesetz vorgesehenen Kontrolle [FSKB]¹⁷.

C. Antwort auf die ersten zwei Fragen

Dieses Gutachten geht nicht auf das Thema Beihilfe zur Selbsttötung ein: Medizinische Beihilfe zur Selbsttötung ist derzeit nicht gesetzlich geregelt. Trotzdem wird sie von der Ärztekammer und vom Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium (FSKB) mit Sterbehilfe gleichgestellt, insofern die Bedingungen erfüllt werden. Nach ihrer Auffassung muss der Arzt dem Patienten bei der Einnahme des tödlichen Produkts beistehen und bis zur Feststellung des Todes an seiner Seite bleiben. Eindeutig illegal bleibt laut Ärztekammer und FSKB das Verschreiben von Medikamenten – Barbituratensirup – ohne Beistand des Arztes im Augenblick der Einnahme.

Der Ausschuss hat beschlossen, die Problematik von Personen, die nicht die Bedingungen des Sterbehilfegesetzes erfüllen, aber dennoch um Beihilfe zur Selbsttötung bitten, weil sie ihr Leben als abgeschlossen betrachten oder Lebensmüdigkeit als einzigen Grund angeben, nicht zu besprechen. Diese Debatte wird in der niederländischen Gesellschaft nämlich schon seit zwanzig Jahren geführt¹⁸, während sie in Belgien erst jetzt aufkommt.

¹⁶ Bazan, Ariane; Van de Vijver, Gertrudis; Lemmens, Willem; Rénuart, Noémie; premiers signataires; plusieurs cosignataires (vendredi 25 septembre 2015), "Euthanasie pour souffrance psychique : un cadre légal discutable et des dommages sociétaux", *Le Journal du Médecin*, nr. 2420: S. 42

Siehe auch, Bazan, Ariane; Van de Vijver, Gertrudis; Lemmens, Willem; 65 ondertekenaars (2015), "De dood als therapie?"; *De Morgen*, 8 decembre 2015, S. 32.

Siehe auch, Vandenberghe, Joris (2015), "Waarom ik 'stop euthanasie bij psychisch lijden' niet onderteken", *De Morgen*, 9 decembre 2015, S. 2.

Siehe auch Braeckman, Johan; Ravelingien, An; Boudry, Maarten en meer dan 250 ondertekenaars (2015). "Banaliseer psychisch lijden niet", *De Morgen*, 11 Dezember 2015.

¹⁷ Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid; Desmet, Marc; Devisch, Ignaas; Focquaert, Farah; Haekens, An; Huysmans, Gert; Lisaerde, Jo; Mullie, Senne; Nys, Herman; Pennings, Guido; Provoost, Veerle; Ravelingien, An; Schotsmans, Paul; Vandenberghe, Joris; Vanden Berghe, Paul; Van Den Noortgate, Nele; Vanderhaegen, Bert, "Mogen we nog vragen stellen", *De Standaard*, 15. November 2016, S. 37.

Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid; Beyen, Anne; De Lepeleire, Jan; Desmet, Marc; Devisch, Ignaas; Focquaert, Farah; Ghijsebrechts, Gert; Haekens, An; Huysmans, Gert; Lisaerde, Jo; Mullie, Senne; Provoost, Veerle; Ravelingien, An; Schotsmans, Paul; Vandenberghe, Joris; Van Den Noortgate, Nele; Vanden Berghe, Paul, Vanderhaegen, Bert, "Komt nagenoeg iedereen van boven de 70 jaar nu in aanmerking voor euthanasie?", *Knack*, 15. November 2016.

Distelmans, Wim, "Zindelijke vragen graag", *De Standaard*, 18. November 2017.

¹⁸ Siehe z.B. die Debatte im niederländischen Nachrichtenprogramm „Nieuwsuur“: <http://nos.nl/uitzending/15529-nieuwsuur.html>.

a. Frage 1: Gibt es eine andere Rechtsgrundlage für die Sterbehilfe, wenn feststeht, dass dem Sterbehilfeersuchen des Partners stattgegeben werden kann?

In ihrer mündlichen Frage an den Minister berief sich die Senatorin Elke Sleurs auf einen mediatisierten Fall von Sterbehilfe, bei dem es um die Bitte um Sterbehilfe eines Ehepaares ging. Der Ausschuss stellt fest, dass die Tatsache, dass die Bitte ein Ehepaar oder Partner betrifft, irrelevant ist. Jede Bitte ist einzigartig, muss als solche geprüft werden und muss den gesetzlichen Bedingungen genügen – wie jede Bitte um Sterbehilfe. Der Umstand, dass sie ein Ehepaar oder Partner betraf, ist für die Überprüfung der gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen nicht relevant. Wenn die Lage des Partners nicht den gesetzlichen Anforderungen für eine Sterbehilfe entspricht, gibt es auch keine gesetzliche Grundlage für die Erfüllung einer solchen Bitte.

Der Ausschuss hat allerdings Verständnis für die Angst des überlebenden Partners, allein weiterzuleben, und für das dadurch entstandene seelische Leid, aber diese Gründe allein rechtfertigen keine Sterbehilfe.

b. Frage 2: Welches ist die rechtliche Grundlage für eine Sterbehilfefezusage, wenn der Ersuchende nicht sterbenskrank ist?

Es darf nicht vergessen werden, dass der Gesetzgeber nicht die Absicht hatte, das Konzept der Terminalphase in das Sterbehilfegesetz aufzunehmen. Das Gesetz sieht allerdings zusätzliche Bedingungen vor, wenn der Arzt meint, dass das Ableben nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist. In diesem Fall ist er nicht nur verpflichtet, einen zweiten Arzt zu Rate zu ziehen, der prüfen muss, ob die Erkrankung ernsthaft und unheilbar ist, und der sich vergewissern muss, dass das körperliche oder psychische Leiden nicht gelindert werden kann. Es muss auch ein dritter Arzt eingreifen, der die Krankenakte liest, den Patienten untersucht und beurteilt, ob das Leiden anhaltend, unerträglich und nicht zu lindern ist und ob die Bitte alle Ansprüche erfüllt, nämlich ob sie freiwillig, überlegt und wiederholt geäußert wurde. Dieser Arzt muss entweder ein Psychiater oder ein Facharzt für die betreffende Krankheit sein; er muss auch unabhängig vom Patienten sowie vom behandelnden Arzt und vom zweiten Arzt sein. Außerdem muss zwischen der schriftlichen Bitte um Sterbehilfe und der Handlung selbst ein Monat vergehen. Mit anderen Worten: Das Gesetz schreibt nicht vor, dass der Patient sterbenskrank sein muss.

D. Frage 3: Besteht eine gesellschaftliche Notwendigkeit, anhaltendes und unerträgliches psychisches Leiden, das nicht gelindert werden kann und auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist, als Konzept zu verdeutlichen?

Der Ausschuss hat diskutiert, ob es angebracht sei, ein Gutachten auf der Grundlage der Frage von Senatorin Elke Sleurs abzugeben. **Einige Mitglieder** waren der Meinung, diese Frage könne anhand des Sterbehilfegesetzes vom 28. Mai 2002 schnell beantwortet werden, ohne unbedingt in eine Diskussion einzusteigen, bei der ihres Erachtens die verschiedenen Formen des Leidens kategorisiert oder „medikalisiert“ würden.

Andere Mitglieder finden, es sei notwendig, vorab die im Sterbehilfegesetz vom 28. Mai 2002 gehandhabten Konzepte auf der Grundlage der diesbezüglichen Veröffentlichungen in der Fachliteratur auszuleuchten. Für diese Mitglieder ist es wichtig, die Erkenntnisse empirischer Studien über den Begriff Leiden im Kontext der Sterbehilfe, über die Entwicklung der Anzahl Sterbehilfe in Flandern und über Lebensmüdigkeit wiederzugeben. Diese Mitglieder sind der Auffassung, dass diese Erläuterungen einen ausgezeichneten Rahmen für die spätere ethische Diskussion in Punkt D.6. bilden.

D.1. Ausleuchtung der Begriffe Leiden, Urteilsfähigkeit, Diagnostizierbarkeit und Unheilbarkeit, Lebensmüdigkeit und abgeschlossenes Leben

a. Leiden

a.1. Vorabbemerkung: psychisches Leiden und psychiatrische Krankheit

Ehe wir uns mit der Frage beschäftigen, ob es nützlich ist, den Begriff psychisches Leiden zu erläutern, muss auf einen häufig gemachten Fehler hingewiesen werden, der darin besteht, psychisches Leiden und psychiatrische Krankheit (Erkrankung) zu verwechseln. Psychisches Leiden kann genauso gut von einer somatischen Pathologie als von einer psychiatrischen Erkrankung herrühren, genauso wie psychiatrische Erkrankungen körperliche Leiden verursachen können. Man denke zum Beispiel an Anorexia nervosa. Es muss also ein deutlicher Unterschied gemacht werden zwischen Krankheit und Leiden.

a.2. Standpunkt der Mitglieder, die es nicht für notwendig halten, den Begriff „psychisches Leiden“ zu erläutern

Ohne sich einer Debatte verschließen zu wollen, befürchten einige Mitglieder, dass der Versuch, psychisches Leiden zu definieren und zu kategorisieren, die Diskussion nur irreführen wird und letztendlich dazu führen könnte, psychisch kranken Patienten die Sterbehilfe zu verweigern.

Sie erinnern daran, dass körperliches oder psychisches Leiden ein äußerst subjektiver Begriff ist: Im Prinzip ist der Patient am ehesten imstande zu beurteilen, ob sein Leiden unerträglich ist oder nicht. Dieser subjektive Charakter geht jedoch einher mit einer wissens- und erfahrungsbasierten Beurteilung durch die Gesundheitsdienstleister, den behandelnden Arzt und den konsultierten Arzt, die unweigerlich mit dieser Frage konfrontiert werden: Ist es nicht möglich, dieses Leiden zu lindern, eine Behandlung vorzuschlagen, die das körperliche Leiden oder den Schmerz oder das psychische Leiden lindert?

In den Sterbehilfemeldungen, die das Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium (FSKB) erhält, wird oft von körperlichem und psychischem Leiden berichtet, wobei das psychische Leiden überwiegt: Während die Medizin in vielen Fällen eine Antwort auf körperlichen Schmerz geben kann, ist sie oft machtlos bei psychischen Leiden wie Verzweiflung, Abhängigkeit, Verlust des Wertgefühls. Das Sterbehilfegesetz vom 28. Mai 2002 sieht jedoch eine unerlässliche Bedingung vor, damit körperliches oder psychisches Leiden in Betracht gezogen werden kann: die

Notwendigkeit eines **ursächlichen Zusammenhangs** zwischen der (ernsthaften und unheilbaren) Krankheit und dem Leiden.¹⁹

Sie betonen, dass die drei erforderlichen Voraussetzungen (nämlich eine wohlüberlegte Bitte, eine ernsthafte und unheilbare Krankheit sowie ein anhaltendes und unerträgliches Leiden) zusammenhängen, sodass bei jeder Bitte um Sterbehilfe der Zusammenhang zwischen den drei erforderlichen Voraussetzungen zu prüfen ist.

a.3. Standpunkt der Mitglieder, die es für notwendig halten, den Begriff „psychisches Leiden“ zu erläutern

Andere Mitglieder meinen, es gebe verschiedene Gründe, weswegen es für die Gesellschaft dringend erforderlich sei, dieses Konzept auszuleuchten. Sowohl „psychische Leiden“ als „unerträgliche Leiden“ könnten ja verschiedene Formen annehmen.

Diese Mitglieder sind sich dessen bewusst, dass man schnell in ein Begriffs-Labyrinth gerät, wenn man beginnt, Begriffe wie „Leiden“, „psychisches Leiden“ und „seelisches Leiden“ zu analysieren. In der Fachliteratur finden wir ein umfassendes Arsenal an Begriffen und Konzepten im Zusammenhang mit psychischen Leiden, aber keinen Konsens darüber, wie diese Konzepte am besten definiert oder benutzt werden sollen. Hier einige Beispiele: psychologischer Schmerz („psychological pain, Mee et al. 2006), „psychogener Schmerz („psychogenic pain“, Joffe & Sandler 1967), „existenzieller Schmerz („existential suffering“, Kissane 2012), psychoexistenzieller Schmerz („psychoexistential pain“, Murata & Morita 2006) und Sozialschmerz („social suffering“, Bourdieu 1999).

Die begriffliche Grenze zwischen Leiden und Schmerz ist oft hauchdünn, da sich beide Begriffe überschneiden und ähnliche Bedeutungen haben. Allgemein besteht die Tendenz, *Schmerz* mit einer *körperlichen* Erfahrung zu verbinden und Schmerz als Synonym für eine unangenehme körperliche Erfahrung zu betrachten. *Leiden* hingegen wird oft als breiteres und komplexeres Phänomen empfunden, das – unter anderem – körperliche, moralische und emotionale Dimensionen umfasst. Dees und Kollegen (2009) machten eine Bestandsaufnahme der wichtigsten Fachliteratur über „unerträgliches Leiden“ (ein sehr wichtiges Konzept im Kontext des Sterbehilfegesetzes) und erstellten eine Übersicht über die unterschiedliche Art und Weise, wie der Begriff „Leiden“ benutzt oder definiert wurde. Ihre Aufstellung verdeutlicht anschaulich, dass es zahlreiche unterschiedliche Definitionen gibt, die eines gemeinsam haben: Sie beschreiben Leiden

¹⁹ So stellte sich bei einer internierten Person heraus – ein Fall, über den die Medien ausführlich berichtet haben –, dass die gesetzlichen Bedingungen für eine Sterbehilfe nicht erfüllt waren, weil das Leiden des Patienten auf seine Inhaftierung und auf die Tatsache zurückzuführen war, dass er keine angemessene Behandlung erhalten hatte. Siehe: La prison face à la demande d'euthanasie, Jacqueline Herremans, Justice en ligne, <http://www.justice-en-ligne.be/article761.html>.

als ein breites Phänomen, das auch körperlichen Schmerz beinhalten kann. Menschen, die Schmerz empfinden, können auch leiden, während Menschen, die leiden, auch Schmerz empfinden können, aber in beiden Fällen ist dies nicht *notwendigerweise* der Fall.

Dies führt uns erneut zu der spezifischen Frage, was der Begriff „psychisches Leiden“ dann bedeutet. Der Gesetzgeber hat ihn nicht definiert, sondern ihn nur vom körperlichen Leiden unterschieden. „Psychisches Leiden“ ist also *nichtkörperliches* Leiden – ein Begriff, der noch ein sehr breites Bedeutungsfeld abdeckt. Psychisches Leiden kann übrigens auch das Ergebnis einer medizinisch diagnostizierbaren somatischen Krankheit oder einer medizinisch diagnostizierbaren psychiatrischen Krankheit (z.B. einer klinischen Depression) sein, aber es kann sich dabei auch um Leiden handeln, die nicht auf irgendeine nachweisbare oder diagnostizierbare (körperliche oder psychiatrische) Erkrankung oder Krankheit zurückzuführen sind. Die letztgenannten Leidensformen könnten z.B. – im Interesse der Begriffsklarheit und Konzeptabgrenzung – als „mentales“ Leiden gekennzeichnet werden; diese Kategorie umfasst ihrerseits verschiedene Leidensarten, z.B. emotionales, existenzielles und geistiges Leiden. Anzumerken ist, dass die Unterschiede zwischen den obengenannten Leidensarten teilweise künstlich sind, da das Leiden selten *rein* körperlich oder *rein* psychisch oder rein geistig ist. Nichtsdestoweniger kann es nützlich sein, sich mit diesen Unterschieden zu befassen, um deutlich die Frage beantworten zu können, was der Begriff „psychisches Leiden“ bedeuten kann und was er im Kontext des Sterbehilfegesetzes bedeutet. Die Frage, die sich letztendlich stellt, ist also, ob es Formen von psychischem Leiden gibt, die keine gerechtfertigte Indikation für die Durchführung einer Sterbehilfe darstellen.

Der amtliche niederländische Ärztesverband (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde oder KNMG), der eine Reihe von Aufgaben erfüllt, die in unserem Land von der Ärztekammer wahrgenommen werden, macht folgende berechtigte Bemerkung zu den Bitten um Sterbehilfe von Personen mit nichtkörperlichen Leiden:

„Die Beurteilung, ob die Bitte wohlüberlegt und das Leiden ausweglos und unerträglich ist, ist bei diesen Kategorien von Patienten im Allgemeinen viel komplizierter als bei Patienten, die infolge somatischer Probleme und Beschwerden leiden.“ (KNMG 2011, S. 7).

b. Urteilsfähigkeit

Zur Beurteilung, ob eine Bitte wohl überlegt ist, bedarf es selbstverständlich einer Einschätzung der Urteilsfähigkeit der betroffenen Person. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass psychische Leiden in einigen Fällen (z.B. infolge einer psychiatrischen Krankheit) die Urteilsfähigkeit einer Person einschränken oder untergraben können. Wieso ist diese Feststellung bei der Anwendung des Sterbehilfegesetzes relevant?

Der Wunsch, sterben zu wollen, ist eine der Indikationen für die Diagnose einer Depression nach dem bekannten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5). (American Psychiatric Association 2013). Bei einer Depression kann der Todeswunsch – und die sich daraus ergebende Bitte um Sterbehilfe – also eher ein Krankheitssymptom als eine wohlüberlegte Willenserklärung sein. Dann kann schwerlich die Rede davon sein, dass der Patient fähig ist, über seinen eigenen Tod zu bestimmen.

Depression führt aber auch nicht unbedingt zur Urteilsunfähigkeit, aber wenn die Urteilsfähigkeit einer Person zweifelhaft ist, ist dies ein deutlicher Grund, Sterbehilfe zu verweigern: Das belgische Sterbehilfegesetz verlangt eine freiwillige, überlegte und wiederholte Bitte eines handlungsfähigen Patienten. Diese Anmerkungen gelten natürlich für alle Patienten, die um Sterbehilfe bitten, egal ob sie an einer psychiatrischen Krankheit leiden oder nicht.

Obschon Selbstmordneigungen und Sterbewünsche mit Depression in Verbindung gebracht werden können, sind sie an sich kein Beweis von Urteilsunfähigkeit. Zu dieser Erkenntnis ist zum Beispiel die „Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie“ in einer Richtlinie über den Umgang mit Bitten um Sterbehilfe von psychiatrisch kranken Patienten gekommen:

„Selbstmordneigungen sind nicht per Definition eine psychopathologische Erscheinung. Nach Auffassung des Ausschusses ist es möglich, dass die von einem Psychatriepatienten geäußerte Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung in außergewöhnlichen Fällen das Ergebnis eines sorgfältigen Abwägungsprozesses ist. Obschon viele der von Psychatriepatienten geäußerten Sterbewünsche zeitweiliger und somit vorübergehender Natur sind, geht der Ausschuss davon aus, dass ein Sterbewunsch in einigen Fällen dauerhaften Charakter erlangen kann und letztendlich präsent bleibt.“ (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2009, S. 28).

Es ist ein anerkannter juristischer und ethischer Grundsatz, dass man bis zum Beweis des Gegenteils urteilsfähig ist. Dieser Grundsatz bildet auch die Grundlage der Novellierung des Schutzstatus von urteilsunfähigen Personen, eingeführt durch das Gesetz vom 17. März 2013. Ziel dieses Gesetzes ist, die notwendigen Schutzmaßnahmen auf die Fähigkeit²⁰ dieser Personen abzustimmen, mit dem Ziel, sie möglichst eng in den Entscheidungsprozess oder die Beschlussfassung einzubinden. Untersuchungen bei Patienten, die an psychiatrischen Krankheiten leiden, zeigen, dass sie imstande sind, ihre persönliche Lebensqualität verlässlich zu beurteilen (Baumstarck et. al. 2013); sie zeigen auch, dass trotz der Tatsache, dass die Urteilsfähigkeit dieser Personen manchmal beeinträchtigt sein kann, dies nicht notwendigerweise *immer* der Fall ist

²⁰ Gesetz vom 17. März 2013 zur Reform der Regelungen in Sachen Handlungsunfähigkeit und zur Einführung eines neuen, die Menschenwürde währenden Schutzstatus, Art. 39, e) „Handlungsfähigkeit: die Befugnis, seine Rechte und Pflichten selber und selbstständig auszuüben.“

(Grisso & Appelbaum 1995). Außerdem ist die Urteilsfähigkeit je nach Aufgabe unterschiedlich. Ob eine Person urteilsfähig ist, muss von Fall zu Fall betrachtet werden. Jemand kann imstande sein, bestimmte Entscheidungen zu treffen, und gleichzeitig unfähig sein, andere Entscheidungen zu treffen. Es besteht daher kein berechtigter Grund anzunehmen, dass psychiatrisch kranke Personen notwendigerweise unfähig oder weniger fähig sind, Entscheidungen zu treffen.²¹

c. Diagnose einer ernsthaften und unheilbaren Erkrankung

Obschon der Begriff als solcher nicht in Art. 3(1) des Sterbehilfegesetzes vorkommt, ist Diagnostizierbarkeit ein bedeutendes Kriterium, da um Sterbehilfe nur rechtsgültig gebeten kann, wenn das Leiden auf eine Krankheit (oder einen Unfall) zurückzuführen ist, aber nicht wenn das Leiden nicht die Folge einer Krankheit (oder eines Unfalls) ist. Hier könnte man sich die Frage stellen, welches die (im Rahmen des Sterbehilfegesetzes) relevanten Unterschiede zwischen einem Leiden *als Folge einer diagnostizierbaren Krankheit* und einem Leiden ohne diagnostizierbare Krankheit sind. Diese Frage wirft automatisch die Frage auf, wo Medizin und medizinisches Fachwissen aufhören, folglich auch die Frage, wo die Rolle des Arztes aufhört oder aufhören müsste.

Man könnte sagen, dass sich die Medizin mit Krankheiten und medizinischen Beschwerden befasst und dass folglich Leiden, bei denen keine diagnostizierbare (physische oder psychiatrische) Krankheit oder Erkrankung vorliegt, nicht Sache der Medizin sind. Für Patienten, die ohne diagnostizierbare Krankheit psychisch leiden oder deren Leiden nicht durch eine Krankheit verursacht wird, die aber um Sterbehilfe bitten, gibt es dieser Argumentation zufolge keine medizinische Lösung ihres Problems: Hilfe bei der Linderung ihres Leidens muss diesen Patienten nicht von Ärzten, sondern von anderen Personen (z.B. von einem Sozialassistenten, einem Psychologen, einem Seelsorger, einem seelischen oder sonstigen Berater) geleistet werden. Nach Auffassung einiger Autoren führt die Ausdehnung des medizinischen Bereichs auf Leiden, die nicht (oder nicht hauptsächlich) durch Krankheit entstehen, zu einer übertriebenen und nicht wünschenswerten Medikalisierung (Szasz 2007). Wir werden im Laufe der ethischen Diskussion auf dieses Thema zurückkommen.

Ferner ist festzustellen, dass medizinisch bedingte Erkrankungen oft *objektiv* diagnostiziert werden können, z.B. durch klinische Beobachtung, medizinische Bildverarbeitung, Blutuntersuchungen etc., während die Beurteilung von Leiden ohne nachweisbare Krankheit oder Erkrankung rein *subjektiv* bleibt.²² Wir müssen uns allerdings bewusst sein, dass das, *was*

²¹ Siehe auch die diesbezüglichen Argumente von Schuklenk und van de Vathorst (2015).

²² Das meistbenutzte Mittel zur Diagnose von Geisteskrankheiten ist das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association 2013). Dieses Werk ist bereits ausführlich kritisiert worden, weil es trotz

diagnostiziert wird, die Krankheit ist – und nicht das Leiden. Leiden (ob es physischer oder psychischer Natur ist) kann nicht objektiv festgestellt oder gemessen werden; bei der Diagnose geht es *um die Feststellung, dass eine Krankheit oder Erkrankung vorliegt.*

Nur ein Leiden, das die Bedingung erfüllt, dass es „auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit verursachte Erkrankung **zurückzuführen ist**, kann als gesetzmäßige Begründung für Sterbehilfe dienen. Die Beurteilung, wie relevant der Zusammenhang zwischen einer diagnostizierbaren Krankheit und dem unerträglichen Leiden ist, gilt also nach wie vor für den Arzt als Rechtfertigung, einer Bitte um Sterbehilfe nachzukommen.

Einigen Experten zufolge besteht ein wesentlicher, ja sogar ein fundamentaler Unterschied zwischen diagnostizierbaren *somatischen* Krankheiten und bestimmten *psychiatrischen* Erkrankungen, für die es schon eine objektive Diagnose gibt, bei denen die besondere Art der therapeutischen Beziehung zwischen Arzt und Patient jedoch besondere Sorgfalt vom Arzt verlangt, der zu entscheiden hat, ob einer Bitte um Sterbehilfe nachgekommen werden kann. In unserem Land fragen sich manche Psychiater, aber auch manche Ärzte mit einer anderen Berufserfahrung und manche Ethiker, ob in der heutigen Gesetzgebung ausreichend gesetzliche Riegel eingebaut wurden, um zu verhindern, dass einer Bitte um Sterbehilfe zu schnell stattgegeben wird wegen eines unerträglichen, auf einer psychiatrischen Erkrankung²³ beruhenden Leidens.

Art. 3(1) des Sterbehilfegesetzes besagt, dass die Krankheit, an der der Patient leidet, *ernsthaft und unheilbar* sein muss. Sterbehilfe bei nichtkörperlichen Leiden ohne diagnostizierbare Krankheit wird von einigen Kommentatoren mit dem Argument abgelehnt, dass es bei dieser Sorte Leiden unmöglich ist, die Unheilbarkeit festzustellen. Kelly & McLoughlin (2002) stellen fest, dass dies bereits sehr schwer bei Leiden ist, die auf eine diagnostizierbare psychiatrische Krankheit zurückzuführen sind:

„Es bleibt äußerst schwierig, bei einem Einzelpatienten vorherzusehen, ob eine Therapie schnell, verspätet nachträglich oder überhaupt nicht angeschlossen wird [...]. Es ist unmöglich vorherzusagen, bei welchem Patienten eine Spontanheilung eintreten wird und wann diese eintreten wird. Diese Unwägbarkeiten sind in der Psychiatrie weitaus ausgeprägter als in der medizinischen Praxis, sodass es faktisch unmöglich ist, eine psychiatrische Krankheit als unheilbar zu beschreiben.“ (Kelly and McLoughlin 2002, S. 279, Übersetzung)²⁴

seiner anscheinenden Objektivität viel Raum für Subjektivität und Auslegung lässt, u.a. weil die Diagnosekriterien für bestimmte Krankheiten äußerst vage sind.

²³ Siehe z.B. Claes et al. 2015, ein Schreiben an den Chefredakteur der Zeitschrift BMJ Open, in der eine Studie über 100 Bitten um Sterbehilfe von psychiatrischen Patienten in Belgien veröffentlicht wurde (Thienpont et al. 2015).

²⁴ Ursprungstext: *“In the case of an individual patient, it remains extremely difficult to predict whether therapy will produce an early response, a delayed response or no response [...]. It is impossible to predict which patients will undergo*

Dasselbe könnte von einem psychischen Leiden ohne diagnostizierbare Erkrankung gesagt werden, was dann als Argument gegen Sterbehilfe bei dieser Sorte Leiden würde gelten können. Bei physischen Erkrankungen ist es oft einfacher festzustellen, warum sie unheilbar sind, entweder weil alle Behandlungsoptionen erschöpft sind oder weil die Prognose eines Patienten so schlecht ist, dass zu wenig Zeit für eine neue, wirksame Behandlung bleiben würde. Bei psychischen Leiden ist das Arsenal an Behandlungen meistens viel umfangreicher; ferner kann, wie Kelly & McLoughlin anmerken, nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass das Leiden spontan gelindert wird. Dies hängt besonders damit zusammen, dass Psychatriepatienten in den allermeisten Fällen nicht sterbenskrank sind und die Entwicklung ihrer Krankheit über einen längeren Zeitraum oft schwer einzuschätzen ist.

Die „Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie“ (NVvP) hat eine Richtlinie²⁵ für den Umgang mit Bitten von Psychatriepatienten um Beihilfe zur Selbsttötung entworfen. Eine der zentralen Fragen ist, wann ein Psychiater behaupten kann, dass alle Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind und die Krankheit somit „unheilbar ist. Der Ausschuss „Hilfe zur Selbsttötung“ der Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie“ stellt folgenden Grundsatz auf:

„Ausgangspunkt ist, dass alle nach medizinisch-wissenschaftlichem Verständnis bei diesem Patienten in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten angewandt wurden und unwirksam geblieben sind. [...] Es folgen einige allgemeine Richtlinien, an denen sich der Psychiater bei seiner Beurteilung orientieren kann. Ein Patient kann nach Meinung des Ausschusses erst dann für nicht behandelbar erklärt werden, nachdem folgende Eingriffe versucht wurden:

- **alle geeigneten regulären biologischen Behandlungen,**
- **alle geeigneten psychotherapeutischen Behandlungen,**
- **soziale Eingriffe, die das Leiden erträglicher machen können.**

Die behandelnde Person muss hierbei auf jeden Fall von den Richtlinien und Konsensdokumenten ausgehen, die die Berufsvereinigung verabschiedet hat. Die Behandlungen selber müssen dem aktuellen Behandlungsstand entsprechen. Bei einem Patienten mit einer depressiven Störung muss die biologische Behandlung auf jeden Fall Folgendes beinhaltet haben: ein modernes Antidepressivum, ein trizyklisches Antidepressivum mit Überwachung des Blutspiegels, eine Augmentationsstrategie z.B. mit Lithium, einen klassischen Monoaminoxidase-Hemmer und eine Elektrokonvulsionstherapie. [...] Ferner wird sie bei einem depressiven Patienten prüfen müssen, ob reguläre Formen von Psychotherapie, z.B. eine interpersönliche Therapie, eine kognitive

spontaneous remission and when this will happen. These uncertainties are far more pronounced in psychiatric practice than in medical practice, to the extent that it is essentially impossible to describe any psychiatric illness as incurable.”

²⁵ Die NVvP hat diese Richtlinie auf der Grundlage der bestehenden Praktiken und der wissenschaftlichen Fachliteratur über Behandlungen sowie der einschlägigen niederländischen Gesetzgebung erstellt.

*(Verhaltens)therapie oder, wenn angebracht, andere Therapieformen von einem qualifizierten Therapeuten angewandt worden sind.*²⁶

Stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen der Arzt über die Unheilbarkeit der Krankheit ziehen kann, wenn der Patient die Behandlungen ablehnt. Auf diese Frage werden wir bei der ethischen Diskussion ausführlich eingehen.

d. Lebensmüdigkeit und abgeschlossenes Leben

Manche benutzen die Begriffe „Lebensmüdigkeit“ und „abgeschlossenes Leben“ wie Synonyme. Die Frage lautet: Besteht zwischen beiden ein Unterschied? Lebensmüde kann genauso gut jemand sein, der krank ist, wie jemand, der gesund ist. Genauso gut kann jemand sein Leben als abgeschlossen betrachten, unabhängig davon, ob er krank oder gesund ist. Wo liegt also der Unterschied zwischen Lebensmüdigkeit und abgeschlossenem Leben? In den Niederlanden wird der Begriff „abgeschlossenes Leben“ oft benutzt, weil dies auch der Titel der Beratenden Kommission unter Vorsitz von Prof. Schnabel ist. Aber wo liegt der Unterschied zwischen den zwei Begriffen?

In Belgien

In einem 2016 in der „Tijdschrift voor Geneeskunde“ (Zeitschrift für Medizin) veröffentlichten Artikel gehen eine Reihe flämischer Experten aus der Arbeitsgruppe „Palliatieve zorg en Geriatrie“ der „Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen“ von der deutlichen Definition der Lebensmüdigkeit von Evelien Delbeke (Van Den Noortgate et al. 2016) aus. Sie beschreibt Lebensmüdigkeit als „psychisches Leiden einer Person, die wegen (einer Kombination aus) medizinischen und/oder nichtmedizinischen Faktoren keine Lebensqualität mehr oder sehr wenig Lebensqualität erfährt und es infolge dessen vorzieht, zu sterben statt zu leben“²⁷ Nach dieser Definition (Van Den Noortgate et al. 2016, S. 146) ist Leiden eine notwendige Voraussetzung für Lebensmüdigkeit. Daraus ergibt sich auch, dass Lebensmüdigkeit auch bei Fehlen medizinischer Faktoren auftauchen kann.

In den Niederlanden

²⁶ Die „Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie“ (Niederländische Psychiatrievereinigung) 2009, Richtlinie für den Umgang mit Bitten um Beihilfe zur Selbsttötung bei Patienten mit einer psychiatrischen Störung, S. 37-38.

²⁷ Delbeke, E. „Hulp bij zelfdoding en levensmoeheid“. Dans: „Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde“. Morsel: Uitgeverij Intersentia, 2012: 395-411, S. 398
Ursprungstext): *„psychisch lijden van een persoon die door (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren geen of slechts gebrekkige levenskwaliteit (meer) ervaart en als gevolg daarvan de dood boven het leven verkiest“.*

Die „Nederlandse Regionale Toetsingscommissies Euthanasie“ (die regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse in den Niederlanden) schreiben Folgendes in ihrem Code of Practice (April 2015):

„Wie die Gesetzentstehung zeigt, zielt der Passus „klaar met leven“ auf die Situation von Menschen ab, die oft sehr alt sind und für sich selbst festgestellt haben, dass der Lebenswert in ihren Augen derart abgenommen hat, dass sie es vorziehen, zu sterben statt weiterzuleben, ohne dass sie übrigens aus medizinischer Sicht ernsthaft an einer Krankheit oder Erkrankung leiden.“²⁸

Die „Nederlandse Adviescommissie voltooid leven Schnabel“ (das niederländische Beratungsgremium „abgeschlossenes Leben“ verweist auf die Definition der „Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende (NVVE)“ (Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende):

„In einem für die Beratende Kommission erstellten Bericht betont die NVVE, dass der Begriff „abgeschlossenes Leben“ sich nicht definieren lässt“²⁹.

„Es ist ein existenzielles Leiden, ohne erforderliche medizinische Grundlage, bei dem die Person die Situation als aussichtslos empfindet und keine geeigneten alternativen Behandlungsmöglichkeiten mehr bestehen. Menschen, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten, sind meistens nicht mehr in der Lage, sich zu sammeln, sich zu organisieren und für sich selbst zu sorgen. Betroffen sind oft Menschen in hohem Alter die orientierungslos sind, isoliert leben, sich ihr Zuhause zurückziehen, schlecht sehen und hören und³⁰ (nur) noch auf den Tod warten.“

Andere betroffene Personen und andere Experten benutzen jedoch andere Definitionen und andere Begriffe. Die „Nederlandse Adviescommissie Voltooid leven“ kommt daher zu der Schlussfolgerung, dass

„der Begriff „abgeschlossen“ ein Sammelbegriff ist, der sowohl für Situationen verwendet wird, in denen alles vorbei und getan ist und in denen das Leben zufrieden abgeschlossen werden kann (nicht unbedingt durch Selbsttötung oder Beihilfe dazu), als auch für Situationen, in

²⁸ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, „Code of Practice“, Den Haag, april 2015, <https://www.euthanasiacommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/brochures/brochures/code-of-practice/1/code-of-practice>

²⁹ Adviescommissie voltooid leven. „Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten“, Den Haag, Januar 2016, S. 30.

³⁰ Dieses Zitat stammt aus dem „Rapport Voltooid, de ervaring: Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum, NVVE, 17. Juli 2015 (S. 4); es wird erwähnt im Bericht „Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten“, Den Haag, Januar 2016, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>, S. 30.

denen das Leben so viele Probleme bereitet hat, dass man es hasst und nicht mehr weitermachen will.“³¹

„Es handelt sich um Menschen, die oft ein Alter erreicht haben, das ihres Erachtens keine Lebensperspektive mehr bietet, und die infolgedessen einen dauerhaften, aktiven Sterbewunsch entwickelt haben“.³²

Im Oktober 2016 haben die Ministerin für Volksgesundheit, Wohlbefinden und Sport, Frau Schippers, und Herr Van der Steur, Minister für Sicherheit und Justiz, auf den Bericht der Beratenden Kommission reagiert.³³ In ihrem Schreiben ist die Rede von einem gesonderten gesetzlichen Rahmen für die Beihilfe zur Selbsttötung „für die Gruppe von Menschen, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten, aber nicht an einer Latte von Altersbeschwerden leiden oder die überhaupt nicht an einem medizinisch bedingten Leiden zu tragen haben, sondern das Leben als aussichtslos und erträglich empfinden und daher den aktiven Wunsch haben zu sterben“ (Kabinettschreiben S. 4). Es geht um Menschen, „die ihr Leben als abgeschlossen betrachten, weil sie leiden, zum Beispiel durch den Verlust ihres Partners oder eines Angehörigen, weil sinnvolle Kontakte verlorengegangen sind, weil sie müde und apathisch geworden sind, ohne dass dafür ein medizinischer Grund zu erkennen wäre“ (Kabinettschreiben S. 5). „Zu dieser Gruppe gehören auch Menschen, die finden, dass es für sie gereicht hat und jeder weitere Tag ein Tag ist, an dem sie auf den Tod warten“ (Kabinettschreiben S. 5).

Els van Wijngaarden schlussfolgert in ihrer Doktorarbeit „*Ready to give up on life: a study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living / Klaar met leven: een studie naar de geleefde ervaring van ouderen die hun leven als voltooid beschouwen en verlangen naar de dood*, 2016, Atlas, Amsterdam“ (Abschlussarbeit zur Promovierung als Doktor der Universiteit voor Humanistiek in Utrecht) unter anderem, dass die drei Begriffe³⁴ „abgeschlossenes Leben“, „Lebensmüdigkeit“ und „Lebensüberdruß“ allesamt abgegrenzt sind. In der englischen Zusammenfassung ihrer Doktorarbeit erläutert sie ihre Schlussfolgerung so:

„Als einer der letzten Punkte bewerten wir die Begriffe „abgeschlossenes Leben“, „Lebensmüdigkeit“ und „Lebensüberdruß“. Diese drei Begriffe reichen nicht aus, das Phänomen zu umschreiben, auf das sie verweisen. Zuerst weil unsere Studie gezeigt hat, dass es sich bei einem sogenannten abgeschlossenen Leben keineswegs um etwas handelt, das „abgeschlossen“ oder „abgerundet“ ist, sondern ein existenzielles Leiden ausdrückt. Der

³¹ Adviescommissie voltooid leven. „Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten“, Den Haag, Januar 2016, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en- euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>, S. 33.

³² Ibidem, S. 34.

³³ Siehe <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

³⁴ In der allgemeinen Einleitung ihrer Doktorarbeit gibt sie einen Überblick über die Definition von 19 Begriffen wie „tiredness of life“, „suffering from life“, „completed life“ (siehe 1.4. Defining the terms).

Begriff „abgeschlossenes Leben“ suggeriert übrigens eine deutliche, zu einem bestimmten Zeitpunkt getroffene, endgültige und wohlüberlegte Entscheidung, dass das Leben „vorbei“ ist, als ob der Patient beschlossen hätte, dass die Uhr abgelaufen ist. Aber im wirklichen Leben schienen allerhand zweideutige und widersprüchliche Gefühle dahinter zu stecken. Es wäre daher richtiger, die Entscheidungsfindung als konstantes Dilemma zu beschreiben.

Schließlich verkennt der Begriff schlichtweg die Tatsache, dass die Person weiterlebt. Mindestens aus biologischer Sicht ist das Leben noch nicht vorbei. Aber auch biographisch ist es noch nicht beendet. Senioren „arbeiten“ selbst sehr bewusst an ihrer eigenen Biographie. Zum Beispiel indem sie sich aktiv an der politischen Debatte über abgeschlossenes Leben bei Senioren beteiligen, indem sie bei unserer Enquete mitmachen und indem sie ihren Tod und ihr Begräbnis so organisieren, wie sie es gerne hätten. Ihr selbstgesteuerter Tod scheint nicht nur ein Mittel zu sein, erneut die Kontrolle über ihr Leben zu übernehmen, sondern auch an einem kohärenten Ende ihrer Biographie „zu arbeiten“. Ferner „arbeiten“ sie auch – aber mehr unbewusst – an ihrer Biographie, zum Beispiel indem sie noch einen Urlaub planen, sich zu einer Knieoperation entscheiden oder umziehen. Im wirklichen Leben gibt es nicht so etwas wie eine Geschichte, deren Verlauf vorher geregelt werden kann. Es ist eher ein halbherziger Versuch, im Voraus ein bestimmtes biographisches Ende zu programmieren, weil Menschen fürchten, ihre Identität zu verlieren. Zusammengefasst können wir sagen, dass „abgeschlossenes Leben“ ein Euphemismus ist, eine Umschreibung, die sich gut anhört, die aber auf eine Erfahrung hinzeigt, die Patienten oft als sehr unangenehm empfinden. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen der Bedeutung des Begriffs und der Erfahrung, auf die dieser hinzeigt. Der Begriff kann als Rahmen, Darstellung oder Metapher betrachtet werden, die nicht widerspiegelt, was Menschen wirklich durchmachen oder erleben. Die Verwendung des Begriffs „abgeschlossenes Leben“ ist nicht nur ungeeignet und verwirrend. Sie spiegelt grundsätzlich nur begrenzt die Lebenserfahrungen wider, auf die der Begriff hinzeigt.“ (S. 276-277, Übersetzung)³⁵.

³⁵ Ursprungstext: : *“We conclude by evaluating the terms ‘completed life’, ‘tiredness of life’ and ‘suffering from life’. All these terms fall short in describing the phenomenon at stake. Most importantly, our study has shown that a so-called completed life is not at all about ‘fulfilment’ or ‘completeness’; instead it is about existential suffering. Besides, the term completed life suggests a firm and well-established decision – clearly marked in time – that life is ‘over’, as if one has decided that ‘it is done’. However, in real life all kinds of ambiguities and ambivalences appeared to be present. The decision-making process is better characterized as a constant dilemma. Finally, the term simply ignores the fact that someone is still living on. At least at a biological level, life is not completed yet. But also on the biographical level, life has not stopped yet. Actually, the older people ‘work on’ their own biography very consciously: for example, by active engagement in the political debate on completed life in old age; by joining our research project; and by organizing their death and their funeral in a way they personally prefer. The self-directed death seems not only a way to regain control, but also a way to ‘work on’ a coherent end of their biography. Besides, they also ‘work on’ their biography much more unconsciously, for example by planning another holiday; by opting for a knee surgery; or by moving to another place of residence. In real life, there is no such thing as narrative foreclosure, but rather an ambiguous attempt to foreclose a certain biographical end in which people fear to lose their identity. All in all, we conclude that completed life is a euphemism, an indirect phrase with a pleasant sound, used to refer to an experience that is often felt as highly unpleasant. There is a considerable inconsistency between the meaning of the term and the meaning of the experience it refers to. The term can be seen as a frame, an image or metaphor that does not resonate with people’s lived experience. Using the term completed life might not only be inadequate and confusing. Fundamentally, it might be a reduction of the lived experiences to which the term refers.”*

Die KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/ Niederländische Ärztevereinigung) pflichtet dem bei:

„Der Begriff „abgeschlossenes Leben“ hat in der gesellschaftlichen Debatte eine positive Konnotation. In der Praxis geht es aber hauptsächlich um verletzte Menschen, die an Einsamkeit leiden und keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen. Es handelt sich hier um eine komplexe und tragische Problematik, für es keine einfachen Lösungen gibt.“³⁶

D.2. Empirische Studien über den Begriff „Leiden“ im Kontext der Sterbehilfe

Wir besprechen zuerst eine Reihe empirischer Studien über die Auffassungen von Ärzten, Krankenpflegern und Laien zu der Frage, ob Sterbehilfe bei körperlichen oder nichtkörperlichen Leiden akzeptabel ist.³⁷

Die Untersuchungen zeigen, dass viele Ärzte und Krankenpfleger, aber auch die Mehrheit der Nichtmediziner, Sterbehilfe in den Fällen gerechtfertigt finden, in denen von Schmerz und physischem Leiden die Rede ist (siehe z.B. Cohen et al. 2006, Inghelbrecht et al. 2009). Über die spezielle Frage der Akzeptanz von Sterbehilfe bei nichtkörperlichen Leiden haben Bert Brockaert und Kollegen 2006 eine Studie erstellt, in der sie versuchen, die Haltung flämischer Palliativärzte zur Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid zu erfassen (Broeckaert et al. 2009). Auf die Behauptung: „Die Anwendung des Sterbehilfegesetzes muss auf Sterbehilfe wegen unerträglicher physischer Schmerzen begrenzt werden“³⁸, antworteten 55% der 147 Befragten, dass sie damit nicht einverstanden waren, und 26%, dass sie damit einverstanden waren (19% enthielten sich der Stimme). Mit anderen Worten: 55% der flämischen Palliativärzte fand 2006, dass *das Gesetz nicht auf unerträgliche physische Schmerzen begrenzt werden darf*.

In einer Studie von Donald van Tol und Kollegen bei niederländischen Hausärzten wurden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

„Die meisten Ärzte sind nur dann bereit, das Leiden eines Patienten als „unerträglich“ einzustufen, wenn dieses Leiden unmittelbar mit nicht behandelbaren, tatsächlichen Schmerzen oder körperlichen Symptomen zusammenhängt. Aber in den Fällen, in denen der Patient keine körperlichen Symptome zeigte und an einer Kombination aus unwiderruflichen

³⁶ KNMG, Nieuws 29 mars 2017, siehe <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-voltooid-leven-wens-invoelbaar-maar-regeling-onwenselijk.htm>.

³⁷ Die Autoren der Studien verwenden selber die Begriffe körperliches Leiden, psychisches Leiden, ..., und nicht die Begriffe „Körperkrankheit“, „psychische Krankheit“, ... Bei der Besprechung dieser Studien in diesem Teil des Gutachtens wird die Terminologie der Forscher übernommen.

³⁸ Ursprungstext: *“The scope of the law on euthanasia should be limited to euthanasia on the basis of unbearable physical suffering”*.

Funktionsverlusten und einer Form von „existenziellem Leid“ litt, schienen die Ärzte sehr unterschiedliche Auffassungen von Leiden zu haben. Während einige Ärzte (17%) davon überzeugt sind, dass körperliche Symptome eine notwendige Voraussetzung für „unerträgliches Leiden“ sind, ist die Mehrheit bereit, ab und zu eine Ausnahme zu machen. Ob und in welchem Fall ein bestimmter Arzt eine Ausnahme machen wird, ist absolut unvorhersehbar.“ (van Tol et al. 2010, S. 166, Übersetzung³⁹).

In der Fachliteratur über Auffassungen zur Akzeptanz von Sterbehilfe wird durchgängig ein Unterschied gemacht zwischen paradigmatischen oder Standardfällen (Fällen, die sowohl von Klinikern als von der breiten Öffentlichkeit), nämlich Patienten mit Schmerzen und ernsthaften körperlichen Symptomen, und nichtparadigmatischen Fällen oder Grenzfällen. In der Studie von van Tol und Kollegen wurden folgende nichtparadigmatische Elemente zu sogenannten Fallvignetten zusammengestellt (Beschreibungen von Situationen fiktiver Patienten), um den Standpunkt der Hausärzte hierzu zu erforschen: Angst vor künftigem geistigen Verfall; weitreichender Abhängigkeit; Verlust von Würde; Verlust von persönlicher Integrität (Demenz im frühzeitigen Stadium); Lebensmüdigkeit; und vor dem Gefühl, sich selbst als eine Belastung für die Familie und/oder Freunde zu betrachten. Durchgängig zeigte die Beschreibung des jeweiligen Falls, dass entweder keine körperlichen Symptome vorlagen oder dass diese unter Kontrolle waren. Die Frage: „Sind Sie überzeugt, dass dies ein Fall von unerträglichen Schmerzen ist?“ beantworteten 99% der Ärzte bei „Standardfällen“ mit ja (eine 54-jährige Frau mit unheilbarem metastasierendem Brustkrebs, starken Schmerzen, Übelkeit, Bettlägerigkeit usw.). Die Ärzte antworteten zu 49% mit ja bei weitreichender Abhängigkeit, zu 48% bei Verlust von Würde; zu 35% bei dem Gefühl, sich als Belastung für die Familie und/oder Freunde zu betrachten; zu 28% bei Angst vor künftigem Verfall; zu 18% bei Lebensmüdigkeit; zu 2% bei Verlust von persönlicher Integrität (Demenz im frühzeitigen Stadium) (van Tol et al. 2010, S. 168). Die Forscher legen anhand dieser Zahlen folgende Analyse vor:

„Die einzige Ausnahme, wo einige Ärzte anscheinend weniger zurückhaltend als das Gesetz sind, sind die Fälle von Lebensmüdigkeit. Hier gibt es keine medizinisch klassifizierte Diagnose, was die Möglichkeit einer gesetzmäßigen Sterbehilfe ausschließt. Trotzdem betrachtete beinahe jeder fünfte Befragte das Leiden des Patienten in diesem Fall als unerträglich und war bereit, der Bitte des Patienten stattzugeben. Dies kann entweder

³⁹ Ursprungstext: *Most doctors are only inclined to classify a patient's suffering as 'unbearable' when suffering is directly related to untreatable and actual pain or physical symptoms. Doctors' judgment of suffering varied strongly in cases in which physical symptoms are absent and a patient suffers from a combination of irreversible functional loss and 'existential' kinds of suffering. Although some doctors (17%) stick to the idea that physical symptoms are a necessary condition for 'unbearable suffering', a majority is willing to occasionally make an exception. When and for which case an individual doctor will make such an exception, is highly unpredictable.*

bedeuten, dass einige Ärzte die einschlägigen Regeln nicht kennen oder nicht damit einverstanden sind (van Tol et al. 2010, S. 171, Übersetzung⁴⁰).

Aus ihrer Untersuchung ziehen sie folgende Schlussfolgerung:

„Dies wird sowohl die Befürworter als die Gegner der Sterbehilfe beunruhigen. Die Befürworter könnten hervorheben, dass einige Patienten vielleicht unerträgliche Schmerzen leiden müssen, weil sie ihre Bitte an den „verkehrten“ Arzt gerichtet haben. Die Sterbehilfegegner könnten betonen, dass dies für die Praxis ein Dambruchargument ist: Wenn alle Grenzfälle von unerträglichem Leiden zur Annahme der Patientenbitte führten, könnte die Anzahl Sterbehilfefälle erheblich steigen. Beide Gruppen sind sich darin einig, dass die Eingrenzung des Begriffs „abgeschlossenes Leben“ die Achillessehne der niederländischen Sterbehilfepraxis darstellt und deshalb ständig im Auge behalten werden muss.“ (van Tol et al. 2010, S. 172, Übersetzung⁴¹)⁴²

D.3. Entwicklung der Anzahl Sterbehilfemeldungen

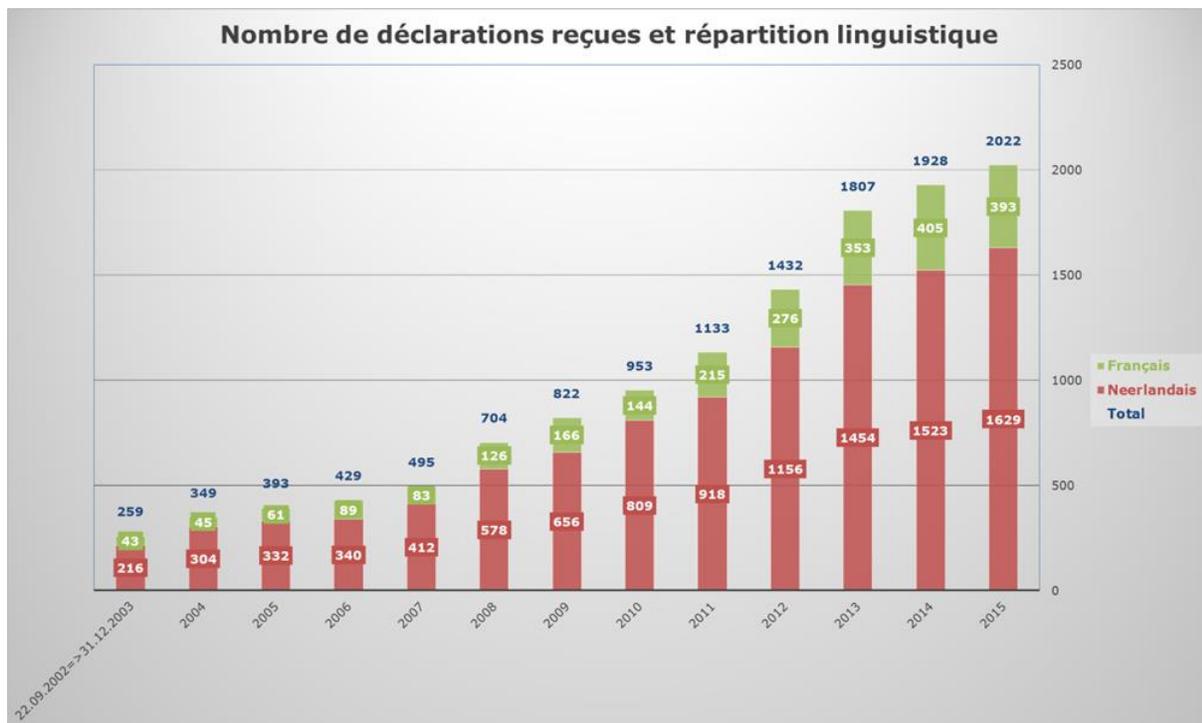
Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 28. Mai 2002 und der Vorschrift, praktizierte Sterbehilfefälle zu melden, ist ein Anstieg der Anzahl Sterbehilfemeldungen festzustellen.

Auffallend ist jedes Jahr der große Unterschied zwischen der Anzahl Sterbehilfemeldungen in Niederländisch und in Französisch.

⁴⁰ Ursprungstext: *“The only exception in which some doctors seem to be less restrained than the law is the ‘tired of living’ case. In this case a medically classified diagnosis was absent, which excludes the possibility of lawful euthanasia. Yet almost 1 out of 5 respondents considered the patient’s suffering in this case to be unbearable and would be willing to grant the patient’s request. This could either mean that some doctors do not know the rulings on this point or that they do not agree with it.”*

⁴¹ Ursprungstext: *“This will concern both advocates and critics of euthanasia. Advocates might stress that some patients now may have to endure the unbearable possibly only because they addressed their request to the “wrong” doctor. Opponents of euthanasia on the other hand might stress the possibility of a slippery slope: if all boundary cases of unbearable suffering would lead to honoring the patients request, the amount of euthanasia cases may rise significantly. What both sides will agree upon is that the issue where to draw the borderlines of ‘unbearable suffering’ is the Achilles heel of Dutch euthanasia practice and thus deserves ongoing attention.”*

⁴² Siehe auch eine jüngere Studie (nach einer flächendeckenden Befragung von niederländischen Hausärzten, auf Geriatrie spezialisierten Hausärzten und klinischen Spezialisten), die zu sehr ähnlichen Ergebnissen gekommen ist: Bolt et al. (2015).



Quelle: Föderales Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium „Siebter Bericht an die Gesetzgebenden Kammern, Jahre 2014-2015“, 2016, S. 14.

Die Berichte des Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremiums (FSKB) – insbesondere der siebte Bericht⁴³ - enthalten mehr Informationen über die verschiedenen Kategorien von ernsthaften und unheilbaren Krankheiten, die den gemeldeten Sterbehilfebitten zugrunde liegen.

D.4. Empirische Studien in Flandern über die Entwicklung der Sterbehilfshäufigkeit

Aus einer jüngsten empirischen Studie der Forschungsgruppe „Zorg Rond het Levenseinde“ der UGent-VUB geht hervor, dass die Anzahl Sterbehilfefälle in allen Patientengruppen und in allen Pflegeeinrichtungen zwischen 2007 und 2013 gestiegen ist (siehe Tabelle 1 unten) (Dierickx et al. 2015). Signifikant angestiegen ist sowohl die Anzahl Sterbehilfesuche (von 3,4% der Todesfälle 2007 auf 5,9% der Todesfälle 2013) als der Prozentsatz an akzeptierten Gesuchen (von 55,4% auf 76,7%). Der Anteil an Todesfällen durch Euthanasie ist von 1,9% 2007 auf 4,6% 2013 gestiegen (den Berichten des FSKB zufolge handelt es sich – für ganz Belgien - um eine durchschnittliche Steigung von 0,44% für die Jahre 2006-2007 auf 1,7% für 2013⁴⁴).

⁴³ Föderales Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium „Siebter Bericht an die Gesetzgebenden Kammern, Jahre 2014-2015“, 2016, S. 64, <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2016>.

⁴⁴ Der siebte Bericht 2014-2015 des FSKB meldet 1,8% für 2014 und 2015 (S. 19).

Der *Anstieg der Sterbehilfegesuche* ist am größten in der Gruppe der Personen ab 80, der Personen mit einem Hochschuldiplom und der Personen mit einer diagnostizierten Herzgefäßerkrankung. Der *Anstieg der akzeptierten Gesuche* ist am größten bei Frauen, Senioren ab 80, Menschen mit einem geringen Bildungsgrad und Menschen, die in Wohn- und Pflegeheimen sterben. In der Praxis kommen diese Variablen häufig bei denselben Patienten vor. Was speziell die Frage der Sterbehilfe und des psychischen Leidens angeht, die in diesem Teil des Gutachtens behandelt wird, fällt der deutliche Anstieg der akzeptierten Sterbehilfegesuche in der Kategorie „other disease“ auf, die auch psychisches Leiden umfasst.

Die wichtigsten Gründe, keine Sterbehilfe zu praktizieren, waren, dass der Patient bereits verstorben war, seine Bitte zurückgezogen hatte oder die gesetzlichen Anforderungen nicht erfüllt waren. Der Prozentsatz der Fälle, in denen der Arzt erklärte, eine Bitte aus patientenfremden Gründen (restriktive Praxis der Pflegeeinrichtung, persönliche Einwände oder Angst vor rechtlichen Konsequenzen) abgelehnt zu haben, sank scharf (von 23,4% 2007 auf 2% 2013).

Einige Mitglieder halten es für sehr wichtig, sich bei dieser Debatte auf die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die (Entwicklung) der Häufigkeit der Sterbehilfe und die Trends bei der Akzeptanz von Sterbehilfegesuchen durch die Ärzte zu stützen. Einerseits, weil diese Daten in vielerlei Hinsicht signifikante Unterschiede zu den Daten des Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremiums (FSKB) aufweisen, andererseits, weil aus diesen Daten hervorgeht, dass eine Debatte über die Auslegung des Sterbehilfegesetzes vonnöten ist.

Andere Mitglieder merken an, dass der Begriff Sterbehilfe, so wie er in dem Fragenkatalog an die Ärzte angegeben wird, laut Protokoll für die Studien über die Häufigkeit medizinischer Entscheidungen zur Lebensbeendigung viel breiter gefächert ist als die gesetzliche Definition laut Gesetz vom 28. Mai 2002, nämlich die Verabreichung von Medikamenten in der Absicht, dass die Ärzte sie verabreichen, damit der Tod schneller eintritt, wobei nicht deutlich ist, was unter Beschleunigung des Todes genau zu verstehen ist und welche Medikamente verabreicht werden sollen. Sie verlangen, dass sich diese Studien an die gesetzliche Definition von Sterbehilfe halten.

Die Mitglieder, die die Relevanz dieser Studien betonen, sind der Meinung, dass die Häufigkeitsstudien zur Genüge belegen, dass eine große Kluft zwischen der gemeldeten Sterbehilfepraxis und der tatsächlichen Sterbehilfepraxis klafft. Natürlich drückt die geringere Sterbehilfeshäufigkeit im französischsprachigen Belgien die landesweite Zahl nach unten, und Häufigkeitsstudien sind natürlich immer nur Schätzungen (das Vertrauensintervall der Studie (95%) gibt mindestens 3% an). Aber diesen selben Mitgliedern zufolge lautet die Schlussfolgerung, dass ein Drittel der Sterbehilfefälle nicht gemeldet wird.

Table 1. Euthanasia Requests and Granted Requests in Flanders, Belgium in 2007 and 2013^a

	% of deaths with euthanasia request				% dying with euthanasia		% of euthanasia requests granted			
	2007	2013	2013 vs 2007		2007	2013	2007	2013	2013 vs 2007	
	7	3	Biv. P Value ^b	Relative risk (95% CI) ^c					Biv. P Value ^b	Relative risk (95% CI) ^c
Overall	3.4	5.9	<.001	1.7 (1.4-2.1)	1.9	4.6	55.4	76.7	<.001	1.4 (1.2-1.6)
Sex										
Male	3.6	5.9	.001	1.6 (1.2-2.2)	2.3	4.6	64.1	76.9	.006	1.2 (1.0-1.5)
Female	3.2	6.0	<.001	1.9 (1.4-2.5)	1.5	4.6	45.7	76.4	<.001	1.7 (1.3-2.2)
Age										
1-64	6.4	8.2	.23	1.3 (0.9-1.8)	3.9	5.6	61.9	68.1	.02	1.1 (0.8-1.4)
65-79	4.0	7.5	<.001	1.9 (1.4-2.6)	2.5	6.3	63.6	83.6	<.001	1.3 (1.0-1.7)
80 or older	2.0	4.6	<.001	2.2 (1.5-3.3)	0.8	3.4	38.1	75.4	<.001	2.0 (1.3-3.1)
Educational attainment										
None or primary	2.2	3.6	.05	1.7 (1.0-2.8)	0.8	2.5	35.1	69.5	<.001	2.0 (1.1-3.6)
Lower secondary	4.5	5.4	.52	1.2 (0.8-1.8)	3.0	3.8	65.7	69.7	.14	1.1 (0.8-1.4)
Higher secondary	4.4	7.5	.04	1.7 (1.1-2.7)	2.6	5.6	59.0	74.2	.17	1.3 (0.9-1.8)
College/University	4.5	12.9	.008	2.9 (1.4-6.1)	3.1	11.2	68.9	86.3	.11	1.3 (0.8-1.9)
Cause of death										
Cardiovascular disease (incl. CVA ^d)	0.8	3.0	<.001	3.9 (1.4-10.9)	0.2	2.2	29.6	73.2	.04	2.5 (0.5-11.3)
Cancer	8.6	13.4	.001	1.6 (1.3-1.9)	5.6	10.4	64.4	77.5	<.001	1.2 (1.0-1.4)

Respiratory disease	1.6	2.4	.46	1.5 (0.5-4.4)	0.8	1.8	47.1	72.7	.28	1.5 (0.6-4.1)
Disease of the nervous system	4.2	6.3	.46	1.5 (0.6-3.9)	2.9	6.3	69.5	100	.05	1.4 (0.9-2.4)
Other disease	1.8	3.9	.009	2.1 (1.0-4.4)	0.3	2.7	18.8	70.7	<.001	3.8 (0.9-16.0)
Place of death										
At home	5.8	10.7	<.001	1.9 (1.4-2.4)	3.8	8.1	65.4	75.3	<.001	1.2 (1.0-1.4)
In hospital	2.8	5.0	.001	1.8 (1.2-2.5)	1.7	4.1	59.1	82.4	.009	1.4 (1.1-1.8)
In nursing home	2.1	3.9	.02	1.8 (1.1-3.2)	0.5	2.7	22.9	68.2	<.001	3.0 (1.3-6.9)
Other	3.4	1.1	.62	0.3 (0.0-3.1)	0.0	0.2	0.0	20.1	.40	- ^e

^a Weighted percentages.

^b Bivariate *P* Value based on Fisher's Exact Test.

^c Relative risk is calculated with the complex samples function in SPSS 22.0.

^d CVA = cerebrovascular accident.

^e Relative risk could not be calculated for requests granted in other place of death.

D.5. Empirische Studien über Lebensmüdigkeit und Sterbehilfe in Flandern und in den Niederlanden

D.5.1. Empirische Studien über Lebensmüdigkeit und Sterbehilfe

Einer der interessantesten Aspekte der Studie von Dierickx und Kollegen ist **einigen Mitgliedern** zufolge, dass sie zeigt, dass bestimmte belgische Ärzte Lebensmüdigkeit als legitimen Grund für die Einwilligung in ein Sterbehilfegesuch betrachten (Dierickx et al. 2015). An dieser Stelle ist erstens anzumerken, dass die befragten Ärzte mehrere Gründe auswählen konnten, weswegen sie einem Sterbehilfegesuch stattgeben oder nicht. Lebensmüdigkeit wird von 25,3 % der Ärzte als Grund für die Einwilligung in ein Sterbehilfegesuch angegeben, aber dieser Prozentsatz enthält also auch Fälle, in denen Lebensmüdigkeit ein Grund von vielen war. Mit anderen Worten: Wir wissen nicht, in wie viel Prozent der Fälle Lebensmüdigkeit der einzige Grund war. Zweitens ist festzuhalten, dass die Forscher den Begriff „Lebensmüdigkeit“ in dieser Studie nicht definiert haben, m.a.W. seine Auslegung wurde den befragten Ärzten überlassen.⁴⁵

In den Niederlanden haben einige Ärzte anscheinend schon Sterbehilfe an lebensmüden Patienten praktiziert. Mette Rurup und Kollegen (Rurup et al. 2005) haben eine flächendeckende Interviewstudie bei Hausärzten, Spezialisten und Pflegeheimärzten (d.h. in einer spezialisierten Palliativpflegeeinrichtung) über die Häufigkeit von Bitten um Sterbehilfe und medizinische Beihilfe zur Selbsttötung in Fällen erstellt, in denen keine ernsthafte Krankheit vorlag. Diese Studie zeigt, dass in den Niederlanden jährlich ungefähr 400 Menschen um Sterbehilfe oder medizinische Beihilfe zur Selbsttötung bitten, weil sie lebensmüde sind. Anders als in der oben erwähnten belgischen Studie wurde in dieser Interviewstudie wohl eine Definition der Lebensmüdigkeit angegeben. Dieser Begriff wurde für die interviewten Personen wie folgt umschrieben:

„Es kommt effektiv vor, dass Patienten nicht mehr leben wollen, obwohl sie keine ernsthafte physische oder psychiatrische Krankheit haben. Dieser Zustand wird manchmal als Lebensüberdruß, abgeschlossenes Leben oder Lebensmüdigkeit umschrieben. Möglicherweise hat der Patient Gesundheitsprobleme – z.B. eine chronische Krankheit oder altersbedingte Beschwerden -, aber es kann genauso gut sein, dass der Patient gesund ist“ (Rurup et al. 2005, S. 666, Übersetzung⁴⁶)⁴⁷.

⁴⁵ Einige Mitglieder weisen darauf hin, dass das FSKB Sterbehilfemeldungen, bei denen der Arzt in dem Textfeld „präzise Diagnose“ Lebensmüdigkeit angibt, nicht akzeptiert. Der Arzt wird immer daran erinnert, dass Lebensmüdigkeit nicht als ernsthafte und unheilbare Krankheit betrachtet werden darf; er wird gebeten, die ernsthafte und unheilbare Krankheit anzugeben, an der der Patient litt.

⁴⁶ Originaltext auf englisch: *“It does occur that patients do not want to continue living, whereas they do not have a severe physical or psychiatric disease. Sometimes this is referred to as suffering from life, being through with life or being tired of living. It is possible that the patient has health problems – e.g. a chronic illness or ailments of old age – it is also possible that the patient is healthy.”*

⁴⁷ Auch die KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/ Niederländische Ärztevereinigung) hat versucht, diesen Begriff zu definieren, und verwendet in diesem Zusammenhang den Terminus

Dreißig Prozent der befragten Ärzte erklärten, früher bereits eine solche Bitte erhalten zu haben, und 3% erklärten, in solchen Fällen bereits einer Bitte stattgegeben zu haben. Die Bitten an die Hausärzte stammten hauptsächlich von alleinstehenden Personen und Senioren ab 80. Ihre Probleme waren meistens sozialer Art, obschon 79% von ihnen eine oder mehrere nichternsthafte Krankheiten wie Arthrose, Sehstörungen, Hörstörungen, Verdauungsprobleme usw. hatten. Die meisten Hausärzte lehnten solche Bitten ab, nach eigener Aussage hauptsächlich, weil keine ernsthafte Krankheit vorlag und das Leiden der Personen nicht medizinischer Art war. Die Hälfte der Hausärzte schlug eine andere Maßnahme vor, die meistens vom Patienten abgelehnt wurde.

D.5.2. Empirische Studie über abgeschlossenes Leben

Els van Wijngaarden, Forscherin an der Universiteit voor Humanistiek in Utrecht, hat eine empirische Studie erstellt über "die Essenz der gelebten Erfahrung bei Senioren, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten und den Wunsch haben, ihr Lebensende selber zu steuern (ohne dass sie an einer lebensbedrohlichen Krankheit oder einer psychiatrischen Störung leiden)" (van Wijngaarden 2016b, S. 278). Sie hat 25 urteilsfähige Senioren ohne terminale Krankheit oder (diagnostizierte) psychiatrische Störung, darunter 14 Frauen und 11 Männer im Alter zwischen 67 und 99 Jahren, tiefeninterviewt. Einige Senioren klagten über mehrere Altersbeschwerden, andere fühlten sich noch körperlich fit, litten aber an der Voransicht, dass solche Beschwerden auftauchen würden. In ihrem (phänomenologischen) Forschungsansatz spielt die subjektive Erfahrungswelt eine zentrale Rolle: Wie sieht die gelebte Erfahrung aus, und welcher rote Faden in den Geschichten und Erfahrungen dieser Senioren kann erklären, dass sie ihr Leben nicht mehr lebenswert finden?

In ihrer Studie umschreibt sie die Essenz des abgeschlossenen Lebens wie folgt:

„ein Knäuel an Unvermögen und Unwillen, die Bindung zum Leben aufrecht zu erhalten. Dieser Prozess der Entrückung und Entfremdung (von der Welt, den Mitmenschen und dir selbst) mündet in permanente Spannung und Opposition und stärkt das Verlangen, das Leben zu beenden.“ (van Wijngaarden 2016b, S. 280)

Diese „Erfahrung der Entrückung“ zieht sich durch alle Lebensgeschichten in Form von fünf Themen:

- 1. einem tiefen Gefühl existenzieller Einsamkeit: Es gelingt den Senioren nicht mehr, echte Beziehungen zu knüpfen;*
- 2. dem Gefühl, nicht mehr dazuzugehören: Sie stehen an der Seitenlinie, wie ausgemustert;*

„Lebensüberdruß“: „leiden durch den Gedanken, so weiterleben zu müssen, dass dabei keine oder nur eine unzureichende Lebensqualität zustande kommt, was zu einem dauernden Todeswunsch führt, in dem Wissen, dass die nichtvorhandene oder die mangelnde Lebensqualität nicht in erster Linie auf eine körperliche oder psychische Krankheit zurückgeführt werden kann“. (KNMG 2004)

3. *einem wachsenden Unvermögen, sich zu äußern: Senioren haben das Gefühl, sich nicht mehr auf die für sie so bezeichnende Weise ausdrücken zu können;*
4. *existenzieller und körperlicher Müdigkeit vom Leben: Senioren sind müde wegen der körperlichen Probleme, die das Altwerden mit sich bringt, aber in vielen Fällen sind auch existenzielle Müdigkeit und Langeweile festzustellen;*
5. *einer Abneigung gegen ihr Erscheinungsbild und Widerstand gegen die (gefürchtete) Abhängigkeit (van Wijngaarden 2016b, Auszüge von S. 280).*

Den Kern der Einsamkeit, die sie in allen Lebensgeschichten wiederfindet, beschreibt sie wie folgt in ihrem Buch „*Voltood leven: over leven en willen sterven*“ (van Wijngaarden 2016a): *„Sie empfinden immer weniger Zusammenhalt und Verbindung zu Mitmenschen und zum Leben selber. Sie fühlen sich ausgeschlossen und isoliert.“* (S. 25) *„Sie haben weiterhin das Verlangen, enge Kontakte zu knüpfen, können oder wollen das aber gleichzeitig nicht mehr auf sich nehmen.“* (S. 38)

Das Gefühl, nicht mehr dazuzugehören, gesellschaftlich im Abseits zu stehen oder abgeschrieben zu sein, kurzum dieser Statusverlust raubt ihnen vollständig den Sinn des Lebens (S. 61). In einer Leistungsgesellschaft hängen ihre soziale Anerkennung und die Wahrnehmung ihres Selbstwertgefühls eng damit zusammen, was sie im Leben machen (S. 66-68). Dieses Gefühl des Selbstwertverlusts wird von anderen bestätigt. Laut Els van Wijngaarden hängt das *„Gerede über die Sinnlosigkeit des Alters unweigerlich damit zusammen, wie wir Alter und Verletzlichkeit betrachten und damit umgehen“* (S. 69).

Das Gefühl dieser Senioren, immer weniger zeigen zu können, was sie sind (Selbstdarstellung), führt bei ihnen zu einem Verlust an Individualität (S. 71). Das Idealbild der machbaren Identität wird gestört: Verlusterfahrungen, Enttäuschung, Altersbeschwerden, körperlicher oder geistiger Abbau können das Selbstbild beschädigen (S. 89).

Diese Senioren sind müde, weil sie an Altersbeschwerden leiden, und empfinden oft auch Langeweile und existenzielle Müdigkeit (S. 93). Eine rein klinische Reaktion oder eine Medikalisierung und Psychologisierung ihrer Existenzmüdigkeit (*„Haben wir es hier nicht einfach mit einer Depression zu tun?“* S. 116) löst Widerstand bei ihnen hervor, weil sie sich selber in diesem Bild -reduziert auf ein Problem, eine mögliche Diagnose – nicht wiedererkennen (S. 177). Außerdem impliziert dieser psychopathologische Ansatz *„die Neigung, den Sterbewunsch als eine rein individuelle Angelegenheit zu betrachten“* (S. 120). Zum guten Verständnis des Sterbewunsches müssen jedoch auch soziale und kulturelle Aspekte wie *„Einsamkeit, soziale Isolierung, Marginalisierung, soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung“* erfasst werden.

Schließlich empfinden diese Senioren – laut dieser Studie – „Angst, abhängig von anderen zu werden und die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren, wobei sie nicht wissen, ob ihre Interessen dann noch gut beherrzigt werden (...) es ist die Rede von tiefer Scham und Abneigung gegen ihren körperlichen Verfall und der damit einhergehenden Abhängigkeit“ (S. 123). Es gibt altersbedingte Gebrechlichkeiten, die das Alter mit sich bringt: sogenannte inhärente Gebrechlichkeiten. Es gibt aber auch situationsbedingte Gebrechlichkeiten, die damit zusammenhängen, wie die Welt um uns herum organisiert ist, welche sozialpolitischen Entscheidungen wir treffen: Hier stellt sich unserer Gesellschaft die Frage: „Wie wollen wir mit der situationsbedingten Verletzlichkeit und Abhängigkeit umgehen? Was wollen wir als Gesellschaft unternehmen, um diese Gebrechlichkeiten zu verringern? Wollen wir investieren oder sparen? Wie wäre es, wenn Verletzlichkeit und Abhängigkeit weniger stigmatisiert würden? Welche Auswirkung würde dies auf den Sterbewunsch haben?“ (S. 146)

D.6 Ethische Diskussion

D.6.1. Auswirkungen der Behandlungsablehnung (auf das Sterbehilfegesuch)

Schließt sich ein Patient, der eine Behandlung ablehnt, selbst von der Möglichkeit aus, dass seiner Bitte um Sterbehilfe stattgegeben wird?⁴⁸ Ein Patient kann jederzeit Behandlungen ablehnen, so wie es das Gesetz über die Patientenrechte vorsieht. Die Frage ist aber: Kann ein Patient, der eine Behandlung seiner Krankheit ablehnt, noch die gesetzlichen Voraussetzungen einer ernsthaften, unheilbaren Krankheit und einer medizinisch ausweglosen Situation erfüllen? Klar ist, dass der Patient eine experimentelle Therapie ablehnen darf und trotzdem sein Anrecht auf Bitte um Sterbehilfe behält. Er kann sich auch weigern, eine vorgeschlagene Behandlung zu akzeptieren, die keinen einzigen Vorteil für seine Gesundheit bringen würde. Aber wie sieht es aus, wenn er eine Behandlung ablehnt, die wohl diesen Vorteil beinhaltet oder ihn angeblich beinhaltet? Diese Frage ist besonders heikel in der Psychiatrie, wo die therapeutische Wirkung oft viel unsicherer ist als in der somatischen Medizin.

Wie bereits oben erwähnt, hat die „Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie“ (Niederländische Psychiatervereinigung) eine Richtlinie über den Umgang mit Bitten um Beihilfe zur Selbsttötung bei psychiatrisch gestörten Patienten ausgearbeitet. In dieser Richtlinie wird auch die Frage der Ablehnung vorgeschlagener Behandlungen ausführlich thematisiert. Konkret wird darin folgender Standpunkt vertreten:

⁴⁸ Was die Ablehnung der Behandlung angeht, berichten einige Mitglieder, sie hätten im Rahmen der Zeugenaussagen im verkleinerten Ausschuss erfahren, dass einige Geriatriepatienten, die um Sterbehilfe bitten, sich nicht in einer medizinisch ausweglosen Situation befinden, sondern dass sie sämtliche, vom Arzt vorgeschlagene Therapien ablehnen und anschließend behaupten, sie befänden sich in einer medizinisch ausweglosen Situation.

„Es kann zu Dilemmas kommen, wenn der Patient die vorgeschlagene Behandlung ablehnt. [...] Bestimmte Behandlungen dürfen nach Auffassung der Vereinigung nie abgelehnt werden. Dies gilt in jedem Fall für biologisch-psychiatrische Behandlungen in allen geeigneten Fällen, weil diese relativ schnell wirken und selten ernsthafte Nebenwirkungen haben. Der Psychiater wird sich jedoch fragen müssen, wie sich andere, von ihm vorgeschlagene radikalere Behandlungen auf das Leiden des Patienten auswirken könnten. Natürlich geht es hier um eine Abschätzung von Chancen, Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten, nicht um Gewissheiten. Dann stellt sich folgende Frage: Wird der Patient die eventuelle Verbesserung selbst als wertvoll empfinden? Dabei spielen seine Werte, Normen und Lebensziele eine Rolle [...]. Wenn der Psychiater vernünftigerweise annehmen kann, dass der Patient sein Leiden auch dann noch als unerträglich empfinden wird, ist die Ablehnung der Behandlung akzeptabel. In einem solchen Fall braucht die Ablehnung die Beihilfe zur Selbsttötung nicht auszuschließen.

Im Einzelfall kann der Psychiater dabei zu dem Schluss kommen, dass das Verhältnis zwischen der Belastung und den erwarteten Ergebnissen der vorgeschlagenen Behandlung nicht vernünftig ist. Nehmen wir als Beispiel einen stark traumatisierten, schnell verfallenden Patienten, der bereits viele Male eingeliefert wurde, mittlerweile psychopharmakologisch resistent geworden ist und nun eine neue, langwierige klinische Behandlung in einer Spitzenklinik ablehnt. Wenn die bereits angewandten Behandlungen nach den Regeln der Kunst ausgeführt wurden, darf die Ablehnung der Behandlung die Beihilfe zur Selbsttötung nicht unmöglich machen.“⁴⁹

Dieser Richtlinie wird übrigens viel Bedeutung zugemessen. Obschon sie sich in erster Linie an Psychiater richtet, melden die Regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse Folgendes:

„In der allgemeinen Aussprache vom November 2014 hat der Minister für Volksgesundheit, Wohlbefinden und Sport den Wunsch geäußert, dass alle Ärzte zur Anwendung dieser Richtlinie der Niederländischen Psychiatervereinigung verpflichtet werden.“ *Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Jaarverslag 2014, S. 9)*

Innerhalb des Beratenden Bioethik-Ausschusses herrscht **Konsens** darüber, dass (1) es zur Verantwortung des Arztes gehört, die Unheilbarkeit einer ernsthaften, durch Unfall oder Krankheit verursachten Erkrankung zu beurteilen, dass (2) es aber Sache des Patienten ist zu beurteilen, ob das physische oder psychische Leiden dauerhaft und unerträglich ist. Bei der Feststellung, ob sich ein Patient in einer medizinisch ausweglosen Situation befindet, gilt auch die gesetzliche Voraussetzung, dass das Leiden „nicht gelindert werden kann“. Über der Auslegung dieser

⁴⁹ „Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Commissie Hulp bij zelfdoding“ (Niederländische Psychiatervereinigung, Ausschuss Beihilfe zur Selbsttötung, Richtlinie über den Umgang mit Bitten um Beihilfe zur Selbsttötung bei psychiatrisch gestörten Patienten, S. 39-40.

Bedingung gehen die Meinungen auseinander: Wer beschließt letztendlich, ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht: der Arzt oder der Patient? Nach Meinung einiger Mitglieder sind die Aspekte „Unerträglichkeit“ und „Nichtlinderbarkeit“ des Leidens deutlich zu unterscheiden: Während die (Un)erträglichkeit des Leidens ein subjektiver Parameter ist, ist die (Nicht)linderbarkeit des Leidens ein objektiver Parameter. Für **andere Mitglieder** handelt es sich um zwei Aspekte des Leidens, die miteinander verknüpft sind. Bei psychiatrischen Krankheiten dreht sich die Diskussion hauptsächlich darum, ob ein Leiden in einer konkreten Situation noch gelindert werden kann oder nicht.

D.6.1.1. Der Arzt ist für die abschließende Entscheidung verantwortlich, ob das Leiden des Patienten gelindert werden kann oder nicht

Die Mitglieder, für die der Aspekt „Unerträglichkeit“ des Leidens ein subjektiver Parameter und der Aspekt „Nichtlinderbarkeit“ des Leidens ein objektiver Parameter ist, argumentieren, der Zustand des Patienten könne nur dann als aussichtslos betrachtet werden, wenn beim Patient alle nachweislich wirksamen Therapien *nach den Regeln der Kunst* angewandt worden seien. Der Arzt müsse dies dem Patienten erläutern und mit ihm darüber sprechen, könne aber die Verantwortung für die Auslegung des gesetzlichen Kriteriums, dass das Leiden nicht gelindert werden könne, nicht auf den Patienten abwälzen. Es bedarf übrigens medizinischen Fachwissens, um abschätzen zu können, ob das durch Unfall oder Krankheit verursachte Leiden gelindert werden kann oder nicht. Diese Mitglieder sind der Ansicht, dass sowohl die Beurteilung der Ernsthaftigkeit und Unheilbarkeit einer durch Unfall oder Krankheit verursachten Erkrankung als die Überprüfung, ob das Leiden des Patienten gelindert werden kann oder nicht, medizinische, objektive Angelegenheiten sind. Dies gilt sowohl bei körperlichen als bei psychischen Leiden.

Speziell bei psychiatrischen Krankheiten verweisen sie auf die in der Richtlinie der Niederländischen Psychiatrievereinigung vorgesehene Abstufung: Nur nach Anwendung aller geeigneten biologischen und psychotherapeutischen Behandlungen und sozialen Maßnahmen, die das Leiden erträglicher machen können, kann ein Patient als nicht behandelbar betrachtet werden. Wenn der Patient einen therapeutischen Algorithmus ablehnt, der den Regeln der Kunst entspricht, sind die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, sodass Sterbehilfe nicht möglich ist. Selbstverständlich kann jeder Patient eine vorgeschlagene Behandlung ablehnen, die nicht den Regeln der Kunst entspricht.

Diese Mitglieder fügen hinzu, dass eine Therapieablehnung bei einem psychiatrisch kranken Patienten nicht unbedingt bedeutet, dass dieser sich in einer medizinisch ausweglosen Situation befindet: Der Zustand bestimmter Patienten kann sich langfristig verbessern, ohne dass man weiß,

wie es zu der Verbesserung gekommen ist. Die Ärzte betreuen ihre Patienten weiter und können Behandlungsvorschläge unterbreiten.

Diese Mitglieder finden außerdem, dass das Verfahren, mit dem Sterbehilfe bei einer psychiatrischen Krankheit erreicht werden kann, zu leicht ist: Drei Ärzte, von denen nur einer Psychiater sein muss, können nach dem derzeitigen Gesetz entscheiden, dass ein Patient die gesetzlichen Sterbehilfekriterien erfüllt. Wenn man das mit den strengen Kriterien und Verfahren vergleicht, die bei der Psychochirurgie⁵⁰ angewandt werden, stellen sich diese Mitglieder die Frage, ob die gesetzlichen Sterbehilfekriterien ausreichende Sorgfältigkeitsgarantien bieten. Diese Mitglieder wünschen sich, dass die Kriterien und Verfahren, die für derartige Behandlungen vorgesehen sind, auch bei Sterbehilfesuchen angewandt werden.

Einige dieser Mitglieder beunruhigt eine Entwicklung, bei der die Entscheidung über die medizinische Ausweglosigkeit von einigen belgischen Beobachtern anscheinend in größerem Maße dem Patienten überlassen wird. Sie verweisen auf einen Fachartikel aus dem Jahre 2015 über Sterbehilfesuche von 100 Psychiatriepatienten, bei denen das angewandte Verfahren wie folgt beschrieben wird:⁵¹

Bei jedem Sterbehilfesuch müssen die spezifischen ausschlaggebenden Elemente und Voraussetzungen für ein „unerträgliches und nicht behandelbares psychisches Leiden“ über verschiedene Konsultationen gründlich beurteilt werden. [LT] hat die psychiatrischen Diagnosen, den Geisteszustand und die Krankengeschichte sämtlicher Patienten in Absprache mit den behandelnden Ärzten überprüft, jede Akte gründlich unter die Lupe genommen und eine vollständige psychiatrische Beurteilung der Patienten abgegeben.

Alle therapeutischen Möglichkeiten, die das Leiden lindern können, unter anderem Palliativpflege, müssen mit den Patienten und ihren Ärzten besprochen werden. LT hat folgende Richtlinien der Niederländischen Psychiatrievereinigung bezüglich dieser therapeutischen Optionen für diese Besprechungen angewandt: a) die Therapie muss eine echte Verbesserungschance bieten; b) es muss möglich sein, eine geeignete Behandlung innerhalb einer vernünftigen Frist zu starten und c) es muss ein akzeptables Gleichgewicht zwischen den erwarteten Ergebnissen und dem Behandlungsdruck für den Patienten geben.

⁵⁰ Die Tatsache, dass die Voraussetzungen für Sterbehilfe in unserem Land vager sind und mehr Spielraum für Interpretation lassen als die Voraussetzungen für eine der radikalsten, aber außergewöhnlichsten Psychiatriebehandlungen, nämlich den psychochirurgischen Eingriff zur tiefen Gehirnstimulierung, gibt **nach Meinung dieser Mitglieder** ernsthaft zu denken. Jemand mit einer ernsthaften, nicht behandelbaren psychiatrischen Krankheit kommt für eine tiefe Gehirnstimulierung erst in Frage, nachdem ein Expertengremium befunden hat, dass die Diagnose stimmt und dass eine lange Liste gut erforschter Behandlungen ausprobiert wurden. Diese Liste wird sorgfältig von einer Expertengruppe erstellt und ist wissenschaftlich begründet. Dies ist eine konkrete und objektive Ausfüllung der Bedingung „medizinische Ausweglosigkeit“.

⁵¹ Diese Mitglieder meinen auch, dass diese Initiative, über die Bewertung von Sterbehilfesuchen aus der eigenen Praxis auf transparente Weise in Veröffentlichungen zu berichten, zu begrüßen ist.

Alle Verfahrensaspekte müssen dem Patienten erläutert und mit ihm besprochen werden. Nur wenn der Patient wiederholt den Wunsch äußert zu sterben oder wenn der Arzt oder der Psychiater des Patienten angibt, dass die Gründe für diesen Wunsch ausreichend konkret und vernünftige sind, wird das formale Sterbehilfegesuch eingereicht und mit der Planung begonnen. [...]“ (Thienpont et al. 2015 Übersetzung⁵²)⁵³

Wenngleich sich dieser Artikel auf die Richtlinie der Niederländischen Psychiatrievereinigung beruft, *weicht das angewandte Verfahren nach Ansicht dieser Mitglieder deutlich von der Richtlinie* ab, weil ein großer Unterschied besteht zwischen:

- **der Besprechung** „aller therapeutischen Optionen, die das Leiden lindern können“ mit dem Patienten und, wenn der Patient sein Sterbehilfegesuch wiederholt, der Schlussfolgerung, dass die Gründe des Patienten nachvollziehbar und vernünftig sind (von Thienpont et al. beschriebenes Verfahren);
- und der Entscheidung, den Patienten erst dann als nicht behandelbar zu betrachten, „nachdem folgende Maßnahmen **ausprobiert wurden**: alle geeigneten ordnungsgemäßen biologischen Behandlungen; alle geeigneten psychotherapeutischen Behandlungen; soziale Maßnahmen, die das Leiden erträglicher machen können (von der Niederländischen Psychiatrievereinigung vorgeschlagenes Verfahren, siehe oben).

Zitate aus dem Buch von L. Thienpont „*Libera me*“⁵⁴ belegen nach Meinung dieser Mitglieder deutlich diesen wichtigen Nuancenunterschied:

„Durch die lange, aufreibende Suche kommt eine Zusatzuntersuchung oder ein neuer Behandlungsvorschlag für bestimmte Patienten zu spät. Sie sind durch den Kampf ausgelagt. Es kann dann zu einem Problem kommen, wenn der Patient so demoralisiert ist, z.B. durch die Länge der Suche, dass er nicht mehr für die neue Behandlung motiviert werden

⁵² *Ursprungstext: “There must be a thorough evaluation through multiple consultations regarding the specific determinants and conditions of ‘unbearable and untreatable psychological suffering’ in each case. LT ascertained the psychiatric diagnoses, mental state and history of each patient after consultation with the treating practitioner(s), and made a thorough review of the case file and full psychiatric evaluation of the patient.*

All therapeutic options that could alleviate suffering, including palliative care, must be discussed with the patients and their practitioners. For these discussions, LT used the following NVvP [Dutch Psychiatric Association] guidelines about these therapeutic options: (a) the therapy must offer a real prospect of improvement, (b) it must be possible to administer adequate treatment within a reasonable period of time and (c) there must be a reasonable balance between the expected results and the treatment burden for the patient.

All procedural aspects should be explained to, and discussed with, the patient. Only when the patient repeatedly expresses the wish to die, and the patient's physician or psychiatrist indicates that the patient's reasons for this wish are sufficiently tangible and reasonable, will the formal request for euthanasia be filed and the planning begin. [...]”

⁵³ Es wird auch noch ein vierter Aspekt angegeben, der das Kontaktieren von Familienangehörigen betrifft, wenn der Patient darum bittet; dieser Aspekt ist aber hier nicht relevant.

⁵⁴ *Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden: twaalf jaar in gesprek met patiënten die vragen om euthanasie omwille van ondraaglijk en perspectiefloos psychisch lijden; getuigenissen en reflecties*, Lieve Thienpont, Witsand Uitgevers, 2015, 263 S.

kann, obschon sie nach den Regeln der Kunst schon Aussicht auf Genesung oder Verbesserung bringen könnte.“ (S. 53)

Und:

„An einem bestimmten Punkt müssen wir zugeben, dass wir nicht imstande sind, jemandem zu helfen, eine bessere Lebensqualität aufzubauen, weil wir nicht mehr zu bieten haben oder weil der Patient auf keinen Behandlungsvorschlag mehr eingehen möchte.“ (S. 54)

Einige dieser selben Mitglieder meinen, dass auch eine Passage aus dem sechsten Bericht 2012-2013 des Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremiums (FSKB) anzudeuten scheint, dass der Patient in der Praxis letztendlich beurteilen darf ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht:

„Einige Fällen, in denen eine Behandlung abgelehnt wurde, wurden im Ausschuss diskutiert. Ein Konsens wurde erreicht: Der Patient behält die Möglichkeit, um Sterbehilfe zu bitten, vorausgesetzt, bei der abgelehnten Behandlung handelte es sich um eine nicht-kurative Behandlung oder um eine Behandlung mit schweren Nebenwirkungen.“ (S. 15)

„Was die Frage angeht, ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, muss man das Recht des Patienten berücksichtigen, eine Schmerzbehandlung oder sogar Palliativpflege abzulehnen, z.B. **wenn diese Behandlung Nebenwirkungen oder Verabreichungsweisen beinhalten sollte, die er als unerträglich betrachtet.**“ (S. 55, Fettdruck hinzugefügt)

Diese Mitglieder finden, dass dieser letzte, fettgedruckte Satz so oder so ausgelegt werden kann und deshalb viel zu unpräzise ist. Sollte sich der Satz beschränken auf die Feststellung „wenn diese Behandlung Nebenwirkungen oder Verabreichungsweisen beinhalten sollte, die er als unerträglich betrachtet“, dann wäre es klar, dass die Behandlung bereits an besagtem Patienten ausprobiert worden sein muss: Nebenwirkungen treten erst bei der Anwendung einer Behandlung auf. Obiger Satz kann nach Auffassung dieser Mitglieder Anlass zur Annahme geben, dass zum Beispiel ein Patient mit einer ernsthaften Depression, der noch keine Elektroschocktherapie erhalten hat und diese Therapie ablehnt, trotzdem für Sterbehilfe in Frage kommt. Er kann ihres Erachtens sogar bedeuten, dass ein Patient nach einem ersten Antidepressivum finden kann, dass sein Leiden nicht gelindert werden kann, kein zweites Antidepressivum probieren will und trotzdem einen Arzt finden kann, der sich zur Sterbehilfe bereit erklärt. Durch den Zusatz „oder Verabreichungsweisen“ suggeriert besagter Satz für diese Mitglieder, dass der Patient trotzdem für Sterbehilfe in Frage kommen kann. Diese Mitglieder bevorzugen die oben zitierte striktere Formulierung in der niederländischen Richtlinie der Niederländischen Psychiatrievereinigung.

Diese Mitglieder finden, dass Ärzte ihre klinische und ethische Verantwortung übernehmen müssen, statt diese dem Patienten zu überlassen. Mit dieser Vorgehensweise können sie eventuell bei ihnen auftauchende ethische Zweifel mit der Überlegung abtun „das ist, was der Patient will; wer bin ich, um mich dem zu widersetzen?“ Nach Auffassung dieser Mitglieder ist es simplistisch und unangebracht, dass Ärzte auf diese Weise ihre klinische und ethische Verantwortung im Namen einer einseitigen Interpretation des Selbstbestimmungsrechts delegieren. Die negativen Reaktionen von und Diskussionen mit Familienangehörigen, die nach einem Sterbehilfverfahren auftreten können, entstehen nach Meinung dieser Mitglieder dadurch, dass die endgültige Entscheidung über die medizinische Ausweglosigkeit dem Patienten überlassen wird. Über diese Diskussionen berichtet regelmäßig die nationale und sogar die internationale Presse⁵⁵.

D.6.1.2. Der Arzt ist verantwortlich für die Diagnose, ob die Erkrankung heilbar ist oder nicht; der Patient befindet letztendlich, ob das Leiden unerträglich ist, und ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, wird auf der Grundlage eines tiefgründigen und ständigen Dialogs zwischen dem Patienten und seinem Arzt ermittelt.

Andere Mitglieder erinnern daran, dass ein therapeutischer Vorschlag und/oder eine medizinische Lösung zur Linderung des Leidens dem Arzt nicht die Befugnis geben zu entscheiden, ob das Leiden unerträglich ist oder nicht. In letzter Instanz entscheidet immer der Patient, jedoch immer im Rahmen eines ständigen und offenen Dialogs mit seinem Arzt. Insofern das Leiden eng mit der vorliegenden Erkrankung und der dafür empfohlenen Behandlung zusammenhängt, meinen diese Mitglieder, dass weder der Arzt noch der Patient das Problem des Leidens vollständig losgelöst von der therapeutischen Entscheidung analysieren kann. Umgekehrt wird beim Treffen von Entscheidungen über Handlungen auf der Grundlage von wissenschaftlichen Beweisen immer irgendwie auch das Leiden berücksichtigt, das sie verursachen. Der Arzt trifft Entscheidungen nach Absprache mit anderen oder nach sorgfältiger persönlicher Abwägung und sucht immer nach einem Gleichgewicht zwischen den erhofften Vorteilen der Behandlungen und dem Leiden, das sie verursachen. Gerade zu diesem letzten Aspekt hat der Patient etwas zu sagen. Der Patient greift in vielen Fällen in die therapeutischen Entscheidungen ein, die ihn betreffen, weil er jetzt oder später Schmerzen vermeiden will, z.B. weil er solche schon früher erlebt hat. Aus demselben Grund kann er eine Behandlung, manchmal die x-te Behandlung in Folge, ablehnen. Diese Art Ablehnung kann der Arzt mühelos nachvollziehen, ohne von vornherein davon auszugehen, dass

⁵⁵ Siehe z.B. den Artikel in *The New Yorker* zie.: Aviv, Rachel 2015. "The Death Treatment. Why should people with a non-terminal illness be helped to die?" in *The New Yorker*, June 22, 2015 (<http://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>).

Andere Mitglieder möchten darauf hinweisen, dass mit Zitaten über Kritik in der ausländischen Presse sehr vorsichtig umzugehen ist. Zu Beginn dieses Gutachtens wurde übrigens vor der Gefahr der Mediatisierung gewisser Fälle gewarnt, die nicht ausreichend dokumentiert sind.

es sich um eine Art irrationalen Reflex des Patienten handelt. Diese Mitglieder sind sich also schon darin einig, dass der Arzt die Unheilbarkeit einer Krankheit beurteilen muss. Wenn ein Patient um Sterbehilfe bittet, finden sie es andererseits äußerst wichtig, dass ein Dialog mit dieser Person angestrebt wird. Bei diesem Dialog muss dem Leiden des Patienten mit größtmöglichem Einfühlungsvermögen Rechnung getragen werden.

Nach Auffassung dieser Mitglieder lassen obige Aussagen keineswegs den Schluss zu, dass die Beurteilung, ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, dem Patienten überlassen wird. Es liegt auf der Hand, dass nur der Arzt über die notwendigen Kenntnisse verfügt, um das Leiden medizinisch zu lindern. Diese Mitglieder betonen jedoch die Bedeutung des Dialogs zwischen dem Arzt und dem Patienten. Leiden ist per Definition subjektiv, und der unerträgliche Charakter des Leidens hängt eng mit seinem anhaltenden Charakter zusammen, was den Patienten dazu bringt, dieses Leiden als ausweglos und nicht zu lindern zu betrachten⁵⁶. Die Wahrnehmung des Patienten, ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, entsteht durch den Dialog, den er mit seinem Arzt führt und in dessen Verlauf dieser die möglichen Lösungen mit dem Patienten bespricht.

Diese Mitglieder pochen darauf, dass die Ablehnung einer x-ten Behandlung – bei der nichts darauf hinweist, dass sie nicht vollkommen objektiv ist – nach Meinung der Niederländischen Psychiatrievereinigung dem Recht des Patienten, um Sterbehilfe zu bitten, keinen Abbruch tut. Der Patient, von dem die Rede ist, ist derjenige, der sich als „psychopharmakologisch resistent“ erwiesen hat und der bereits mehrere Male psychotherapeutisch behandelt worden ist. Relevant ist hier also nicht die „Objektivität der Behandlung“, sondern das angehäuften Ausmaß an Leiden, das ein Arzt als Mensch begreifen kann und das er höher einstuft als das Arsenal an therapeutischen Behandlungen – ein Arsenal, das manche eigentlich für unbegrenzt halten, insbesondere im psychiatrischen Bereich. Nach Ansicht dieser Mitglieder muss eine solche Haltung des Arztes nicht undifferenziert als Abschiebung seiner Verantwortung betrachtet werden: Im Gegenteil, sie kann als Ausdruck seiner Demut im Dienste der Menschenwürde seines Patienten gewertet werden. Für sie ist die besondere Zuhörbereitschaft, die der Arzt zeigt, integraler Bestandteil des Dialogs mit dem Patienten: Sie ist sogar der wichtigste Grund für diesen Dialog.

⁵⁶ Es ist manchmal schwierig, das Leiden des Menschen aus medizinischer Sicht und auf der Grundlage rein medizinischer Kriterien einzustufen. Die Ärzte, die auf bestimmte Bitten reagieren müssen, sind nicht mehr oder nicht weniger qualifiziert als andere Personen, um die „existenzielle Lebensqualität von Patienten zu beurteilen. Sie könnten sich demütig fragen: „Wer bin ich, um zu bestimmen, welches Leben lebenswert ist, und um die Zulässigkeit einer solchen Bitte zu beurteilen?“ Diese Frage ist schon nicht einfach zu beantworten, wenn es um physische oder psychische Leiden geht, oder um eine Kombination aus beiden, wo diese doch zum Fachgebiet und zum Fachwissen des Arztes gehören. Wie viel schwieriger wird es dann, wenn das Leiden existenziell ist und naturgemäß nicht messbar ist?“

D.6.2. Die Debatte über die Lebensmüdigkeit

Das Problem der Lebensmüdigkeit (d.h. Fälle von Personen, die einen Sterbewunsch hegen, der nicht auf ihren medizinischen Zustand, sondern auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass sie das Gefühl haben, ihr Leben sei abgelaufen, und des Lebens müde sind) ist im Rahmen dieses Gutachtens natürlich äußerst relevant, weil Lebensmüdigkeit zweifellos mit psychischem Leiden einhergehen kann und dieses Leiden anhaltend und unerträglich sein kann. Die Frage stellt sich also, ob Lebensmüdigkeit ein Beispiel für psychisches Leiden in dem Sinne sein kann, in dem der Begriff im belgischen Sterbehilfegesetz verwendet wird.

D.6.2.1. Die Debatte in den Niederlanden: der Fall Brongersma (2002) und der Bericht „Abgeschlossenes Leben“ (2016)

Der Grund, weswegen die niederländische Debatte über Sterbehilfe und Lebensmüdigkeit in diesem Gutachten zur Sprache kommt, ist, dass diese Problematik bereits seit mehreren Jahren in den Niederlanden thematisiert wird und regelmäßig in der Gesellschaft diskutiert wird.

Den ersten Hinweis auf den Begriff Lebensmüdigkeit finden wir in dem Fall Brongersma⁵⁷, benannt nach dem ehemaligen Politiker, der 1998 durch Beihilfe zur Selbsttötung verstorben ist. Sein behandelnder Arzt Sutorius gab Lebensmüdigkeit als Rechtfertigung seiner Beihilfe zur Selbsttötung an.

Diese Angelegenheit wurde am 24. Dezember 2002 vom Kassationshof abgeschlossen: Der Kassationshof verwarf die von Sutorius eingereichte Berufung mit der Begründung, dass er bei fehlender Indikation einer Krankheit nicht von höherer Gewalt sprechen konnte.

Im Rahmen dieses Gutachtens ist der wichtigste Aspekt dieses Entscheids des höchsten Gerichtshofes der Niederlande die Tatsache, dass der Gerichtshof urteilte, Sterbehilfe könne nur legal sein, wenn das Leiden der Person durch „medizinisch kategorisierte somatische oder psychische Krankheiten und Erkrankungen⁵⁸“ verursacht werde.

⁵⁷ Kassationshof, 24. Dezember 2002.

⁵⁸ Das Gerichtshof zitierte folgende entscheidende Passagen aus den Vorarbeiten zum niederländischen Sterbehilfegesetz: „Mit dem Begriff ‚Menschen, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten‘ sind meistens Menschen gemeint, die oft ein hohes Alter erreicht haben und die – übrigens ohne dass sie an einer aus medizinischer Sicht unheilbaren und mit starken Schmerzen verbundenen Krankheit leiden – feststellen, dass der Wert, den sie ihrem Leben beimessen, derart gesunken ist, dass sie lieber sterben möchten, statt weiterzuleben. ... Dieser Gesetzesvorschlag hat nicht die Absicht, diese Situation zu regeln. ... Wir gehen ausdrücklich nicht so weit zu denken, dass jeder, der die Lust am Leben verloren hat, die Möglichkeit haben muss, seinem Leben ein Ende zu bereiten (bereiten zu lassen).“ (Anmerkung zum Kammerbericht, Kamerstukken II 1999-2000, 26691, Nr. 6, s. 30). „Wichtig ist allerdings, dass unsere Gesellschaft Signale beachtet, hinter denen sich eine Bitte um Aufmerksamkeit oder Hilfe verstecken kann.“ (Justizminister *Korthals bei einer Sitzung der Ständigen Ausschüsse für Justiz und Volksgesundheit, Wohlbefinden und Sport am 30. Oktober 2000, Kammerdokumente II 2000-2001, 26691, Nr. 22, S. 59-60*).

„Dieser Gesetzesvorschlag beschränkt sich übrigens auf die Krankheiten, bei denen sich ein Arzt anhand seiner medizinischen Kenntnisse ein Urteil über das Leiden bilden kann.“ (Minister für Justiz und Volksgesundheit, *Wohlbefinden und Sport Borst-Ellers, Annalen II 23. November 2000, TK 27-2254*).

Die Debatte wurde in den Niederlanden neu eröffnet. Das niederländische Parlament hat sich mit der Frage der Beihilfe zur Selbsttötung bei Personen befasst, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten. Am 4. Februar 2016 hat ein Ausschuss der Weisen unter dem Vorsitz von Professor Schnabel – nämlich die Beratende Kommission „Abgeschlossenes Leben“ – einen ausführlichen Bericht hierzu erstellt.⁵⁹ Dieses Gremium unterscheidet vier Situationen, in denen „das Leben abgeschlossen ist“ (S. 12):

1. Situationen, die bereits heute durch das WTL-Gesetz (Wet Toetsing Levensbeëindiging: Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigungen) abgedeckt sind, nämlich solche, bei denen es um Leiden mit überwiegend medizinischer Ursache geht; darauf bezieht sich das Gutachten nicht;
2. Situationen, die als „Grenzfälle“ betrachtet werden, weil weniger klar ist, ob das Leiden eine überwiegend medizinische Ursache hat;
3. Situationen, in denen das Leiden keine medizinische Ursache hat;
4. Situationen, in denen [überhaupt] keine Rede von Leiden ist.“

Auf die Frage, ob das WTL-Gesetz geändert werden müsse, um Situationen zu erfassen, wo „das Leben als abgeschlossen betrachtet wird“, antwortete die Beratende Kommission, das WTL-Gesetz brauche nicht novelliert zu werden:

„(...) Das WTL-Gesetz funktioniert gut, und von sorgfältiger Praxis wird berichtet. Es hat sich auch gezeigt, dass das WTL durch die allgemeine Formulierung der Sorgfältigkeitsanforderungen bereits breit aufgestellt ist. Nach heutiger Auffassung – wie sie von den Regionalen Sterbehilfekontrollausschüssen und von der KNMG vertreten wird - kann eine Anhäufung von Altersbeschwerden Ursache eines ausweglosen und unerträglichen Leidens im Sinne des WTL-Gesetzes sein. Das Leiden muss jedoch eine überwiegend medizinische Ursache haben. Das Gesetz setzt keine ernsthafte (lebensbedrohende) Krankheit voraus.“ (S. 215)

Die Beratende Kommission „Abgeschlossenes Leben“ kommt zu dem Schluss, dass „das WTL-Gesetz in der heutigen Form ausreichend breitgefächert ist für die Mehrheit der Menschen, die ihr eigenes Leben als „abgeschlossen“ betrachten und die zur zweiten Kategorie gerechnet werden können. Das Gesetz deckt jedoch nicht die in Kategorie drei und vier beschriebenen Situationen ab (S. 230-231).

Die Schlussfolgerung dieser Beratenden Kommission hat jedoch eine neue Polemik ausgelöst und im Oktober 2016 zu einer Reaktion des Kabinetts⁶⁰ der Ministerin für Volksgesundheit,

⁵⁹ Adviescommissie voltooid leven. „Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.“ Den Haag, Januar 2016, 233 S., verfügbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>.

⁶⁰ Siehe <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

Wohlbefinden und Sport, Frau Schippers, und von Herrn Van der Steur, Minister für Sicherheit und Justiz, geführt. Sie sprechen in ihrem Schreiben von dem Vorhaben, einen gesonderten gesetzlichen Rahmen für Beihilfe zur Selbsttötung zu schaffen, d.h. losgelöst vom bestehenden WTL-Gesetz (Gesetz über die Lebensbeendigung auf Verlangen, für Menschen, die ihr Leben als abgeschlossen betrachten und sich in einer Situation wie der unter Punkt 3 oder 4 des Berichts der Beratenden Kommission „Abgeschlossenes Leben“ befinden.⁶¹ Die Minister unterstreichen einerseits, dass Autonomie „natürlich kein absoluter Wert“ ist, finden andererseits aber, dass „wenn Menschen keine Lebensperspektive mehr haben und infolgedessen einen anhalten, aktiven Sterbewunsch entwickelt haben [...] die Logik der Schutzwürdigkeit des Lebens in Bedrängnis gerät, weil das Leben in den Augen dieser Personen keinen Wert mehr hat.“ (Kabinettschreiben S. 6)

Aber auch der Regierungsvorschlag ist in den Niederlanden umstritten. So berichtete⁶² die Niederländische Ärztevereinigung KNMG am 29. März 2017 Folgendes: Für die Berufsgruppe der Mediziner ist es nachvollziehbar, dass sich Menschen Geborgenheit und Seelenfrieden wünschen, wenn es um ihr eigenes Lebensende geht, und zwar, ehe es so weit ist. Aber ein gesondertes Gesetz zum Thema „Abgeschlossenes Leben“ – zusätzlich zum bestehenden Sterbehilfegesetz – birgt zu viele Risiken und Nachteile und ist daher nicht wünschenswert.“ Für die KNMG ist es eine gesellschaftliche Herausforderung, wie wir respektvoll und angemessen mit der Situation umgehen, in der ein älterer Mensch ein Gefühl der Sinnlosigkeit empfindet und darunter leidet, weiterleben zu sollen“. Die Ärztevereinigung befürchtet, dass „die Verabschiedung eines solchen Gesetzes unerwünschte gesellschaftliche Folgen haben kann, z.B. Gefühle von Unsicherheit bei Senioren und Stigmatisierung des Alters. Statt einen neuen Zugang zur Beihilfe zur Selbsttötung zu schaffen“, findet es die KNMG besser, in „mehr Forschung zur Unterstützung anderer Lösungsrichtungen als der jetzt von der Regierung eingeschlagenen Richtung zu investieren“. Die KNMG ist auch der Meinung, dass ein weiteres Gesetz – zusätzlich zum Sterbehilfegesetz (WTL) - die aktuelle vorsichtige Sterbehilfepraxis aushöhlen würde.

D.6.2.2. Wie viel Auslegungsspielraum wird den Pflegedienstleistern bei der Auslegung des Sterbehilfegesetzes eingeräumt?

Der Bericht der Nederlandse Adviescommissie „Voltooid leven“ (Schnabel)(Beratende Kommission „Abgeschlossenes Leben“) befasst sich mit dem Interpretationsspielraum, den das niederländische Gesetz den Pflegedienstleistern einräumt. Die Beratende Kommission stützt sich auf die

⁶¹ Ende 2016 veröffentlichte auch die niederländische politische Partei D66 einen Gesetzesvorschlag; der Beihilfe zur Selbsttötung ab dem 75. Lebensjahr ermöglichen sollte, siehe <https://d66.nl/wet-voltooid-leven-pia-dijkstra/>.

⁶² KNMG, Nieuws, 29 mars 2017, siehe <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-voltooid-leven-wens-invoelbaar-maar-regeling-onwenselijk.htm>

Entstehungsgeschichte des Gesetzes, die Rechtsprechung des Kassationshofes (unter anderem auf den Fall Brongersma), die Auslegung der im WTL-Gesetz festgelegten Sorgfaltskriterien durch die Regionalen Sterbehilfeprüfungsausschüsse (siehe auch den Praxiskodex dieser Ausschüsse, 2015) und die Auffassung der KNMG (der Königlichen niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Medizin).

Was die Regionalen Sterbehilfeprüfungsausschüsse und die KNMG betrifft, schreibt der Bericht:

„Die Regionalen Sterbehilfeprüfungsausschüsse haben – unter Hinweis auf den Brongersma-Entscheid und die Entstehungsgeschichte des WTL-Gesetzes – in ihren Stellungnahmen und Jahresberichten deutlich gemacht, dass sie von Fall zu Fall die Frage beantworten müssen, ob besagter Arzt vernünftigerweise zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das ausweglose und unerträgliche Leiden in überwiegendem Maße auf eine oder mehrere medizinisch einstuftbare Krankheiten oder Erkrankungen zurückzuführen war, d.h. (nach Meinung der Regionalen Sterbehilfeprüfungsausschüsse) medizinisch begründet war. Da nicht verlangt wird, dass eine ernsthafte (lebensbedrohende) Krankheit vorliegt, kann nach Auffassung der Regionalen Sterbehilfeprüfungsausschüsse eine Anhäufung von Altersbeschwerden Ursache eines unerträglichen und ausweglosen Leidens sein. Wichtig ist jedoch dabei, dass das unerträgliche und ausweglose Leiden in überwiegendem Maße medizinisch begründet ist. Auch die KNMG hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass es infolge einer Anhäufung von Altersbeschwerden, inklusive Funktionsverlust, die zu einem zunehmenden gesundheitlichen Verfall führen, zu einem unerträglichen und ausweglosen Leiden im Sinne des WTL-Gesetzes kommen kann. Für die KNMG muss allerdings immer ein medizinischer Grund vorliegen – eine Bedingung, die als Krankheit oder Kombination von Krankheiten/Beschwerden betrachtet werden kann.“ (S. 182-183)

Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Berichts der Beratenden Kommission verdeutlichen die Tragweite des WTL-Gesetzes und seine Flexibilität:

„Kritiker behaupten, die Tragweite des WTL-Gesetzes werde ständig erweitert“. Die Sorgfaltsanforderungen des WTL-Gesetzes sind aber allgemein formuliert. (...) Dies hat der Gesetzgeber so gewollt und auch begründet, wobei der Wunsch, Raum für besondere Umstände und für künftige Entwicklungen und Erkenntnisse im Vordergrund stand. Auf der Grundlage der Praxis und der Weiterentwicklung der Kenntnisse und Auffassungen in der Rechtslehre, beim Arztberuf und in der Gesellschaft können die allgemein formulierten Sorgfaltsanforderungen dann auch nuanciert und im Detail ergänzt werden, wobei auch Spielraum für eine einschränkende Auslegung der Sorgfaltsanforderungen vorhanden ist (...). Die Beratende Kommission hält es für ihre Aufgabe, darauf hinzuweisen, dass der Spielraum für veränderte (verändernde) Auffassungen und künftige Entwicklungen bei der Auslegung des Wortlauts des WTL-Gesetzes nicht unbegrenzt ist.“ (S. 211)

Gewisse ähnliche Elemente finden wir wieder im belgischen Recht. Eines der Merkmale des **belgischen Medizinrechts** ist, dass es lediglich einen allgemeinen Rahmen für die Rechte und Pflichten absteckt, ohne jedoch zwingende oder einschränkende Definitionen zu geben. Es verwendet Begriffe wie maximale Autonomie und Lebensqualität (Gesetz über die Palliativpflege) oder Würde (Gesetz über die Rechte des Patienten, Art. 5. „- Der Patient hat ein Recht darauf, dass die Berufsfachkraft unter Wahrung seiner Menschenwürde und Selbstbestimmung und ohne dass irgendwelche Unterschiede gemacht werden, ihm gegenüber Qualitätsleistungen erbringt, die seinen Bedürfnissen entsprechen“).

Artikel 12 § 2 des Gesetzes über die Rechte des Patienten besagt, dass der Minderjährige diese Rechte ausüben kann, wenn von ihm angenommen werden kann, dass er zur vernünftigen Einschätzung seiner Interessen in der Lage ist“.

Der belgische Gesetzgeber hat es vorgezogen, das Sterbehilfegesetz einzugrenzen; er hat dazu zahlreiche Adjektive und Adverbien verwendet (Beispiele: die Bitte muss freiwillig, überlegt und wiederholt geäußert werden, frei von jeglichem Druck von außen sein; die ernsthafte und unheilbare Krankheit muss durch Unfall oder Krankheit verursacht werden; die Situation muss medizinisch aussichtslos sein; das physische oder psychische Leiden muss anhaltend und unerträglich sein) und ein Verfahren beschreiben, was nicht bedeutet, dass der gesetzliche Rahmen hermetisch abgeschlossen, ist.

Nach Meinung einiger Mitglieder gibt die Vorliebe des belgischen Gesetzgebers für allgemeine Begriffe (ein Beispiel hierfür sind die Begriffe „Krankheit“ und „Leiden“) den Akteuren vor Ort, dem Pflegepersonal und den Patienten die Möglichkeit, das Gesetz selber auszulegen und auf diese Weise Verantwortung zu übernehmen. Im Übrigen entwickelt sich die Gesellschaft weiter. Für diese Mitglieder sind die Begriffe, die 2017 in der Diskussion verwendet wurden, absolut nicht dieselben wie die von 2002, dem Jahr der Verabschiedung des Sterbehilfegesetzes.

Nach Auffassung anderer Mitglieder geht jedoch aus den Vorarbeiten zum Sterbehilfegesetz hervor, dass der Gesetzgeber nicht die Absicht hatte, vage Begriffe zu benutzen, sondern im Gegenteil eine Formulierung des Gesetzes gewählt hat, mit der er deutlich zeigen wollte, wer für Sterbehilfe in Frage kommt und wer nicht. Für diese Mitglieder gibt es außerdem keinen Beweis für die Richtigkeit der Behauptung, die Bedeutung der in der Diskussion verwendeten Begriffe hätte sich seit 2002 geändert. Nach Ansicht dieser Mitglieder geht die Absicht des Gesetzgebers, den Anwendungsbereich des Sterbehilfegesetzes deutlich einzugrenzen, aus folgenden Angaben zu den Vorarbeiten dieses Gesetzes hervor:

- In der Plenarsitzung des Senats vom 24 Oktober 2001 wies Senator Paul Galand (Ecolo) die Kritik zurück, der Anwendungsbereich des vorgeschlagenen Gesetzes sei zu groß:

„Es muss sich um eine psychische Krankheit handeln, nicht um psychologische Not. Ich gehöre nicht zu den Autoren des Gesetzesvorschlags, und ich habe Vorbehalte gegenüber einigen Punkten. Trotzdem denke ich, dass man dem Text nichts andichten darf, was nicht drinsteht. Ich stelle fest, dass einige das nicht begreifen, aber man muss die Wörter richtig lesen. Es muss um eine Krankheit gehen. Psychologische Not ist an sich keine Krankheit. Man darf sich nicht durch den Ausdruck „psychisches Leiden“ irreführen lassen. Sterbehilfe ist eine medizinische Handlung bei einer unheilbaren Krankheit. Der Arzt, der diesen krankheitsbezogenen Rahmen und somit die medizinische Diagnose ignoriert, könnte wegen eines Verbrechens belangt werden und macht sich gesetzlich strafbar. Nach heutigem Stand der Wissenschaft muss aus der medizinischen Diagnose hervorgehen, dass es keine Möglichkeit einer Heilbehandlung und noch weniger Aussicht auf Linderung gibt.“ (Übersetzung)⁶³

- In der Kammerdebatte vom 1. März 2002 über den Bericht des Gesundheitsausschusses zum Gesetzesvorschlag gab es unter anderem folgende Wortmeldung:

„Der Gesundheitsausschuss der Kammer ist einhellig der Meinung, dass ein rein psychiatrisches Leiden niemals zu Sterbehilfe führen darf. Die subjektive Dimension des psychischen Leidens ist zu groß und kann daher zu Missbrauch führen. Es ist für den Arzt so gut wie unmöglich, die Last des psychischen Leidens einzuschätzen; außerdem ist der Wille bei psychisch Kranken oft nicht eindeutig und abhängig vom Augenblick. Schließlich fehlt auch in diesem Fall jeder medizinische Kontext. Depressive und psychiatrische Patienten, Demente und Alzheimerpatienten können nicht zum Anwendungsbereich gerechnet werden.“⁶⁴

- In der Plenarsitzung der Kammer vom 15. Mai 2002 stellte der Abgeordnete Georges Lenssens (Open VLD) fest:

„Einige unserer Mitglieder haben jedoch Probleme mit den nicht sterbenskranken Patienten. Es wäre auch für uns einfacher gewesen, den Gesetzentwurf aufzuteilen und zwei Regelungen vorzusehen: eine für sterbenskranke Patienten und eine für nicht sterbenskranke Patienten. Unsere Befürchtung galt vor allem den Psychatriepatienten und den Dementen. Die Beratungen im Justiz- und im Gesundheitsausschuss haben deutlich gezeigt, dass niemals die Absicht bestanden hat, dieses Gesetz auf diese⁶⁵ Patienten anzuwenden.“

Solche Informationen aus den Vorarbeiten zum Sterbehilfegesetz sind nach Auffassung dieser Mitglieder äußerst relevant, nicht weil sie meinen, Sterbehilfesuche von Psychatriepatienten

⁶³ Parlamentsannalen Senat 2001-2002, Nr. 2-152, 40-41.

⁶⁴ Gesetzentwurf über Sterbehilfe, Parlamentsdokumente Kammer 2001-02, Nr. 50, 1488/005, S. 9.

⁶⁵ Kammerannalen 2001-02, Criv. 50, Plen. 229, 93.

müssten von vornherein abgelehnt werden, sondern weil diese Informationen (wie auch vergleichbare Passagen aus den umfangreichen Vorarbeiten) zeigten, dass dieses Gesetz zum Zeitpunkt seiner Verabschiedung solide und ausdrückliche Garantien hinsichtlich der Definition und Eingrenzung der Situationen enthielt, für die Sterbehilfe eine Option wäre.

Diese Mitglieder betonen, dass das belgische Gesetz weitaus weniger Spielraum für Interpretationen lässt als das niederländische Gesetz, wie die großen Unterschiede zwischen der Formulierung von Art. 3(1) des belgischen Gesetzes und dem Wortlaut des entsprechenden Art. 2 des niederländischen Gesetzes zeigen, der lediglich verlangt, dass das Leiden unerträglich und medizinisch ausweglos ist, während das belgische Gesetz deutlich mehr (und spezifischere) Anforderungen stellt.

Diese Mitglieder zeigen sich daher besorgt über folgende Paragraphen aus dem sechsten Bericht 2012-2013 des Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremiums (FSKB):

„Bei einer Reihe seltener Fälle von Patienten in sehr fortgeschrittenem Alter, die an verschiedenen Krankheiten litte, waren einige Ausschussmitglieder der Ansicht, dass das Leiden und das Sterbehilfegesuch eher mit den natürlichen Folgen des Alters dieser Patienten zusammenhängen als mit ihren Krankheiten.“ (S. 15)

„Bei Patienten im fortgeschrittenen Alter gab der Unterschied, der zwischen dem durch diese Krankheiten verursachten Leiden und dem für dieses Alter „normalen“ Leiden gemacht werden muss, manchmal Anlass zu Meinungsverschiedenheiten zwischen der Mehrheit des Ausschusses und einiger seiner Mitglieder.“ (S. 27)

Die obengenannten Zitate lassen bei diesen Mitgliedern des Beratenden Bioethik-Ausschusses die Befürchtung entstehen, dass Altwerden als ernsthafte Krankheit und somit als Grund für eine legitime Bitte um Sterbehilfe betrachtet wird. Das entspricht eindeutig nicht der Absicht des Gesetzgebers zum Zeitpunkt der Entkriminalisierung der Sterbehilfe. Diese Mitglieder finden das äußerst problematisch.

Andere Mitglieder des Beratenden Bioethik-Ausschusses haben eine ganz andere Auslegung der Berichte des FSKB. Im Bericht des FSKB wurde übrigens in Bezug auf Polypathologie bei Senioren Folgendes betont: „Das bedeutet absolut nicht, dass das Gremium hohes Alter als eine Krankheit betrachtet. Hohes Alter und Lebensmüdigkeit rechtfertigen keine Sterbehilfe, wenn keine ernsthafte und unheilbare Krankheit vorliegt.“⁶⁶ Diese Mitglieder behaupten, das FSKB habe niemals die Absicht gehabt, Altwerden mit einer ernsthafte und unheilbaren Krankheit

⁶⁶ Siehe Internetseite des FSKB: <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie>, publications, Septième rapport (2016) aux Chambres législatives, années 2014-2015, S. 27

gleichzusetzen. Sie meinen, dass die erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen natürlich abhängig von der Person, die um Sterbehilfe bittet, und von ihrem Anpassungsvermögen geprüft werden müssen.

D.6.2.3. Vorschlag eines Ansatzes zur Eruiierung von Sterbehilfebitten bei Lebensmüdigkeit

Einige Mitglieder sind der Ansicht, dass ein 2016 in der Tijdschrift voor Geneeskunde veröffentlichter Artikel einen wichtigen Beitrag zur Debatte über Sterbehilfe und Lebensmüdigkeit geleistet hat. Darin thematisiert eine Reihe flämischer Experten (aus der Arbeitsgruppe „Palliativpflege und Geriatrie (PaGe)“ des Flämischen Palliativpflegeverbandes das Problem der Lebensmüdigkeit und stellt ein praktisches Instrument („flowchart“) zur Klärung dieser Fragen bei Patienten vor (Van Den Noortgate et al. 2016). Diese Experten stellen zuerst fest, dass sie als Geriater, Hausarzt oder CRA (koordinierender und beratender Arzt) – bestimmt in Flandern – regelmäßig und in zunehmendem Maße mit Fragen zur Sterbehilfe wegen Lebensmüdigkeit konfrontiert werden (S. 145). In ihren Überlegungen gehen diese Experten von einer deutlichen Definition aus: Lebensmüdigkeit wird beschrieben als „psychisches Leiden einer Person, die durch (eine Kombination aus) medizinischen und/oder nichtmedizinischen Faktoren keine oder nur noch eine unbefriedigende Lebensqualität erfährt und es infolgedessen vorzieht, zu sterben statt zu leben“⁶⁷. Damit laut Definition von Lebensmüdigkeit die Rede sein kann, muss ein Leiden vorliegen.

In ihrer Analyse des Problems unterstreichen diese Experten, dass Leiden sehr unterschiedliche Ursachen und Dimensionen haben kann und auch immer sehr persönlich ist, was auch mit dem Menschenbild und der Lebensauffassung der betreffenden Person zusammenhängt. Dies bedeutet auch, dass kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Quelle oder der Ursache des Leidens und dessen Empfindung bestehen muss. Ein zweiter Merkpunkt ist der Unterschied, der zwischen einem ausweglosen und einem unerträglichen Leiden gemacht werden muss. Ersteres ist Gegenstand einer professionellen Beurteilung der noch vorhandenen Behandlungs- und Pflegeperspektive und kann oft objektiviert werden. Ob ein Leiden unerträglich ist, hängt hingegen in erster Linie vom Patienten ab: Es ist immer subjektiv und rein persönlich. Diese Experten finden, dass die Beurteilung des Leidens und das Anbieten von Hilfe unter diesen Umständen Sache des Arztes und Mediziners ist, wobei es ihrer Meinung nach sehr sinnvoll und notwendig ist, auf die Hilfe und das Fachwissen anderer Gesundheitspflegeberufe zurückzugreifen (S. 146). Umso mehr als Lebensmüdigkeit selten ausschließlich das Problem eines Einzelnen ist, sondern auch oft ein gesellschaftliches Problem, für dessen Lösung eine gründliche gesellschaftliche und ethische Diskussion eher geeignet ist als Medikalisierung (S.

⁶⁷ Delbeke, E. „Hulp bij zelfdoding en levensmoeheid“. In: „Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde“. Mortsel: Uitgeverij Intersentia, 2012: 395-411.

153). Weil Lebensmüdigkeit nach obiger Definition auf (eine Kombination aus) medizinischen und/oder nichtmedizinischen Faktoren zurückzuführen ist, ist es wichtig, diese vollständig zu erfassen, Wechselwirkungen zu erkennen und - wenn möglich - Abhilfe zu schaffen. „Lebensmüdigkeit breitet sich aus, wenn die nichtmedizinischen Faktoren als Hauptursache des psychischen Leidens angegeben werden. Wenn die medizinischen Faktoren eine wichtige, die nichtmedizinischen Faktoren jedoch keine oder kaum eine Rolle spielen, dann ist die Person vielleicht der Krankheit, der Behandlung und/oder des Kampfes überdrüssig, aber nicht zwangsläufig lebensmüde. Es ist wichtig herauszufinden, wie groß der Anteil beider Faktoren (der medizinischen und der nichtmedizinischen) an der Ursache der Lebensmüdigkeit ist und ihren Anteil möglichst genau abzuschätzen. Denn es kann sein, dass eine Person mit einer ernsthaften somatischen Krankheit ihre Lebensmüdigkeit ausdrückt, nicht weil diese auf die zugrunde liegende Krankheit oder Behandlung zurückzuführen ist, sondern auf einen nichtmedizinischen Faktor, z.B. auf ein Gefühl der Nutzlosigkeit oder ein akutes finanzielles Problem. Durch eine unzureichende Klärung dieses Aspekts kann die Chance verpasst werden, das Leiden einer Person zu lindern.“ (S. 147) Die physischen Faktoren können sehr unterschiedlicher Art sein, aber neben Grunderkrankungen kann auch „Frailty (extreme Anfälligkeit und verringerte Reserven, die zu steigender Abhängigkeit und zum Tod führen) große Auswirkungen auf die Lebensqualität älterer Menschen haben. Zu den psychischen Faktoren, die erfasst werden müssen - weil vor allem sie zur Unerträglichkeit des Leidens beitragen - gehören die psychiatrischen Krankheiten (z.B. kleinere Depressionen), aber auch die verschiedenen Anpassungsstrategien („Coping“-Strategien) der Patienten und ihres Umfeldes, und Faktoren wie der Grad an Einsamkeit, das Erleben von Würde und Verantwortung, etwaige traumatische Lebenserfahrungen, das Ausmaß des subjektiven Wohlbefindens und die geistigen/existenziellen Kraftquellen. Die Erfahrung lehrt uns, dass auch soziale und wirtschaftliche Faktoren (Armut, Bildungsgrad usw.) wichtige Risikofaktoren für Lebensmüdigkeit sind.

Weil Lebensmüdigkeit in den letzten Jahren nicht nur eine theoretische, sondern vor allem eine praktische Herausforderung geworden ist, schlagen die Autoren in ihrem Beitrag einen stufenweisen Ansatz⁶⁸ vor. Die systematische Erforschung der Lebensmüdigkeit („das Leiden beurteilen“) bildet den ersten Schritt: Wichtig ist hier, ausreichend auf die nichtmedizinischen Faktoren zu achten. Oft ist das durch nichtmedizinische Faktoren bedingte psychische Leiden übrigens genauso groß oder größer als das durch Krankheit oder Unfall verursachte psychische Leiden: Dann drängt sich die Inanspruchnahme anderer Hilfeleister auf, z.B. die eines Psychiaters-Geriaters, Psychologen, Sozialarbeiters oder Pfarrers/seelischen Beraters. Der zweite Schritt besteht darin, die Behandlungsoptionen zu beurteilen. Eine Behandlung kann möglich und erwünscht sein. Die Fachliteratur lehrt uns jedoch, dass viele Patienten einer therapeutischen

⁶⁸ Referenz flowchart : www.palliatief.be/publicaties_levensmoeheid

Behandlung ihres Problems abgeneigt sind, sodass eine Behandlung schon möglich ist, aber abgelehnt wird. Wenn keine dauerhafte Bitte um Lebensbeendigung vorliegt, ist rechtzeitig ein Pflegeplan in Betracht zu ziehen. Liegt eine solche Bitte wohl vor, kann zu Schritt 3 übergegangen werden: der Beurteilung der Sorgfaltskriterien für Sterbehilfe, die auch angesagt ist, wenn eine vollständige Behandlung nicht möglich ist. Kann nach einer professionellen, erfahrungsbasierten Beurteilung von einem unerträglichen und nicht zu lindernden Leiden oder von einem medizinischen Grund keine Rede sein (wobei das Leiden auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit verursachte Erkrankung zurückzuführen sein muss), die außerdem ausweglos ist, dann ist die Bitte nicht durch das Sterbehilfegesetz gedeckt. Aber auch dann hat der Arzt und/oder sein Team immer eine Sorgfaltspflicht: Der Arzt muss das allgemeine Wohlbefinden des Patienten weiter im Auge behalten und ihm, zusammen mit anderen Gesundheitsberuflern, helfen, die Ohnmacht zu ertragen, dass nichts Konkretes getan werden kann.

In bestimmten Situationen ist es unmöglich, einen Konsens darüber zu erzielen, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden und die medizinischen Faktoren die tiefere Ursache des Leidens und der Sterbehilfebite sind. In dieser Grauzone können nach Meinung der Autoren Beratungen mit Kollegen, Teamberatung und ethische Beratung eine Hilfe sein.

Andere Mitglieder glauben, dass eine solche Konzertierung lediglich eine fakultative Option darstellt, ein Hilfsmittel, das der Arzt benutzen kann, wenn er dies möchte, in Absprache mit dem Patienten.

Alle Ausschussmitglieder sind sich darin einig, dass im Sterbehilfegesetz eine medizinische Begründung gegeben sein muss, um Sterbehilfe leisten zu können – auch wenn das Leiden als unerträglich empfunden wird. Es stellt sich allerdings die Frage, was genau unter „medizinischer Begründung“ zu verstehen ist, und darüber besteht kein Konsens.

Alle Mitglieder meinen, dass einige Formen von Polypathologie – d.h. die Anwesenheit mehrerer Krankheiten – eine medizinische Begründung sein können, um auf ein Sterbehilfegesuch einzugehen, vorausgesetzt, die Unerträglichkeit, die medizinische Ausweglosigkeit und der nicht linderbare Charakter des Leidens des Patienten durch besagte Pathologie *verursacht werden*.

Einige Mitglieder befürchten, dass der Begriff Polypathologie von vielen auf eine Weise ausgelegt, die impliziert, dass jede Person über siebzig dieses Kriterium erfüllt⁶⁹.

⁶⁹ Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid; Beyen, Anne; De Lepeleire, Jan; Desmet, Marc; Devisch, Ignaas; Focquaert, Farah; Ghijsebrechts, Gert; Haekens, An; Huysmans, Gert; Lisaerde, Jo; Mullie, Senne; Provoost, Veerle; Ravelingien, An; Schotsmans, Paul; Vandenbergh, Joris; Van Den Noortgate, Nele; Vanden Berghe, Paul, Vanderhaegen, Bert, "Komt nagenoeg iedereen van boven de 70 jaar nu in aanmerking voor euthanasie?", *Knack*, 15. November 2016:

Abschließend sind sich alle Mitglieder darin einig, dass Sterbehilfe nicht ohne medizinische Begründung in Erwägung gezogen werden kann und dass Altwerden an sich keine Krankheit ist. Innerhalb dieses Konsenses besteht im Ausschuss eine Meinungsverschiedenheit darüber, wie ernst und unheilbar die mit dem fortgeschrittenen Alter verbundene Polypathologie sein muss.

D.6.3. Sterbehilfe und Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen

Wenn wir Sterbehilfe als Antwort auf Leiden ohne ernsthafte, durch Unfall oder Krankheit verursachte Erkrankung zulassen, könnte das unsere Auffassung von Medizin und unsere Sicht auf die Gesellschaft erheblich beeinflussen. Diese Tendenz ist heute bereits in gewissem Maße sichtbar. Ein Beweis dafür ist die Tatsache, dass viele Menschen glauben, sie hätten Anrecht auf die Gewährung von Sterbehilfe, aus dem einzigen Grund, dass sie ihr Leiden als anhaltend und unerträglich betrachten. Wie ehrlich die Auffassung der betroffenen Person auch sein mag, so lässt sie vollkommen die Tatsache außer Acht, dass das Sterbehilfegesetz lediglich das Recht beinhaltet, um Sterbehilfe zu bitten, und dass das Gesetz vorsieht, dass neben dem behandelnden Arzt immer ein zweiter (und bei nicht sterbenskranken Patienten auch ein dritter) Arzt den Patienten untersuchen muss und entscheiden muss, ob alle gesetzlichen Bedingungen (einschließlich aller Kriterien von Art. 3(1)) erfüllt sind. Ärzte dürfen nicht als einfache „Handlanger bei Sterbehilfegesuchen“ betrachtet werden.

Hervorzuheben ist, dass die Formulierung von Art. 3(1) deutlich zeigt, dass der Gesetzgeber keineswegs die Absicht hatte, Sterbehilfe für jeden zu ermöglichen, der dauernd und unerträglich leidet - ohne Grundkrankheit. Selbst bei unerträglichem Leiden kann es gute ethische Gründe geben, solche Bitten abzulehnen. Die Annahme solcher Bitten würde nämlich die Tür zu einer (extremen Form) von Medikalisierung in Bereichen aufstoßen, in denen dies absolut ungerechtfertigt ist.

Man könnte dagegenhalten, dass viele Menschen, die lebensmüde sind, effektiv mit medizinischen Problemen (z.B. mit klassischen Altersbeschwerden wie Arthrose, eingeschränktem Sehvermögen, Verdauungsproblemen) konfrontiert sind. Entscheidend ist aber dies: Wenn die Anwesenheit von medizinischen Symptomen dieser Art als Grund ausreichen würde, die Bedingungen von Art. 3(1) als erfüllt zu betrachten, käme diese der Feststellung gleich, dass jede ältere Person für Sterbehilfe in Betracht kommt. Jeder ältere Mensch wird irgendwann mehrere körperliche Beschwerden bekommen – bevor er 70 oder 80 Jahre ist. Dies würde jedoch einer vollständigen Aushöhlung der Absicht des Gesetzgebers gleichkommen. Das Gesetz verlangt,

<http://www.knack.be/nieuws/belgie/komt-nagenoeg-iedereen-van-boven-de-70-jaar-nu-in-aanmerking-voor-euthanasie/article-opinion-776597.html>

dass das unerträgliche Leiden die Folge einer Erkrankung ist, die ihrerseits durch Krankheit oder Unfall verursacht worden sein muss. Wenngleich das Leiden vieler Menschen zweifellos eine Kombination aus psychosozialen und medizinischen Problemen ist, müssen die medizinischen Probleme die Ursache des anhaltenden und unerträglichen Leidens sein. Psychosoziale Probleme sind keine medizinischen Probleme. Einsamkeit ist zum Beispiel kein medizinisches Problem: Wir müssen uns also in aller Ehrlichkeit fragen, wieso es Aufgabe des Arztes sein sollte, derartige Probleme zu lösen.

Würden wir Leiden, die durch psychosoziale Problemen verursacht werden, als medizinisches Problem betrachten, liefen wir außerdem Gefahr, die echte Tragödie zu übersehen und uns nicht die Frage zu stellen, warum diese Menschen solches Leiden erfahren. Oft ist solches Leiden das Ergebnis gesellschaftlicher Gleichgültigkeit, die zu Isolation und Entfremdung führt, welche ihrerseits zu berechtigten Gefühlen von Einsamkeit, Verlassenheit und Nutzlosigkeit führen. Diese weitverbreiteten gesellschaftlichen Probleme bedürfen dringend einer gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Antwort, nicht einer medizinischen Antwort und schon gar nicht einer medizinischen Antwort in Form von Sterbehilfe.

Die Anstrengungen, die in unserer Gesellschaft unternommen werden, um soziale Isolierung und Entfremdung zu verhindern, ausreichende Pflegemöglichkeiten für die Prävention und Behandlung psychiatrischer und anderer Leiden vorzusehen und dafür die notwendigen Mittel bereitzustellen, sind skandalös unzulänglich. Unser heutiges Versagen bei der Lösung dieser Probleme kann nicht als Argument herhalten, um Sterbehilfe für diese Menschen zu erleichtern. Die Gewährung von Sterbehilfe als Antwort auf Leiden, denen keine durch Krankheit oder Unfall verursachte ernsthafte Erkrankung zugrunde liegt, wäre das schlimmste Beispiel für die Medikalisierung von sozialen und wirtschaftlichen Problemen, das man sich vorstellen kann.

Dies bedeutet *keineswegs*, dass Menschen, die unerträglich und ständig leiden, deren Leiden aber nicht die Folge einer ernsthaften und unheilbaren, durch Unfall oder Krankheit verursachten Erkrankung ist, ihrem Schicksal überlassen werden sollten. Es bedeutet wohl, dass diese Menschen laut Gesetz keine Sterbehilfe erhalten können. Nicht weil ihr Leiden nicht anhaltend und unerträglich sein kann (das ist in vielen Fällen unstrittig). Nicht weil sie nicht als handels- und urteilsfähig (autonom) betrachtet werden können (das werden sie oft sein), sondern weil Urteilsfähigkeit nur eine der zahlreichen (gesetzlichen und ethischen) Bedingungen ist, um für Sterbehilfe in Betracht zu kommen.

Einige Mitglieder betonen, dass der Gesetzgeber eindeutig die Absicht hatte, Sterbehilfe als „letztmögliche“ Option vorzusehen, egal ob das Leiden physischer oder psychischer Natur ist.

Die amerikanischen Bioethiker Barron Lerner und Arthur Caplan fragen sich in einem 2015 veröffentlichten Artikel, ob die Sterbehilfepraxis in Belgien und in den Niederlanden entgleist ist (Lerner & Caplan 2015). Eine der Fragen, die sie beschäftigt, ist die Tatsache, dass aus einer Studie über die niederländische Sterbehilfeklinik [Nederlandse Levensindekliniek] hervorgeht, dass Einsamkeit oft als Grund für die Bitte um Sterbehilfe angegeben wird. Lerner und Caplan halten hierzu Folgendes fest: Selbst in Kombination mit anderen Symptomen kann Einsamkeit schwerlich als ein Zustand betrachtet werden, den man am besten behebt, indem man Sterbehilfe vorschlägt“ (S. 1640⁷⁰, Übersetzung) Sie fragen sich auch, ob der Anstieg der Anzahl Fälle von Sterbehilfe nicht „eine Art Carte blanche der Ärzte widerspiegelt, die dem Patienten das Selbstbestimmungsrecht überlassen möchten“ (ibid. S. 1641, Übersetzung⁷¹). Das sind nach Auffassung dieser Mitglieder sehr relevante Fragen, die derzeit in Belgien wenig (oder nicht mehr) gestellt werden.

Diese Mitglieder möchten jedoch betonen, dass aus ihrer Kritik und ihrer Sorge nicht folgt, dass die Möglichkeit der Sterbehilfe bei psychischem Leiden abgeschafft werden muss. Wohl ergibt sich daraus, dass Sterbehilfe eine „letztmögliche“ Option im Sinne des Gesetzgebers sein muss, dass alle Bedingungen nach Art. 3(1) des Gesetzes strikt anzuwenden sind, dass streng kontrolliert werden muss, ob diese Bedingungen und alle anderen Anforderungen des Gesetzes eingehalten werden, und dass eine Reihe Aspekte des Gesetzes selber angepasst werden müssen. Hiermit kommen wir zu den besonderen Empfehlungen, die diese Mitglieder abgeben möchten.

Andere Mitglieder nehmen einen noch radikaleren Standpunkt. Sie sind der Ansicht, dass Sterbehilfe gesetzlich unmöglich gemacht werden muss, wenn um Sterbehilfe gebeten wird wegen einer psychiatrischen Krankheit, die nicht auf nachweisbare, unumkehrbare Gewebeverletzungen zurückzuführen ist. Insofern das Sterbehilfegesetz diesbezüglich keine Klarheit schafft, drängt sich eine Gesetzesänderung auf, durch die Sterbehilfe aus den oben angegebenen Gründen nicht länger entkriminalisiert wird. Bei psychiatrischen Erkrankungen ist es nach Auffassung dieser Mitglieder nicht möglich, eine autonome Bitte um Sterbehilfe auf eindeutige, objektivierbare Weise von einem durch die Krankheit eingegebenen Sterbewunsch zu unterscheiden. Der Verlust an Selbstständigkeit - unter dem Einfluss einer getrübten Realitätswahrnehmung, schwerer Stimmungsschwankungen oder gar Wahnvorstellungen - gehört zum psychischen Leiden. Gerade darum ist dieses Leiden so schwerwiegend und wird es oft als aussichtslos und somit unerträglich empfunden.

Ob Erkrankungen dieser Art nicht behandelt werden können, kann auch nie mit Sicherheit festgestellt werden, da manchmal nach längerer Zeit Verbesserungen möglich sind.

⁷⁰ Ursprungstext: „Loneliness, even if accompanied by other symptoms, hardly seems a condition best addressed by offering death. ».

⁷¹ Ursprungstext: „carte blanche acquiescence among physicians tot he concept of patient self-determination“.

Den Verfechtern dieses Standpunkts zufolge lässt die einseitige Betonung des Rechts auf Selbstbestimmung diese grundsätzliche Beziehungskomponente psychiatrischer Erkrankungen und den Einfluss von Projektions-, Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen vollständig außer Acht. Dadurch, dass die Bitte um Sterbehilfe in der therapeutischen Beziehung gestattet wird, kann sie so möglicherweise eine Suiziddynamik begünstigen, die den Psychiatriepatienten allzu oft in Richtung Sterbehilfe treibt und die sich negativ auf die psychiatrische Pflege auswirken kann, nicht nur für den Einzelpatienten, sondern auch für das weitere Pflegeumfeld, in das diese Patienten aufgenommen werden, nicht selten für einen längeren Zeitraum.

Die Mitglieder, die es weder für notwendig noch für angebracht halten, sich ausführlich mit der Definition des – physischen oder psychischen – Leidens oder mit der Frage zu befassen, ob es gelindert werden kann oder nicht, und deshalb nicht finden, dass das Gesetz vom 28. Mai 2002 über Sterbehilfe hinsichtlich des psychischen Leidens angepasst werden muss, haben Fragen zur Begründung dieses Standpunkts. Ist dieser Standpunkt, der in den Medien von Sterbehilfegegnern verteidigt wird, so zu verstehen, dass jeder Psychiatriepatient vom Sterbehilfegesetz ausgeschlossen wird? Was bedeuten die Wörter „unumkehrbare und nachweisbare Gewebeverletzungen“?

Eine Reihe von Axiomen liefern nach Meinung dieser Mitglieder die Rechtfertigungen für diesen Standpunkt:

- die Unmöglichkeit zu unterscheiden zwischen einem autonomen Sterbehilfegesuch und einem durch die Krankheit eingegebenen Sterbewunsch;
- die Unmöglichkeit, sich über den unheilbaren Charakter der psychiatrischen Erkrankung zu äußern;
- die Entstehung von Selbstmordgedanken durch die Annahme des Sterbehilfegesuchs (sic);
- die mögliche „Ansteckung“ anderer Patienten.

Diese Mitglieder finden diese Aufzählung von Behauptungen ohne Beweis irgendwie seltsam. Nicht alle psychiatrischen Erkrankungen sind heilbar. Es kann sein, dass sich ein paranoider Patient – wegen der Art seiner Erkrankung – selber von jeglicher Möglichkeit ausschließt, Sterbehilfe zu erhalten⁷². Aber dies gilt sicher nicht für jeden Patienten, der an einer psychiatrischen Krankheit leidet. Und Gesundheitsberufler sind sicher imstande, zwischen einem

⁷² Bulletin ADMD, Nr. 140, 2. Trimester 2016, S. 5-8. „*Euthanasie et psychiatrie, le grand malentendu. Conférence de Bea Verbeeck, psychiatre, leif-arts, Ulteam* », S. 7 : « Wie ist zum Beispiel umzugehen mit einem Patienten mit paranoidem Delirium – mit oder ohne Halluzinationen –, durch das er fürchterlich leidet, der aber jede Behandlung mit Medikamenten aus Furcht vor einer Vergiftung ablehnt. Es liegt auf der Hand, dass dieser Patient leidet und sein Leiden so heftig ist, dass es nicht überwunden werden kann. Wie aber sieht es mit seiner Urteilsfähigkeit aus? Für mich kann seiner Bitte um Sterbehilfe nicht stattgegeben werden, aber vielleicht ist das strittig!“

freiwilligen, wiederholten Sterbehilfesuch und einem durch die Krankheit eingegebenen Sterbewunsch zu unterscheiden. Was die „Vorbildfunktion für andere Patienten“ angeht, so wurde dieses Argument auch schon im Fall der Alzheimerkrankheit und der Euthanasie von Hugo Claus angeführt. Dabei wird stets vergessen, dass eine Bitte um Sterbehilfe persönlich ist und nicht impliziert, dass jeder Patient unter denselben Umständen um Sterbehilfe bitten wird!

Außerdem sollte das Autonomieproblem bei Sterbehilfverfahren nicht abstrakt angegangen werden. Diese Autonomie kann übrigens auch nur dann wirklich gelebt werden, wenn der Patient über die nötigen Informationen verfügt und seine Bitte umrahmt von Gesprächen mit dem behandelnden Arzt oder, falls erforderlich, mit den zu Rate gezogenen Ärzten, mit dem medizinischen Team und den Angehörigen besprochen und verhandelt wird. Sterbehilfe ist eine geteilte Entscheidung, die das Selbstbestimmungsrecht der Person respektiert.

Schließlich ist es für diese Mitglieder deutlich vorteilhafter, Psychatriepatienten nicht von vornherein vom Anwendungsbereich des Sterbehilfgesetzes auszuschließen. Durch den Dialog, der geführt wird, durch die Zeit, die man sich selber gibt, werden einige Bitten weniger akut.

Für einige Mitglieder ist es problematisch zu behaupten, dass psychiatrische Krankheiten nichts mit strukturellen Veränderungen in verschiedenen Gehirnstrukturen zu tun haben. Zweifellos gibt es bei chronischen Krankheitsformen sogar unumkehrbare Veränderungen.

E. Sterbehilfe und Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen

E.1. Frage 1: Ändert sich die Rechtsgrundlage bei der Bitte um Sterbehilfe, wenn entschieden worden ist, dass der Bitte des Partners stattgegeben werden kann?

In ihrer mündlichen Frage an die Ministerin Onkelinx bezog sich die Senatorin Elke Sleurs auf einen mediatisierten Fall von Sterbehilfe, bei dem es um die Bitte um Sterbehilfe eines Ehepaares ging. Für die Ausschussmitglieder ist es nicht relevant, ob die Bitte um Sterbehilfe von einem Ehepaar oder von Lebensgefährten ausgeht. Jede Bitte ist einzigartig, muss als solche geprüft werden und die gesetzlichen Bedingungen erfüllen, die bei jeder Bitte um Sterbehilfe einzuhalten sind. Der Umstand, dass sie ein Ehepaar oder Lebenspartner betraf, ist nicht relevant bei der Prüfung der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Bedingungen. Wenn die Situation des Partners an sich nicht die gesetzlichen Bedingungen für eine Sterbehilfe erfüllt, besteht auch keine gesetzliche Grundlage für die Annahme einer solchen Bitte um Sterbehilfe.

Nichtsdestoweniger hat der Ausschuss Verständnis für die Angst des zurückbleibenden Partners, allein weiterleben zu müssen, und für das daraus entstehende psychische Leiden, aber dies reicht an sich nicht aus als Rechtfertigung für eine Sterbehilfe.

E.2. Frage 2: Auf welcher Rechtsgrundlage kann einer Bitte um Sterbehilfe stattgegeben werden, wenn der Ersuchende nicht sterbenskrank ist?

Es muss daran erinnert werden, dass der Gesetzgeber nicht die Absicht hatte, das Konzept der terminalen Phase in das Sterbehilfegesetz aufzunehmen. Das Gesetz sieht jedoch zusätzliche Bedingungen vor, wenn der Arzt der Ansicht ist, dass der Patient nicht in absehbarer Zeit versterben wird. In diesem Fall muss er nicht nur einen zweiten Arzt zu Rate ziehen, der prüfen muss, ob die Erkrankung ernsthaft und unheilbar ist, und der sich vergewissern muss, dass das körperliche oder psychische Leiden nicht gelindert werden kann. Es muss auch ein dritter Arzt eingreifen, der die Krankenakte liest, den Patienten untersucht und beurteilt, ob das Leiden anhaltend, unerträglich und nicht zu lindern ist und ob die Bitte alle Ansprüche erfüllt, nämlich ob sie freiwillig, überlegt und wiederholt geäußert wurde. Dieser Arzt muss entweder ein Psychiater oder ein Facharzt für die betreffende Krankheit sein; er muss auch unabhängig vom Patienten sowie vom behandelnden Arzt und vom zweiten Arzt sein. Außerdem muss zwischen der schriftlichen Bitte um Sterbehilfe und der Handlung selbst ein Monat vergehen. Mit anderen Worten: Das Gesetz schreibt nicht vor, dass sich der Patient im Endstadium seiner Krankheit befinden muss.

E.3. Frage 3: Besteht eine gesellschaftliche Notwendigkeit, anhaltendes und unerträgliches psychisches Leiden, das nicht gelindert werden kann und auf eine ernsthafte und unheilbare, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Erkrankung zurückzuführen ist, als Konzept zu verdeutlichen?

Bei der Diskussion dieser dritten Frage haben sich drei Standpunkte im Ausschuss herausgeschält. Die Mitglieder, die den ersten Standpunkt vertreten, meinen, dass es keineswegs angebracht wäre, das Gesetz zu ändern, was psychische Leiden angeht. Für sie hat der Gesetzgeber es vorgezogen, einen gewissen Spielraum bei der Auslegung des Gesetzes vorzusehen und dafür bestimmte Konzepte nicht haargenau zu definieren. Dies ist der Fall für psychisches Leiden, das nach Auffassung dieser Mitglieder nicht konzeptuell geklärt, festgelegt oder gemessen werden muss. Durch eine physische oder psychiatrische Erkrankung hervorgerufenen psychisches Leiden ist Teil der subjektiven Empfindung des Patienten und muss vom Arzt angehört werden, zu dessen Verantwortung es ja gehört, eine Erkrankung – u.a. eine psychiatrische Erkrankung – zu

diagnostizieren und sich zu vergewissern, dass diese unheilbar ist und dass zwischen dem Leiden des Patienten und der unheilbaren Erkrankung ein Zusammenhang besteht.

Die Mitglieder, die den zweiten Standpunkt vertreten, sind der Meinung, dass das Gesetz nicht deutlich genug ist und dass es wegen dieser fehlenden Deutlichkeit auf eine Art und Weise angewandt wird, die nicht seinem Geist entspricht (siehe D.6. Ethische Diskussion). Aus dieser Sicht sind also Gesetzesänderungen erforderlich: Bestimmte wesentliche Konzepte sind zu präzisieren, und bestimmte Bestimmungen sind abzuändern, damit u.a. der Besonderheit von psychiatrischen Erkrankungen besser Rechnung getragen werden kann. Dieser Standpunkt bestreitet jedoch nicht, dass Sterbehilfe bei psychischem Leiden in besonderen spezifischen und außergewöhnlichen Fällen annehmbar sein kann.

Die Mitglieder, die den dritten Standpunkt vertreten, sind der Auffassung, dass das Sterbehilfegesetz gründlich überarbeitet werden muss, damit speziell die Möglichkeit der Sterbehilfe bei psychischen, durch eine psychiatrische Erkrankung ohne unumkehrbare Gewebeschädigung verursachten Leiden auszuschließen.

Alle Mitglieder sind sich in einigen Punkten einig, zum Beispiel, dass die Ausbildung der Ärzte und die Information der Öffentlichkeit wichtig sind, dass mehr Studien über medizinische Entscheidungen am Lebensende erstellt werden müssen, dass die Medikalisierung der einzelnen Ausdrucksformen von gesellschaftlichem Leiden abzulehnen ist und dass ausreichende Mittel für das Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium (FSKB) vorzusehen sind.

E.3.1. Konsenspunkte

a. Ausbildung und Information der Öffentlichkeit

Alle Mitglieder empfehlen, dass bei der Arztausbildung (sowohl in der Grundausbildung als in Fachausbildungen und Fortbildungen) viel mehr Wert gelegt wird auf eine genaue Kenntnis und eine kritische Bewertung des Sterbehilfegesetzes als Bestandteil der medizinischen Praktiken am Lebensende, die viel mehr sind als nur Sterbehilfe und auch Kenntnisse der Palliativmedizin voraussetzen⁷³. Auch der Rolle der Ärzte (sowohl individuell als bei der Teamberatung) und ihrer beruflichen Verantwortung bei der kritischen Prüfung, ob spezifische Bitten um Sterbehilfe annehmbar sind oder nicht, muss die Arztausbildung viel mehr Aufmerksamkeit widmen. In den

⁷³

Siehe <http://www.admd.be> für das französischsprachige Forum, siehe die Rubrik « Médecins EOL ».
Siehe <http://lief.be/professionale-info/professionale-leidraad>: Der LEI(F)-Leitfaden enthält Empfehlungen sowohl für das Ausfüllen des Anmeldeformulars als für die Erstellung des Berichts des zweiten und eventuell dritten (LEIF)Arztes von „médecin (EOL“.

dazu vorzusehenden Vorlesungen und Ausbildungen müssen übrigens nicht nur die klinisch-technischen, sondern auch die rechtlichen und ethischen Aspekte zur Sprache kommen. Diese Themen müssen natürlich von Experten auf dem jeweiligen Gebiet behandelt werden.

Die auf psychiatrische Erkrankungen spezialisierten Ärztevereinigungen müssen dazu angehalten werden, die Diagnosen und Protokolle zu verfeinern, mit denen Entscheidungen über die Unheilbarkeit von Krankheiten getroffen werden. Die wissenschaftlichen Psychiatrievereinigungen unseres Landes – die „*Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, VVP*“, „*die Société Royale de Médecine Mentale de Belgique*“ (SRMMB) und das „*Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*“ (BCNBP) – bieten die besten Voraussetzungen, um Empfehlungen hierzu abzugeben. Auch innerhalb der verschiedenen Hausarztverbände muss zum Nachdenken angeregt werden, um ihre Kenntnisse über die Diagnose bei psychiatrischen Erkrankungen, über mögliche Behandlungen solcher Krankheiten und über die Definition der Unheilbarkeit zu verbessern.

Ärzte müssen während ihrer Ausbildung die Reflexions- und Kommunikationsfähigkeiten trainieren, die sie brauchen, um Sterbehilfebitten mit der nötigen Empathie, aber auch mit Sachverstand und Selbstvertrauen entgegenzutreten zu können. In diesem Zusammenhang ist auch viel mehr Information für die breite Öffentlichkeit erforderlich, um das derzeit häufig auftauchende Missverständnis zu vermeiden, das Gesetz von 2002 habe ein allgemeines Recht eingeführt, Sterbehilfe zu erhalten, während es lediglich das Recht beinhaltet, um Sterbehilfe zu bitten.

b. Notwendigkeit von mehr Studien über medizinische Entscheidungen bezüglich des Lebensendes

Alle Mitglieder befürworten eine Bewertung des Gesetzes und das Erforschen medizinischer Entscheidungen bezüglich des Lebensendes, inklusive dauerhafter Palliativsedierung. Diese Forschungsarbeit müsste auch die Fälle von Sterbehilfeverweigerung untersuchen: In welcher Umgebung, für welche Erkrankungen, bei welchen Ärzten, bei welchen Patienten geschieht dies? Diese Studien müssten auch das gesamte Landesgebiet erfassen; derzeit decken die meisten Studien lediglich Flandern ab.

c. Keine Medikalisierung (verschiedener Formen) von psychosozialen Leiden

Für alle Ausschussmitglieder würde das Annehmen von Sterbehilfesuchen, die lediglich auf anhaltendem und unerträglichem Leiden – ohne medizinische Begründung – beruhen, die Tür zu

einer extremen Form von Medikalisierung in Bereichen aufstoßen, in denen das absolut nicht ungerechtfertigt ist. Selbst wenn das Leiden auf eine Kombination aus psychosozialen und medizinischen Problemen zurückzuführen ist, müssen es medizinische Probleme sein, die Ursache des anhaltenden und unerträglichen Leidens sind, so wie im Gesetz von 2002 vorgesehen, das Sterbehilfe entkriminalisiert.

Wir dürfen nicht von der Ärzteschaft erwarten, dass sie Lösungen für Probleme findet oder vorschlägt, die nicht medizinischer Natur sind. Diese Leiden sind oft das Ergebnis der Gleichgültigkeit der Gesellschaft, die zu Isolation und Entfremdung führt, welche ihrerseits zu berechtigten Gefühlen von Einsamkeit, Verlassenheit und Nutzlosigkeit führen. Diese weitverbreiteten gesellschaftlichen Probleme bedürfen dringend einer gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Antwort, nicht einer medizinischen Antwort und schon gar nicht einer medizinischen Antwort in Form von Sterbehilfe.

Lebensmüdigkeit ohne medizinische Begründung erfüllt nicht die Anforderungen von Art. 3(1) des Gesetzes und kann also kein gesetzlich akzeptabler Grund für die Gewährung von Sterbehilfe sein.

d. Unheilbarkeit der Erkrankung und Unerträglichkeit des Leidens

Im Beratenden Bioethik-Ausschuss herrscht folgender Konsens: (1) Nur Leiden, die die Voraussetzung erfüllen, dass sie die Folge einer ernsthaften und unheilbaren, durch Unfall oder Krankheit verursachten Erkrankung sind, können eine gesetzliche Grundlage für Sterbehilfe bilden. (2) Es ist Aufgabe des Arztes u beurteilen, ob die ernsthafte, durch Unfall oder Krankheit verursachte Erkrankung unheilbar ist oder nicht. (3) Die Beurteilung, ob das physische oder psychische Leiden anhaltend und unerträglich ist, liegt jedoch beim Patienten. Um zu ermitteln, ob sich der Patient in einer medizinisch ausweglosen Situation befindet, verweist das Gesetz jedoch auch auf die Bedingung, dass das „Leiden nicht gelindert werden kann“. Die Standpunkte der Mitglieder gehen auseinander, was die Auslegung des Kriteriums „nicht zu linderndes Leiden“ angeht und bei der Frage, wer entscheidet, ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht.

E.3.2. Punkte, über die kein Konsens besteht

a. Über die Unmöglichkeit, das Leid zu lindern

Einige Mitglieder meinen, dass die Verantwortung für die Entscheidung, ob die Erkrankung unheilbar ist und ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, bei den Ärzten liegt – nicht beim Patienten. Ihres Erachtens darf die Autonomie des Patienten nicht der einzige ethische Wert

sein, der bei der Beurteilung der Sterbehilfesuche vorrangig ist. Sie betonen allerdings, dass nur der Patient beurteilen kann, ob sein Leiden anhaltend und unerträglich ist, finden es aber essenziell, dass die Ärzte ihre klinische und ethische Verantwortung übernehmen, was die übrigen Anforderungen von Art. 3(1) des Gesetzes angeht (d.h. die Unheilbarkeit der Erkrankung und die Unmöglichkeit, das Leiden zu lindern), statt dem Patienten die Beurteilung dieser Kriterien zu überlassen. Was die Beurteilung der Unheilbarkeit des Leidens betrifft, empfehlen diese Mitglieder, dafür hauptsächlich therapeutische Algorithmen zu verwenden, die auf aussagekräftigen wissenschaftlichen Kriterien – in Übereinstimmung mit den Regeln der Kunst – fußen und für verschiedene Erkrankungen definiert worden sind. Diese Behandlungsalgorithmen müssen regelmäßig den neuesten verfügbaren Schlussfolgerungen angepasst werden.

Andere Mitglieder meinen, dass die Autonomie des Patienten ein wesentlicher Wert ist und dass es keineswegs unethisch ist, der Bitte um Sterbehilfe eines Patienten stattzugeben, der nach dem Abwägen aller medizinischen – auch psychiatrischen – Behandlungsvorschläge und Ausprobieren der meisten Vorschläge der Meinung ist, dass er das als unerträglich empfundene und nicht zu lindernde Leiden nicht weiter ertragen möchte. Für diese Mitglieder geht es hier nicht um einen Arzt, der seine Verantwortung an den Patienten weitergibt, sondern um einen Arzt, der seine Verantwortung voll und ganz übernimmt und im Rahmen der individuellen Arzt-Patient-Beziehung unter vollem Einsatz seiner eigenen Fähigkeiten versucht, zu diesem sehr wichtigen Dialog und zu dieser Reflexion beitragen, statt seine eigene Auffassung des „guten Lebens“ durchzusetzen. Diese Mitglieder befürworten eindeutig die Suche nach Objektivierungskriterien, insbesondere durch die Ausarbeitung von Behandlungsalgorithmen. Sie sind weniger dazu bereit, wenn so ein Verfahren beinhalten würde, dass der Patient seine Bitte um Sterbehilfe jedes Mal rechtfertigen müsste. Dies würde das Gesetz aushöhlen und eine „Tribunalisierung“ einführen – eine Option, die der Gesetzgeber verworfen hatte. Für diese Mitglieder kann der Arzt andere Vorkehrungen treffen, zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen. Diese brauchen nicht in das Gesetz aufgenommen zu werden, sondern können sich eventuell aus der Denkarbeit innerhalb der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Vereinigungen ergeben. Nach Auffassung dieser Mitglieder lassen obige Aussagen keineswegs den Schluss zu, dass die Beurteilung; ob das Leiden gelindert werden kann oder nicht, dem Patienten überlassen wird. Es liegt auf der Hand, dass nur der Arzt über die notwendigen Kenntnisse verfügt, um das Leiden medizinisch zu lindern. Diese Mitglieder betonen jedoch die Bedeutung des Dialogs zwischen dem Arzt und dem Patienten. Leiden ist per Definition subjektiv, und der unerträgliche Charakter des Leidens hängt eng mit seinem anhaltenden Charakter zusammen, was den Patienten dazu bringt, dieses Leiden als ausweglos und nicht zu lindern zu betrachten⁷⁴. Die Wahrnehmung des Patienten, ob das Leiden

⁷⁴ Es ist manchmal schwierig, das Leiden des Menschen aus medizinischer Sicht und auf der Grundlage rein medizinischer Kriterien einzustufen. Die Ärzte, die auf bestimmte Bitten reagieren müssen, sind nicht mehr oder nicht weniger qualifiziert als andere Personen, um die „existenzielle Lebensqualität von Patienten zu beurteilen. Sie könnten sich

gelindert werden kann oder nicht, entsteht durch den Dialog, den er mit seinem Arzt führt und in dessen Verlauf dieser die möglichen Lösungen mit dem Patienten bespricht.

Wieder andere Mitglieder sind der Meinung, dass die Gesetzgebung zu Unrecht Raum für Sterbehilfe bei rein psychischen Leiden lässt, weil weder ein Konsens über die Möglichkeit besteht, die Unheilbarkeit von psychischen, durch eine psychiatrische Erkrankung verursachten Leiden ohne unwiderrufliche oder unumkehrbare Gewebeschädigung zu ermitteln, noch über die Anforderung, dass keine einzige Behandlung mehr zur Verfügung steht (das sogenannte „ausbehandelt“ sein).

Nach Meinung dieser Mitglieder lehrt die klinische Praxis uns, dass eine Genesung oder eine Verbesserung der Stimmung und des allgemeinen Wohlbefindens sehr unverhofft eintreten kann, selbst gegen die Erwartung des Patienten und der Pfleger, und zwar oft nach vielen Jahren. Diese Veränderungen können die Folge einer neuen therapeutischen Beziehung oder geänderter Bedingungen im Lebensumfeld des Patienten sein. Aus diesem Grund ist für eine signifikante Gruppe von Psychiatern und klinischen Psychologen evident, dass der Begriff „ausbehandelt sein“ nicht objektivierbar ist. Für diese Psychiater und klinischen Psychologen käme in diesem Fall eine Sterbehilfeentscheidung durch eine subjektive Einschätzung der Pflegedienstleister und des Patienten zustande, die nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert ist.

b. Über die Ablehnung eines Behandlungsvorschlags

Ein Patient kann immer eine vorgeschlagene Behandlung ablehnen. Trotzdem meinen einige Mitglieder, dass die gesetzliche Bedingung der medizinischen Aussichtslosigkeit nicht erfüllt ist und Sterbehilfe daher nicht möglich ist, wenn der Patient einen vernünftigen Behandlungsvorschlag, der den Regeln der Kunst entspricht, ablehnt. Diese Mitglieder empfehlen den Psychiatrievereinigungen unseres Landes, dringend Richtlinien in diesem Sinne erlassen. Bis dahin stellt die Richtlinie der Niederländischen Psychiatrievereinigung (insbesondere Kapitel 3, 5.1.1.) einen wichtigen Leitfaden dar⁷⁵.

Andere Mitglieder erinnern daran, dass ein Behandlungsvorschlag und/oder eine medizinische Lösung, um das Leiden zu lindern, dem Arzt nicht die Befugnis gibt zu entscheiden, ob das Leiden unerträglich ist oder nicht. Letztendlich entscheidet darüber immer der Patient, jedoch im Rahmen eines ständigen und offenen Dialogs mit seinem Arzt. Ausgehend von diesem Standpunkt,

demütig fragen: „Wer bin ich, um zu bestimmen, welches Leben lebenswert ist, und um die Zulässigkeit einer solchen Bitte zu beurteilen?“ Diese Frage ist schon nicht einfach zu beantworten, wenn es um physische oder psychische Leiden geht, oder um eine Kombination aus beiden, wo diese doch zum Fachgebiet und zum Fachwissen des Arztes gehören. Wie viel schwieriger wird es dann, wenn das Leiden existenziell ist und naturgemäß nicht messbar ist?“

⁷⁵ NVvP Richtlijn Verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, 2009, siehe <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie> (siehe 'Documenten')

unterstreichen diese Mitglieder die Bedeutung des Dialogs. Insofern das Leiden eng mit der vorliegenden Erkrankung und der dafür empfohlenen Behandlung zusammenhängt, meinen diese Mitglieder, dass weder der Arzt noch der Patient das Problem des Leidens vollständig losgelöst von der therapeutischen Entscheidung analysieren kann. Umgekehrt wird beim Treffen von Entscheidungen über Handlungen auf der Grundlage von wissenschaftlichen Beweisen immer irgendwie auch das Leiden berücksichtigt, das sie verursachen. Der Arzt trifft Entscheidungen nach Absprache mit anderen oder nach sorgfältiger persönlicher Abwägung und sucht immer nach einem Gleichgewicht zwischen den erhofften Vorteilen der Behandlungen und dem Leiden, das sie verursachen. Gerade zu diesem letzten Aspekt hat der Patient etwas zu sagen. Der Patient greift in vielen Fällen in die therapeutischen Entscheidungen ein, die ihn betreffen, weil er jetzt oder später Schmerzen vermeiden will, z.B. weil er solche schon früher erlebt hat. Aus demselben Grund kann er eine Behandlung, manchmal die x-te Behandlung in Folge, ablehnen. Diese Art Ablehnung kann der Arzt mühelos nachvollziehen, ohne von vornherein davon auszugehen, dass es sich um eine Art irrationalen Reflex des Patienten handelt. Diese Mitglieder sind sich also schon darin einig, dass der Arzt die Unheilbarkeit einer Krankheit beurteilen muss. Wenn ein Patient um Sterbehilfe bittet, finden sie es andererseits äußerst wichtig, dass ein Dialog mit dieser Person angestrebt wird. Bei diesem Dialog muss dem Leiden des Patienten mit größtmöglichem Einfühlungsvermögen Rechnung getragen werden. Diese Mitglieder pochen darauf, dass die Ablehnung einer x-ten Behandlung – bei der nichts darauf hinweist, dass sie nicht vollkommen objektiv ist - nach Meinung der Niederländischen Psychiatrievereinigung dem Recht des Patienten, um Sterbehilfe zu bitten, keinen Abbruch tut. Der Patient, von dem die Rede ist, ist derjenige, der sich als „psychopharmakologisch resistent“ erwiesen hat und der bereits mehrere Male psychotherapeutisch behandelt worden ist. Relevant ist hier also nicht die „Objektivität der Behandlung“, sondern das angehäuften Ausmaß an Leiden, das ein Arzt als Mensch begreifen kann und das er höher einstuft als das Arsenal an therapeutischen Behandlungen – ein Arsenal, das manche eigentlich für unbegrenzt halten, insbesondere im psychiatrischen Bereich. Nach Ansicht dieser Mitglieder muss eine solche Haltung des Arztes nicht undifferenziert als Abschiebung seiner Verantwortung betrachtet werden: Im Gegenteil, sie kann als Ausdruck seiner Demut im Dienste der Menschenwürde seines Patienten gewertet werden. Für sie ist die besondere Zuhörbereitschaft, die der Arzt zeigt, integraler Bestandteil des Dialogs mit dem Patienten: Sie ist sogar der wichtigste Grund für diesen Dialog.

c. Über Altersbeschwerden, Polypathologie und Lebensmüdigkeit

Im Ausschuss besteht ein Konsens darüber, dass Sterbehilfe im Rahmen des Sterbehilfegesetzes nicht ohne medizinische Begründung in Erwägung gezogen werden kann - auch dann nicht, wenn das Leiden als unerträglich empfunden wird - und dass Altwerden an sich keine Krankheit ist. Es stellt sich allerdings die Frage, was genau unter „medizinischer Begründung“ zu verstehen ist. Alle Mitglieder meinen, dass einige Formen von Polypathologie – d.h. die Anwesenheit mehrerer Krankheiten – eine medizinische Begründung sein können, um auf ein Sterbehilfegesuch einzugehen, vorausgesetzt, die Unerträglichkeit, die medizinische Ausweglosigkeit und der nicht linderbare Charakter des Leidens des Patienten durch besagte Pathologie *verursacht werden*. Innerhalb dieses Konsenses besteht im Ausschuss eine Meinungsverschiedenheit.

Einige Mitglieder wollen die Möglichkeit offenhalten, dass eine Polypathologie, bei der jede Qual an sich keine ausreichende medizinische Begründung darstellt, sodass nicht von medizinischer Ausweglosigkeit und von unerträglichem Leiden die Rede sein kann, als Kombination von Leiden (z.B. Gleichgewichtsprobleme, Arthrose, Osteoporose, Diabetes Typ 2, stark eingeschränktes Seh- oder Hörvermögen, ...) doch die Bedingung der „ernsthaften und unheilbaren Erkrankung“ erfüllt, der eine Bitte um Sterbehilfe genügen muss, sobald diese Leiden eine bestimmte Intensität und eine bestimmte Häufigkeit erreichen.

Für andere Mitglieder genügt die Anwesenheit von medizinischen Problemen allein (ab einem gewissen Alter übrigens häufiger die Regel als die Ausnahme) nicht, um eine Bitte um Sterbehilfe zu rechtfertigen, da die gesetzliche Auflage, der zufolge das Leiden auch die Folge einer oder mehrerer ernsthafter, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufener Erkrankungen sein muss, die ausweglos und unheilbar sind und also nicht durch andere nichtmedizinische Faktoren, z.B. Vereinsamung und/oder finanzielle Schwierigkeiten, aufgetreten sind, nicht erfüllt ist. Nach Auffassung anderer Mitglieder geht jedoch aus den Vorarbeiten zum Sterbehilfegesetz hervor, dass der Gesetzgeber nicht die Absicht hatte, vage Begriffe zu benutzen, sondern im Gegenteil eine Formulierung des Gesetzes gewählt hat, mit der er deutlich zeigen wollte, wer für Sterbehilfe in Frage kommt und wer nicht. Für sie kann die Anwesenheit von (mehreren) Altersbeschwerden allein kein gesetzlicher Grund ein, um Sterbehilfe zu erhalten.

Obschon Lebensmüdigkeit ohne medizinische Grundlage nicht die gesetzlichen Kriterien erfüllt, um Sterbehilfe zu erhalten, können Patienten in ihrem Sterbehilfegesuch Lebensmüdigkeit in Kombination mit Polypathologie als Beschwerde angeben. Unter diesen Umständen ist dann zu

klären, was hinter dieser angegebenen Lebensmüdigkeit steckt. Bei Bitten um Sterbehilfe mit Lebensmüdigkeit als Beweggrund ist also eine multidisziplinäre Klärung vonnöten.

d. Über die Bewertung a priori und die Bewertung a posteriori von Bitten um Sterbehilfe

Einige Mitglieder meinen, dass das im Gesetz vorgesehene Verfahren zur Bewertung von Sterbehilfeerkklärungen nicht geeignet ist für die Bewertung von Sterbehilfesuchen, die Patienten wegen unerträglicher psychischer Leiden in einem nichtterminalen Stadium – entweder als Folge einer psychiatrischen Erkrankung oder als Folge einer Polypathologie mit oder ohne Gefühl von Lebensmüdigkeit – einreichen. Angesichts der Komplexität, der Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs bei psychiatrischen Erkrankungen, der Multifaktorialität bei Polypathologie/Lebensmüdigkeit, des nicht/weniger dringenden Charakters eines Sterbehilfesuchs und der Unumkehrbarkeit von Sterbehilfe meinen sie, dass hier eine A-priori-Bewertung mit allen Betroffenen angebracht ist, in erster Linie mit dem Patienten selber, mit seinen vertrauten/behandelnden Pflegedienstleistern im multidisziplinären Team (unter der Endverantwortung eines Arztes) und, wenn möglich und mit Einverständnis des Patienten, auch mit seinen Eltern und engsten Freunden. Diese Bewertung kann z.B. die Form einer Ad-hoc-Konzertierung in einem (zu gründenden) dezentralisierten Ausschuss nach niederländischem Vorbild annehmen, in dem neben den obengenannten Personen auch unabhängige Experten tagen. Diese würde dazu dienen, sich vorab zu vergewissern, dass die gesetzlichen Bedingungen für eine Sterbehilfe erfüllt sind; die Bewertung käme kollegial zustande und würde sich nicht darauf beschränken, Stellungnahmen einzuholen. Solche dezentralisierten Ausschüsse könnten neben der Formulierung von Zusagen und Ablehnungen auch Anregungen für die Pflege von Patienten geben. Diese A-priori-Bewertung würde die bereits bestehende A-posteriori-Bewertung und -Kontrolle ergänzen.

Andere Mitglieder sind ausdrücklich gegen diesen Vorschlag; sie verweisen auf den Geist, in dem das Sterbehilfegesetz von 2002 entstanden ist: Damals hat sich der Gesetzgeber bewusst für ein A-posteriori-Verfahren statt für ein A-priori-Verfahren entschieden, weil er der Auffassung war, dass Letzteres zu einer „Tribunalisierung“ der Sterbehilfeproblematik führen würde. Der Gesetzgeber hat das A-priori-Verfahren sehr ausdrücklich verworfen. Diese Mitglieder sehen nicht ein, warum bei einem psychischen Leiden – mit oder ohne psychiatrische Erkrankung als Hintergrund – von diesem grundsätzlichen Standpunkt abgerückt werden sollte. Wenngleich viele Auflagen helfen können, die Bewertung besonderer Situationen – unter anderem solcher, bei denen eine psychiatrische Erkrankung eine Rolle spielt – besser steuern zu können, ergibt sich

daraus keineswegs die logische Forderung, dass man diese kardinale gesetzliche Bestimmung abändern sollte.

e. Über die gesetzliche Wartezeit zwischen dem Sterbehilfesuch und dessen Annahme, wenn ein Ableben nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

Der siebte Bericht (2014-2015) des Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremiums unterscheidet zwischen der gesetzlichen Wartezeit und der Bedenkzeit. Die gesetzliche Wartezeit zwischen dem schriftlichen Ersuchen und der Gewährung der Sterbehilfe beträgt mindestens einen Monat. Der Begriff „Bedenkzeit“ verweist auf „den Prozess der Willensbildung, der lange vor der schriftlichen Konkretisierung des Sterbehilfesuchs beginnt“ (S. 54).

Einige Mitglieder meinen, dass die gesetzliche Wartezeit von mindestens einem Monat nicht geändert werden muss, da die Bedenkzeit in der Praxis oft schon viel länger ist, während andere Mitglieder finden, dass die gesetzliche Wartezeit keine ausreichende Garantie bietet.

Diese Mitglieder empfehlen, die gesetzliche Mindestfrist zwischen der schriftlichen Bitte um Sterbehilfe und deren Annahme bei psychiatrischen Erkrankungen mindestens ein Jahr betragen muss (derzeit ein Monat laut Art. 3 § 3, 2° des Sterbehilfegesetzes).

Nach Auffassung dieser Mitglieder ist ein Monat zu kurz für die komplizierte Bewertung der Urteilsfähigkeit des Patienten, der verschiedenen Bedeutungsfacetten des Sterbehilfesuchs, des unerträglichen psychischen Leidens und der medizinischen Aussichtslosigkeit. Die Beurteilung der medizinischen Aussichtslosigkeit erfordert neben Fachwissen auch Zeit: Die Einhaltung der vorgeschlagenen Sorgfaltskriterien und die Erforschung aller etwaigen vernünftigen Eingriffe und Chancen auf Heilung und Eindämmung der Schmerzen (siehe die obengenannten Behandlungsalgorithmen in Übereinstimmung mit den Regeln der Kunst) erfordern mindestens ein Jahr. Diese Mitglieder bestreiten nicht, dass der Patient in vielen Fällen bereits vor der Bitte um Sterbehilfe einen langen Prozess durchlaufen haben. Das formale Aufsetzen des Sterbehilfesuchs schafft jedoch eine neue Situation, die einen anderen Prozess – mit einer anderen Dynamik und Finalität – in Gang setzt. Diesem Prozess muss – neben Chancen – ausreichend Zeit eingeräumt werden, damit sich der Patient während dieser Phase erholen kann.

Andere Mitglieder erinnern daran, dass die einmonatige Frist eine Mindestfrist ist. Es ist Aufgabe der Betroffenen – des Patienten, der Ärzte, der Psychiater oder des multidisziplinären Teams – sich dem jeweiligen Fall anzupassen. Wenngleich zum Beispiel psychiatrische Erkrankungen Gemeinsamkeiten aufweisen wie die Schwierigkeit, ihre Unheilbarkeit einzuschätzen, gibt es Unterschiede zwischen den Erkrankungen und auch zwischen den Patienten. Das Verschreiben

einer einjährigen Frist, während der der Patient, der bereits zahlreiche Behandlungen mitgemacht und Selbstmordversuche unternommen hat, würde bedeuten, dass er alles wieder von vorne anfangen muss, nämlich die Gespräche mit den Ärzten bis hin zu etwaigen Krankenhausaufenthalten: Das könnte ihn wahnsinnig machen und ihn möglicherweise zu neuen Selbstmordversuchen treiben.

Wiederum andere Mitglieder meinen, dass ein Sterbehilfegesuch bei rein psychischen Leiden per Definition ausschließt, dass ein Ableben in absehbarer Zeit zu erwarten ist und folglich jeder Versuch, per Gesetz eine „vernünftige“ Frist zwischen der Bitte um Sterbehilfe und der Gewährung von Sterbehilfe festzulegen, unmöglich ist. Sollte das Gesetz Sterbehilfe bei rein psychischen Leiden nicht länger gestatten, dann würde sich diese Problematik auch nicht mehr stellen. Aus diesem Grund plädieren diese Mitglieder dafür, Sterbehilfe bei psychischen, durch eine psychiatrische Erkrankung verursachten Leiden ohne unumkehrbare Gewebeschädigung aus dem Sterbehilfegesetz zu streichen.

Nach Auffassung der Verfechter dieses Standpunkts bietet die Einfügung zusätzlicher Sorgfaltskriterien in den Sterbehilfeprozess (längere Wartezeit, zusätzliches Gutachten eines Ethikausschusses, Einstimmigkeit unter allen Ärzten, Bitte an den Patienten, zuerst alle Therapien zu durchlaufen) keinen ausreichenden Schutz für diese Gruppe von sehr anfälligen Patienten, wenn sie sich wirklich danach sehnen zu sterben. Für diese Mitglieder gibt das derzeitige Gesetz dem Patienten nämlich die Möglichkeit, selber einen Psychiater auszusuchen, der bereit ist, sich über diese gesetzlich nicht zwingenden zusätzlichen Sorgfaltskriterien im Namen des Selbstbestimmungsrechts hinwegzusetzen.

f. Über die erforderliche Erfahrung der Ärzte, die Sterbehilfe gewähren, und der zu Rate gezogenen Ärzte

Einige Mitglieder meinen, dass das Verfahren für die Beurteilung von Sterbehilfegesuchen detailliert festgelegt sein muss, damit eine sorgfältige Abwägung möglich wird. Darin einfließen muss die gesamte verfügbare relevante Erfahrung, d.h. die diagnostische und die (psycho)therapeutische Erfahrung (d.h. Erfahrung mit der konkreten anfallenden Erkrankung und allen dafür relevanten Richtlinien und Behandlungsmodalitäten in Übereinstimmung mit den Regeln der Kunst), Erfahrung mit der Palliativpflege, dem Lebensende und der Sterbehilfe, Erfahrung mit der Bewertung der Fähigkeit des Patienten, seinen Willen auszudrücken, und psychotherapeutischer Erfahrung mit der Erforschung der Bedeutungsfacetten von Sterbehilfegesuchen. Das impliziert für diese Mitglieder, dass bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung nur ein Psychiater feststellen kann, dass ein Patient alle

Behandlungen, die zu den Regeln der Kunst gehören, durchlaufen hat und sich in einer medizinisch ausweglosen Lage befindet – mit anderen Worten, dass seine Erkrankung unheilbar ist und sein Leiden nicht gelindert werden kann. Das bedeutet für diese Mitglieder, dass bei Sterbehilfesuchen von Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit zwei der drei eingreifenden Ärzte Psychiater sein müssen.

Bei Sterbehilfesuchen wegen Polypathologie, mit oder ohne Lebensmüdigkeit, meinen diese Mitglieder, es sei angebracht, wenn der dritte Arzt ein Facharzt auf diesem Gebiet wäre, z.B. ein Geriater, Psychiater, Geriater-Psychiater, ..., und nicht ein Hausarzt.

Andere Mitglieder meinen, dass das Gesetz Garantien für eine gute Sterbehilfepraxis bietet. Der Arzt, der das Sterbehilfesuch erhält, bittet einen zweiten Arzt um Rat. Diese Stellungnahme muss den gesetzlichen Auflagen entsprechen: Der Arzt muss die Krankenakte einsehen, den Patienten untersuchen und sich vergewissern, dass das anhaltende und unerträgliche physische oder psychische Leiden nicht gelindert werden kann. Der zu Rate gezogene Arzt verfasst einen Bericht über seine Feststellungen und stellt fest, ob die gesetzlichen Bedingungen erfüllt sind. Der zu Rate gezogene Arzt muss imstande sein, die besagte Krankheit zu beurteilen. Es liegt auf der Hand, dass der anfragende Arzt einen Kollegen um Rat bitten wird, von dem er weiß, dass dieser keine moralischen Bedenken gegen Sterbehilfe an sich hat. Das Gegenteil wäre in der Praxis auch gar nicht machbar. Selbstverständlich wird der konsultierte Arzt eine Stellungnahme zu dem Einzelfall abgeben und dabei den gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien sowie etwaigen zusätzlichen Maßnahmen, die er angewandt sehen möchte, Rechnung tragen. Als solche käme in Frage: die verbindliche Benachrichtigung der nahen Angehörigen – eine Bedingung, die das Gesetz nicht stellt -, die zahlreiche Ärzte, welche eine gute Praxis befürworten, jedoch anwenden möchten. Wenn nicht zu erwarten ist, dass der Patient in absehbarer Zeit stirbt, muss ein dritter Arzt zu Rate gezogen werden, der entweder ein Psychiater oder ein Facharzt für die betreffende Krankheit ist. Die Bezeichnung „Facharzt“ bedeutet, dass dieser dritte Arzt in einem anerkannten Fachgebiet praktiziert, für das er aufgrund seines Diploms qualifiziert ist, und dass dieses Diplom nicht durch irgendeinen Nachweis einer postuniversitären Ausbildung ersetzt werden kann.

g. Über den Stellenwert der Stellungnahmen der zu Rate gezogenen Ärzte

Einige Mitglieder finden, dass die Stellungnahmen der zu Rate gezogenen Ärzte wegen des geltenden gesetzlichen Verfahrens für den behandelnden Arzt nicht zwingend genug sind. Im Rahmen eines Sterbehilfeverfahrens bei einem Volljährigen oder entmündigten Minderjährigen hat der behandelnde Arzt nämlich die Möglichkeit, die Stellungnahme des zweiten (und gegebenenfalls dritten) Arztes außer Betracht zu lassen.

Diese Mitglieder sind sich jedoch darin einig, dass eine negative Stellungnahme des zweiten oder dritten Arztes nicht notwendigerweise ausschließt, dass ein anderer Arzt zu Rate gezogen wird – der eventuell zu einem anderen Urteil kommen kann. Sonst könnten nämlich sogar Situationen entstehen, in denen eine Ablehnung durch den ersten konsultierten Arzt das Verfahren vollständig – möglicherweise vollends zu Unrecht – zum Stocken bringen könnte. Weil es so wichtig ist, dass alle an Sterbehilfesuchen beteiligten Ärzte verantwortungsbewusst handeln, empfehlen diese Mitglieder, dass jeder zu Rate gezogene Arzt dem Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium seine positive oder negative Stellungnahme selber melden sollte⁷⁶ (anders als in dem geltenden gesetzlichen Verfahren, bei dem es dem ausführenden/berichtenden Arzt überlassen wird, die Stellungnahmen der zu Rate gezogenen Ärzte selber zusammenzufassen).

Andere Mitglieder finden, dass der Standpunkt, dem zufolge die Stellungnahmen der zu Rate gezogenen Ärzte nicht bindend wären, umstritten ist. Sie stellen sich die Frage, wie ein Arzt eine Stellungnahme ignorieren kann, in der die Ernsthaftigkeit und Unheilbarkeit der Krankheit widerlegt wird, in der das Bestehen eines nicht zu lindernden physischen oder psychischen Leidens nicht bestätigt wird oder aus dem hervorgeht, dass von einer deutlichen, freiwilligen und wiederholten Sterbehilfebitte nicht die Rede sein kann, wo es doch hier um die erforderlichen, gesetzlich vorgesehenen Bedingungen geht. Diese Mitglieder finden, dass eine Gesetzesänderung nicht notwendig ist, da die Stellungnahmen ihres Erachtens in der Praxis als bindend, auf jeden Fall aber als bedeutende Schritte im Entscheidungsfindungsprozess betrachtet werden, weil sie den behandelnden Arzt informieren und die Diskussion bereichern, dem Arzt und dem Patienten aber die Verantwortung für die endgültige Entscheidung überlassen.

Die oben erstgenannten Mitglieder („Einige Mitglieder“) möchten in diesem Zusammenhang jedoch anmerken, dass aus empirischen Studien deutlich hervorgeht, dass es keineswegs außergewöhnlich ist, dass Stellungnahmen ignoriert oder gar nicht mal angefragt werden⁷⁷ und dass trotzdem Sterbehilfe geleistet wird.

⁷⁶ Wie im niederländischen Sterbehilfefahren vorgesehen, wo der zu Rate gezogene Arzt selber den regionalen Sterbehilfekontrollausschüssen berichtet, siehe das niederländische Meldeformular in Anhang 1. Siehe auch den Link: <http://www.euthanasiecommissie.nl/toetsingsprocedure/uitspraken/formulieren/meldingsformulieren/verslag-melding-behandelend-arts/verslag-melding-behandelend-arts/modelverslag-behandelend-arts>.

⁷⁷ Diese Mitglieder beziehen sich auf folgende zwei Studien, auf deren Grundlage sie glauben, dass ihre spezifischen Empfehlungen im Zusammenhang mit dem Stellenwert der Stellungnahmen der zu Rate gezogenen Ärzte relevant sind. Diese Studien zeigen, dass Leichtfertigkeit bei einigen Ärzten nicht völlig undenkbar ist.

(a) Van Wesemael, Y., Cohen, J., Bilsen, J., Smets, T., Onwuteaka-Philipsen, B., Deliens, L. (2011) "Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgina act on euthanasia: a nationwide survey". *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5): 721-733. In dieser Veröffentlichung der End-of-Life-Care Forschungsgruppe werden in der Tabelle auf Seite 727 363 Fälle von Sterbehilfe beschrieben:

- in vier Fällen wurde die Sterbehilfe trotz einer negativen zweiten Stellungnahme ausgeführt;
- in vier Fällen wurde die Sterbehilfe ausgeführt, obschon der Bericht des zweiten Arztes noch nicht vorlag; und
- in 20 Fällen wurde die Sterbehilfe ausgeführt, ohne dass überhaupt ein zweiter Arzt zu Rate gezogen wurde.

Es handelt sich um eine Umfrage bei Ärzten; es ist also nicht bekannt, ob diese Fälle auch dem Föderalen Sterbehilfeprüfungs- und Bewertungsgremium gemeldet wurden (aus der Untersuchung dieser Forschungsgruppe geht hervor, dass die nicht gemeldeten Fälle durchgängig mehrere gesetzliche Bedingungen nicht erfüllten).

h. Über die Rolle des Föderalen Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremiums bei der Anwendung des Sterbehilfegesetzes (FSKB)

Einige Mitglieder betonen, dass das Föderale Sterbehilfekontroll- und Bewertungsgremium bei der Förderung von Deutlichkeit durch Transparenz eine bedeutende Rolle spielen kann. Sie empfehlen, dass das FSKB neben seinen zweijährlichen Berichten auch eine Auswahl an anonymisierten Fällen (sowohl was den Patienten als den Arzt betrifft) auf seiner Internetseite veröffentlicht, sodass sich jeder Arzt, Bürger, Entscheidungsträger usw. ein Bild von der Art und Weise machen kann, wie das Gremium in ganz bestimmten Fällen urteilt. In den Niederlanden berichten die Regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse in ihren Jahresberichten stets über anonymisierte Fälle, um Klarheit zu schaffen über die Art und Weise, wie das Gremium in bestimmten Fällen urteilt. Diese Mitglieder empfehlen, dass das FSKB jedes Jahr eine solche Zusammenfassung für ein Zehntel der gemeldeten Fälle veröffentlicht. In dieser Auswahl sollten alle im Jahresbericht angegebenen Kategorien von Erkrankungen vertreten sein, und in den einzelnen Kategorien sollte hauptsächlich über die komplizierten Fälle berichtet werden.

Diese Mitglieder empfehlen ferner, dass die Anonymität der Ärzte bei der Meldung⁷⁸ von Sterbehilfefällen aufgehoben wird, wobei jedoch die Schweigepflicht der FSKB-Mitglieder selbstverständlich beibehalten werden muss. Dieser Vorschlag stimmt mit dem niederländischen Verfahren überein: Dort verfügen alle Mitglieder der Regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse über die Namen der ausführenden und der zu Rate gezogenen Ärzte.⁷⁹

Andere Mitglieder (von denen einige Erfahrung mit der Arbeit des FSKB haben) finden, dass dieser Vorschlag in Belgien nicht umgesetzt werden kann. In den Niederlanden haben die Regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse die Möglichkeit der Einzelfallbewertung, für die sie über äußerst detaillierte und nichtanonyme Angaben der Ärzte, insbesondere über die Krankheitsgeschichte (Anamnese) des Patienten, verfügen. Das FSKB akzeptiert die Sterbehilfemeldung oder lehnt sie

Nach Meinung anderer Mitglieder geht es in diesen Fällen möglicherweise nicht um Sterbehilfe im Sinne des Gesetzes, sodass diese dem FSKB nicht gemeldet werden mussten. Jedenfalls sind dem FSKB bis dato keine Fälle gemeldet worden, bei denen die Stellungnahme des zu Rate gezogenen Arztes fehlte.

(b) Supplementary Appendix to Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *N Engl J Med* 2015;372:1179-81. DOI:10.1056/NEJMc1414527, table S1, S. 4.

(http://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMc1414527/suppl_file/nejmc1414527_appendix.pdf).

In dieser Häufigkeitsstudie wurde festgestellt, dass 2013 innerhalb von 6 Monaten in 7,4% von 349 Fällen kein zweiter Arzt zu Rate gezogen wurde (Tabelle S1, S. 3).

⁷⁸ Das Meldeformular besteht aus zwei Teilen. Teil I muss vom Arzt versiegelt werden, ist vertraulich und wird vom Arzt an das Gremium geschickt. Es kann nur nach Beschluss des Gremiums eingesehen werden. Auf keinen Fall darf sich das Gremium bei seiner Bewertung darauf stützen. Dieser Teil enthält unter anderem die Personendaten des Patienten, des (der) zu Rate gezogenen Arztes (Ärzte). (siehe Artikel 7 des Sterbehilfegesetzes).

⁷⁹ Siehe Anhang 1.

ab, begründet aber nicht ihr Urteil. Der siebte FSKB-Bericht über die Jahre 2014-2015 enthält allerdings ein besonderes Kapitel, das sich mit psychiatrischen Krankheiten und Fällen von Polypathologie befasst.

Wiederum andere Mitglieder plädieren – nach niederländischem Vorbild - für ein nicht anonyme, transparente und gut dokumentierte Berichterstattung oder Meldung aller Sterbehilfefälle an das FSKB. Eine solche Anpassung der Arbeitsweise und Verfahren des FSKB muss Teil einer gründlichen Novellierung des Sterbehilfegesetzes sein.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Baumstarck, Karine, Laurent Boyer, Mohamed Boucekine, Valérie Aghababian, Nathalie Parola, Christophe Lançon, Pascal Auquier. (2013) "Self-reported quality of life measure is reliable and valid in adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment". *Schizophrenia Research* 147: 58-67.

Bolt, Eva, Snijdewind, Marianne, Willems, Dick, van der Heide, Agnes, Onwuteaka-Philipsen, Bregje. (2015) "Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?". *Journal of Medical Ethics* online first 18 February 2015, doi: 10.1136/medethics-2014-102150.

Bourdieu, Pierre. (1999) *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge: Polity Press.

Broeckaert, Bert, Joris Gielen, Trudie Van Iersel en Stef Van den Branden. (2009) The Attitude of Flemish Palliative Care Physicians to Euthanasia and Assisted Suicide: An Empirical Study. *Ethical Perspectives* 16(3): 311-335.

Claes S., Vanbouvvel L., Haekens A., Eneman M., Otte G., De Lepeleire J., Calmeyn M., Bazan A., Lemmens W. (2015) "Euthanasia for Psychiatric Patients: Ethical and Legal Concerns about the Belgian Practice". Letter to the editor, *BMJ Open*, November 2015. (<http://bmjopen.bmj.com/letters>).

Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. (2006) "European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries". *Social Science & Medicine* 63: 743-56.

Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. (2014), "Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries". *International Journal of Public Health* 59: 143-156

Dees, Marianne, Myrra Vernooij-Dassen, Wim Dekkers, Chris van Weel (2010) "Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review". *Psycho-Oncology* 19(4): 339-52.

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2015) "Expression and granting of requests for euthanasia in Belgium, a comparison of 2007 and 2013". *JAMA Internal Medicine*, publié en ligne le 10 août 2015, doi: 10.1001/jamainternmed.2015.3982.

Greenberg, Gary. (2013) *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*. New York: Blue Rider Press.

Grisso, Thomas, Paul S. Appelbaum. (1995) "The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments". *Law and Human Behavior* 19(2): 149-74.

Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. (2009) "Nurses' Attitudes towards End-of-Life Decisions in Medical Practice: A Nationwide Study in Flanders, Belgium". *Palliative Medicine* 23: 649-58.

Joffe, W.G., J. Sandler. (1967) "On the Concept of Pain, With Special Reference to Depression and Psychogenic Pain". *Journal of Psychosomatic Research* 11: 69-75.

Kelly, Brendan D., Declan M. McLoughlin. (2002) "Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box". *The British Journal of Psychiatry* 181: 278-79.

Kissane, David W. (2012) "The Relief of Existential Suffering". *Archives of Internal Medicine* 172(19): 1501-5.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2004) *Op zoek naar normen voor het handelen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven: rapport Commissie Dijkhuis*. Utrecht: KNMG.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2011) *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht: KNMG.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG). (2016) *Zelfbeschikking rond levenseinde mag arts niet verplichten*. 5 januari. Utrecht: KNMG

Lerner B, Caplan A. (2015) "Euthanasia in Belgium and The Netherlands on a slippery slope?". *JAMA Internal Medicine* 175(10):1640-1641. doi:10.1001/jamainternmed.2015.4086

Mee, Steven, Blynn G. Bunney, Christopher Reist, Steve G. Potkin, William E. Bunney. (2006) "Psychological pain: A review of evidence". *Journal of Psychiatric Research* 40: 680-90.

Murata, Hisayuki, Tatsuya Morita. (2006) "Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project". *Palliative and Supportive Care* 4: 279-85.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009) *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: de Tijdstroom.

Onwuteaka-Philipsen, Bregje et al. (2007) *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMW, mai 2007.

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2014) "Jaarverslag 2014". Disponible sur https://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%202014%20ORTE_44502.pdf.

Schuklenk, U., van de Vathorst, S. (2015), "Treatment-resistant major depressive disorder and

assisted dying”, *Journal of Medical Ethics*, online first 2 mei 2015, doi:10.1136/medethics-2014-102458.

Szasz, Thomas. (2007) *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.

Thienpont, L, Verhofstadt, M, Van Loon, T, Distelmans, W, Audenaert, K & De Deyn, P (2015), “Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study”, *BMJ Open*, 2015:5:e007454 doi:10.1136/bmjopen-2014-007454.

Van Den Noortgate, N., Vanden Berghe, P., De Lepeleire, J., Ghijsebrechts, G., Lisaerde, J., Beyen, A., mede namens de Werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (2016) “Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen”. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 72(3):145-157.

van Tol, D., Rietjens, J., van der Heide, A. (2010) “Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners”. *Health Policy* 97: 166-172.

van Wijngaarden, Els. (2016a) *Voltooid leven: over leven en willen sterven*. Amsterdam: Atlas Contact, 202 p.

van Wijngaarden, Els. (2016b) *Ready to give up on life: a study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living*. Utrecht: University of Humanistic Studies, 303 p.

RICHTERLICHE ENTSCHEIDUNGEN

Kassationshof (2002) HR:2002:AE8772 (Brongersma)

Das Gutachten ist im verkleinerten Ausschuss 2014/1 in folgender Besetzung vorbereitet worden:

Co-Vorsitzende	Co-Berichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
Martin HIELE	Sigrid STERCKX	Dominique BRON	Paul COSYNS
Guy LEBEER	Jacqueline HERREMANS	Patrick CRAS	
		Wim DISTELMANS	
		Martine DUMONT	
		Evelyne LANGENAKEN	
		Willem LEMMENS	
		Julien LIBBRECHT	
		Dominique LOSSIGNOL	
		Jacques MACHIELS	
		Christine MATRAY	
		Dominique PIGNOLET	
		Richard REGA	
		Robert RUBENS	
		Paul VANDEN BERGHE	
		Joris VANDENBERGHE	

Mitglied des Sekretariats

Veerle Weltens

Angehörte Experten

Nele VAN DEN NOORTGATE, Prof. Dr., Geriater, UZ Gent

Herman NYS, Prof., Experte in Medizinrecht, KU LEUVEN

Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 2014/1 - Fragen, persönliche Eingaben der Ausschussmitglieder, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente - werden als Anlagen 2014/1 im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

Dieses Gutachten können Sie nachlesen auf: www.health.belgium.be/bioeth

Anlage 1

Niederlande: Model voor een verslag van de behandelend arts opgesteld aan de hand van de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 van de Nederlandse wet toetsing levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding