

Vorwort zur überarbeiteten Fassung

anlässlich der Urteile des Hohen Rats vom 21. April 2020

Grund für die Überarbeitung des SterbehilfeKodex 2018 sind die Urteile des Hohen Rats vom 21. April 2020 zu einer Meldung über Sterbehilfe bei einem Patienten mit fortgeschrittener Demenz. Die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe haben beschlossen, auf diese Urteile zu reagieren und die Abschnitte 4.1. »Schriftliche Patientenverfügung« und 4.4 »Demenzpatienten« des SterbehilfeKodex 2018 neu zu formulieren.

Darüber hinaus wurden keine weiteren Änderungen vorgenommen. Die Kommissionen planen für 2021 eine Aktualisierung des SterbehilfeKodex auf der Grundlage anderer neuer Entwicklungen und der zur aktuellen Fassung eingegangenen Kommentare. Da sie den Kodex aber möglichst rasch mit den genannten Urteilen in Einklang bringen wollten, haben sie sich für diese Zwischenlösung entschieden. Wer lieber mit der gedruckten Fassung des SterbehilfeKodex 2018 arbeitet, kann sich die Änderungen in Form von Einlegeblättern herunterladen.

Jacob Kohnstamm

Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
Den Haag, Oktober 2020

Einlegeblatt zum SterbehilfeKodex 2018 in Reaktion auf die Urteile des Hohen Rats der Niederlande vom 21. April 2020 zur Sterbehilfe bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz

4.1. Schriftliche Patientenverfügung

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz können Patienten, die diesbezüglich willensfähig sind, ab Vollendung des 16. Lebensjahres eine schriftliche Patientenverfügung verfassen und darin ein Ersuchen um Sterbehilfe formulieren (im Folgenden als »Schriftliche Patientenverfügung« bezeichnet). Ergibt sich dann später eine Situation, in der der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann (beispielsweise infolge einer fortgeschrittenen Demenz, Aphasie, verminderten Bewusstseins oder palliativer Sedierung), kann der Arzt die Patientenverfügung als Ersuchen im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a Sterbehilfegesetz werten. Die schriftliche Patientenverfügung hat damit denselben Status wie ein mündliches Ersuchen um Sterbehilfe.³⁵

Im Sterbehilfegesetz ist nicht festgelegt, dass eine einmal verfasste schriftliche Patientenverfügung nur eine bestimmte Gültigkeitsdauer hat oder regelmäßig aktualisiert werden muss. Je älter die Patientenverfügung ist, desto mehr Zweifel können sich bei der Frage ergeben, ob sie noch dem Willen des Patienten entspricht. Wenn der Patient die Verfügung aktualisiert oder nach der Niederschrift den Inhalt mündlich bekräftigt hat, hat die Verfügung einen höheren Stellenwert als in Fällen, in denen dies nicht geschehen ist. Es ist wichtig, dass der Patient darin so umfassend wie möglich beschreibt, unter welchen konkreten Umständen er die Durchführung der Lebensbeendigung wünscht. Es liegt in der Verantwortung des Patienten, die Verfügung bei der Erstellung und der Aktualisierung mit dem Arzt zu besprechen. Der Arzt muss die betreffenden Informationen in die Patientenakte aufnehmen. Eine vom Patienten selbst und in eigenen Worten verfasste Verfügung hat in der Regel eine höhere Aussagekraft als ein vorgedrucktes Formular.

Übrige Sorgfaltskriterien »gelten entsprechend«

Nach Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz gelten die in Artikel 2 Absatz 1 Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien bei Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung entsprechend. Im Sinne der Gesetzesgeschichte bedeutet dies, dass die Sorgfaltskriterien, »soweit dies in einer solchen Situation faktisch möglich ist, gelten«.³⁶ Mit anderen Worten: die Sorgfaltskriterien müssen in einer Art und Weise erfüllt sein, die der besonderen Ausprägung derartiger Fälle gerecht wird. Bei der Beurteilung der Frage, ob die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, müssen also die spezifischen Umstände der jeweiligen Situation berücksichtigt werden, beispielsweise die Tatsache, dass keine Kommunikation mit dem Patienten mehr möglich ist und dieser somit keine Fragen mehr beantworten kann. In der Regel ist es so, dass der Arzt mit dem Patienten Kontakt hatte, als dieser noch in der Lage war, seinen Willen zu äußern. Tritt dann später eine Situation ein, in der die schriftliche Patientenverfügung zum Tragen kommt, bekommen die Informationen aus den früheren mündlichen Kontakten mit dem Patienten für den Arzt besondere Relevanz.

Wenn die schriftliche Patientenverfügung die mündlich geäußerte Bitte um Sterbehilfe ersetzt, gelten die übrigen Sorgfaltskriterien entsprechend. Dazu ist allgemein Folgendes anzumerken:

a) Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat

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

³⁵ Siehe das Schreiben der Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport vom 4. Juli 2014 zur schriftlichen Patientenverfügung bei Sterbehilfe.

³⁶ So weit die Erläuterung zur Änderung des Gesetzes, mit der Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz um die Bestimmung »gelten entsprechend« ergänzt wurde (Parlamentsdrucksachen II, 26691, Nr. 35).

Darüber hinaus muss der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein, dass die aktuelle Situation des Patienten der Situation entspricht, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschrieben hat. Hierfür muss er zunächst den Inhalt der schriftlichen Patientenverfügung erfassen, also die Intention des Patienten ermitteln. Der Arzt muss nicht nur den Wortlaut des Ersuchens, sondern alle Begleitumstände des Falls in seine Erwägungen mit einbeziehen. Bei der Interpretation der schriftlichen Patientenverfügung besteht also ein gewisser Spielraum.

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

Der Arzt muss auf Äußerungen achten, die dem Wunsch nach Sterbehilfe entgegenstehen könnten, z. B. verbale Äußerungen oder ein bestimmtes Verhalten des Patienten. Der Arzt muss beurteilen, ob derartige Äußerungen der Durchführung der Sterbehilfe entgegenstehen. Entsprechende Äußerungen aus der Zeit, als der Patient seinen Willen noch äußern konnte, können als Rücknahme oder Änderung der früher verfassten schriftlichen Patientenverfügung aufgefasst werden. Darum kann in einem solchen Fall keine Sterbehilfe geleistet werden. Abweichende Äußerungen des Patienten aus der Zeit, als er seinen Willen (beispielsweise infolge fortgeschrittener Demenz) nicht mehr zu äußern vermochte, können nicht mehr als Rücknahme oder Änderung der früheren schriftlichen Patientenverfügung interpretiert werden. Sie können jedoch, in Verbindung mit dem klinischen Gesamtzustand und dem Verhalten des Patienten, für die Beurteilung seines aktuellen körperlichen und geistigen Zustandes relevant sein. Diese Beurteilung ist auch im Zusammenhang mit der Beantwortung der Frage relevant, ob der Patient unerträglich leidet.

Der Arzt ist nicht verpflichtet, Informationen über einen aktuellen Lebens- oder Sterbewunsch eines Patienten einzuholen, der nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Dies wäre eine Forderung, die im Gesetz nicht vorgesehen ist. Die besondere Lage eines Patienten, der seinen Willen nicht mehr mitteilen kann, hat zur Folge, dass eine mündliche Überprüfung seines Leidens und Sterbehilfewunsches nicht möglich ist. Die Forderung, den Sterbehilfewunsch zu überprüfen, würde die schriftliche Patientenverfügung entwerten, die genau für die Situation gedacht ist, in der ihr Verfasser nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

b) Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass das Leiden des Patienten unerträglich war und dass für den Patienten keine Aussicht auf Besserung bestand.

Zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe muss eine Situation gegeben sein, in der davon ausgegangen werden muss, dass das Leiden des Patienten unerträglich ist.³⁷ Dabei kann ein zu diesem Zeitpunkt unerträgliches körperliches Leiden vorliegen. Das Leiden kann zu diesem Zeitpunkt aber auch unerträglich sein, weil sich der Patient in jener Situation befindet, die er in seiner schriftlichen Patientenverfügung als (zu erwartendes) unerträgliches Leiden beschrieben hat. Allerdings ist die Tatsache, dass der Patient sich in der in seiner schriftlichen Patientenverfügung beschriebenen Lage befindet, kein hinreichender Grund für die Schlussfolgerung, dass der Patient zum aktuellen Zeitpunkt unerträglich leidet. Der Arzt muss immer sorgfältig überprüfen und nachvollziehbar zu dem Schluss kommen, dass das Leiden des Patienten aktuell tatsächlich unerträglich ist. Der Arzt kann sich hierbei auf die eigene Beurteilung der Krankenakte und die konkrete Situation des Patienten stützen, Rücksprache mit anderen Betreuern halten, die den Patienten behandeln oder behandelt haben, sowie die Familie und dem Patienten nahestehende Personen konsultieren. Ist der Arzt nicht zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient unerträglich leidet, kann dem Wunsch nach Sterbehilfe nicht entsprochen werden.

³⁷ Es gibt auch eine Ausnahme vom Grundsatz, dass der Patient Leiden empfinden muss, siehe hierzu Abschnitt 4.7.

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

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

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

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

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

e) Hinzuziehung mindestens eines anderen, unabhängigen Arztes, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat.

Diese Anforderung gilt unvermindert für den Fall der Durchführung der Sterbehilfe bei einem Patienten, der nicht mehr willensfähig ist. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der Konsiliararzt den Patienten persönlich aufsucht. Dies ist auch in einer solchen Situation möglich. Dabei wird zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten keine oder nur eine sehr eingeschränkte Kommunikation möglich sein. Dies hat zur Folge, dass der Konsiliararzt, neben seinen eigenen Beobachtungen, auch Informationen des Arztes und aus anderen Quellen heranziehen muss, damit er sich ein Urteil bilden und einen Bericht verfassen kann. Dabei kann es sich um die Patientenakte und mündliche Informationen des Arztes handeln, um Facharztberichte, den Inhalt der Patientenverfügung und um Gespräche mit den Pflegekräften und/oder den Angehörigen. Der Umstand, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, wird in der Regel dazu führen, dass ein zweiter unabhängiger Arzt mit besonderer Sachkenntnis auf diesem Gebiet hinzugezogen wird (z. B. ein Geriater, ein Facharzt für Altersmedizin oder ein Facharzt Innere Medizin und Geriatrie). Dieser Facharzt muss – gegebenenfalls auf der Grundlage eigener Untersuchungen – die Willensfähigkeit des Patienten, die Unerträglichkeit seines Leidens und die Aussichtslosigkeit seines Zustands sowie mögliche vertretbare Alternativen beurteilen. Natürlich gibt der Arzt dem Konsiliararzt und dem Facharzt die Möglichkeit, sich zu der Art und Weise der konkreten Durchführung der Sterbehilfe durch den Arzt zu äußern. Sollte der Kontakt mit einem Konsiliararzt und einem Facharzt zu einer übermäßigen Belastung des Patienten führen, ist es zulässig, sich auf die Hinzuziehung eines (SCEN-)Konsiliararztes mit einschlägiger Fachkompetenz zu beschränken.

> *Siehe auch Abschnitt 3.6 und Abschnitt 4.7.*

f) Medizinisch fachgerechte Durchführung

Teil der medizinisch fachgerechten Durchführung der Sterbehilfe ist ihre Vorbereitung und die Durchführung unter Berücksichtigung eines möglichen irrationalen oder unvorhersehbaren Verhaltens des Patienten. Die Durchführung der Sterbehilfe sollte den Patienten so wenig wie möglich belasten. Wenn es bei einem Patienten, der seinen Willen nicht mehr äußern kann, Anzeichen dafür gibt, dass die Durchführung der Sterbehilfe bei ihm Unruhe, Erregung oder Aggressionen auslösen wird, kann der Arzt unter Berücksichtigung der von ihm einzuhaltenden medizinischen Standards zu dem Schluss kommen, dass die Verabreichung einer Prämedikation angezeigt ist. Ist zwischen dem Arzt und dem Patienten aufgrund der Situation, in der sich der Patient befindet, keine sinnvolle Kommunikation mehr möglich, braucht der Arzt den Zeitpunkt und die Art der Durchführung der Sterbehilfe nicht mit dem Patienten zu besprechen. Ein solches Gespräch wäre nicht nur sinnlos, weil ihm ein solcher Patient nicht folgen könnte, es könnte bei dem Patienten möglicherweise sogar Unruhe und Erregung auslösen.

- > *Siehe auch Abschnitt 4.4, Demenzpatienten.*
- > *Siehe auch Abschnitt 4.6, Patienten mit Aphasie.*
- > *Siehe auch Abschnitt 4.7, Koma/vermindertes Bewusstsein.*
- > *Siehe auch Abschnitt 4.8, Sterbehilfe und palliative Sedierung.*

SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG: BESONDERE ASPEKTE

- * Ist der Patient nicht mehr in der Lage, einen relevanten Willen zu bilden und zu äußern?
- * War der Patient in dieser Frage willensfähig, als er seinen Wunsch nach Sterbehilfe in seiner schriftlichen Patientenverfügung niederlegte?
- * Wurden die Sorgfaltskriterien eingehalten, soweit dies in der jeweiligen Situation faktisch möglich war? Die Sorgfaltskriterien müssen in einer den besonderen Umständen des Falles angemessenen Art und Weise eingehalten werden.
- * Der Arzt ist nicht zu einer Verifizierung des aktuellen Sterbewunschs des Patienten verpflichtet.
- * Entspricht die aktuelle Situation des Patienten der in seiner schriftlichen Patientenverfügung festgehaltenen Situation? Bei der Auslegung der schriftlichen Patientenverfügung ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu eruieren.
- * Gibt es abweichende Äußerungen zu der schriftlichen Patientenverfügung, die der Durchführung der Sterbehilfe im Weg stehen?
- * Liegt ein aktuelles unerträgliches Leiden vor?
- * Wurde neben dem Konsiliararzt ein Facharzt hinzugezogen?
- * Empfiehlt sich die Verabreichung einer Prämedikation? Ist zwischen dem Arzt und dem Patienten aufgrund der Situation, in der sich der Patient befindet, keine sinnvolle Kommunikation mehr möglich, braucht der Arzt die Art der Durchführung der Sterbehilfe (einschließlich der Verabreichung einer Prämedikation) nicht mit dem Patienten zu besprechen.

4.4. DEMENZPATIENTEN

Auch bei Patienten mit Demenz muss die Einhaltung der gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien, insbesondere mit Blick auf die Willensfähigkeit und die Unerträglichkeit des Leidens, mit besonderer Umsicht geprüft werden. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf nimmt bei Demenzpatienten die Willensfähigkeit ab und ist nach einiger Zeit möglicherweise überhaupt nicht mehr gegeben.

Patient ist noch willensfähig

In fast allen derartigen Fällen, die den Kommissionen bisher gemeldet wurden, ging es um Patienten, die sich über ihre Krankheit noch hinreichend im Klaren und mit Blick auf ihr Sterbehilfeersuchen willensfähig waren. Ausschlaggebend für das Leiden dieser Patienten ist, neben dem aktuellen Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten und Funktionen, häufig auch die Angst vor einer weiteren Verschlechterung und den damit verbundenen negativen Auswirkungen insbesondere auf ihre Würde und Eigenständigkeit (siehe auch Abschnitt 3.3). Dabei geht es um die Wahrnehmung des immer weiter fortschreitenden Verlustes der Persönlichkeit, von Funktionen und Fähigkeiten sowie um die Erkenntnis, dass sich dieser Prozess stetig fortsetzen wird. Diese Aussichten können großes, aktuell empfundenes Leiden verursachen.

Ist ein Demenzpatient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens noch willensfähig, genügt im allgemeinen das reguläre Konsultationsverfahren. Allerdings muss dafür die Diagnose Demenz *lege artis* gestellt worden sein. Wenn es Zweifel an der Willensfähigkeit eines Patienten gibt, sollte der Arzt gezielt einen in diesem Bereich sachkundigen Kollegen um eine Stellungnahme bitten.

Patient ist nicht mehr willensfähig

In der Spätphase der Demenz, in der der Patient hinsichtlich seines Sterbehilfeersuchens nicht mehr als willensfähig betrachtet werden kann, ist die Durchführung der Sterbehilfe in den Fällen möglich, in denen der Patient, als er noch willensfähig war, eine schriftliche Patientenverfügung verfasst hat, in der er ein Sterbehilfeersuchen niedergelegt hat.⁴²

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

DEMENTZPATIENTEN: BESONDERE ASPEKTE

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

⁴² In derartigen Fällen bitten die Kontrollkommissionen den Arzt grundsätzlich um eine mündliche Erläuterung.