

Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Sterbehilfe

Geschichte

= Begriff als Euphemismus für das gute Sterben der so anfangs zwar existierte aber nicht genutzt wurde.

Antike

- Selbsttötung prinzipiell gesellschaftlich nicht stigmatisiert, in einigen Fällen der Versuch aber strafrechtlich verfolgt, und es bestand ein Diskurs über das Thema
- Das Leben in der Jugend als das gute Leben
- Verschiedene Arten des Guten Todes: der leichte Tod, der schnelle Tod, der rechtzeitige Tod, der Tod im übervollen Lebensgenuss, der würdige Tod
- Ärzte behandelten keine Sterbenden, da sie zur Heilung berufen waren

Mittelalter und frühe Neuzeit

- Im Judentum und Christentum war die Beihilfe zur Selbsttötung und die Selbsttötung verboten
- Selbsttötung als Stigma
- Ars morendi als Sterbekunst die dem Sterbenden zu einer glücklichen Sterbestunde verhelfen sollte
- das erleichterte Sterben durch Gabe von beispielsweise schmerzlindernden Mitteln wird ab dem 18. Jahrhundert stärker diskutiert

Zweite Hälfte der 19. Jahrhunderts und NS-Zeit

- grundsätzliche Einstellung änderte sich trotz vielfacher Diskussion nicht, allerdings Entwicklung hin zu Sozialdarwinismus, Rassenhygiene und Eugenik
- In der NS-Zeit: Euthanasie als verschönerter Begriff der massenhaften Vernichtung „unlebenswerten Lebens“

Formen

Euthanasie (griech.: „guter Tod“)
wird in der deutschsprachigen Diskussion um Sterbehilfe vermieden, wohl bedingt durch die Prägung und den Gebrauch dieses Begriffs in der NS Zeit.

Passive Sterbehilfe Das Einstellen oder Nichtergreifen von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden (z.B. Verzicht auf Wiederbelebung); das Sterben wird zugelassen.

Indirekte Sterbehilfe Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden, die Leid mindern sollen und bei denen als unbeabsichtigte Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird (z.B. der Einsatz hoch dosierter Schmerzmittel).
Behandlungsziel ist das Lindern von Leid.

Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)

Medizinische Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden, die den Tod vorzeitig herbeiführen sollen (z.B. das Verabreichen von Gift). Ziel ist die Lebensbeendigung.

→ es werden also lebensverkürzende Maßnahmen aufgrund des tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches einer Person durchgeführt.

Freiwillige Sterbehilfe Der Patient stimmt der Sterbehilfemaßnahme bewusst und ohne jeglichen Zwang zu.

Nicht-freiwillige Sterbehilfe Der Patient ist nicht einwilligungsfähig. Ein Vertreter muss an seiner Stelle in seinem Sinne für ihn entscheiden;

→ der mutmaßliche Wille des Patienten muss ermittelt werden.

Unfreiwillige Sterbehilfe Die Sterbehilfemaßnahme erfolgt ohne Berücksichtigung oder gegen den Willen des Patienten.

Beihilfe zur Selbsttötung Einem Schwerkranken wird auf dessen ausdrücklichen Wunsch die Möglichkeit gegeben, sich selbst das Leben zu nehmen (bspw. durch die Bereitstellung von Gift). Die „Tatherrschaft“ liegt beim Kranken.

Recht

Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland ist gegenwärtig nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt, sondern wird durch die Rechtsprechung und durch berufsständische Vorgaben festgelegt.

Passive und indirekte Sterbehilfe sind unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt:

- Erklärung oder mutmaßlicher Wille des einwilligungsfähigen Patienten
- Sterbevorgang des Patienten muss bereits eingesetzt haben oder die Erkrankung sich im Endstadium befinden

Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) ist unter keinen Umständen erlaubt und wird laut Strafgesetzbuch mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahre geahndet (§ 216, StGB).

Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ist höchst umstritten, allerdings straffrei.

Patientenautonomie

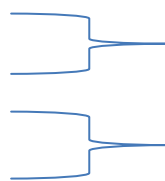
- Würde = hohes ethisches Gut
- „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ → Artikel 1 Absatz 1 GG
- Begriff hat mehrere Bedeutungen
 - 1. *Wesensmerkmal* eines Menschen
 - 2. Sittliche Qualität einer Handlung
- Würde eng mit selbstbestimmten Handeln verbunden
- Arzt-Patient-Beziehung:

Paternalistisch

Informativ

Interpretativ

Deliberativ



Entscheidung über medizinische

Maßnahmen nur von einer Person getroffen

Interaktion zwischen

Arzt und Patienten

- Arzt-Patient-Beziehung durch dritte Dimension wie Pflegende oder Angehörige dynamisiert
- Bei einwilligungsfähigen Personen:
 - wichtiger ethischer Handlungsmaßstab = Informed Consent → ermittelt erklärten Willen
 - Voraussetzungen:
 - Kompetenz
 - Freiwilligkeit
 - Informiertheit
 - Einwilligung
- Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten mit fehlendem erklärten Willen → mutmaßlicher Patientenwille ermittelt oder Patientenverfügung beachtet
 - **Patientenverfügung** = schriftliche oder mündliche Willensbekundung des einwilligungsfähigen Verfügenden über Behandlungswünsche
 - **Vorsorgevollmacht** = in Notfallsituation sofort wirksame Vollmacht bezogen auf persönliche sowie gesundheitliche Angelegenheiten
 - **Betreuungsverfügung** = für Vormundschaftsgericht bestimmte, verbindliche Benennung einer dritten Person → bei Eintritt der Betreuungsbedürftigkeit als Betreuer bestellt
- Patientenverfügung in Kombination mit Vorsorgevollmacht + Betreuungsverfügung = beste und weitestreichende Regelung, um Autonomie des ehemals einwilligungsfähigen Patienten zu gewährleisten
- Gesprächsprozess zwischen Arzt und Patient + Einbezug der Angehörigen = wichtigste Voraussetzungen zur Wahrung der Autonomie und Würde am Lebensende

Sterbebegleitung

= medizinische und pflegerische Maßnahmen zur Leidminderung und Begleitung von Sterbenden in deren letzter Lebensphase zur Wahrung von Autonomie und Würde

Ziele Leidminderung, Unterstützung der Angehörigen, Erhalt einer maximal möglichen Lebensqualität, Ermöglichung Verbleib in häuslicher Umgebung, interdisziplinäre Betreuung

Palliativmedizin

→ lat. *pallium* = Mantel, *palliare* = lindern

= medizinische und pflegerische Maßnahmen, die nur gegen Symptome und Schmerz, nicht gegen Ursachen wirken

- palliative Therapie, Palliativstationen innerhalb des Krankenhauses, Fachpersonal, interdisziplinäre Zusammenarbeit

Geschichte Steigende Bedeutung „Palliativa“ ab Ende 16. Jhd
18./19. Jhd: „Euthanasia“, als eigenständiges Feld medizinischer und pflegerischer Behandlung Sterbender (↔ MA: Hospital)
1969: ambulante Versorgungsdienste, Beginn stationärer Arbeit
1983: erste deutsche „Station für palliative Therapie“ Uniklinik Köln

Hospiz

= unabhängige, eigenständige Einrichtung zur Betreuung von Sterbenden und (trauernden) Angehörigen

- interdisziplinäre Zusammenarbeit, Fach- und ehrenamtliches Personal

Stationär Schmerztherapie und Symptomkontrolle

Ambulant Unterstützung der häuslichen Pflege durch Angehörige, Beratung

Daten

	PM	Hospiz(ambulant)	Betten
1993	11	21 (81)	297
2004	106	129 (703)	2034

→ 1999: 1. Lehrstuhl Aachen -> 2006: 5

→ PM und HB als Lehrinhalte ²/3 aller med. Ausbildungen

→ Wissen über Leidminderung, Symptomkontrolle und SB *hemmt* Befürwortung akt. SH |

→ 90% d. Sterbenden sterben Schmerz- und Symptomfrei

In Würde sterben

- 1) Einrichtung einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung
- 2) Förderung der persönlichen SB durch Angehörige
- 3) Förderung der seelsorgerlichen SB durch die Kirche
- 4) Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen durch den Staat
- 5) Einrichtung flächendeckender palliativmedizinischer Konsiliardienste
- 6) Palliativmedizin und Schmerztherapie in Aus- und Fortbildung

Quellen

- Benzenhöfer, U.: Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München 1999
- Schniedebach, H.-P., Woellert, K.: Sterbehilfe, Stuttgart 2008
- Heil, Christiane: Sterbehilfe in Amerika. Ein tödliches Medikament für die Würde. Frankfurter Allgemeine, 02.11.2014.
(http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/brittany-maynard-und-die-debatte-ueber-sterbehilfe-in-amerika-13243768.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2, Stand: 23.01)
- Oduncu, Fuat S. (2007): In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Göttingen.