

AUS DER ABTEILUNG
FÜR
NUKLEARMEDIZIN
UNIV.-PROF. DR. DIRK HELLWIG
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE

EINE ERHEBUNG DER ÄRZTLICHEN EINSTELLUNG ZUR STERBEBEGLEITUNG
UND STERBEHILFE

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Dr. phil. Dipl.-Psych. Irmgard Maria Sieber

2017

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: PD Dr. Jörg Marienhagen

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Bein

Tag der mündlichen Prüfung: 1. Februar 2018

FÜR MEINEN VATER

*Guerir – quelquefois,
soulager – souvent,
consoler – toujours.*

*Heilen – manchmal,
Lindern – oft,
Trösten – immer.*

(französisches Sprichwort aus dem 16. Jahrhundert)

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung: Medizinische Entscheidungen am Lebensende	8
1	Grundlagen zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung.....	12
1.1	Begriffsklärung: Was versteht man unter Sterbehilfe?.....	12
1.2	Versuch einer Abgrenzung: Euthanasie oder Sterbehilfe?	14
1.3	Formen der Sterbehilfe	16
1.3.1	Passive Sterbehilfe – Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen	18
1.3.2	Indirekte Sterbehilfe	26
1.3.3	Aktive Sterbehilfe	28
1.3.4	Hilfe zur Selbsttötung oder ärztliche Beihilfe zum Suizid	29
1.3.5	Ein dritter Weg RAHME	32
1.3.5.1	Sterbebegleitung	33
1.3.5.2	Das Konzept der Palliativmedizin – eine Alternative zur Sterbehilfe?.....	34
1.4	Die Rechtslage zur Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern	38
1.4.1	Die niederländische Rechtslage zur Sterbehilfe	39
1.4.2	Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland	41
1.4.2.1	Aktive Sterbehilfe	41
1.4.2.2	Indirekte Sterbehilfe.....	42
1.4.2.3	Beihilfe zum Suizid.....	42
1.4.2.4	Passive Sterbehilfe	44
1.4.2.4.1	Patient im Sterbeprozess	44
1.4.2.4.2	Patient mit schwerer Grunderkrankung	44
1.4.2.5	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Ärzteschaft in Deutschland..	46
1.4.3	Die Rechtslage zur Sterbehilfe in der Schweiz.....	48
1.4.3.1	Vorsätzliche Tötung.....	48
1.4.3.1.1	direkte aktive Sterbehilfe	48
1.4.3.1.2	indirekte aktive Sterbehilfe	49
1.4.3.2	Passive Sterbehilfe	49
1.4.3.3	Tötung auf Verlangen	50
1.4.3.4	Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord.....	50

1.5	Deutsche Studien zum Thema ärztliche Einstellungen zur Sterbehilfe	52
1.5.1	Ärztliche Handlungsformen und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland	52
1.5.2	Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte	53
1.5.3	Einstellung zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten.....	53
1.5.4	Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens	54
1.5.5	Eine alternative zur aktiven Euthanasie	57
1.5.6	Empirische Erhebung von Beurteilungen und Einstellungen deutscher Allgemeinärzte zur Sterbehilfe	59
1.5.7	Aktive Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten.....	61
1.5.8	Einstellung der Ärzte zur Suizidhilfe	62
1.5.9	Einstellung zur Sterbehilfe und Patientenverfügung der Ärzte	64
1.5.10	Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende	66
1.5.11	Medizinethische Kenntnisse und moralische Positionen von Ärzten aus Bayern	68
1.5.12	Umgang mit Patientenverfügungen. Sichtweisen leitender Intensivmediziner Ärzte ..	70
1.5.13	Zusammenfassung und Resümee der bisherigen Studien	72
2	Fragestellungen.....	74
3	Methoden.....	76
3.1	Beschreibung der Stichprobe	76
3.2	Beschreibung des Fragebogens	80
3.3	Auswertungsmethoden	84
4	Ergebnisse.....	85
4.1	Allgemeine Fragen zu Sterben und Sterbehilfe	85
4.2	Einschätzung der aktiven Sterbehilfe	87
4.3	Deskriptive Auswertung der Fallbeispiele.....	93
4.3.1	Fallbeispiel 1 - Plasmozytom.....	93
4.3.2	Fallbeispiel 2 - Malignes Melanom	94
4.3.3	Fallbeispiel 3 - Prostatakarzinom	95
4.3.4	Fallbeispiel 4 - Mammakarzinom	96
4.4	Einflussfaktoren auf die Antworttendenzen der Ärzte aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zu akzeptieren.....	97
4.4.1	Alter	97
4.4.2	Geschlecht.....	98
4.4.3	Religion	98
4.4.4	Kinder	100

4.4.5	Fachbereich.....	100
4.4.6	Nachfragen hinsichtlich eines lebensbeendenden Medikaments.....	101
4.4.7	Patientenverfügung.....	101
4.4.8	Bekanntheit der Grundsätze zur ärztlichen Sterbehilfe	101
4.4.9	Tätigkeitsdauer des Arztes.....	101
4.5	Einflussfaktoren bei der Einschätzung der Sterbehilfe in drei verschiedenen europäischen Ländern	102
4.5.1	Niederländisches Modell	102
4.5.2	Schweizer Modell	105
4.5.3	Gesetzeslage in Deutschland	109
5	Diskussion	114
5.1	Operationalisierung bzw. Quantifizierung von Sterbehilfe	114
5.2	Stichprobe und Repräsentativität.....	115
5.3	Konfrontation und Beschäftigung mit dem Tod als Mediziner	116
5.4	Thematisierung von Sterbehilfe in der medizinischen Ausbildung.....	118
5.5	Wissen um gesetzliche Grundlagen und Grundsätze der Bundesärztekammer.....	119
5.6	Einstellung zur aktiven Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid.....	120
5.7	Ärztliches Handeln am Lebensende	123
5.8	Konfrontation der Ärzte mit Fallbeispielen.....	125
5.9	Einflussfaktoren auf die Antworttendenzen der Ärzte hinsichtlich genereller Einstellung zur aktiven Sterbehilfe.....	127
5.10	Einflussfaktoren bei der Einschätzung der Sterbehilfe in den Ländern: Schweiz, Niederlande und Deutschland.....	129
5.11	Ausblick.....	130
6	Zusammenfassung	133
7	Literaturverzeichnis	135
8	Anhang	143
	Danksagung/Lebenslauf	155

0 Einleitung: Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Der Umgang mit Sterben und Tod scheint sich über die Zeit stark zu verändern. Wo früher noch von einem selbstverständlichen Sterben gesprochen wurde, steht heute ein kontrolliertes Sterben im Vordergrund.

(Kovacevic/Bartsch, 2017, S. 1)

In der modernen Intensivmedizin mit zunehmender Verfügbarkeit von lebenserhaltenden Therapiemöglichkeiten wächst die Bedeutsamkeit von ärztlichen Entscheidungen am Lebensende. Durch eine zunehmend alternde und wertplurale Gesellschaft und den gewandelten Rahmenbedingungen des Sterbens gewinnt das Thema Sterbehilfe an gesellschaftspolitischer Brisanz. Die anhaltend kontroverse Diskussion darüber, was man unter menschenwürdigem Sterben zu verstehen hat, wird gegenwärtig sowohl in Fachkreisen, als auch in der Öffentlichkeit intensiv geführt (Zieger et al., 2002, Schork, 2008, Simon, 2007, Habicht, 2009, Grübler, 2011, Stiel et al., 2011, Borasio, 2014, Richter-Kuhlmann, 2015, Gottschling, 2017).

Bereits in der Antike wurden wesentliche Argumente zum Thema Hilfe beim Sterben und Hilfe zum Sterben ausgetauscht. Über Jahrhunderte hinweg war es ein unantastbarer Grundsatz des Arztberufes, keine aktive Sterbehilfe zu leisten (Willis et al., 2003). Vor allem aber auch das gewachsene Bewusstsein für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, die „Patientenautonomie“ rückt die Diskussion über ein würdiges Sterben in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses (Schildmann et al., 2004, Klinkhammer/Richter-Kuhlmann, 2015). Die Position zur ärztlichen Sterbehilfe und die Haltung zur Patientenautonomie am Lebensende gewinnt als Bestandteil der ärztlichen Berufsethik ständig an Bedeutsamkeit (Maio, 2001, Zieger et al., 2002, Schröder et al., 2007, Gottschling, 2017).

Sterbende Menschen brauchen nicht nur qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Betreuung, sondern auch menschliche Zuwendung, die dem existenziellen Verlust des Sterbenden gerecht wird. Angesichts des soziodemographischen Wandels mit Zunahme chronischer und nicht heilbarer Krankheiten ist eine *„wachsende Zahl von nicht kurativ behandelbaren Schmerzpatienten zu erwarten. Diese Kranken leiden an oft unerträglichen Schmerzen, oft mit dem Gefühl der Vernichtung und vegetativen Symptomen wie Übelkeit und Ersticken-gefühl. Es quält sie oft die Angst vor Schmerzen, vor Siechtum, vor dem körperlich und seelisch grauenvollen Lebensende. Hier ist intensive Symptomtherapie gefordert.“* (Gahl/Kintzi, 2002, S. 867).

Auch der enorme wissenschaftliche und technische Fortschritt der modernen Medizin macht es möglich, menschliches Leben unter künstlicher Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des Organismus *„weit über die traditionell als natürlich empfundene Grenze hinaus zu verlängern“*

(Thias, 2004, S. 23). Gottschling (2017) betont in seinem Buch „Leben bis zuletzt“, dass die Patienten im deutschen Gesundheitssystem gelernt haben, *„dass nicht sie, sondern ihre Erkrankung im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen steht. Daher ist der Moment, in dem die erkrankungsgerichteten Therapien nicht mehr sinnvoll erscheinen, der Moment des gefürchteten Fürsorgeabbruchs und darum ist das Bitten nach weiterer Diagnostik und das Flehen nach dem nächsten Behandlungsversuch ein Stück weit die Folge des Erlebnisses, dass Patienten sich von Ärzten als Erkrankte und nicht als Menschen behandelt fühlen“* (Gottschling, 2017, S. 86). Weiterhin betont Gottschling, dass es in Fachkreisen zu einem ganz gehörigen Umdenkungsprozess kommt. So wird immer häufiger so früh wie möglich die Integration von Palliativversorgung für Menschen mit potentiell lebensbegrenzenden Erkrankungen gefordert. Der Palliativmediziner sollte demnach als Spezialist für Lebensqualität verstanden werden und den Patienten so intensiv wie möglich begleiten und unterstützen (Gottschling, 2017). Eine stärkere Gewichtung der Lebensqualität tritt an die Position der Lebenserhaltung um jeden Preis. Die Sterbebegleitung gehört zu den wesentlichen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben.

Die Frage der Zulässigkeit von Sterbehilfe-Maßnahmen wird schon seit längerer Zeit in medizinischen, religiösen, philosophischen und juristischen Kreisen kontrovers diskutiert (Kovacevic/Bartsch, 2017). Die öffentliche Diskussion erörtert die Problematik am Lebensende von Formen aktiver Sterbehilfe bis hin zu Aspekten ambulanter oder stationärer palliativmedizinischer Einrichtungen oder Hospizen zur Sterbebegleitung. Durch die weitgehende Legalisierung ärztlicher Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden und die vergleichbaren Tendenzen in anderen europäischen Ländern wird weiterhin über die Sterbehilfe umstritten diskutiert und ist in Deutschland von einer zunehmenden Polarisierung gekennzeichnet (Csef/Heindl, 1998; Maio, 2001). Die in der Schweiz weltweit einmalige Praxis der organisierten Suizidbeihilfe hat in den anderen europäischen Ländern für Aufsehen gesorgt, was zum häufig verwendeten Begriff des Sterbe- bzw. Suizidtourismus geführt hat (Gauthier et al., 2015). So wurde in Deutschland die Beihilfe zum Suizid im November 2015 nach intensiver Debatte neu geregelt. Der Bundestag entschied damals über einen fraktionsübergreifend initiierten Gesetzesentwurf. Darin wurde die geschäftsmäßige (bzw. gewerbsmäßige) Suizidhilfe unter Strafe gestellt und ein entsprechender Paragraph im Strafgesetzbuch geschaffen (Richter-Kuhlmann, 2017). Darin betroffen sind Vereine, Organisationen und Einzelpersonen, die mit gewerbsmäßiger Absicht Suizidassistenten anbieten, so wie es beispielsweise in der Schweiz üblich ist. Ihnen droht bei einer Verurteilung eine Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren. Denn wer ein kommerzielles Interesse an der Selbsttötung anderer Menschen hat, beeinflusst diese möglicherweise in ihrer Entscheidungsfindung einseitig. Hier wollte man die Entwicklung der Beihilfe zum Suizid

zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung verhindern. Angehörige oder dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die im Einzelfall handeln, sind hingegen von der Strafandrohung ausgenommen. Eine Entscheidung, um die die Parlamentarier lange gerungen haben und die weiterhin strittig ist. Ziel des Gesetzes war klar: Die von Angehörigen, Nahestehenden, Ärzten und Sterbehilfsorganisationen geleistete Hilfe zur Selbsttötung bzw. der assistierte Suizid sollten weiterhin straflos gelassen werden.

Immer noch herrscht in Deutschland unter den Ärzten¹ und Patienten eine große Rechtsunsicherheit und so führt die *„daraus resultierende Angst vieler Ärzte vor strafrechtlicher Verfolgung ... nicht selten zu extensiver Rechtfertigungsmedizin und unzureichender Leidensminderung, und sie beeinträchtigt die Patientenautonomie und verantwortliche ärztliche Entscheidungen“* (Schöch, 2007, S. 954). Viele Ärzte fragen sich, ob nicht doch medizinethische und rechtliche Prinzipien verletzt werden, wenn nicht alle Möglichkeiten der modernen Medizin ausgeschöpft werden und Anwendung bei schwerstkranken und sogar sterbenden Patienten finden (Müller-Busch et al., 2004). Man fordert daher nicht zu Unrecht eine verbesserte gesetzliche Regelung aller strafrechtlichen Probleme der Sterbebegleitung. Der medizinisch-technische Fortschritt führt nach Quante (1998, S. 208) dazu, *„dass es immer häufiger Lebensumstände gibt, in denen Lebensverlängerung und Lebensqualität auseinandertreten und sich die Frage nach den Grenzen der Apparatedizin und das Bedürfnis nach Neudefinition der Funktion ärztlichen Handelns einstellt“*. Ärzte nehmen beim Sterbevorgang des Patienten eine Schlüsselrolle ein. In diesen Grenzsituationen sind grundlegende Werte ärztlichen Handelns zu wahren. Dabei dienen standesethische Prinzipien neben Richtlinien und rechtlichen Gesetzestexten zur Grundlage einer angemessenen therapeutischen Entscheidung (Wandrowski et al., 2012). Ärzte werden in ihrem klinischen Alltag immer wieder mit der Bitte von Patienten und Angehörigen nach aktiver Sterbehilfe konfrontiert (Maio, 2001; Willis et al., 2003, Harfst, 2004). *„Der Ruf nach ärztlicher Sterbehilfe wird vor allem immer dann laut “wenn die kurative Behandlung einer Krankheit ausgeschöpft ist und der Patient sich in einer letzten und leidvollen Phase seines Lebens befindet“* (Oduncu/Eisenmenger, 2002, S 327). Es stellen sich hierzu folgende Fragen: Sind Ärzte den Entscheidungen am Lebensende gewachsen? Werden sie in ihrer Ausbildung ausreichend darauf vorbereitet? Wie wollen Ärzte ihrem ärztlichen Berufsethos nach handeln? Ärzte und Pflegende, die Sterbende begleiten, sind auf qualifizierte medizinethische Aus- und Weiterbildung angewiesen. Weder in der Ausbildung der Studenten noch in der Facharztausbildung findet bisher die Problematik der Sterbehilfen erforderliche

¹ Bei gemischtgeschlechtlichen Gruppen wird aus Gründen der gebotenen Lesbarkeit und Kürze nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets jedoch beide Geschlechter.

Berücksichtigung (Wünsch et al, 2001, Willis et al., 2003, Weber et al., 2004, Stiel et al., 2011). Bei Medizinstudierenden und Ärzten lassen sich mangelhafte Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen als Hinweis dafür werten, „*dass dieses Wissen in der medizinischen Ausbildung bislang nicht ausreichend vermittelt wird*“ (Schildmann et al., 2004, S. 129).

Die Palliativmedizin als auch die Schmerztherapie sind erst seit kurzem Bestandteil des Medizinstudiums. Ein Wissenszuwachs ist also erst in einigen Jahren zu erwarten, wenn die Studenten von heute in Entscheidungspositionen kommen (Gottschling, 2017). Weiterhin haben internationale Studien gezeigt, dass britische Ärzte im Verlauf ihres Studiums Lehrveranstaltungen zum Thema Ethik und Recht in der Medizin belegen und sich der Kenntnisstand dadurch positiv beeinflussen lässt (Schildmann et al, 2004).

Ziel der vorliegenden Pilot-Studie ist es, Einstellungen der Ärzte zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung zu untersuchen, sie über vorhandene Kenntnisse zu rechtlichen Grundlagen und ihrer ethischen Bewertung von Entscheidungen am Lebensende zu befragen. Dabei wurde zur Erhebung der Einstellung der Ärzte zur Sterbehilfe ein Fragebogen elaboriert.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut: In Kapitel 1 wird zunächst allgemein auf das Konstrukt Sterbehilfe und dessen vorliegende Theorien eingegangen. Zuerst wird diskutiert, was man unter Sterbehilfe zu verstehen hat und welche Konsequenzen sich daraus für den Arzt ergeben. Daran schließt sich die Vorstellung bereits durchgeführter Studien an, die die Einstellung der Ärzte zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung analysieren. In Kapitel 2 werden die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dargestellt. In Kapitel 3 wird die Methodik zur Überprüfung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit erläutert. Es werden beschrieben: die erhobene Stichprobe, die Operationalisierung des Fragebogens und die statistische Auswertungsmethode. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung vorgelegt. Schließlich werden in Kapitel 5 die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und unter den vorliegenden theoretischen Ausführungen diskutiert.

1 Grundlagen zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung

1.1 Begriffsklärung: Was versteht man unter Sterbehilfe?

Grundsätzlich handelt es sich bei allen Formen der Sterbehilfe um lebensbeendende Handlungen mit dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen. Für ihre unterschiedliche ethisch-rechtliche Bewertung spielt die primäre Absicht (Intention) des handelnden Arztes eine entscheidende Rolle.

(Oduncu/Eisenmenger, 2002, S. 330)

Der öffentliche Diskurs um Sterbehilfe und Sterbebegleitung ist von begrifflichen Irritationen geprägt. Nach Habicht (2009, S. 117) führt diese „*Vermischung und Überlagerung neuer und alter Sprachebenen [...] zur Verzerrung bereits vereinbarter Wortbedeutungen und damit zu unterschiedlichen Verstehenshorizonten*“. Schockenhoff (1991) weist in aller Klarheit auf die Notwendigkeit der Begriffsklärung hin:

Der Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Euthanasiegedankens und der Verlauf der Euthanasiedebatte in den letzten 30 Jahren zeigen eine verwirrende Bedeutungspalette dieses Begriffes auf, der vom pflegerischen und seelsorglichen Sterbebeistand über die direkte Tötung mit und ohne Einwilligung bis hin zur Eugenik und zum Schwangerschaftsabbruch reicht.
(Schockenhoff, 1991, S. 66)

Im Folgenden soll der Begriff „Sterbehilfe“ genauer analysiert werden. Die Eindeutigkeit der Begrifflichkeit stellt eine wichtige Voraussetzung für einen rationalen Diskurs dar. Ist dies nicht zu leisten, so bedarf es einer Klarstellung der Mehrdeutigkeit und der damit verbundenen Unsicherheit im Umgang mit dem Begriffsinhalt. Der Begriff „Sterbehilfe“ ist ungenau und unpräzise - er beschreibt nicht eindeutig, was darunter zu verstehen ist. Zunächst lassen sich mit dem Begriff Sterbehilfe alle Maßnahmen erfassen, „*die dazu dienen, einem Patienten mit infauster Prognose psychischen Beistand, Erleichterung, Schmerzlinderung und sonstige Hilfe zu verschaffen*“ (Thias, 2004, S. 44).

Sterbehilfe umfasst unterschiedliche Handlungsweisen, die von der mitmenschlichen Sterbebegleitung über das Sterbenlassen bis zum assistierten Suizid oder zur aktiven Sterbehilfe reichen (Thias 2004). In der medizinischen Praxis führt dies oft zu Missverständnissen und Verwirrung. So betont Oduncu (2007), dass „*viele Ärzte den Abbruch einer mechanischen Beatmung als aktives Tun*“ bezeichnen und damit als moralisch verwerfliche aktive Sterbehilfe einstufen, „*während andere dies als passive Sterbehilfe einordnen, da lediglich eine intensiv-medizinische Behandlungsmaßnahme abgebrochen wird*“ (Oduncu, 2007, S. 229).

In vielen Studien zeigt sich bei den Ärzten eine erhebliche Unsicherheit, was die Zuordnung bestimmter Maßnahmen am Lebensende zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe betraf (van Oorschoot et al., 2005, Borasio et al., 2004; van Oorschoot/Schweitzer, 2003; Schildmann et al., 2004, Weber et al., 2001; Wehkamp, 1998; Willis et al., 2003). Es können angesichts der Unsicherheiten im Rahmen der medizinisch oft unvermeidlichen Entscheidungen am Lebensende Ausbildungs- und Versorgungsdefizite angenommen werden (Oehmichen et al., 2003).

Aufgrund der Begriffsschwierigkeiten haben sowohl die Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung sowie der Nationale Ethikrat in ihren Stellungnahmen vom 13. Juli 2006 ganz auf den Ausdruck „Sterbehilfe“ verzichtet und stattdessen nur den Begriff „Sterbebegleitung“ verwendet (vgl. Oduncu, 2007). Um begriffliche Irritationen gänzlich auszuräumen, sollte der Begriff Sterbehilfe - den Grundsätzen der Bundesärztekammer entsprechend - durch den sachlich zutreffenden Begriff der Behandlungsbegrenzung (lebenserhaltende Maßnahmen werden entweder beendet, begrenzt oder unterlassen) ersetzt werden. Auch die indirekte aktive Sterbehilfe könnte zutreffender als leidenslindernde Maßnahme bezeichnet werden (Schöch, 2007).

Wernstedt (2004, S. 70) fasst in ihrer Analyse des Begriffs „Sterbehilfe“ folgende Merkmale und Bereiche zusammen:

1. Eine Entscheidung

am Lebensende / nicht am Lebensende
vom Patienten explizit gewollt / ... nicht explizit gewollt

2. Eine Handlung

Tötung eines Sterbenden / Tötung eines Nicht-Sterbenden

3. Den Kontext

von Individuum und Gemeinschaft
von Rechtsnormen: erlaubt und nicht erlaubt
von religiösen/moralischen Normen: gut oder schlecht zu handeln.

1.2 Versuch einer Abgrenzung: Euthanasie oder Sterbehilfe?

Wer an der Bezeichnung Euthanasie für alle Fälle direkter Tötung festhalten will, der macht sich die sprachliche Missbilligung zunutze, die diesem Wort bei uns noch lange anhaften wird, um ihr ethisches Verbot zu bekräftigen. Wer dagegen, um eine vorurteilsfreie ethische Bewertung nicht zu belasten, auch die absichtliche Beschleunigung und Verursachung des Todes noch als ‚Sterbehilfe‘ bezeichnet, der nimmt die beschönigende Wirkung dieser Benennung bewusst in Kauf.

(Schockenhoff, 1991, S. 67)

Die nationalsozialistischen Verbrechen an der Menschlichkeit haben in Deutschland zu einer Diskreditierung des „Euthanasiebegriffs“ geführt. Euthanasie wird weitgehend als negativ belasteter Begriff zurückgedrängt (Schockenhoff, 1991; Oduncu, 2007; Thias, 2004). So wird in Deutschland nicht von „Euthanasie“ gesprochen, sondern der übliche Terminus ist „Sterbehilfe“. Eine Assoziation mit den systematischen Morden der Nationalsozialisten an Kranken und Behinderten soll damit vermieden werden (Leist, 1998, Wernstedt, 2004). In anderen Ländern, in denen die eigene geschichtliche Erfahrung nicht mit Missbrauchssituationen belastet wurde, wird der Begriff eher zu rehabilitieren versucht (Schockenhoff, 1991).

In seiner ursprünglichen Bedeutung meint das griechische Wort „Euthanasie“ einen guten, sanften und schönen Tod. Die Menschen in der Antike verstanden darunter ein leichtes und schmerzfreies Sterben (Schockenhoff, 1991). Man versuchte, dem Moribunden das Sterben zu erleichtern; „er sollte sich seelisch auf sein Ende vorbereiten“. (Everschor, 2001). In der hellenistischen Literatur bedeutet der Begriff, an einem glücklichen und ehrenhaften Tod zu sterben (Wernstedt, 2004). „*Das Ideal des schmerzfreien Todes meint aber ebenso wie der Gedanke des felici vel honesta morte mori (‚einen glücklichen und ehrenhaften Todes sterben‘) nur die erhoffte Todesart, nicht aber seine bewusste Herbeiführung oder Beschleunigung durch den Menschen*“ (Schockenhoff, 1991, S. 50). Erst im 19. Jahrhundert wird der Begriff im Zusammenhang mit der ärztlichen Erleichterung des Sterbevorgangs verwendet und „*erhält somit eine spezifisch medizinische Bedeutung*“ (Wernstedt, 2004, S. 67, vgl. auch Zimmermann-Acklin, 2002).

Bis zum 20. Jahrhundert verstand man unter Euthanasie eine Sterbebegleitung ohne direkte oder indirekte Lebensverkürzung; „*sie bleibt als Forderung der ärztlichen Therapeutik strikt dem allgemeinen Grundsatz der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung untergeordnet*“ (Schockenhoff, 1991, S. 51). Schockenhoff (1991, S. 69) trifft für das Wortfeld „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ folgende Unterscheidungen, die Grundvoraussetzung für eine ethische Urteilsbildung sein können:

1. **Sterbehilfe als Hilfe im Sterben**, umfasst neben dem menschlichen und seelsorglichen Beistand, den wir gerade dem sterbenden Menschen schulden, alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, die ihm das Sterben erleichtern. Dazu gehören vor allem eine einfühlsame medizinische Aufklärung über seinen tatsächlichen Zustand, eine ausreichende Basispflege und der Einsatz wirksamer Mittel zur Schmerzlinderung.
2. **Sterbehilfe als Sterbenlassen** (sie entspricht der passiven Euthanasie) bezeichnet den Verzicht auf künstliche, lebensverlängernde Maßnahmen oder Abbruch einer bereits eingeleiteten Behandlung, wenn der ursprünglich intendierte Heilerfolg nicht mehr erreicht werden kann.
3. **Sterbehilfe unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung** (gleich indirekte Euthanasie) liegt vor, wenn dem Patienten starke, zur wirksamen Schmerzlinderung unbedingt erforderliche Medikamente verabreicht werden, die den Eintritt des Todes möglicherweise beschleunigen. Die primäre Absicht richtet sich dabei auf das Wohl des Patienten, die lebensverkürzende Wirkung wird als ungewollter Nebeneffekt toleriert.
4. **Euthanasie als direkte Hilfe zum Sterben** (in der anderen Terminologie auch als Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung bezeichnet) meint die aktive Herbeiführung des Todes oder die gewollte Beschleunigung des Sterbevorgangs, wie z.B. durch die Injektion eines todbringenden Mittels.

Der Autor räumt ein, dass sich eine solche Klassifizierung im medizinischen Alltag als zu grob erweisen würde. Nach Schockenhoff (1991) ist deshalb eine weitere Differenzierung für eine ethische Orientierung des Arztes unbedingt notwendig. Zur Klärung der verwirrenden Begriffsterminologie sollen im folgenden Kapitel die verschiedenen Kategorisierungen, Formen und Definitionen der Sterbehilfe genauer dargestellt werden.

1.3 Formen der Sterbehilfe

„Die Entscheidungen reichen vom Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder ihren Abbruch (zurzeit als passive Sterbehilfe bezeichnet) über medizinische Maßnahmen, bei denen ein vorzeitiger Eintritt des Todes als unbeabsichtigte Nebenwirkung, z. B. durch starke Schmerzmedikation oder Sedierung, billigend in Kauf genommen wird (zurzeit als indirekte Sterbehilfe bezeichnet) bis zur Beihilfe zum Selbstmord eines todkranken, leidenden Menschen und – im Extremfall- zu der in Deutschland strafbaren Tötung auf Verlangen (zurzeit als aktive Sterbehilfe bezeichnet).“

(Weißgerber, 2007, S. 71)

Einige Autoren haben in den letzten Jahren versucht die verschiedenen Formen der Sterbehilfe zu kategorisieren und damit eine Begrifflichkeit zu schaffen, die für eine Diskussionsgrundlage unabdingbar sind. Hick (2007) unterscheidet in seinem Lehrbuch „Klinische Ethik“ fünf unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, die den Sterbeprozess und das Lebensende betreffen:

Tabelle 1.1: Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Hick, 2007, S. 56)

Medizinische Entscheidungen am Lebensende	
Eine Therapiebegrenzung, z.B. bei einem sterbenden Patienten	Passive Sterbehilfe
Das Inkaufnehmen der möglicherweise lebensverkürzenden Wirkung einer Therapie	Indirekte Sterbehilfe
Die Tötung eines Patienten durch den Arzt auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen	Aktive Sterbehilfe
Das Verschaffen von tödlich wirkenden Medikamenten für einen Patienten, der Suizid begehen will	Hilfe zur Selbsttötung
Ärztliche und pflegerische Hilfe beim Sterbevorgang, die schmerzlindernde Therapie, palliativ-medizinische Maßnahmen und menschliche Unterstützung	Sterbebegleitung

Wernstedt, Mohr und Kettler (2000) unterteilen den allgemeinen Begriff „Sterbehilfe“ in Hilfe beim Sterben und Hilfe zum Sterben, wobei letztere Menschen betrifft, die noch nicht im Sterbeprozess sind (vgl. Eser, 1975). Tabelle 1.2 zeigt diese mögliche Einteilung des Euthanasiebegriffs:

Tabelle 1.2: Einteilung der Euthanasiebegriffe in Deutschland (Wernstedt et al., 2000, S. 222)

Hilfe beim Sterben
Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung: Gabe von schmerzlindernden Mitteln
Sterbehilfe mit Lebensverkürzung (indirekte Sterbehilfe): Gabe von schmerzlindernden Mitteln unter Inkaufnahme des vorzeitigen Todes
Sterbehilfe durch Sterbenlassen (passive Sterbehilfe). Therapieverzicht oder -abbruch
Gezieltes tätiges Herbeiführen des Todes eines Menschen (aktive Sterbehilfe)
Hilfe zum Sterben
Suizidbeihilfe als Mitwirkung an der Selbsttötung eines anderen Menschen
Tötung auf Verlangen (auch möglich als Verlangen eines Sterbenden)

Betrachtet man den Sprachgebrauch der Begrifflichkeiten in den verschiedenen europäischen Ländern, so kann man nach Wernstedt et al. (2000) erkennen, dass hier in unterschiedlicher Weise von Euthanasie gesprochen wird:

Tabelle 1.3: Euthanasiebegriffe in Europa im Vergleich (Wernstedt et al., 2000, S. 222)

	„gezieltes aktives Herbeiführen des Todes eines Menschen“	„Unterlassen oder Abbrechen lebensverlängernder Maßnahmen“	„Leidenslinderung beim Todkranken unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung“	„Mitwirkung an der Selbsttötung eines anderen Menschen“	„Begleitung und Leidenslinderung beim Sterbenskranken ohne Lebensverkürzung“
Deutschland	aktive Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	indirekte Sterbehilfe	Beihilfe zum Suizid	Sterbebegleitung
Österreich	unechte direkte Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	unechte indirekte Sterbehilfe		echte Sterbehilfe
Niederlande	Euthanasie			medizinisch assistierter Suizid	
Großbritannien	euthanasia/mercy killing (voluntary, non-voluntary, involuntary)	passive Sterbehilfe		assisted suicide	

Der Begriff Sterbehilfe ist nach Borasio (2014, S.75) gänzlich unbrauchbar: „*Er ist mehrdeutig, emotional und historisch vorbelastet, je nach Blickwinkel euphemistisch verharmlosend oder historisch abschreckend, im juristischen Bereich mehr verwirrend als erhellend – kurzum: Es ist an der Zeit, ihn abzuschaffen*“. Der Autor fordert eine „nüchternere Begrifflichkeit“ und stützt sich dabei auf Vorschläge, die u. a. beim Deutschen Juristentag 2006 in Stuttgart vorgestellt wurden:

Tabelle 1.4: Alternativbegriffe zur Sterbehilfe (Borasio, 2014, S. 76, leicht modifiziert):

Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen (entsprechend Paragraph 216 StGB)
Passive Sterbehilfe	Nicht-Einleitung oder Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen (Zulassen des Sterbens; BGH neu: Behandlungsabbruch)
Indirekte Sterbehilfe	Zulässige Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung

Der Vorteil der Begriffe liegt vor allem in der Unmissverständlichkeit und fehlender emotionaler Konnotation (Borasio, 2014).

Van Oorschot und Simon (2008) plädieren für die Übernahme der Terminologie, wie sie im internationalen Diskurs Verwendung findet (Tötung auf Verlangen, Nichteinleitung bzw. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen und Symptomlinderung mit möglicherweise lebensverkürzender Wirkung). Die Autoren sehen darin zwei wesentliche Vorteile: Zum einen führen diese Begriffe zu weniger Missverständnissen und Unsicherheiten unter den Ärzten, als es bei passiver und aktiver Sterbehilfe der Fall ist und zweitens wäre die Nutzung der international gebräuchlichen Terminologie eine gute Voraussetzung zu einem internationalen Diskurs und einer Kooperationsmöglichkeit im Hinblick auf gemeinsame Forschungsprojekte (Van Oorschot/Simon, 2008).

1.3.1 Passive Sterbehilfe - Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen

In der Praxis stellt die passive Sterbehilfe die relevanteste Form der Sterbehilfe dar (Schork, 2008). Die passive Sterbehilfe ist im medizinischen Kontext auch ein durchgehend etablierter Begriff (Rachels, 1975). Unter passiver Sterbehilfe versteht man nach Hick (2007) Therapiebegrenzungsentscheidungen (non-treatment-decisions) beim letal kranken Menschen. Eine passive Sterbehilfe als Therapiebegrenzung erfordert in manchen Fällen durchaus „aktives“ Handeln: Sowohl das Einstellen, als auch das Nichtergreifen von lebenserhaltenden medizinischen

Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden wird als passive Sterbehilfe beschrieben (Woellert/Schmiedebach, 2008, Borasio, 2014). So zählt beispielsweise auch das Abschalten eines Beatmungsgerätes zur passiven Sterbehilfe. Hick (2007) erklärt es folgendermaßen:

Charakteristisch für die passive Sterbehilfe ist daher nicht so sehr ihr Gegensatz zum aktiven Handeln, sondern das Geschehenlassen des Sterbens. Ein solches Geschehenlassen kann sich durch Nicht-Einleitung (Unterlassen) oder durch den Abbruch einer Therapie (Handeln) vollziehen. Der Unterschied zur direkten Tötung (aktive Sterbehilfe) liegt darin, dass der Arzt bei der aktiven Sterbehilfe dem Patienten direkt etwas tut - ihm z.B. eine tödliche Injektion verabreicht, während er bei der passiven Sterbehilfe durch sein Handeln oder Nicht-Handeln zulässt, dass etwas geschieht, z.B. der Tod durch Sepsis bei einer bakteriellen Infektion nach Einstellung der antibiotischen Behandlung. (Hick, 2007, S. 57)

Husebo und Klaschik (2009, S. 73) definieren die passive Sterbehilfe somit zurecht als *„die Entscheidung des Arztes, bei einem sterbenden, nicht einwilligungsfähigen Patienten entweder auf eine das Sterben verlängernde Therapie zu verzichten oder eine bereits begonnene, das Sterben verlängernde, Therapie zu unterbrechen“*. Eine weitere Definition der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin betont insbesondere das finale Stadium des Sterbens: *„Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose“* (DGAI, 1999, S. 214). Die Zielsetzung der vorliegenden Definitionen ist es, einem schwerkranken, sterbenden Menschen die Möglichkeit zu geben an seiner Krankheit zu sterben. Der Respekt vor dem Leben und vor dem Sterben des Patienten ist die ethische Grundlage dieser sog. passiven Sterbehilfe (Husebo & Klaschik, 2009). Es wird auf künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Bluttransfusion oder auf eine Operation verzichtet und somit das Leben des Menschen verkürzt (Habicht, 2009).

Schork (2008, S. 45-46) unterscheidet zwischen einer passiven Sterbehilfe im engeren Sinne und einer passiven Sterbehilfe im weiteren Sinne (vgl. Wernstedt et al., 2000):

- Eine passive Sterbehilfe im engeren Sinne wird angenommen, wenn das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. Bei einer derartigen Prognose, insbesondere der unmittelbaren Todesnähe, habe der Sterbevorgang bereits eingesetzt und es handele sich um Hilfe für den Sterbenden und somit Hilfe beim Sterben.
- Passive Sterbehilfe im weiteren Sinne liegt dagegen vor, wenn der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat. Man spricht auch von Hilfe zum Sterben. Der Bundesgerichtshof bezeichnet diese Form der Sterbehilfe als Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme. [...] Passive Sterbehilfe im weiteren Sinne liegt beispielsweise bei einer tödlich verlaufenden Krebserkrankung vor, die noch nicht das Stadium der Sterbephase erreicht hat.

Es ergeben sich nach Husebo & Klaschik (2009, S. 79, modifiziert) grundsätzlich fünf verschiedene Handlungsmöglichkeiten, die ethisch und rechtlich einem passiven Sterbenlassen zuzuordnen sind.

1. Das therapeutische Regime bleibt unverändert, d.h. die intensiv-therapeutischen Maßnahmen werden weder gesteigert noch reduziert. Je nach Situation werden auftretende Komplikationen behandelt oder nicht.
2. Die medikamentöse Substitution wird teilweise oder vollständig reduziert (z.B. Antibiotika, Kreislaufmittel).
3. Die Ernährungs- und Flüssigkeitssubstitution wird teilweise reduziert oder vollständige Reduktion von Dialyse oder Beatmung.
4. Technischer Behandlungsabbruch, z. B. durch teilweise oder vollständige Reduktion von Dialyse oder Beatmung.
5. Die Einstellung jeglicher Therapie - inklusive der Beatmung.

Der Patient stirbt in den oben beschriebenen Fällen nicht infolge der Handlung des Arztes, sondern infolge seiner Grundkrankheit.

Als passive Sterbehilfe werden Therapiebegrenzungsmaßnahmen nach Hick (2007) in verschiedenen Kontexten wie folgt zusammengefasst:

Tabelle 1.4: Passive Sterbehilfe (=Therapiebegrenzungsentscheidungen) im Überblick (Hick, 2007, S. 58)

I. Art der Handlung
1. Nicht-Anwendung/Nicht-Steigerung therapeutischer Maßnahmen
2. Abbruch therapeutischer Maßnahmen
II. Zustand des Patienten
1. Sterbeprozess hat begonnen
2. Schwere, unheilbare Grunderkrankung
III. Willensäußerung des Patienten
1. Auf Wunsch des Patienten
2. Ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten
b) Gemäß allgemeinen Wertvorstellungen
a) Ohne dem mutmaßlichen Patientenwillen

Der Behandlungsverzicht oder aber auch die aktive Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen bei (mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten unterscheidet sich grundlegend von der aktiven Sterbehilfe: Der Arzt lässt den Patienten sterben (vgl. auch Kapitel 1.2.3).

Die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe ist vor allem abhängig vom Willen des Patienten. Für die weitere Behandlung kommen daher nach Schork (2008, S. 55) drei Willensformen in Betracht:

- der aktuell geäußerte Wille,
- der vorausverfügte/antizipierte Wille und
- der zu ermittelnde mutmaßliche Wille des Patienten.

Der Patient kann entscheiden, ob er eine medizinische Behandlung gestattet oder sie verweigert. Ein eigenmächtiges Vorgehen seitens des Arztes gegen den Willen des Patienten wäre somit ein widerrechtlicher Eingriff in die Patientenautonomie: Das Recht vor körperlicher Unversehrtheit verbietet es dem Arzt, eine Behandlung gegen den Patientenwillen fortzusetzen (vgl. Oduncu/Eisenmenger, 2002; Hick, 2007). Entscheidet sich demnach ein letal kranker Mensch für die Zurücknahme einer Intensivmaßnahme, so ist der Arzt nach den Grundsätzen des Rechts verpflichtet, diesem Wunsch zu entsprechen. Diese Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten ist der zentrale Ausgangspunkt der passiven Sterbehilfe. Nur einwilligungsfähige Patienten sind in der Lage, eine verantwortliche Entscheidung über eine gewünschte oder nicht mehr gewünschte Therapie zu treffen (Schork, 2008). Bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden.

In den letzten Jahren wurden eine Reihe von Instrumenten entwickelt, um die Patientenautonomie auch über den Zeitraum der Einwilligungsfähigkeit hinaus zu gewährleisten: Zum einen gibt es die Patientenverfügung, die eine schriftliche oder mündliche Willensbekundung des einwilligungsfähigen Verfügenden über dessen Behandlungswünsche in medizinischen Fragen darstellen. Die Patientenverfügung ist für den Arzt sowie den Bevollmächtigten oder Betreuer verbindlich. Eine weitere Möglichkeit zur Erhaltung der Patientenautonomie stellt die Vorsorgevollmacht dar. Diese Vorsorgevollmacht ist die Erweiterung der rechtsgeschäftlichen Generalvollmacht auf gesundheitliche Entscheidungen. Die Vorsorgevollmacht muss in schriftlicher Form vorliegen und die von ihr umfassten ärztlichen Maßnahmen benennen. Zusätzlich gibt es auch die Möglichkeit einer Betreuungsverfügung. Dies ist eine vom Vormundschaftsgericht bestimmte Person, die beim Eintritt der Betreuungsbedürftigkeit vom Vormundschaftsgericht als Betreuer zu bestellen ist. Diese Person wird also nicht direkt beauftragt, sondern nur vorgeschlagen (Woellert/ Schmiedebach, 2008). Die Patientenverfügungen wurden bis in die 1990er Jahre hinein als rechtliches Instrument bei Ärzten mit sehr starker Skepsis gesehen. Erst

in den Richtlinien der Bundesärztekammer von 1998 (und in der Erneuerung 2007) wurde die Patientenverfügung als verbindliche Festlegung aufgefasst und vom Arzt die Wahrung der Patientenautonomie im Besonderen gefordert. Die Umsetzung der Patientenautonomie mit Hilfe von Patientenverfügungen in ihren verschiedenen Formen stellt eine sehr gute und weitreichende Regelung dar.

Jedoch gibt es nach Woellert und Schmiedebach (2008, S. 58) hinsichtlich der schriftlich fixierten Ausdruckform der Patientenautonomie folgende Kritikpunkte:

1. Behandlungspräferenzen sind nicht antizipierbar und die konkrete Krankheitssituation nicht vorhersehbar.
2. Die Patientenverfügung suggeriert die Sicherheit eines „selbstbestimmten Sterbens“.
3. Patientenverfügungen übertragen die Verantwortung allein dem Patienten und bergen die Gefahr, ihn dadurch zu überfordern.

Wichtig erscheint auch, dass die Patientenverfügung nicht die Gespräche zwischen allen Beteiligten über die Behandlungspräferenzen und ein fürsorgliches Miteinander ersetzen, sondern vielmehr auf dieser Grundlage entstehen sollten (Woellert/Schmiedebach, 2008).

Was aber tun, wenn keine eigentliche Patientenverfügung vorliegt? Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten sind die Entscheidungen zur Therapiebegrenzung wesentlich problematischer. Nach Langer et al. (2016) empfinden Ärzte beim Abbruch einer bereits begonnenen Therapie oft eine erhebliche Belastung. Die ausgeführte Handlung (z.B. das Abschalten des Beatmungsgerätes) wird als ein aktives Eingreifen empfunden. Nach Hick (2007, S. 60) ist entscheidend, ob sich der Patient im Sterbeprozess befindet oder ob *„er an einer schwerwiegenden Erkrankung leidet, bei der durch Fortführung der Therapie ein Weiterleben über einen längeren Zeitraum erreicht werden kann“*. Folgende Vorgehensweisen wären dabei ethisch möglich, wenn keine Patientenverfügung vorliegt:

Tabelle 1.5: Vorgehensweisen zur Therapiebegrenzung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten (modifiziert nach Hick, 2007, S 60-62)

Patient im Sterbeprozess	Patient mit schwerer, unheilbarer Grunderkrankung
<p>a. Verzicht auf therapeutische Maßnahmen</p> <p>Ist das Lebensende des Patienten klar absehbar, kann aus ethischer Sicht auf weitere therapeutische Maßnahmen verzichtet werden - wenn keine Aussicht auf Heilung besteht.</p>	<p>a. Mutmaßlicher Patientenwille</p> <p>Durch Gespräche mit Angehörigen und weiteren Bezugspersonen soll ein mutmaßlicher Wille des Patienten eruiert werden.</p> <p>b. Fremdbeurteilung nach allgemeinen Wertvorstellungen</p> <p>Es muss versucht werden, die Entscheidung an anderen Kriterien auszurichten.</p>

Liegt keine eindeutige Willenserklärung seitens des Patienten vor, so müssen Argumente, die für oder gegen eine Therapiebegrenzung sprechen kontrovers diskutiert werden. Hick (2007) hat folgende Argumente (pro und kontra) einer Therapiebegrenzung in folgender Tabelle gegenübergestellt. Der Autor betont jedoch, dass es in unklaren Situationen immer ratsam sei, sich im Zweifelsfall für das Leben zu entscheiden (in dubio pro vita).

Tabelle 1.6: Argumente pro und kontra Therapiebegrenzung bei dauerhaft bewusstlosen Patienten und nicht ermittelbarem mutmaßlichen Willen (Hick, 2007, S. 65)

Pro Therapiebegrenzung	Kontra Therapiebegrenzung
Therapie nutzlos	Leben als Wert an sich
Therapieabbruch kein Schaden	Behandlung immer auch eine menschliche „Begegnung“
Kein Interesse des Patienten am Weiterleben	Interesse des Patienten kann nicht von außen beurteilt werden
„Keine Person“	Person lässt sich nicht auf Bewusstsein reduzieren
Knappe Ressourcen	Knappe Ressourcen dürfen nicht selektiv nur bei bestimmten Erkrankungen berücksichtigt werden
	Offene Ressourcen

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie setzte sich in den 1990er Jahren intensiv mit den Fragen möglicher Therapiebegrenzung und der ärztlichen Sterbebegleitung in der Chirurgie auseinander. Es entstand dabei eine 1996 veröffentlichte Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Aktive ärztliche Sterbehilfe wird darin klar abgelehnt. Tabelle 1.1 zeigt die Orientierungshilfen zur ärztlichen Therapiebegrenzung:

Tabelle 1.7: Therapiebegrenzungen in der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie (modifiziert nach Willis et al., 2003, S. 845)

	Situationen, bei denen Therapiebegrenzung in Betracht kommen kann
1.	Patient im Sterbeprozess befindlich
2.	<p>Patient in kritisch-kranker Situation mit hinreichend feststellbarer infauster Prognose</p> <p>Absehbares Versagen der Intensivtherapie - schwere, potenziell letale Komplikation bei Grunderkrankung mit infauster Prognose</p> <p>Akute Erkrankung (Unfall) mit infauster Prognose</p> <p>Erhebliche Belastung bei Fortsetzung einer vermutlich erfolglosen Behandlung</p> <p>Anhaltendes Koma durch hypoxischen Hirnschaden nach kardiopulmonaler Reanimation</p>
3.	Patient mit interkurrenter Erkrankung bei fehlender Kommunikationsfähigkeit
4.	Patient mit kontinuierlicher Abhängigkeit von Substitution vital wichtiger Funktionen
5.	Patient mit einer Erkrankung ohne effektive Behandlungschance, besonders im Spätstadium der Erkrankung (jedoch noch nicht im Final-/Präfinalstadium)

Hinsichtlich der Bewertung passiver Sterbehilfe unterscheidet die Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004) zwischen vier Patientengruppen:

Tabelle 1.8: Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bundesärztekammer, 2004)

Die Bundesärztekammer unterscheidet hinsichtlich der passiven Sterbehilfe vier Patientengruppen:

Sterbende. Ärztliche Aufgabe ist hier die palliativmedizinische Betreuung, die menschliche Betreuung und die Basisversorgung. Zu dieser Basisversorgung gehören bei Sterbenden nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, „da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können“. Die subjektiven Gefühle von Hunger und Durst müssen jedoch durch pflegerische Maßnahmen gestillt werden. Lebensverlängernde Maßnahmen dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen werden.

Patienten mit infauster Prognose. Auch bei Patienten, die an einer fortgeschrittenen Erkrankung leiden und „aller Voraussicht nach in nächster Zeit sterben werden“ kann eine Änderung des Therapieziels von der Lebenserhaltung auf eine palliativmedizinische Versorgung erfolgen, wenn dieses dem Willen des Patienten entspricht. Bei extrem unreifen Frühgeborenen, „deren Sterben abzusehen ist“, kann auf eine Behandlung in Absprache mit den Eltern verzichtet werden.

Schwerst beeinträchtigte Neugeborene. Bei Neugeborenen mit schweren Stoffwechselschäden, Fehlbildungen oder ausgedehnten Schädigungen des Gehirns, bei denen keine Aussicht auf Besserung besteht, kann mit Zustimmung der Eltern eine lebenserhaltende Behandlung unterlassen oder nicht weitergeführt werden.

Schwere zerebrale Schädigung und anhaltende Bewusstlosigkeit. Bei Patienten im apallischen Syndrom (=Wachkoma, persistent vegetative state) ist eine lebenserhaltende Therapie auch mit künstlicher Ernährung grundsätzlich geboten. Ein Verzicht auf lebenserhaltende Therapie, die sich allein auf die Dauer der Bewusstlosigkeit gründet, ist nicht zulässig. Bei Entscheidungen zur Therapiebegrenzung ist jedoch der etwa zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille des Patienten zu beachten.

1.3.2 Indirekte Sterbehilfe

Unter indirekter Sterbehilfe sind therapeutische Maßnahmen gemeint, „*welche die Lebensqualität des Patienten verbessern sollen (z. B. eine Sedierung), die aber als Nebenwirkung eine lebensverkürzende Wirkung haben können*“ (Hick, 2007, S. 75). Im Lexikon „Medizin, Ethik, Recht“ wird die indirekte Sterbehilfe ähnlich beschrieben:

„Mit dem von juristischer Seite eingeführten Begriff der indirekten Sterbehilfe bezeichnet man Fallkonstellationen, in denen als unbeabsichtigte Nebenwirkungen eines notwendigen Medikamentes, meist wird es sich um starke Schmerzmittel handeln, der Eintritt des Todes (möglicherweise) beschleunigt wird“

(Eser, Lutterotti & Sporken, 1989, S. 1094).

Die indirekte Sterbehilfe stellt somit nach Müller-Busch (2004) eine kompetente und angebrachte medizinische Behandlung dar. Der Bundesgerichtshof weitet die Definition der indirekten Sterbehilfe aus und kommt nach einem Urteil im November 1996 zum Schluss: Die indirekte Sterbehilfe ist die „*unbeabsichtigte, aber als unvermeidliche Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintrittes durch schmerzlindernde Medikamente. Die massive Schmerztherapie muss dem Patientenwillen entsprechen, ärztlich geboten sein, darf den Tod nur um kurze Zeit beschleunigen*“ (Husebo/Klaschik, 2009, S. 113). Der Bundesgerichtshof erklärt den Tod in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen als ein höheres Rechtsgut, als die Aussicht, unter schweren Schmerzen noch länger leben zu müssen (Husebo/Klaschik, 2009). Das eigentliche Ziel der Handlung stellt die Verbesserung der Lebensqualität dar und die lebensverkürzende Nebenwirkung wird dabei in Kauf genommen. Steht jedoch der Tod des Patienten primär im Vordergrund, handelt es sich um aktive und nicht um indirekte Sterbehilfe (vgl. Hick, 2007).

Hick (2007, S. 75) betont zu Recht, dass die primäre Absicht (Intention) maßgeblich für die ethische Beurteilung ist und sich dies mit dem Prinzip der Doppelwirkung verständlich machen lässt, welche bereits in der mittelalterlichen Philosophie entwickelt wurde. Das Prinzip der Doppelwirkung kann demzufolge die Inkaufnahme einer schlechten oder verbotenen Handlungsfolge erlauben, wenn sie zur Erreichung eines notwendigen Guten unabdingbar ist. Folgende Bedingungen müssen dabei erfüllt sein: Erstens muss die Handlung selbst moralisch richtig sein. Zweitens darf die schlechte Wirkung weder als Ziel, noch als Mittel beabsichtigt sein. Weiterhin muss die schlechte und die gute Wirkung zugleich aus einer Handlung hervorgehen und die Zulassung der schlechten Wirkung muss durch einen entsprechend schwerwiegenden Grund aufgewogen werden. Bei der indirekten Sterbehilfe ist somit die mögliche Lebensverkürzung gerechtfertigt, sofern diese eine ungewollte Nebenwirkung der für die Symptomlinderung notwendigen Maßnahme ist und nicht die eigentliche Intention des ärztlichen

Handelns darstellt (Simon, 2007, S. 28). Tabelle 1.9 zeigt die moralische Zuverlässigkeit einer Handlung nach dem Prinzip der Doppelwirkung:

Tabelle 1.9. Moralische Zuverlässigkeit einer Handlung nach dem Prinzip der Doppelwirkung (Hick, 2007, S. 76):

Handlung selbst muss moralisch zulässig oder zumindest neutral sein, z. B. Sedierung zur Leidenslinderung.
Der Handelnde darf nur eine moralisch zulässige Wirkung beabsichtigen, d.h. die Lebensverkürzung wird nicht beabsichtigt.
Die moralische unzulässige Wirkung der Handlung, d.h. die Tötung des Patienten, darf nicht das Mittel sein, das die moralisch zulässige Folge erst hervorbringt. Die Leidenslinderung darf nicht erst durch den eingetretenen Tod erfolgen, sondern muss schon durch die (zulässige) Sedierung gegeben sein.
Die beabsichtigte moralisch gute Folge der Handlung muss in einem angemessenen Verhältnis zur in Kauf genommenen negativen Handlungsfolge stehen, d.h. das Leiden muss so unerträglich sein, dass die mögliche Lebensverkürzung dafür in Kauf genommen werden kann.

Habicht (2009) betont in ihrer Dissertation „Sterbehilfe – Wandel in der Terminologie“, dass die indirekte Sterbehilfe in der Praxis kaum mehr relevant sei. Ob die permanente Medikation tatsächlich mit einer Verkürzung des Lebens einhergeht, wird von Palliativmedizinerinnen zunehmend bezweifelt. Borasio (2007) betont, dass zwar die Juristen die indirekte Sterbehilfe als zulässige Leidenslinderung bei Inkaufnahme der Lebensverkürzung definieren, jedoch diese Form in der Praxis - bei einer korrekten Medikamentenanwendung - nicht mehr vorkomme. Er verweist dabei auf neue wissenschaftliche Daten aus der palliativmedizinischen Forschung, die ausdrücklich zeigen, *„dass Opioide oder Benzodiazepine die Sterbephase nicht verkürzen, sondern sogar leicht verlängern. Wenn man andererseits Medikamente nicht korrekt anwendet, dann ist man nicht mehr im Bereich der indirekten Sterbehilfe, sondern des Behandlungsfehlers“* (Borasio, 2007, S. A 226).

1.3.3 Aktive Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe ist „in Anlehnung an die internationale Literatur gleichzusetzen mit dem Wort *Euthanasie*“ (Klaschik, 1999, S. 276). Aktive Sterbehilfe ist demnach eine absichtliche und aktive Handlung zur Beschleunigung des Todeseintritts ggf. auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten - sie stellt eine „gezielte Tötung aus Mitleid zur Verhinderung weiterer unerträglicher Leiden des Patienten“ dar (Thias, 2004, S. 46). Die deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin definiert die aktive Sterbehilfe folgendermaßen: „Tötung eines unheilbar Kranken aufgrund seines ernstlichen Willens durch eine aktive Handlung“ (Opderbecke/Weißauer 1999, S. 207). Habicht (2007) umschreibt den Begriff aktive Sterbehilfe als die gezielte schmerzlose Tötung eines sterbenden Menschen auf dessen ausdrückliches Verlangen. Das Handlungsziel ist bei den angeführten Definitionen die bewusste und gewollte Abkürzung des Lebens.

Nach Schork (2008) sind die oben genannten Definitionen der sog. freiwillig aktiven Sterbehilfe gleichzusetzen. Schork (2008, leicht modifiziert, S. 211) unterscheidet drei Formen der aktiven Sterbehilfe:

Freiwillige aktive Sterbehilfe:

Hier äußert der Patient gegenüber einem Dritten das Verlangen, nicht länger leben zu wollen. Ein von Hals ab gelähmter Patient verlangt von seinem Arzt oder einem Angehörigen eine tödlich wirkende Giftspritze, weil er seinen Zustand nicht mehr erträgt.

Unfreiwillige aktive Sterbehilfe:

Ein Dritter leistet Sterbehilfe ohne Einwilligung oder Verlangen des Patienten. Der Patient hätte zwar die Fähigkeit, in die Tat einzuwilligen, er tut dies aber nicht. Kemptener Landgericht 2006: Ein Pfleger gab den Patienten eine tödliche wirkende Giftinjektion in einen bereits gelegten Venenzugang, meist ohne deren Wissen und Zustimmung.

Nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe:

Der Patient kann in die aktive Tötungshandlung nicht einwilligen, denn er versteht nicht, um was es geht. Diese Form der Sterbehilfe wurde in großem Maße in der NS-Zeit an geistig behinderten Kindern und sonstigen Geisteskranken, die als lebensunwert bezeichnet wurden, verübt.

Die Durchführung der aktiven Sterbehilfe ist in Deutschland unter Strafe gestellt und wird auch standesrechtlich eindeutig abgelehnt (Paragraph 216 StGB - Tötung auf Verlangen); ein solches Verhalten widerspricht dem verfassungsrechtlichen Grundsatz des Lebensschutzes (Thias,

2004). Auch wenn ein Arzt im Angesicht der Ausweglosigkeit und aus tiefsten mitmenschlich nachvollziehbaren Gefühlen dem dauerhaften Wunsch und nachdrücklichen Bitten seines Patienten um Beendigung des Lebens nachgibt, ist dies geltendes Recht. (vgl. Habicht, 2009). Auch unter christlich-ethischen Gesichtspunkten wird die aktive Sterbehilfe abgelehnt. In Kapitel 1.4 wird näher auf die rechtlichen Aspekte der verschiedenen Formen der Sterbehilfe eingegangen werden.

Jaspers (2007) glaubt, dass der wesentliche Grund für die zunehmende Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in der Bevölkerung auf Ängsten der Menschen im Hinblick auf ihr Sterben beruht. Viele Patienten haben Angst vor Übertherapie, vor Leid und Schmerz: *„Aufklärung und Information über die Aufgaben und Möglichkeiten der hospizlichen und palliativmedizinischen Sterbebegleitung sollten daher höchste gesellschaftspolitische Priorität erhalten“* (S. 100). Tabelle 1.10 zeigt dagegen Argumente, die oft gegen die aktive Sterbehilfe angeführt werden.

Tabelle 1.10: Argumente gegen aktive Sterbehilfe (Hick, 2007, S. 81)

Prinzipielle Autonomie	Pragmatische Argumente
Leben ist unverfügbar	Schiefe Ebene
Gegen das ärztliche Selbstverständnis	Zerstörung des Arzt-Patienten-Verhältnisses
Fiktion der freien Entscheidung	Bedrohung der staatlichen Ordnung
Medikalisierung des Sterbens	Druck auf Alte und Kranke
Sterbebegleitung statt Sterbehilfe!	Weniger Mittel für Palliativmedizin

1.3.4 Hilfe zur Selbsttötung oder ärztliche Beihilfe zum Suizid

Der Suizid ist in der heutigen Gesellschaft so umstritten wie die Euthanasie und der Schwangerschaftsabbruch (Husebo/Klaschik, 2009). Die verantwortete Selbsttötung wurde bereits in der Antike und in zunehmendem Maße in der Aufklärung als ethisch legitim beurteilt (Hick, 2007). Hick (2007) betont jedoch zurecht, dass ein sog. Bilanzselbstmord eher eine Ausnahme darstellt und dieses philosophische Ideal eines „freien Suizids“ auf die wenigsten Selbsttötungen zutrifft.

Die Tötungshandlung wird beim Suizid vom betroffenen Patienten selbst durchgeführt. Der Patient erhält vom Arzt lediglich eine Hilfe (z.B. in Form von Medikamenten). Der letzte Handlungsschritt geht im Unterschied zur aktiven Sterbehilfe vom Patienten selbst aus (Thias, 2004).

In einigen Ländern ist die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar. Prinzipiell wird es jedoch als problematisch angesehen, wenn ein Arzt diese Beihilfe leistet (Husebo & Klaschik, 2009). Unter bestimmten Voraussetzungen können sich manche Ärzte vorstellen, dass sie Beihilfe zum Suizid leisten (Harfst, 2004). In Deutschland wird die Hilfe zur Selbsttötung jedoch von den Standesorganisationen strikt abgelehnt. Im Jahr 2011 wurde die Musterberufsordnung für Ärzte im Rahmen des Deutschen Ärztetags in Kiel verändert. Demnach ist der Ärzteschaft die Beihilfe zum Suizid erstmals ausdrücklich untersagt. Dieser dadurch entstandene Gegensatz zwischen Strafrecht und Berufsrecht wird intensiv diskutiert, „zumal nur die Hälfte aller Landesärztekammern das Verbot der Suizidbeihilfe in dieser strikten Formulierung übernommen haben“ (Bruns/Blumenthal/Hohendorf, 2016, S.25).

Nach Hick (2007) erscheint die Beihilfe zum Suizid durch folgende Gründe fragwürdig:

Tabelle 1.11: Kritische Einwände zur Beihilfe zum Suizid (Hick, 2007, S. 108)

1.	Handelt der Suizident wirklich in freier Selbstbestimmung? Leidet er nicht, wie in den allermeisten Fällen, an einer (oft nicht erkannten) behandlungsfähigen psychiatrischen Erkrankung, vor deren Hintergrund zusätzliches Leiden nicht mehr ertragen werden kann?
2.	Ist nicht eine soziale Isolierung die Ursache für seinen Wunsch nach Selbsttötung?
3.	Bei einer Beihilfe zum Suizid können auch eigennützige Motive des Helfers eine Rolle spielen, die oft schwer durchschaubar sind: finanzielle Vorteile durch den Verkauf des tödlichen Giftes, Erbschaftsverhältnisse, persönlicher Ehrgeiz als „Sterbehelfer“ bekannt zu werden etc.
4.	Speziell für einen Arzt stößt es gegen das allgemein geteilte ärztliche Selbstverständnis, Patienten mit medizinischen Kenntnissen bei einer Selbsttötung zu helfen. Ärztliches Handeln ist immer gegen Krankheit und Tod gerichtet. Bei der Beihilfe zu einer Tötungshandlung wird diese Grundorientierung ärztlichen Handelns, der Lebensschutz, in gefährlicher Weise aufgegeben.
5.	Der Einwand, dass beim Suizid die letzte Handlung vom Patienten allein ausgehe, kann wenig überzeugen. In jede Handlung gehen eine Vielzahl von Motiven, Ursachen und kontextuellen Einflüssen aus. Keine Entscheidung wird im Moment‘ getroffen. So entsteht durch die Bereitschaft des Arztes, an der Selbsttötung mitzuwirken, eine Handlungsgemeinschaft zwischen Arzt und Patient, die auch den Arzt in ethischem Sinne verantwortlich für das Handeln des Patienten macht: Er hätte versuchen können, die Handlung des Suizidenten zu verhindern. Stattdessen bestärkt er ihn durch seine Hilfe in seinem Entschluss und muss so einen Teil der Verantwortung für das Geschehen übernehmen.
6.	Würde die ärztliche Beihilfe zum Suizid allgemein anerkannte Praxis, entstünde unweigerlich zunehmender Druck auch auf weniger leidende Kranke und alte Menschen, sich doch dieses vernünftigen Auswegs zu bedienen.

Nach Birnbacher (1998, S. 132) sollte die Hilfe zur Selbsttötung an folgende Bedingungen geknüpft sein:

- Der Patientenwunsch nach Suizid beruht nicht auf psychischer Krankheit.
- Der Patient vermag die Tragweite seiner Entscheidung zu überblicken.
- Die Entscheidung zum Suizid ist subjektiv wohlerwogen.
- Die Entscheidung ist objektiv nicht unberechtigt (beruht nicht auf Fehlinformationen oder falschen Erwartungen, z.B. Fehleinschätzungen der therapeutischen und palliativen Möglichkeiten, ihm das Weiterleben erträglich zu machen).

Quill (1994, S. 206 ff.) schlägt folgende Kriterien vor, die er für die Zulässigkeit einer Beihilfe zur Selbsttötung entwickelt hat:

- Der Patient muss aus eigenem freien Willen und aus eigener Initiative wiederholt den klaren Wunsch äußern, lieber zu sterben als weiterzuleben.
- Das Urteilsvermögen des Patienten darf nicht beeinträchtigt sein.
- Die Krankheit des Patienten muss unheilbar und mit ständigem schweren, unerträglichen Leiden verbunden sein.
- Der Arzt muss sich sicher sein, dass die Leiden des Patienten und sein Wunsch nicht die Folge unzureichender palliativer Behandlung sein.
- Der Beihilfe leistende Arzt soll sich mit einem anderen erfahrenen Arzt beraten.
- Die Entscheidungsgründe sollten im Einzelnen dokumentiert werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS), die es als eine ihrer Aufgaben sieht, für Menschen am Lebensende einen menschenwürdigen Umgang zu etablieren, diskutierte im März 2015 das brisante Thema „Beihilfe zum Suizid“ im Rahmen des Deutschen Schmerz- und Palliativtages u.a. mit den Theologen Dr. Nikolaus Schneider, ehemaliger Ratsvorsitzender der Evangelischen Kirche in Deutschland und Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativ-Stiftung. Nach Ansicht von Dr. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin, besteht die Ursache für die hohe Anzahl der Befürworter einer Suizidbeihilfe darin, dass sowohl Ärzte als auch Patienten zu wenig über die Möglichkeiten der modernen Schmerzmedizin wissen. Müller-Schwefe plädiert daher für mehr Aufklärung und eine bessere Ausbildung von Medizinstudierenden in der Schmerzmedizin. Das Resümee der Tagung: Ein klares Statement für eine effektive Schmerz- und Palliativmedizin, die den assistierten Suizid überflüssig werden lässt.

1.3.5 Ein dritter Weg: RAHME

Der aktiven Sterbehilfe und dem ärztlich assistierten Suizid wird von Oduncu und Eisenmenger (2002) das Konzept „RAHME“ gegenübergestellt. RAHME (aramäisch: Barmherzigkeit, Mitleid, Liebe, Empathie, Anteilnahme, Fürsorge; hebräisch: hessed, arabisch: rahim) stammt aus dem alten Mesopotamien und bezeichnet die Grundeinstellung für einen mittleren Weg zu den beiden Extremen der aktiven Tötung (Euthanasie) und der Lebensverlängerung (Übertherapie) um jeden Preis. Nach den beiden Autoren stellen diese Extreme auch nach der Tugendlehre von Aristoteles jeweils einen Mangel und ein Übermaß, d.h. zwei abzulehnende Grundeinstellungen, dar. So sind zum Beispiel die Feigheit (Mangel) und die Tollkühnheit (Übermaß) die beiden abzulehnenden Extreme des tugendhaften Mutes. So lässt sich RAHME als eine Grundeinstellung - als mittlerer Weg von zwei Extremen - beschreiben, die von Ärzten und Pflegenden eine fürsorgliche und umsorgende Betreuung des schwerkranken und sterbenden Patienten als Mitmenschen und Person verlangt.

Zwei Kompetenzen werden nach Oduncu und Eisenmenger (2002, S. 331) von dieser Betreuung umfasst:

- fachlich-technische Kompetenz: adäquate Symptombehandlung wie das Lindern von Schmerzen, Depressionen, Übelkeit, Obstipation, Erbrechen, Atemnot, Ängsten sowie das Stillen von Hunger und Durst.
- ethisch-menschliche Kompetenz: empathische, anteilnehmende Einstellung zum Bedürftigen und Kranken als Mitmenschen und autonomer Person; terminal Kranke und sterbende Patienten zu jeder Zeit ernst zu nehmen und sie in alle Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen.

Dabei betonen die Autoren, dass dieses Konzept eine ganzheitliche Palliation darstellt, die nicht nur die organischen Leiden, sondern in gleichem Maße auch die psychischen, spirituellen und sozialen Leiden und Interessen der schwerkranken Patienten zum Ziel hat. Diese beiden Aspekte stehen für eine ärztlich-pflegerische „Sterbebegleitung“. RAHME betont die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten in gleichem Maße wie die umsorgende Anteilnahme. Der sterbende Mensch wird nicht „*nur als Objekt diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen*“ betrachtet, sondern als „*in seinem bloßen Dasein und seiner menschlichen Würde, die er in seiner körperlichen Hinfälligkeit und seinem völligen Ausgeliefertsein nicht verlieren darf*“ (Oduncu/Eisenmenger, 2002, S. 332).

Auch wenn die therapeutischen Maßnahmen bereits zusehends ausgeschöpft wurden, sollte der Arzt seinen Patienten weiterhin als Sterbenden am Krankenbett besuchen. Dieser menschliche Beistand gibt dem Sterbenden das Gefühl, dass er nicht allein gelassen wird und seine tragenden

Bindungen seines bisherigen Lebens nicht abgeschnitten werden (Oduncu/Eisenmenger, 2002). Dieses Konzept wird von keiner anderen medizinischen Disziplin besser umgesetzt als durch die „Palliativmedizin“, die im nächsten Abschnitt genauer betrachtet werden soll.

1.3.5.1 Sterbebegleitung

Besonders in den letzten Wochen und Tagen brauchen sterbende Patienten eine kompetente ärztliche Betreuung. Ausgezeichnete Symptomkontrolle und zugewandte menschliche Fürsorge gewährleisten, dass der Patient in der ihm verbleibenden Zeit seine Würde behalten kann.

(Husebo/Klaschik, 2009, S. 73)

Sterbebegleitung sollte grundsätzlich nicht mit der Hilfe zum Sterben gleichgesetzt werden. Vielmehr sollte sie eher als Hilfe beim Sterben verstanden werden: Ziel ist es, den unausweichlichen Sterbeprozess durch eine angemessene Unterstützung zu erleichtern und begleiten versuchen. Damit sind praktisch alle Handlungen gemeint, die dem Sterbenden den Weg bis zu seinem Tod erleichtern, aber keinerlei Einfluss auf seine Lebenszeit nehmen (Habicht, 2009). Sterbebegleitung kann synonym mit dem Begriff Sterbebeistand verwendet werden (Wernstedt et al. 2004).

In diesem Sinne stützt sich die Sterbebegleitung vor allem auf die Palliativmedizin, „d.h. die Linderung von Leiden und Schmerzen mit allen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten zur Verfügung stehenden Mitteln“ (Hick, 2007, S. 113). So lässt sich „eine medizinisch und pflegerisch korrekt durchgeführte Sterbebegleitung nicht mehr vollständig gegen die Palliativmedizin abgrenzen“ (Wernstedt et al. 2004, S. 73). Die Palliativmedizin hat ja gerade zum Ziel, körperliche Beschwerden und Symptome zu lindern und den Menschen in seiner letzten verbleibenden Lebenszeit fürsorglich zu begleiten. Im Vordergrund steht die Erhaltung einer guten Lebensqualität und die Autonomie und Menschenwürde des Betroffenen. Neben der medizinischen Betreuung und einer ausreichenden Basispflege ist für die adäquate Versorgung Sterbender die menschliche Begleitung von großer Wichtigkeit (Schockenhoff, 1991; Habicht, 2009). Somit stellt die existentielle und spirituelle Begleitung im Sterbeprozess eine ärztliche Aufgabe dar. Der Arzt ist hier nicht als exzellenter Mediziner, sondern als Mensch gefordert.

Im nächsten Abschnitt soll nun genauer geklärt werden, was man unter Palliativmedizin versteht und welchen Zielen und Aufgaben sie unterliegt.

1.3.5.2 Das Konzept der Palliativmedizin - eine Alternative zur Sterbehilfe?

Meine Aufgabe ist es, mich um die Gesundheit des Patienten zu kümmern. Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt, zu sterben. Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuziehen.

(Cicely Saunders)

Bei der Lösung aller ethischen Konflikte im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen am Lebensende wird derzeit vielfach die Palliativmedizin erörtert (Woellert/Schmiedebach, 2008). Der Begriff „palliativ“ leitet sich vom lateinischen Wort „pallium - der Mantel“ - beziehungsweise „palliare - ummanteln, einen Mantel umlegen“ ab. In dem Bild „einen Mantel umlegen“ liegt die Bedeutung von einem behutsamen und wärmenden Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen. Die Palliativmedizin wird dabei verstanden als eine ganzheitliche Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.

Es geht bei der Palliativmedizin nicht nur um die medizinische Behandlung, sondern auch um die psychologische und soziale Betreuung des Patienten. Eingeschlossen in diese Betreuung sind auch die Angehörigen und die Familie in der letzten Lebensphase des Patienten. *„Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Erhaltung der persönlichen Autonomie, Respektierung des Patientenwillens sowie optimale Pflege und Betreuung insbesondere im letzten Lebensabschnitt sind die Säulen der palliativen Medizin“* (Waclawiczek, 2006, S. 143).

Bereits im 17. Jahrhundert gab es „Palliatio“ als eigenen Begriff im Lexikon und beschrieb die Behandlung von unheilbaren Krankheiten mit aussichtsloser Prognose, bei der Mittel gegeben wurden, die den Schmerz oder andere Symptome milderten (Stolberg, 2007, zitiert nach Woellert/Schmiedebach, 2008).

Die palliative Versorgung und Behandlung geht zurück auf das Konzept „Total care“ von Cicely Saunders (1918-2005), der Begründerin der Hospizbewegung und Palliativmedizin in Europa. Cicely Saunders gründete 1967 mit dem St. Christopher's Hospice in London die erste moderne Einrichtung zur Pflege und Begleitung Sterbender und markierte damit den Anfang für eine stille Revolution in der Medizin (Borasio, 2014). Die Hospizidee strebt eine ganzheitliche Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender an. Das Ziel der Hospizbewegung ist physisches, psychisches, spirituelles und soziales Leid zu lindern.

Nach Husebo & Klaschik (2009, S. 2) beeinflusst die Hospizidee, als zentraler Ausgangspunkt für die Hospizbewegung und die Palliativmedizin, die gesamte Gesellschaft mit folgenden Aspekten:

- ein neuer Umgang mit Leben, Sterben und Tod,
- ein neuer mitmenschlicher Umgang durch Wiedereinbindung von Familie, Freunden und weiterem sozialem Umfeld (z. B. Nachbarschaftshilfe)

- der Respekt vor der Autonomie und der Würde Schwerstkranker und Sterbender.

Klaschik (2001, zitiert nach Oduncu/Eisenmenger, 2002, S. 333) beschreibt die wesentlichen Prinzipien und Leitsätze der Palliativmedizin wie folgt:

- Kompetente Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerzen;
- Integration der psychischen, sozialen und geistig-seelischen Probleme;
- Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik;
- Akzeptanz des Sterbens und des Todes als ein Teil des Lebens;
- durch zeitbegrenzte Rehabilitation, Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Selbstständigkeit und maximalen Leistungsfähigkeit kann der Patient bis zum Tod so aktiv und kreativ wie möglich leben;
- Patienten und Angehörige werden gleichermaßen betreut;
- Unterstützung der Angehörigen während der Erkrankung, beim Sterben des Patienten und in der Zeit danach;
- Wahrhaftigkeit in der Kommunikation;
- Nicht der Schmerz, sondern der Mensch, der Schmerzen hat, muss behandelt werden;
- Hoffnung auf ein Leben und Sterben in Würde;
- Niemals: „Da ist nichts mehr zu machen“, sondern immer: „Da ist noch viel, das getan werden kann und getan werden muss“;
- Excellence in symptom control.

Eine umfangreiche Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt die wesentlichen Aufgabengebiete der Palliativmedizin (palliative care) (zitiert nach Baumgartner, 2006, S. 2) wie folgt:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Obwohl die Linderung von Leiden Aufgabe aller Ärzte ist, zielt speziell die Palliativmedizin auf die Linderung von Leiden ab. Zusammenfassend kann gesagt werden: Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Schaffung von Lebensqualität und nicht die Lebensverlängerung. Die Befreiung oder Linderung von Symptomen ist das Grundziel der Therapie (Doyle, 1994; Zech/Sabatowski/Radbruch, 1994; Schöch 2007). Im Vordergrund steht die Verbesserung der Lebensqualität, die nicht nur von Symptomen, sondern vor allem auch vom subjektiven Erleben und den Wünschen des Patienten abhängt (Aulbert, 1998). Angestrebt wird eine ganzheitliche Betreuung mit multimodalen Therapieansätzen (Wilke, 2007, Richter-Kuhlmann/Jachertz, 2012). Die Palliativmedizin ist eine Form des begleitenden Sterbens, die sich von der Sterbehilfe klar unterscheidet.

Als Grundpfeiler in der Betreuung Sterbender werden vier wesentliche Bereiche genannt (Schmitz-Scherzer, 1995, zitiert nach Wilke, 2007, S. 14).

- die medizinisch-pflegerische Versorgung, also die Gewährleistung von medizinischen Maßnahmen zur Linderung von körperlichen Beschwerden, zur Befriedigung von Grundbedürfnissen und die Beachtung von hygienischen und anderen pflegerischen Notwendigkeiten
- die psychologische Unterstützung und eine Wahrhaftigkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung, also die Beachtung des seelischen Befindens des Patienten mit Angeboten von klärenden Gesprächen und die adäquate Behandlung seelischen Leids
- die soziale Unterstützung, durch Förderung des sozialen Umfelds des Patienten, Hilfe bei der Organisation von Hilfsmitteln und Unterstützung durch Versorgungseinrichtungen u. ä.
- die spirituelle Unterstützung, also Beachtung religiös-spirituelle Bedürfnisse aber auch die Auseinandersetzung mit grundsätzlichen spirituellen Belangen, wie Fragen nach dem Sinn des Lebens und Sterbens

Die Palliativmedizin steht für eine aktive Lebenshilfe und lehnt jegliche Form der aktiven Sterbehilfe ab. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat sich eindeutig gegen das niederländische Euthanasiegesetz ausgesprochen:

Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht Sterben als einen natürlichen Prozess. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab. Die Aufgabe von Ärzten ist die Vorbeugung, Heilung und Linderung von Krankheiten und darauf müssen sich kranke, alte und gebrechliche Menschen jederzeit verlassen können! Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin setzt sich mit aller Entschiedenheit für verbesserte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ein., die dazu beitragen können, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sehr viel seltener empfunden wird als häufig behauptet.

(Oduncu/Eisenmenger, 2002, S. 332)

Unabhängig von Alter und Grunderkrankung sollte die Palliativmedizin für alle Menschen sichergestellt sein (Baumgartner, 2006, Husebo/Klaschik, 2009). Weiterhin nimmt der Bedarf an Palliativmedizin enorm zu und wird auch weiterhin steigen. Eine dringliche Aufgabe dürfte deshalb der Ausbau und die Förderung der Palliativmedizin sein, zudem eine Integration dieser Themen in die medizinische Lehre und Forschung (Clark, 1994). Daher ist es nach Hick (2007, S. 113) ethisch geboten, *„die Qualität der medizinischen und menschlichen Versorgung Sterbender zu verbessern, und ihnen ein Sterben in Würde und ohne unerträgliches Leiden in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen, so dass der Wunsch nach vorzeitiger Lebensbeendigung in dem Maße in den Hintergrund tritt, in dem es gelingt, durch eine gute palliativmedizinische Behandlung auch die letzte Lebenszeit erträglich zu gestalten.“*

So meint Gottschling (2017), dass das Wissen um die Möglichkeiten einer wirkungsvollen hospizlich-palliativen Versorgung weder bei den Fachleuten, noch bei der Allgemeinbevölkerung ausreichend verbreitet sei. Die Möglichkeiten der modernen Palliativversorgung, Schmerzen und Leiden gut zu behandeln, müssen in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden, um den Ängsten der Menschen begegnen und flächendeckend eine menschlich und medizinisch würdevolle Begleitung beim Sterben erreichen zu können. Die jüngsten Initiativen zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung sowie zur Stärkung der Pflege sind wichtige Pfeiler einer Kultur des Begleitens von Älteren und Schwerstkranken. So ist der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Stärkung und bessere Information über ambulante Palliativversorgung von höchster Dringlichkeit (Borasio, 2007, Simon, 2007).

Nach verschiedenen Umfragen, zum Beispiel durch die Hospiz-Stiftung im Jahr 2001, kann man von einer defizitären Informiertheit unter der Bevölkerung hinsichtlich Bekanntheitsgrad von Einrichtungen und Organisationen, die Sterbebegleitung anbieten, ausgehen. Beispielsweise kannte nur jeder Dritte das Wort „Hospiz“ und dessen Bedeutung (Jaspers, 2007).

Weiterhin zeigte eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Müller-Busch et al., 2004), dass Ärzte, die palliativmedizinisch tätig sind, mit größerer Mehrheit als Ärzte allgemein einer aktiven Sterbehilfe mit stärkeren Vorbehalten begegnen. Dies macht deutlich, *„dass das Wissen über Linderungsmöglichkeiten und Sterbebegleitung die Befürwortung einer aktiven Tötung des sterbenskranken Menschen hemmen kann“* (Woellert/Schmiedebach, 2008, S. 87). Zentrale Rolle spielt hier vor allem die optimale Schmerzbekämpfung. Mittlerweile können mehr als 90% der Sterbenden die letzte Lebensphase ohne Schmerzen verbringen und andere belastende Symptome wie Luftnot, Erbrechen, Angst, Verwirrtheit und Unruhe können ähnlich gut behandelt werden (vgl. Klaschik/Ostgathe, 2004).

1.4 Die Rechtslage zur Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern

Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei ob es Wert habe oder nicht. Dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat. Denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweiser Progressionen, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.
(Hufeland, 1851, S. 734)

Das Thema Sterbehilfe beschäftigt nicht nur die Menschen in Deutschland, sondern es ist ein Thema, über das auch in den meisten europäischen Ländern zum Teil hochemotional diskutiert wird (Gottschling, 2017). In der vorliegenden Studie sollen Ärzte die unterschiedlichen Rechtsprechungen in Deutschland, Niederlanden und der Schweiz beurteilen und sich entscheiden, inwieweit sie selbst aktive Sterbehilfe durchführen würden, wenn diese in Deutschland erlaubt sein würde. Da zwischen den einzelnen Ländern grundlegende Unterschiede in der Rechtsprechung hinsichtlich der aktiven Sterbehilfe vorhanden sind, sollen die gesetzlichen Grundlagen im folgenden Kapitel genauer dargelegt werden. Ziel des folgenden Abschnitts ist nicht, einen ausführlichen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Länder zu geben. Vielmehr kann im Rahmen dieser vorliegenden Arbeit nur eine schemenhafte Skizzierung geleistet werden. Es soll als Grundlage zu den Fragestellungen zur Gesetzgebung im elaborierten Fragebogen dienen.

Tabelle 1.12 zeigt eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Gesetzgebungen in den drei Ländern Schweiz, Deutschland und den Niederlanden. In vielen europäischen Ländern gibt es für Sterbehilfefälle keine eigenständige Rechtsprechung. Eine Ausnahme stellt die Niederlande dar. So werden die Fälle von Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid „im Rahmen der Kapitalverbrechen Mord und Totschlag verhandelt“ (Wernstedt, 2004, S. 45).

Tabelle 1.12: Unterschiede in der Gesetzgebung und Rechtsprechung der Niederlande, Schweiz, Deutschland (modifiziert nach Wernstedt, 2004, S. 46-47)

	gesetzliche Regelung zur			
	Tötung auf Verlangen	aktive Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	Beihilfe zum Suizid
Deutschland	ja (Paragraph 216 StGB)	nein, gilt als Mord oder Totschlag (Paragraphen 221 und 212)	nein	Suizid kein juristischer Tatbestand, daher Beihilfe straflos (außer gewerbsmäßig seit 2015)
Niederlande	ja (Art. 293 StGB, Abs. 1: für Laien strafbar; Abs. 2 für Ärzte unter Beachtung des Gesetzes zur Kontrolle der Lebensbeendigung nicht strafbar)	ja Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (auch StGB Art. 293,2)	nein	ja (Art. 294 Abs. 1 und 2: strafbar für Laien, nicht strafbar für Ärzte unter Beachtung des Gesetzes zur Kontrolle der Lebensbeendigung)
Schweiz	ja (Art. 114 schwStGB)	nein gilt als vorsätzliche Tötung (Art. 111 schwStGB)	nein	strafbar

1.4.1 Die niederländische Rechtslage zur Sterbehilfe

In den Niederlanden wird die Euthanasie als eine absichtlich lebensbeendende Handlung durch eine andere, als die betroffene Person auf deren ausdrückliche Bitte hin definiert und ist nicht strafbar. Der Handlungsträger einer solchen aktiven Sterbehilfe kann ausschließlich ein Arzt sein. Es wird zwischen aktivem Töten und assistiertem Suizid in den Niederlanden kein Unterschied getroffen. Dieses Gesetz von 28.11.2000, das am 1.4.2002 in Kraft getreten ist, enthält folgende Bestimmungen (siehe Tabelle 1.13).

Tabelle 1.13: Gesetz zur Sterbehilfe in den Niederlanden (Oduncu & Eisenmenger, 2002, S. 327):

1. Gemäß dem in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien muss der Arzt:
a) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war

1. Gemäß dem in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien muss der Arzt:
c) den Patienten über die Situation, in der dieser sich befand, und über dessen sich daraus ergebende Aussichten informiert haben,
d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere akzeptable Lösung gab,
e) mindestens einen anderen unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten begutachtet und schriftlich sein Urteil über die oben genannten Sorgfaltskriterien abgegeben hat und
f) bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung aus medizinischer Sicht sorgfältig vorgegangen sein.
2. Wenn ein Patient, der das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat, nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, jedoch vor Eintritt dieses Zustandes als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden konnte und eine schriftliche Erklärung abgegeben hat, die ein Ersuchen um Lebensbeendigung beinhaltet, kann der Arzt diesem Ersuchen Folge leisten. Die in Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien gelten entsprechend.
3. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen sechzehn und achtzehn Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen betrachtet werden kann, kann der Arzt, einem Ersuchen des Patienten um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung Folge leisten, nachdem der Elternteil oder die Eltern, der oder die die Gewalt über ihn ausübt oder ausüben, beziehungsweise sein Vormund in die Beschlussfassung einbezogen worden ist.
4. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen zwölf und sechzehn alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt, wenn der Elternteil oder die Eltern, der oder die die Gewalt über ihn ausübt oder ausüben, beziehungsweise sein Vormund mit der Lebensbeendigung oder der Hilfe bei der Selbsttötung einverstanden sind, dem Ersuchen des Patienten Folge leisten. Absatz 2 gilt entsprechend.

Die niederländischen Ärzte sind jedoch nicht zur Euthanasie verpflichtet. Weiterhin ist verboten, dass ein Patient aus dem Ausland zur Sterbehilfe in die Niederlande fährt. Zwischen dem Arzt und dem Patienten wird ein Vertrauensverhältnis gefordert. Der Arzt soll beurteilen können, ob der Patient sich in einem aussichtslosen Zustand befindet, unerträglich leidet und seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung äußert. Die niederländische Euthanasiepraxis ist stark umstritten und Autoren wie Oduncu und Eisenmenger (2002) weisen darauf hin, dass die Praxis in verschiedener Hinsicht der staatlich angestrebten Kontrolle entgeht und Missbrauch zulässt.

In den Jahren 1990, 1995 und 2001 wurden laut Jochemsen (2007) umfangreiche Untersuchungen durchgeführt, die einen Einblick in die Handhabung von Entscheidungen niederländischer Ärzte über lebensbeendende Maßnahmen geben. Jochemsen (2007, S. 88, übersetzt von Deutsch-Sandl, leicht modifiziert) fasst die Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

- a) Die Zahl der Anträge auf freiwillige aktive Sterbehilfe und ärztlich begleiteten Suizid, sowie die Zahl der Fälle stieg von 1990 bis 1995 von 3500 (2,6%) auf 3900 (2,8% aller Sterbefälle), war 2001 aber nicht bedeutend höher als 1995.
- b) Ob in einer bestimmten Situation das Leben des Patienten beendet wird oder nicht, ist in der Praxis eine Entscheidung, die vom Arzt und nicht so sehr vom Patienten getroffen wird, obwohl der Arzt eher zu einer solchen Entscheidung neigt, wenn der Patient nachhaltig darum bittet.
- c) Aktive Lebensbeendigungen werden nicht als letzter Ausweg eingesetzt. Im Jahre 2001 stimmte etwa ein Drittel der Ärzte den Aussagen zu, dass niederländische Ärzte oft nicht bestimmen können, ob es weitere Behandlungsmöglichkeiten gibt, und zwar aus Unkenntnis und weil die Qualität der Palliativmedizin nicht so gut ist, wie sie sein sollte.
- d) Entgegen den gesetzlichen Anforderungen meldeten Ärzte im Jahre 2001 etwa die Hälfte der Fälle von freiwilliger aktiver Sterbehilfe und ärztlich begleitetem Suizid nicht und fast keine Fälle von Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch.

Zusätzlich zu diesen Handlungsmöglichkeiten bleibt eine Grauzone zwischen Lebensbeendigungen und dem gesteigerten Einsatz von Schmerzmitteln, eine erhebliche Anzahl von Fällen, der so genannten „terminal sedation“ eingeschlossen.

Auch Jochemsen (2007) kritisiert, dass die gesetzliche Regelung in den Niederlanden keine wirkliche Kontrollfunktion erreicht hat – was eigentlich das Ziel der niederländischen Regierung war. Es gibt einen großen Teil der praktizierten Euthanasie, die unter gesetzlichen Vorgaben erfolgt, jedoch besteht auch ein nicht unerheblicher Teil, der sich jeglicher Form der gesetzlichen Kontrolle entzieht.

1.4.2 Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland

1.4.2.1 Aktive Sterbehilfe

Rechtliche Normen sollen verantwortliche ärztliche Entscheidungen im Rahmen der Sterbebegleitung ermöglichen, während Rechtsunsicherheit nicht selten zu extensiver Rechtfertigungsmedizin führt, die ärztlichem Ethos widerspricht.

(Schöch, 2007, S. 955)

Das Grundgesetz garantiert in Deutschland den Schutz des Lebens mit Art. 1 Abs. 1 „Die Würde des Menschen“ ist unantastbar und Art. 2 Abs. 2 „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“. Wie bereits in Kapitel 1.1. besprochen, handelt es sich bei der aktiven Sterbehilfe um eine intendierte und vorzeitige Beendigung des Lebens. Eine aktive

Sterbehilfe ist in Deutschland unzulässig und wird nach Paragraph 216 StGB (Tötung auf Verlangen) oder nach den sonstigen Strafbestimmungen über vorsätzliche Tötung nach Paragraphen 211, 212 StGB (Mord, Totschlag) unter Strafe gestellt. (Oduncu/Eisenmenger, 2002). Folglich gibt es in Deutschland keine speziellen gesetzlichen Regelungen zur Sterbehilfe. Die Verhandlung von Rechtsfällen zur Sterbehilfe erfolgen vor Gericht „im Rahmen allgemeiner Tötungsdelikte“ (Wernstedt, 2004, S. 131).

1.4.2.2 Indirekte Sterbehilfe

Die indirekte Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid werden in der deutschen Literatur und Rechtsprechung klar von der aktiven Sterbehilfe abgegrenzt. Die indirekte Sterbehilfe ist eine therapeutische Maßnahme, welche die Lebensqualität des Patienten verbessern soll, die aber als Nebenwirkung eine lebensverkürzende Wirkung haben kann (siehe Kapitel 1.3.2). Die indirekte Sterbehilfe ist somit keine beabsichtigte Beschleunigung des Sterbens, sondern eine *„nicht-intendierte Inkaufnahme des vorzeitigen Todeseintritts als Nebenwirkung einer sinnvollen Therapiemaßnahme“* nach Zustimmung des Patienten, der darüber vollständig aufgeklärt wurde (Oduncu & Eisenmenger, 2002, S. 331).

Die indirekte Sterbehilfe ist bei ordnungsgemäßem Einsatz der Medikamente nach Auffassung des Bundesgerichtshofes nicht strafbar: „Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation, entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen, wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann“ (BGHSt 42, 301; 15.11.1999; zitiert nach Hick, 2007, S. 77).

Die Nichtverabreichung notwendiger Schmerzmittel kann als Körperverletzung (Paragraph 223 StGB bis Paragraph 233 StGB) oder unterlassene Hilfeleistung (Paragraph 323c StGB) geahndet werden.

1.4.2.3 Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid ist ebenfalls nicht mit der aktiven Sterbehilfe gleichzusetzen. Hier hilft der Arzt seinem Patienten bei der Verwirklichung seiner selbst gefassten Entscheidung, seinem Leben ein Ende zu setzen. Der Arzt bestimmt jedoch weder den Geschehensablauf noch führt er selbst die Tötung aus.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist nach geltendem deutschem Strafrecht nicht strafbar. *„Dies gilt nicht nur für Sterbenskranke, sondern in allen Fällen, in denen die Rechtsordnung von einer - unzweifelhaft - freiverantwortlichen Selbsttötung ausgeht“* (Schöch, 2007, S. 958).

Wer jedoch als unterstützender Begleiter dem Suizid eines anderen beiwohnt, setzt sich in Deutschland einer Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung (Paragraph 323c StGB) aus, sobald der Selbsttöter über seine Tat die Besinnung verliert.

Das deutsche Rechtssystem verzichtet also darauf, die eigenverantwortliche Selbsttötung unter Strafe zu stellen, da sie sich nicht gegen einen anderen Menschen richtet und der freiheitliche Rechtsstaat keine allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben hat. Dementsprechend sind auch der Suizidversuch oder die Teilnahme an einem Suizid(-versuch) straffrei.

Im November 2015 wurde darüber hinaus ein neuer Gesetzesentwurf verabschiedet, geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen. Ziel des vorliegenden Gesetzes ist es, die Entwicklung der Beihilfe zum Suizid zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung zu verhindern. Insbesondere alte und/oder kranke Menschen können sich dadurch zu einem assistierten Suizid verleiten lassen oder gar direkt oder indirekt gedrängt fühlen. Ohne die Verfügbarkeit solcher Angebote würden sie eine solche Entscheidung nicht erwägen, geschweigen denn treffen. Das Gesetz kriminalisiert ausdrücklich nicht die Suizidhilfe, die im Einzelfall in einer schwierigen Konfliktsituation gewährt wird. Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen sind weiterhin nicht strafbar zu machen, wenn sie lediglich Teilnehmer an der Tat sind und selbst nicht geschäftsmäßig handeln.

Daher ist der § 217 StGB in vollem Umfang geltendes Recht (Tolmein/ Radbruch, 2017, S. A 306):

- 1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- 2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Tolmein und Radbruch (2017) betonen, dass durch den Paragraphen 217 StGB zum einen der Suizid, als auch die Beihilfe straffrei gelassen werden. Zum anderen wird eine klare Linie gezogen, die von niemanden überschritten werden darf – auch nicht von Ärzten. Der juristische Begriff „geschäftsmäßig“ ist ein sogenannter „unbestimmter Rechtsbegriff“. *„Diese [Rechtsbegriffe] müssen im Zweifelsfall von Gerichten ausgelegt werden, was zwar eine gewisse Unsicherheit schafft, aber nach bestimmten Regeln geschieht und von den Instanzgerichten bis hin zum Bundesverfassungsgericht überprüfbar ist. ‚Geschäftsmäßig‘ handelt ein Täter dann, wenn er einen qualifizierten, zielgerichteten Vorsatz hat“* (Tolmein & Radbruch, 2017, S. A 306).

Die ärztliche Mitwirkung beim Suizid des Patienten – also dem assistierten Suizid – ist in Deutschland somit nicht eindeutig geregelt und bleibt daher umstritten, wird aber durch das Standesrecht verboten. Im Februar 2011 wurden die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung überarbeitet. Beschrieben wird folgendes: Die Mitwirkung am assistierten Suizid ist demnach keine ärztliche Aufgabe, wird aber nicht mehr grundsätzlich im Widerspruch zum Berufsethos des Arztes gesehen (Thieme, 2013, Bruns/Blumenthal/Hohendorf, 2016).

1.4.2.4 Passive Sterbehilfe

1.4.2.4.1 Patient im Sterbeprozess

Eine Urteilsbegründung des Bundesgerichtshofs (BGHst, 32, 379/80) macht die rechtliche Zulässigkeit von passiver Sterbehilfe bei terminal kranken Patienten deutlich, indem es davon ausgeht, dass *„es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind“* (zitiert nach Hick, 2007, S. 71). So darf bei erklärten oder mutmaßlichem Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen Sterbehilfe geleistet werden, um damit dem Sterbenden ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Die Sterbehilfe darf jedoch auch bei aussichtsloser Prognose nicht durch gezieltes Töten (aktive Sterbehilfe) erfolgen. Anders ausgedrückt: Passive Sterbehilfe ist in Deutschland erlaubt, wenn sie dem aktuellen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und wenn es sich um einen bereits im Sterbeprozess befindlichen Patienten handelt. Ärztliches Handeln bleibt hier eine Einzelfallentscheidung und muss sich an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde orientieren.

1.4.2.4.2 Patient mit schwerer Grunderkrankung

Bei einem unheilbar erkrankten, entscheidungsunfähigen Patienten ist das Absetzen der künstlichen Ernährung zulässig, auch wenn sich der Patient noch nicht im Sterbeprozess befindet. Ausschlaggebend ist der mutmaßliche Wille des Patienten (Schell, 2002). Zugrunde liegt dieser Rechtsprechung das Urteil des Bundesgerichtshofs im Jahr 1994 in seinem Urteil des sog. Kemptener Falls (BGHSt 40, 257) (Wernstedt, 2004). Beim Kemptener Fall handelte es sich um eine nicht im Sterbeprozess befindliche und einwilligungsunfähige Patientin mit schwerer Grunderkrankung. Der Arzt und Betreuer der Wachkoma-Patientin wurden vom Kemptener Vormundschaftsgericht (Betreuungsgericht) wegen versuchten Totschlags durch Unterlassen verurteilt, weil sie ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts das Personal des

Pflegeheims angewiesen hatten, die künstliche Ernährung der Patientin auf Tee umzustellen. Ziel war der baldige und schmerzfreie Tod der Patientin. Das Pflegepersonal führte aus rechtlichen Bedenken die Ernährungstherapie jedoch fort und verständigte das Vormundschaftsgericht Kempten. Da der Tod nicht unmittelbar bevorstand, sahen die Kemptener Richter das Vorgehen von Arzt und Betreuer nicht als Versuch der zulässigen passiven Sterbehilfe, sondern eben als Tatbestand des versuchten Totschlags. Vor dem Bundesgerichtshof wurde das Urteil des Vormundschaftsgerichtes jedoch aufgehoben (Rieger, 1995; Schell, 2002, Wernstedt, 2004). Folgende Urteilsleitsätze waren für die Entscheidung des BGH maßgebend (Schell, 2002, S. 87-88):

Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der BÄK verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.

An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.

Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.

In dem vorliegenden Strafverfahren konnte durch Zeugenaussagen ermittelt werden, dass die Patientin der geplanten Ernährungseinstellung mutmaßlich zugestimmt hätte, wodurch das Vorgehen der Angeklagten gerechtfertigt gewesen sei. In diesem Fall wurde besonderer Wert auf die sorgfältige Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten gelegt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Deutschland für die Entscheidungen am Lebensende keine transparente und in sich geschlossene Rechtsprechung vorhanden ist. Für das ärztliche Handeln können auch die Grundsätze der Bundesärztekammer Orientierung für die Ärzte vermitteln.

1.4.2.5 Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Ärzteschaft in Deutschland

Die Bundesärztekammer ist ein Zusammenschluss der 17 deutschen Landesärztekammern und ist aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsprozess beteiligt. Die Bundesärztekammer verfolgt das Ziel, „möglichst einheitliche Regelungen zu den ärztlichen Berufspflichten herbeizuführen. Zum Umgang mit sterbenden Menschen wurden seit Ende der 1970er Jahre verschiedene Handreichungen entwickelt, die für einheitliche Handlungsstandards im ambulanten und klinischen Bereich sorgen sollten“ (Habicht, 2009, S. 114). Diese werden entsprechend den Entwicklungen in der Medizin (z. B. Palliativmedizin) und in der Rechtsprechung in unregelmäßigen Abständen überarbeitet.

Die Bundesärztekammer lehnt aktive Sterbehilfe im Sinne einer gezielten Tötung auf Verlangen mit Entschiedenheit ab. Die Bundesärztekammer hat ihre „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ im Jahr 2010 neu gefasst. Tabelle 1.14 zeigt die wesentlichen Aussagen der Grundsätze:

Tabelle 1.14: Wesentliche Aussagen der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer (2011, S. A 346-348)

Präambel
<p>Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund (...) Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Die gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.</p> <p>Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.</p>
Ärztliche Pflichten bei Sterbenden
<p>Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können. Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. (...)</p>

Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose
Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.
Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung
Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und kognitiven Funktionsstörungen haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Art und Ausmaß ihrer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. (...)
Ermittlung des Patientenwillens
<p>Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. (...)</p> <p>Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des Paragraphen 1901a Abs. 1 BGB vor, hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. (...)</p>
Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen
Bei Kindern und Jugendlichen gelten für die ärztliche Sterbebegleitung die gleichen Grundsätze wie für Erwachsene. (...) Für Kinder und Jugendliche sind die Sorgeberechtigten, d. h. in der Regel die Eltern, kraft Gesetzes für alle Angelegenheiten zuständig, einschließlich der ärztlichen Behandlung. Sie müssen als Sorgeberechtigte und gesetzliche Vertreter des Kindes über die ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt werden und darin einwilligen.
Vorsorgliche Willensbekunden des Patienten
<p>Willensbekundungen, in denen Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen. Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer haben Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis erarbeitet.</p> <ul style="list-style-type: none">- Bestellung einer Vertrauensperson- Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung können nur allgemeingültige Prinzipien und keine objektiven Sachnormen vermitteln, die vom Arzt immer noch ein hohes Maß an eigener Entscheidungsfindung verlangen.

Küng (2014) betont, dass die Grundsätze der deutschen Bundesärztekammer gute Entscheidungshilfen darstellen. Auch der Pflicht, Leben zu erhalten, sind Grenzen gesetzt. So sollte man Menschen nicht endlos in einem unwürdigen Zustand belassen, indem man versucht das Leben um jeden Preis zu verlängern.

1.4.3 Rechtslage zur Sterbehilfe in der Schweiz

In der Schweiz ist jegliche Form der aktiven Sterbehilfe verboten. Die aktive Sterbehilfe wird als vorsätzliche Tötung, Totschlag oder Tötung auf Verlangen mit mehreren Jahren Gefängnis geahndet (Hügler, 2012). In der Schweiz wird die Suizidhilfe zwar ausdrücklich toleriert bzw. erlaubt, jedoch ist die Tötung auf Verlangen weiterhin strafbar. Die gesetzliche Lage in der Schweiz entspricht überwiegend der in Deutschland (Seelmann, 2003). Jedoch sind die standesrechtlichen Vorgaben in der Schweiz wesentlich toleranter (Hügler, 2012).

In der Schweiz besteht keine ausdrücklich gesetzliche Regelung der Sterbehilfe. Es existiert kein Gesetz, in welchem die Sterbehilfe ausdrücklich verboten oder zugelassen wäre. „Vielmehr wird die Zulässigkeit der Sterbehilfe im Rahmen der strafrechtlichen Würdigung des Todesfalles geprüft“ (Marti, 2002, S. 570). In der Schweiz werden deshalb die Sterbehilfefälle in der Regel über die Paragraphen 111 (Vorsätzliche Tötung), 114 (Tötung auf Verlangen) und 115 (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord) des Schweizer Strafgesetzbuches vom 21.12.1937 verhandelt.

1.4.3.1 Vorsätzliche Tötung

Die vorsätzliche Tötung wird im Schweizer Strafgesetzbuch (Zweites Buch, Besondere Bestimmungen; Erster Titel: Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben) wie folgt beschrieben:

Art. 111 Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB): „*Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besonderen Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.*“²

1.4.3.1.1 Direkt aktive Sterbehilfe

Unter aktiver Sterbehilfe versteht man die gezielte Tötung eines schwerkranken Patienten durch einen Arzt oder eine dritte Person. Eine derartige Handlung erfüllt ohne weiteren Tatbestand

²<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> (15. November 2017)

die vorsätzliche Tötung (Marti, 2002). Die aktive Sterbehilfe führt zwingend zur Bestrafung des Sterbehelfers, auch dann, wenn der Patient aus fremder Hand zu sterben verlangt, leidet und nur noch kurze Zeit zu leben hat. Handelt der Täter aus „*achtenswerten Beweggründen*“ oder „*in schwerer Bedrängnis*“, so kann dies als Strafmilderungsgrund geltend gemacht werden (Heine, 1991, S. 604).

1.4.3.1.2 Indirekte aktive Sterbehilfe

Durch die Verabreichung eines schmerzlindernden Medikamentes an einen todkranken Patienten kann der Tod beschleunigt werden. Da der Arzt um diese Nebenwirkung des Medikamentes weiß, nimmt er den Tod des Patienten bei der Schmerzlinderung in Kauf. Nach Marti (2002) erfüllt diese Konstellation schon den Tatbestand von Art. 111 StGB. Die Juristen verzichten in der Schweiz auf die Ahndung derartiger Delikte. Die Bewahrung des Patienten vor unerträglichen Schmerzen gehört zur Pflicht des Arztes und es liegt somit der Rechtfertigungsgrund von Art. 32 StGB vor - also Rechtfertigung einer Tat, deren Begehung von einer Berufspflicht verlangt wird (Marti, 2002, S. 570). Des Weiteren ist der Arzt nicht nur zur Heilung, sondern auch zur Linderung der Leiden des Patienten verpflichtet. Ein derartiger Medikamenteneinsatz zur Schmerzlinderung gilt somit als notwendig.

1.4.3.2 Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich wie bereits in Kapitel 1.3.1 erläutert um Therapiebegrenzungsmaßnahmen. Das Unterlassen von lebenserhaltenden Maßnahmen ist in der Schweiz dann strafbar, wenn ein Außenstehender eine besondere Rechtspflicht zur Erhaltung des Lebens hat. Diese sog. Garantenstellung hat der Arzt gegenüber jedem seiner Patienten: „Dem behandelnden Arzt kommt regelmäßig eine solche Garantenstellung aufgrund des Behandlungsvertrages zu. Grundsätzlich ist demnach die Tötung durch Unterlassung als Tötungsdelikt strafbar“ (Marti, 2002, S 571).

a) Urteilsfähige Personen

Der urteilsfähige Patient kann frei über seine Behandlung entscheiden. Diese Entscheidung muss vom Arzt respektiert werden. Dieses Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht in einem Spannungsverhältnis zur Garantenstellung des Arztes, der verpflichtet ist, seinen Patienten umfassend zu behandeln. Widerrechtlich ist jeder Eingriff, der gegen den Willen des Patienten vorgenommen wird. Der Arzt, der in solchen Fällen die Behandlung unterlässt, ist nicht strafbar. Jedoch kann der Verzicht auf eine lebenserhaltende Maßnahme auch nur vom

urteilsfähigen Patienten getroffen werden (Marti, 2002). Spricht sich ein Patient also gegen eine lebenserhaltende ärztliche Maßnahme aus, so ist dieser gerichtete Wille unbedingt zu respektieren, der Arzt darf keine Behandlung vornehmen.

b) Urteilsunfähige Personen

Da ein urteilsunfähiger Patient nicht in der Lage ist, rechtsverbindliche Handlungen vorzunehmen, kann er somit auch nicht gültig auf eine lebensverlängernde Maßnahme verzichten. Bei urteilsunfähigen Patienten sind dessen Äußerungen für den Arzt nicht bindend. Für einen urteilsunfähigen Sterbenden entscheidet dann dessen gesetzlicher Vertreter. Gegen den Willen des Vormunds *„dürfen lebenserhaltende Maßnahmen weder abgebrochen noch verweigert werden“* (Marti, 2002, S. 571). Liegt kein gesetzlicher Vertreter vor, so entscheidet der Arzt über die Durchführung oder den Abbruch der Behandlung. Die Entscheidung muss sich am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren.

1.4.3.3 Tötung auf Verlangen

Art. 114 Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB): *„Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.“*³

Auch wenn der Patient die Tötung vom Arzt oder dem Sterbehelfer ausdrücklich verlangt, ändert sich nichts an der Vorgehensweise, wie es in Art. 111 StGB beschrieben wird. Es kommt lediglich Art. 114 StGB zur Anwendung. Ein Sterbehelfer macht sich grundsätzlich strafbar, auch wenn die Tötung auf Verlangen aus achtenswerten Beweggründen heraus entsteht. Sowohl der Wille des Patienten, als auch die gute Absicht der Tötung haben somit keinen Einfluss auf die grundsätzliche Strafbarkeit der Sterbehilfe (Marti, 2002).

1.4.3.4 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Art. 115 Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB): *„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“*⁴

Der Selbstmordversuch ist in der Schweiz straflos. Dabei steht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Vordergrund. Die Beihilfe zum Selbstmord steht dagegen unter Strafe, sofern sie

³ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> (15. November 2017)

⁴ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> (15. November 2017)

– wie oben beschrieben - aus selbstsüchtigen Gründen erfolgt (Marti, 2002). Anders gesagt: Die Unterstützung der Selbsttötung ist legal, sofern es nicht zur Erlangung eines persönlichen Vorteils für den Helfer geschieht. Die Motivation der Handlung wird hier durchaus berücksichtigt (Wernstedt, 2004).

Insofern ist die schweizerische Rechtsprechung strenger als das Recht in Deutschland, da es die Beihilfe zum Suizid bei selbstsüchtigen Beweggründen ausdrücklich unter Strafe stellt (Seelmann, 2003). Unter „selbstsüchtigen Beweggründen“ versteht man ein egoistisches Motiv – mit persönlichen Vorteilen (wie z. B. Erbschaft) oder aber auch Befriedigung niedriger affektiver Bedürfnisse wie Hass, Bosheit oder Rachsucht (Ankermann, 2000). Somit wird aus dem Paragraphen 115 abgeleitet, dass Suizidhilfe, *„die nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen (...) durchgeführt wird, auch nicht strafbar ist“* (Borasio, 2014, S.91).

Charakteristisch für die Schweiz ist die Realisierung der Suizid-Assistenz über private Organisationen. Die bekanntesten Sterbehilfsorganisationen sind EXIT und DIGNITAS. In der Schweiz bieten die Organisationen ihren Mitgliedern für einen geringen finanziellen Aufwand Sterbehilfe an. Jährlich werden einige hundert Menschen beim Freitod begleitet. Diese Organisationen arbeiten somit vor dem rechtlichen Hintergrund der Straffreiheit der Suizidbeihilfe. Der Sterbewillige erhält von den Sterbeorganisationen beispielsweise einen Becher mit einem lebensbeendenden Medikament. Der Becher wird vom Sterbewilligen selbst getrunken. Wird das Medikament über eine Magensonde zugeführt, muss der Sterbewillige ebenso die entscheidende Handlung (z. B. das Aufdrehen des Hahns) selbst vornehmen. Gleichzeitig müssen die Suizidbeihilfefälle als außergewöhnliche Todesfälle gemeldet und anschließend von einer Untersuchungsbehörde abgeklärt werden.

Die Schweiz ist deshalb weltweit zu einem Anlaufpunkt für die sog. „Sterbetouristen“ geworden. Die Regierung hat im September 2009 einen rechtskräftigen Vertrag mit EXIT geschlossen, um einige Regularien der aktuellen Praxis klarer zu definieren, um eine bessere Transparenz zu schaffen. Es sind jedoch auch Bestrebungen vorhanden, die Kriterien zu verschärfen und Sterbehilfe gesetzlich anders zu regeln (Bosshard et al, 2005, Klinkhammer 2004).

Eine Einschränkung der Suizidhilfe in der Schweiz per Volksabstimmung durchzusetzen, scheiterte in den letzten Jahren deutlich. So sprachen sich im Kanton Zürich im Jahre 2011 über 85 Prozent gegen eine solche gesetzliche Einschränkung aus (Borasio, 2014). Die Menschen sehen in solchen Sterbehilfeorganisationen einen möglichen Schutz vor einem qualvollen Tod und Kontrollverlust am Lebensende. Wobei nur ein geringer Anteil der Mitglieder in diesen Organisationen die Möglichkeit einer Sterbehilfe in Anspruch nimmt. Weiterhin hatte der Schweizer Bundesrat 2011 auf eine Neuregelung der organisierten Sterbehilfe verzichtet und

die Kantone sich für eine Förderung der Suizidprävention und dem Ausbau der Palliativmedizin ausgesprochen (Borasio, 2014).

1.5 Deutsche Studien zum Thema ärztliche Einstellungen zur Sterbehilfe

Wenn die Ärzteschaft glaubhaft den wachsenden Bestrebungen nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe entgegengetreten will, muss sie sich mit ihrer derzeitigen Praxis der Sterbebegleitung kritisch auseinandersetzen. Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens sind und bleiben schwierig, erfordern immer ein sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation des einzelnen Patienten. Im Irrtum ist jedoch, wer glaubt, dass er diese Entscheidungsprozesse umgehen kann, in dem er stets alle Möglichkeiten der modernen Medizintechnologie ausschöpft.

(Weber et al., 2001, A 3188)

Nach Schröder et al. (2007) wurde in den letzten Jahren eine solide empirische Basis für die Einschätzung der Haltung von Ärzten gegenüber Sterbehilfe und Sterbebegleitung gewonnen. Jedoch liegen im Gegensatz zum internationalen Forschungsstand in Deutschland nur wenig repräsentative Befragungen und quantitative Interviewstudien zum Thema Sterbehilfe vor (Harfst, 2004).

Im folgenden Kapitel sollen nun unterschiedliche Studien, die in den letzten Jahren zur Einschätzung der ärztlichen Haltung zur Sterbehilfe in Deutschland durchgeführt wurden, vorgestellt werden.

1.5.1 Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland

Die bundesweit erste Studie zur Erfassung der ärztlichen Einstellung zur Sterbehilfe in Deutschland wurde von Kirschner und Elkeles (1996; 1998) durchgeführt. Dabei wurden bundesweit 282 niedergelassene praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten und 191 Krankenhausärzte verschiedener Fachrichtungen befragt. Die Befragung erfolgte entweder schriftlich, telefonisch oder mündlich. 48% der niedergelassenen Ärzte gaben an, schon einmal um aktive Sterbehilfe gebeten worden zu sein. Bei den Krankenhausärzten waren es 54%. 11% der niedergelassenen Ärzte hatten bereits Sterbehilfe erlebt. Bei den Krankenhausärzten hatten nur 6% Sterbehilfefälle erlebt. Die aktive Sterbehilfe wurde aufgrund folgender Hauptgründe abgelehnt: 1. Frage der Berufsethik, 2. strafbares Handeln, 3. christlicher Glaube, 4. andere Möglichkeiten (passive oder indirekte Sterbehilfe). Die indirekte Sterbehilfe wurde von 45% der niedergelassenen Ärzte akzeptiert und 50% hatten bereits selbst indirekte Sterbehilfe durchgeführt. Abgelehnt wurde die indirekte Sterbehilfe von nur 24%. Nachfragen zur Beihilfe zum Suizid hatten von den niedergelassenen Ärzten 15% und von den Krankenhausärzten 11% erhalten. 50% der Teilnehmer sprachen sich für einen gesteigerten Diskussionsbedarf aus.

1.5.2 Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte

Dornberg (1997) untersuchte anhand von Fallschilderungen die Einstellungen von Ärzten zur aktiven beziehungsweise passiven Sterbehilfe, zur Beihilfe zum Suizid und zur Erfüllung einer Patientenverfügung in kritischen oder präfinalen Lebenssituationen. Die Studie stützte sich auf eine Befragung von 62 in südbadischen Krankenhäusern internistisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, von denen allein 52 im Freiburger Universitätsklinikum tätig waren. Die aktive Sterbehilfe wurde von allen Befragten, unabhängig von der Leidenssituation des Patienten, abgelehnt. Dabei wurde die Durchführung entsprechender Maßnahmen als „extrem selten“ eingestuft. Eine hohe Bereitschaft zur Behandlungsbegrenzung wurde bei infaust Erkrankten in der Terminalphase angegeben: Bei Vorliegen eines „mutmaßlichen Willens“ durch Patiententestament oder Angehörige sprachen sich 92% bzw. 82% für den Behandlungsverzicht bei „terminal Erkrankten mit schlechter Prognose“ aus. Diese hohe Bereitschaft ließ sich auch bei „nicht terminal Erkrankten mit schlechter Prognose“ beobachten, die von einer nur begrenzt zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahme profitieren: So befürworteten 69% der Befragten - bei nicht bekanntem Patientenwillen - die Beendigung medizinischer Maßnahmen bei terminal Kranken und 69% bei „nicht terminal Erkrankten mit schlechter Prognose“.

Den Wunsch nach einer rechtlichen Regelung von aktiver und passiver Sterbehilfe äußerten 23% der Befragten. Durch kleine Stichprobe und Übergewicht zugunsten der universitären Ärzte ist die Studie in ihrer generellen Aussagekraft eingeschränkt, doch zeigt Dornberg (1997) die Schwierigkeit bei der exakten Abgrenzung der Begriffe aktive versus passive Sterbehilfe, der Problematik des Handelns und der Unsicherheit bei den Ärzten und deren Unklarheit über den juristischen Tatbestand von aktiver oder passiver Sterbehilfe auf.

1.5.3 Einstellung zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten

Csef und Heindl (1998) untersuchten die Einstellung zur Sterbehilfe von Ärzten des ärztlichen Kreisverbandes Würzburg. Aus der Gesamtgruppe von 1821 zu einem Stichtag dem ärztlichen Kreisverband Würzburg gemeldeten teil- und vollapprobierten Ärztinnen und Ärzten wurden 150 Ärzte mittels Zufallsgenerator ausgewählt und um einen Termin zu einem halbstandardisierten Interview gebeten, indem sie Fragen zur aktiven und passiven Euthanasie beantworten sollten. 62% der ausgewählten Ärzte (n=93) waren zum Interview bereit.

34,4% der Ärzte stimmten der Durchführung einer passiven Sterbehilfe zu. 50,6% machten ihre Zustimmung von Bedingungen abhängig wie beispielsweise der Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Optionen, vorausgehende Aufklärung des Patienten und potentiell

lebensverkürzende Wirkung des Analgetikums. 29% der Ärzte gaben an, bereits von Patienten um aktive Sterbehilfe gebeten worden zu sein.

Tabelle 1.16 zeigt die deutliche Ablehnung aktiver Sterbehilfe, bei welcher der Arzt mit der Situation eines moribunden Patienten konfrontiert wird und entscheiden soll, ob er ein todbringendes Medikament geben würde, falls der Patient darum bitten würde und falls aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt wäre:

Tabelle 1.16: Aktive Euthanasie bei moribunden Patienten - Fragestellung an deutsche Ärzte: Würden Sie einem Moribunden auf dessen Wunsch bei legaler Gesetzeslage ein tödliches Mittel geben (Csef/Heindl, 1998, S. 1503)

	n	%
nein	76	81,7
ja	3	3,2
ja, falls mir der Patient sehr gut bekannt ist	5	5,4
ja, in aussichtslosen Situationen in der Kriegs- und Katastrophenmedizin bei fehlendem Analgetikum	1	1,1
ich weiß es nicht	8	8,6

Bei nicht moribunden Patienten waren sogar alle Ärzte gegen aktive Sterbehilfe. Zusammenfassend kann nach Csef und Heindl (1998) festgestellt werden, dass - verglichen mit Studien aus anderen Ländern - eine relativ strikte Ablehnung aktiver Sterbehilfe der Ärzte zu beobachten ist. Weiterhin äußern sich die Autoren skeptisch gegenüber der gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe.

1.5.4 Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens

Eine weitere Erhebung führten Weber et al. (2001) unter allen Ärzten, die von 1995 bis 1999 an onkologischen und palliativmedizinischen Fortbildungen des Tumorzentrums Rheinland-Pfalz teilgenommen hatten, durch. Von den 427 Teilnehmern waren 138 Krankenhausärzte und 276 niedergelassene Ärzte. Die Mehrheit der Ärzte (93,8%) bejaht die Grundsätze der Bundesärztekammer, die vorsehen, dass bei Sterbenden Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens beendet werden können, wenn diese den Todeseintritt nur verzögern und die Krankheit nicht mehr aufhalten werden und dies in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten geschieht. Ein weiterer Grundsatz der Bundesärztekammer sieht vor, dass auch bei Patienten mit infauster

Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, „*lebensverlängernde Maßnahmen beendet werden können, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert*“ (Weber et al., 2001, S. A 3185). 86,1% aller Befragten gaben an, dass dies ihrer persönlichen Überzeugung entspreche.

Die Patientenverfügung wurde zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens von 79,3% der Ärzte als sehr wichtig eingeschätzt und lag vor der persönlichen Kenntnis der Lebenseinstellung und Wertvorstellung des Patienten. Nur 12,7% der Ärzte hatten für sich selbst eine Patientenverfügung ausgestellt.

Tabelle 1.17: Umgang mit Patientenverfügungen (Weber et al., 2001, S. A 3186)

Persönliche Erfahrungen mit Patientenverfügungen					
	ja	%	nein	%	Antworten
Ich habe für mich selbst eine Patientenverfügung ausgestellt	53	12,7	363	87,3	416
Ich habe Patientenverfügungen vorrätig, die ich Patienten auf Anfrage ausstellen kann.	143	34,5	272	65,5	415
Ich ergreife in bestimmten Situationen selbst die Initiative, um Patienten über eine Patientenverfügung zu informieren.	216	52,3	197	47,7	413
Ich warne meine Patienten vor dem Ausfüllen einer Patientenverfügung.	4	1,0	407	99,0	411
Ich verweise Patienten, die sich bei mir über eine Patientenverfügung informieren wollen, an andere Stellen.	112	27,7	293	72,3	405

Außerdem gaben 40,3% der Ärzte an, dass sie bereits von seitens der Patienten schon einmal um eine aktive Maßnahme zur Lebensbeendigung wegen untragbarem Leid gebeten wurden. Es ergaben sich hierbei keine relevanten Unterschiede zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten.

In einer weiteren Frage sollten die Ärzte bestimmte Maßnahmen im Fall eines Patienten mit infauster Prognose und weit fortgeschrittener Erkrankung der aktiven oder der passiven Sterbehilfe zuordnen, wobei es sich bei den Maßnahmen durchgehend um passive Sterbehilfe handelte (siehe Tabelle 1.18).

Tabelle 1.18: Zuordnungen der Maßnahmen in aktive und passive Sterbehilfe - wobei keine der Maßnahmen eine Form der aktiven Sterbehilfe darstellt (Weber et al., 2001, S. A 3187)

Aktive versus passive Sterbehilfe bei infauster Prognose							
	aktive Sterbe- hilfe	%	passive Sterbe- hilfe	%	bin unsicher	%	Antworten
Abstellen einer künstli- chen Beatmung	205	48,8	178	42,4	37	8,8	420
Beendigung der Kate- cholamingabe bei einem katechola- minpflichtigen Intensivpatienten	106	25,1	271	64,2	45	10,7	422
Beendigung einer künstlichen Ernährung	55	13,0	337	79,9	30	7,1	422
Beendigung einer pa- renteralen Flüssigkeitstherapie	112	26,6	266	63,2	43	10,2	421
Nichteinleitung einer Antibiose bei manifester Pneu- monie	30	7,2	367	87,8	21	5,0	418

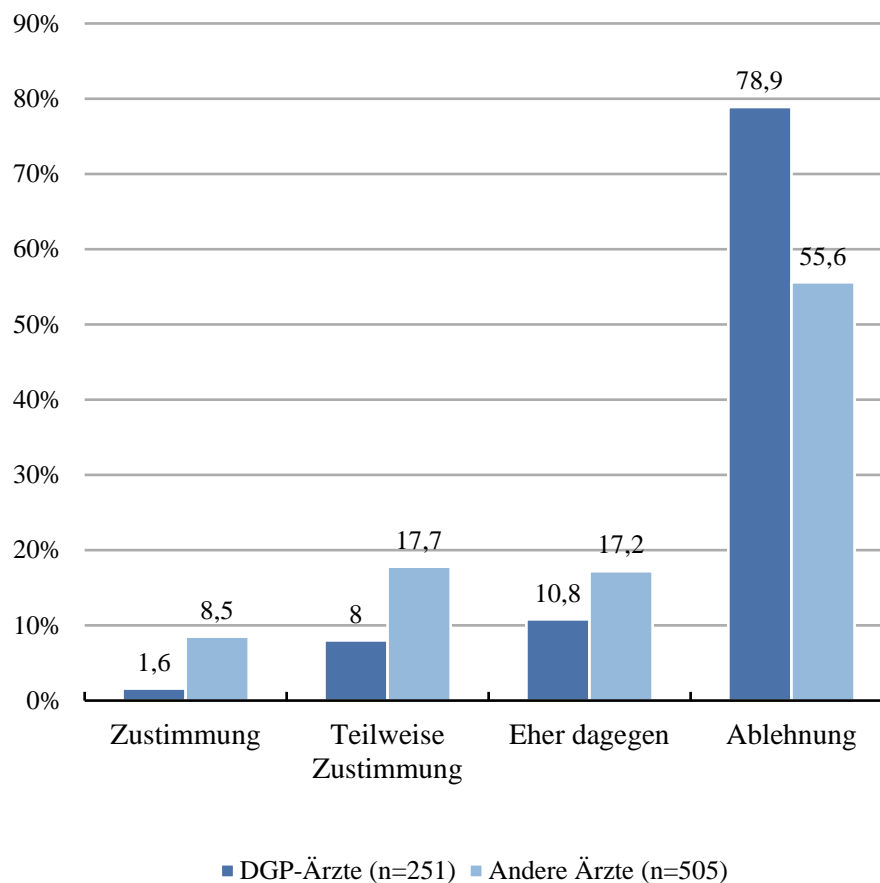
Diese Studie zeigt deutlich, dass es unter den befragten Ärzten erhebliche Unsicherheiten gab, welche Maßnahmen tatsächlich beendet werden dürfen und was zur unverzichtbaren Basisbe-
treuung gehört (Weber et al., 2001, A 3188). Da bei der Studie ausschließlich Ärzte einge-
schlossen wurden, die bereits an einer Fortbildung des Tumorzentrums Rheinland-Pfalz teilge-
nommen hatten, ist anzunehmen, dass eine noch größere Unsicherheit bei der gesamten Ärzteschaft besteht.

1.5.5 Eine Alternative zur aktiven Euthanasie

Müller-Busch, Klaschik und Woskanjan (2004) führten im Jahr 2002 eine Studie mit den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) durch. Mit einem Fragebogen wurden die Mitglieder dieser Fachgesellschaft in hypothetischen Szenarien nach der Einstellung zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe gefragt. Zusätzlich wurden die Ärzte über die Selbsteinschätzung von Kenntnissen medizinethischer Grundsätze, Richtlinien und Prinzipien befragt. Es wurden 756 Fragebögen mit 14 Multiple-Choice Fragen an die Mitglieder der DGP verteilt, dabei betrug die Rücklaufquote 61 %. Als Vergleichsgruppe wurden 505 Ärzte, die nicht der DGP angehörten, herangezogen. Die in der Sterbehilfedebatte geläufigen Begriffe waren bei 76% der Ärzte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bekannt. Bei der Vergleichsgruppe waren es nur 49%.

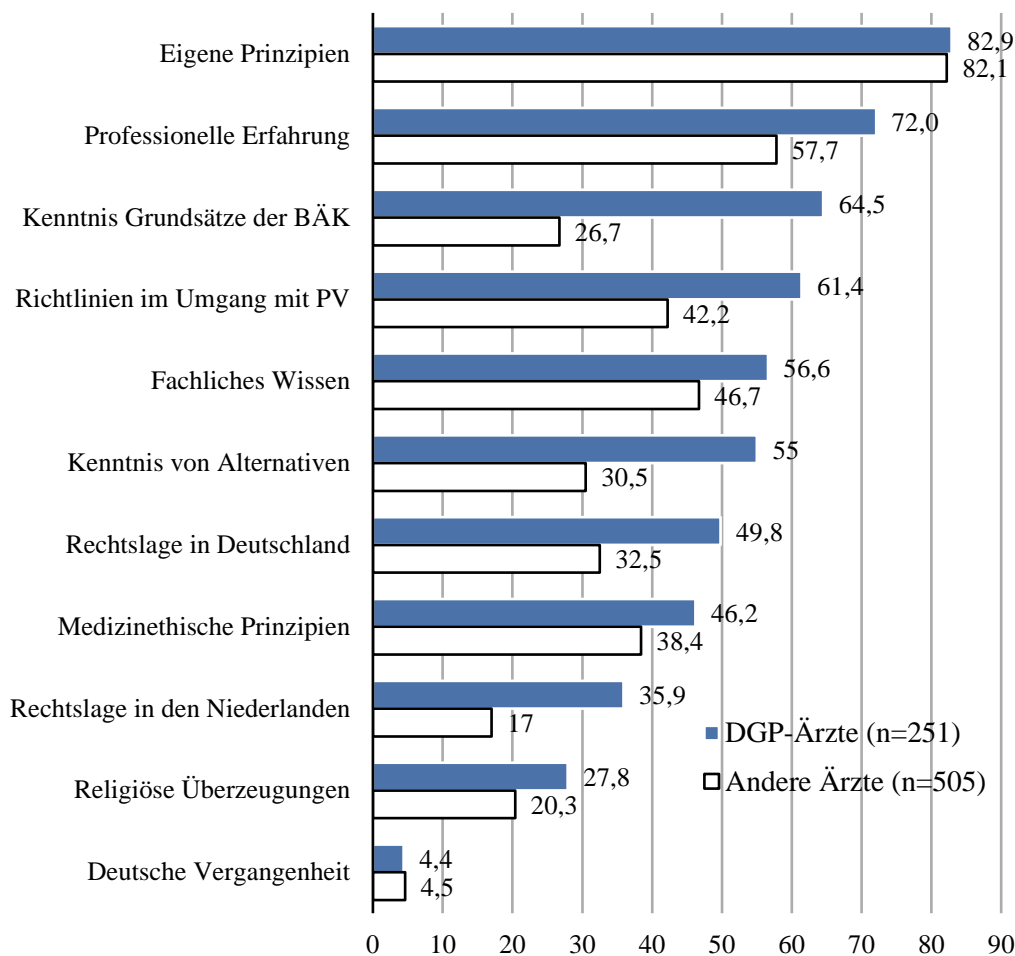
Was die ärztliche Einstellung zur Legalisierung der Euthanasie betrifft, ergaben sich nach Abbildung 1.1 folgende Ergebnisse:

Abbildung 1.1: Einstellung von DGP-Ärzten und Ärzten der Vergleichsgruppe zur Legalisierung der Euthanasie (Müller-Busch et al., 2004, A 1078), (Angaben in %)



Weiterhin stimmten bei einer eigenen Erkrankung 11,6% der Ärzte der DGB einer gesetzlichen Regelung zur aktiven Sterbehilfe zu. Bei der Vergleichsgruppe waren es 30,4 %. Für eine gesetzlich gesicherte Regelung des medizinisch assistierten Suizids bei fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung sprachen sich 25,2% der DGP-Ärzte und 40,1 Prozent der Vergleichsgruppe aus. Für die Möglichkeit einer Sedierung bis zum Tode bei unerträglichen Schmerzen sprachen sich mehr als 90% beider Gruppen aus. Die Zustimmung zur Möglichkeit einer Therapiebeendigung in aussichtslosen Krankheitssituationen ohne ausdrückliche Willensbekundungen des Betroffenen war in beiden Gruppen relativ hoch (DGP-Ärzte: 63,3 %; Vergleichsgruppe: 66,8 %). Die folgende Abbildung zeigt die Gründe, die für die Einstellung zur Sterbehilfe für die befragten Ärzte eine Rolle spielen:

Abbildung 1.2: Vorwiegende Gründe der Antworten von Ärzten zu Fragen einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe (Müller-Busch et al., 2004, A 1078) (Angaben in %)



Die Kenntnis der Rechtslage in Deutschland und in anderen europäischen Ländern zur Sterbehilfe lag bei den Ärzten der DGP bei 50%, doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Die Autoren betonen, dass in den Antworten der Ärzte bezüglich möglicher Therapiebeendigung bei infauster Prognose ohne Zustimmung des Betroffenen bzw. der Angehörigen sich erstaunlich große Unsicherheit zeigt (Müller-Busch et al., 2004).

1.5.6 Empirische Erhebung von Beurteilungen und Einstellungen deutscher Allgemeinärzte zur Sterbehilfe

Eine repräsentative Untersuchung zum Thema Sterbehilfe entstand im Rahmen einer Dissertationsarbeit von Harfst (2004). Die Autorin führt in ihrer Studie eine deutschlandweite anonyme postalische Fragebogenerhebung über die Beurteilungen und Einstellungen zur Sterbehilfe unter Allgemeinärzten durch. 500 Allgemeinärzte aus ganz Deutschland wurden nach Randomisation aus dem Telefonverzeichnis zu hypothetischen Fallvignetten befragt. Zusätzlich sollten die Allgemeinärzte Auskunft über Einstellungen gegenüber aktiver, als auch passiver Sterbehilfe geben. Von den 481 erreichbaren Allgemeinärzten wurden 233 Fragebögen zurückgesendet (Antwortrate: 48%). Die Autorin stellt fest, dass die Möglichkeit, Sterbehilfe durchzuführen, in den Fallvignetten nur sehr selten gewählt wurde, jedoch hielten 35% der Ärzte die aktive Sterbehilfe und 80% der Ärzte die passive Sterbehilfe für ein akzeptables Vorgehen. Nicht beherrschbare Schmerzen und das Ermöglichen eines würdevollen Sterbens wurden als Hauptargumente für die Durchführung von Sterbehilfe genannt. Die angegebenen Beweggründe für die Durchführung aktiver Sterbehilfe sind in Abbildung 1.3 dargestellt:

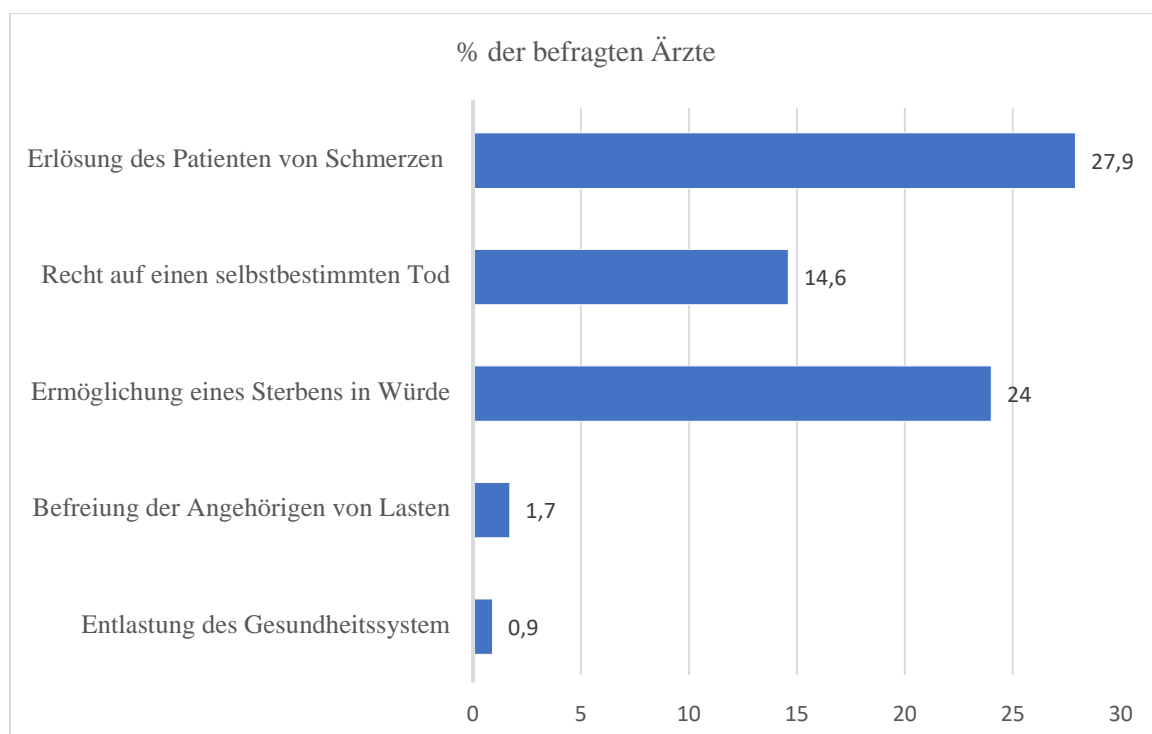


Abbildung 1.3: Beweggründe für die Durchführung aktiver Sterbehilfe (n= 233, Mehrfachnennungen möglich (Harfst, 2004, S.23)

Die Möglichkeit des Missbrauchs von Sterbehilfe und ärztlicher Fehleinschätzung wurden als Hauptgründe gegen die Sterbehilfe benannt (vgl. Abbildung 1.4).

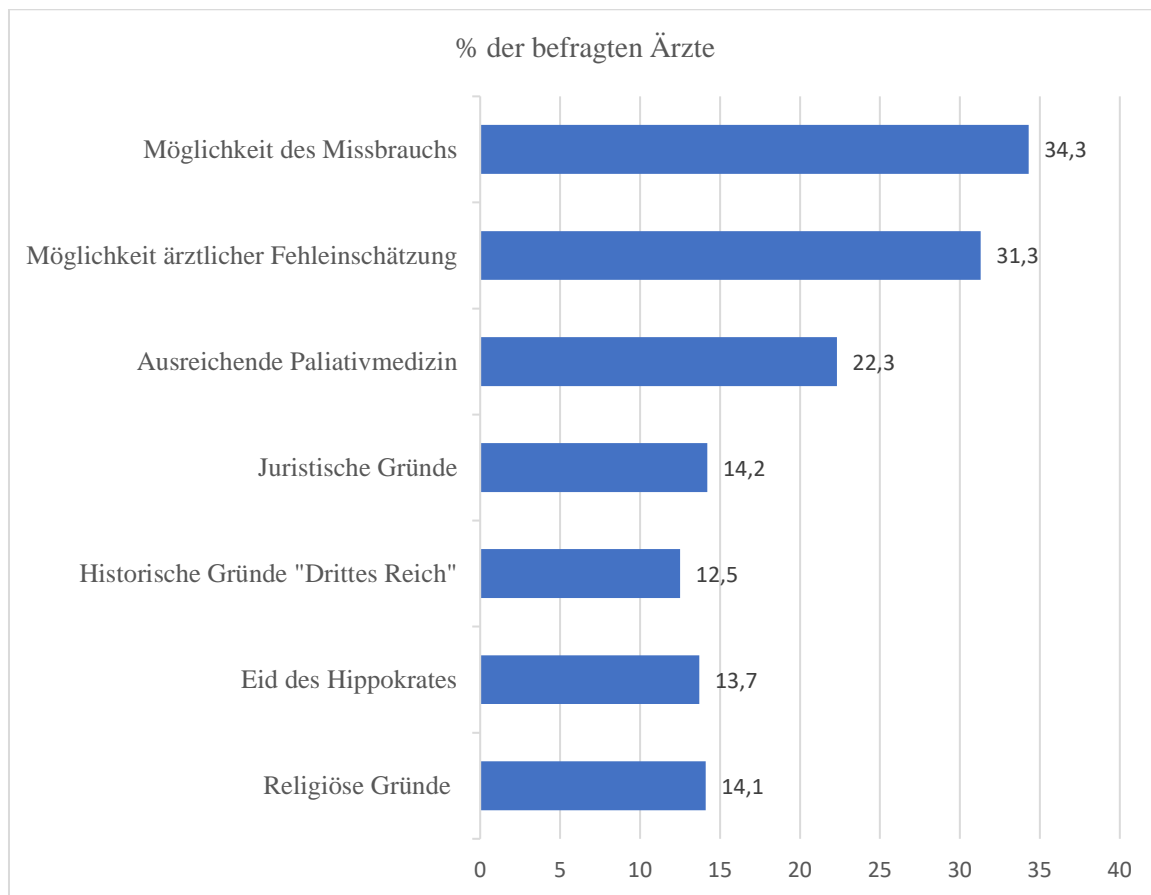


Abbildung 1.4: Beweggründe gegen die Durchführung von aktiver Sterbehilfe (n=233; Mehrfachnennungen möglich, (Harfst, 2004, S.24)

Des Weiteren hatten bereits 72% der Befragten Nachfragen nach aktiver und 62% nach passiver Sterbehilfe erhalten. Bereits selbst aktive Sterbehilfe durchgeführt zu haben, gaben 13% der Ärzte an. Im Falle einer Legalisierung von Sterbehilfe würden 15% der Ärzte aktive bzw. 59% passive Sterbehilfe durchführen. Weiterhin konnte die Studie zeigen, dass der Vergleich zwischen der Euthanasie im sog. „Dritten Reich“ und der Durchführung von Sterbehilfe von 79% der Ärzte als für nicht gerechtfertigt gehalten wird. 88% der teilnehmenden Ärzte fühlten sich während ihrer Ausbildung nicht ausreichend mit den Themen Sterben und Sterbehilfe konfrontiert.

Weiterhin untersuchte Harfst (2004) Einflüsse auf das Antwortverhalten der Ärzte. So hatte sich in dieser Studie der überwiegende Teil der Befürworter von Sterbehilfe (71%) in den Jahren 1965-1982 Jahren approbiert. Bei der jüngeren Generation hingegen, die nach 1983

approbiert wurde, ließ sich wieder eine gegenläufige Tendenz und somit ablehnende Haltung zur Sterbehilfe feststellen (36 Prozent). Vor allem religiös aktive Menschen lehnten überwiegend jede Form der Sterbehilfe ab. Ärzte, die bereits in der Onkologie gearbeitet hatten, waren doppelt so häufig dazu bereit, aktive Sterbehilfe durchzuführen, als solche, die nicht onkologisch tätig gewesen waren. Ebenso waren Ärzte aus kleineren Orten eher dazu bereit, aktive Sterbehilfe durchzuführen, als solche, die in Großstädten beschäftigt waren.

Der Fragebogen von Harfst (2004) erweist sich als sehr brauchbar. Für die vorliegende Studie wurde das Prinzip der Fallvignetten bzw. Fallbeispiele übernommen, jedoch wurden hierzu die Handlungsoptionen ausführlicher umschrieben, um dadurch einen stärkeren Realitätsbezug zu kreieren. Des Weiteren wurde ihre Befragung hinsichtlich der unterschiedlichen Gesetzeslagen in den Ländern Niederlanden, Deutschland und der Schweiz im elaborierten Fragebogen der vorliegenden Studie mitberücksichtigt.

1.5.7 Aktive Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten

Böttger-Kessler und Beine (2007) veröffentlichten eine Studie, bei der sie die Einstellung von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern zur aktiven Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten anhand eines Fragebogens untersuchten. Es beteiligten sich 2652 Ärztinnen und Ärzte, 5785 Krankenschwestern und -pfleger sowie 379 Altenpflegerinnen und -pfleger an der Studie. Dabei zeigte sich, dass die Mehrheit der Befragten (54,88%) bei dieser Patientengruppe für eine Veränderung der Gesetzeslage in Deutschland nach niederländischem Vorbild votierten. Die pflegenden Berufsgruppen votierten deutlich häufiger für die Anwendung der aktiven Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten, als dies bei der ärztlichen Berufsgruppe der Fall war (62,7%, 37,76%). 64,8% der Befragten waren der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines Menschen im Wachkoma aktiv zu beenden. Von den befragten Ärzten waren es immerhin noch 51%. Die Befürwortung war signifikant häufiger bei jüngeren Untersuchungsteilnehmern, Berufsanfängern, konfessionslosen Befragten und solchen, die mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden sind, aus den neuen Bundesländern stammen und geschieden sind. Böttger-Kessler & Beine (2007) betonen zurecht, dass die Einzeluntersuchung sich auf Menschen im Wachkoma und Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen beschränke und somit kein Beleg für eine generell veränderte Einstellung zur aktiven Sterbehilfe darstellt. Die Autoren fanden zusätzlich heraus, dass die Meinungen, Werturteile und Einschätzungen zur Sterbehilfe von der eigenen beruflichen und persönlichen Situation und von patientenbezogenen Faktoren abhängen. Weiterhin unterliegen solche Einstellungen und Handlungen

im Verlauf des Lebens einem Wandel. Eine Einstellung des Befragten ist somit abhängig von seinen Umgebungseinflüssen (Böttger-Kessler/Beine, 2007).

Eine Einstellung entsteht erst durch das Zusammenwirken bzw. die Kumulation verschiedener Aspekte. Deshalb sollte man nach Böttger-Kessler & Beine (2007) den Umgebungseinflüssen mit entlastenden Veränderungen begegnen, indem man beispielsweise mit klaren politischen Schritten zum Abbau der Arbeitsüberlastung in den ärztlichen und pflegenden Berufen oder einem weiteren Ausbau der Palliativ- und Hospizeinrichtungen gegenteilige Signale setzt. Die Palliativmedizin und die Hospizbewegung hätte ihrer Meinung nach längst den Beweis dafür erbracht, dass *„der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe so gut wie gar nicht vorkommt bei Menschen, deren Schmerzen erträglich sind, die kompetent und menschlich therapiert und gepflegt werden und die in tragfähigen Beziehungen leben“* (Böttger-Kessler, 2007, S. 808).

1.5.8 Einstellung der Ärzte zur Suizidhilfe

Im Auftrage der Bundesärztekammer wurden 527 im ambulanten und im stationären Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte befragt, wie sie über die Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids denken. Die Studie wurde vom Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt (Simon, 2010).

In dieser Studie gab jeder dritte Arzt an, schon einmal um Unterstützung beim Suizid gebeten worden zu sein. Ärzte, die einen engen Kontakt zum Patienten aufwiesen, wie etwa Hausärzte oder Ärzte, die mit unheilbar Kranken zu tun haben, wurden durchschnittlich häufiger mit der Suizidfrage konfrontiert. 61% der Ärzte lehnten eine Unterstützung beim Suizid in jedem Fall ab. 37% gaben an, dazu unter bestimmten Bedingungen bereit zu sein.

Als Hauptkriterien für die Zustimmung zur Suizidbeihilfe wurden eindeutige Prognose, gute Kenntnisse über die Krankengeschichte des Patienten, sowie hoher Leidensdruck des Patienten genannt (Simon, 2010, S. 1384). Eine Regelung zum ärztlich begleiteten Suizid lehnten 62% der befragten Ärzte ab. 30% der Mediziner sprachen sich für eine Regelung aus, acht Prozent waren unentschieden.

Tabelle 1.19 zeigt die Einschätzung der Ärzte zur Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids hinsichtlich unterschiedlicher Variablen (Tätigkeitsfeld, Alter, Konfrontation mit Frage zur Suizidhilfe):

Tabelle 1.19: Einschätzung der Ärzte zur Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids
(Simon, 2010, S. 1384)

Eine Regelung zur Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids	lehne ich ab (in Prozent)	befürworte ich (in Prozent)
Niedergelassene Ärzte	60	33
Krankenhausärzte	65	27
Ärzte im Alter von		
unter 45 Jahren	68	25
45 bis 54 Jahren	56	36
55 Jahren und älter	63	31
Ärzte, die um Hilfe beim Suizid		
gebeten wurden	53	38
nicht gebeten wurden	67	26

93% der Gegner einer Legalisierung und sogar 83% der Befürworter sahen die Gefahr, dass eine Regelung der Suizidbeihilfe dazu führen könnte, dass sich Menschen um eine solche Hilfe bemühen, weil sie sich als Belastung für die Familie sehen. Weiterhin sprechen nach Ansicht der meisten Ärzte auch praktische Probleme, wie die Schwierigkeit, die Endgültigkeit des Sterbewunsches des Patienten und die richtige Einschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten, gegen eine Legalisierung der Suizidbeihilfe.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wurde von 80% der Befürworter und auch 55% der Gegner einer Legalisierung als wichtigstes Argument für die ärztliche Suizidhilfe gesehen. Die Mehrheit der Befürworter der Legalisierung war auch der Meinung, dass der Arzt aufgrund seiner Kompetenz gut geeignet wäre, Patienten beim Suizid zu begleiten. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die ablehnende Haltung der Bundesärztekammer als Auftraggeber der Befragung gegenüber dem ärztlichen begleiteten Suizid. Zwar teilt die Mehrheit der Ärzte die berufspolitischen Aussagen, jedoch kann man nicht von einer geschlossenen Haltung der Ärzteschaft sprechen (Simon, 2010).

1.5.9 Einstellung zur Sterbehilfe und Patientenverfügung der Ärzte

Van Oorschot et al. (2005) führten eine empirische Befragung zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende durch. Die Befragung ergab eine hohe Wertschätzung der Patientenverfügung bei gleichzeitiger Skepsis bzw. Rechtsunsicherheit gegenüber der stellvertretenden Entscheidung von Betreuern und Bevollmächtigten. Tabelle 1.20 zeigt die Einstellungen zur Patientenverfügung der Ärzteschaft.

Tabelle 1.20: Einstellung zur Patientenverfügung („stimme voll und ganz zu“ und „stimme eher zu“ als Zustimmung, sowie „stimme eher nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ als Ablehnung zusammengefasst, Angaben in Prozent, Differenz zu 100 % durch „keine Angabe“) (Van Oorschot et al., 2005, S. 262)

	Zustimmung	Ablehnung
Patientenverfügungen können in bestimmten Situationen eine Entlastung für die Angehörigen darstellen	96,4	2,1
Patientenverfügungen sind wichtig, weil sie die Entscheidung des Arztes im konkreten Fall erleichtern können	95,9	2,6
Patientenverfügungen dienen eher dazu, das Gespräch zwischen Patient, Angehörigen und Arzt zu fördern, als dass sie eine Handlungsanweisung für den konkreten Entscheidungsfall darstellen	52,0	46,4
Patientenverfügungen tragen dazu bei, das Arzt-Patient-Verhältnis noch weiter zu verrechtlichen	29,9	68,4
Patientenverfügungen, deren Abfassung bzw. letzte Aktualisierung länger als ein Jahr zurückliegt, sind nicht mehr bindend	25,2	73,0
Patientenverfügungen sind in der Praxis meist wenig hilfreich, weil sie in gesunden Tagen erstellt werden und Menschen im Falle einer Erkrankung vielfach ihre Meinung ändern	21,3	76,8
Patientenverfügungen müssen notariell beglaubigt sein	15,9	82,5

Es zeigte sich ferner bei den Ärzten erhebliche Unsicherheit, was die Zuordnung bestimmter Maßnahmen am Lebensende zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe betraf. Die juristische Unterscheidung zwischen (verbotener) aktiver sowie (erlaubter) passiver und indirekter

Sterbehilfe wurde von vielen Ärzten in der Praxis nicht nachvollzogen. Folgende Tabelle zeigt die Zuordnungen der Ärzte verschiedener Handlungen aus ihrer beruflichen Perspektive zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe:

Tabelle 1.21: Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe aus Ärztesicht, Angaben in Prozent (Van Oorschot et al., 2005, S. 263)

	aktive Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	Indirekte Sterbehilfe	weiß nicht
Verzicht auf künstliche Atmung	10,5	55,5	25,6	8,4
Beendigung künstlicher Beatmung	39,8	37,0	16,3	6,9
Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr über Vene	11,9	50,3	29,8	8,0
Beendigung der Flüssigkeitszufuhr über Vene	25,0	40,7	26,5	7,7
Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr über Sonde	11,2	49,4	31,2	8,2
Beendigung der Flüssigkeitszufuhr über Sonde	24,8	41,2	26,0	8,0
Verzicht auf Nahrungszufuhr über Sonde	8,0	49,4	33,3	9,3
Beendigung auf Nahrungszufuhr über Sonde	19,8	41,4	29,5	9,4

Bei allen genannten Maßnahmen in Tabelle 1.24 handelt es sich um „passive Sterbehilfe“. Die im medizinethischen und medizinrechtlichen Diskurs übliche Unterscheidung in aktive, passive und indirekte Sterbehilfe wird von den Ärzten in der Praxis vielfach nicht übernommen, wie vergleichbare Befragungen zeigen (Borosia et al., 2004; Van Oorschot et al, 2003; Schildmann et al., 2004; Wehkamp, 1998). Van Oorschot et al. (2005) fordern deshalb stärkere Ausweitung der Reflexion medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Vor allem „*der transdisziplinäre Diskurs für die Entwicklung von handlungsleitenden medizinischen und juristischen Begründungen*“ wäre dabei unverzichtbar (Van Oorschot, 2005, S. 261).

1.5.10 Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende

Schildmann, Dahmen und Vollmann (2015) führten eine Umfrage bezüglich der Handlungspraxis am Lebensende unter Ärzten aus fünf verschiedenen Landesärztekammern durch. Unter den Landesärztekammern befanden sich Westfalen-Lippe, Nordrhein, Saarland, Sachsen und Thüringen. Sechs Landesärztekammern lehnten eine Kooperation ab. In einer schriftlichen Begründung wurden neben Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes auch Kritik an Inhalt und Methode der geplanten Studie geübt. Sechs weitere Landesärztekammern antworteten nicht auf die schriftlichen Anfragen der Autoren. 734 ausgefüllte Fragebogen konnten ausgewertet werden. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 36,9%. Tabelle 1.22 fasst die verschiedenen Arten von Handlungen am Lebensende und ihre jeweiligen Prozentanteile zusammen:

Tabelle 1.22: Handlungen am Lebensende (Mehrfachnennung möglich) (Schildmann et al, 2015)

	N*	%
Gesamtheit der untersuchten Fälle	403	100
Symptomlinderung	299	86,7
Symptomlinderung mit möglicher Lebensverkürzung	123	35,5
Symptomlinderung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	31	9,2
Gabe von Medikamenten, um Patienten kontinuierlich bis zu seinem Tode in tiefer Sedierung oder im Koma zu halten	105	30,8
Verzicht auf Behandlung	174	50,7
Verzicht auf Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung	115	33,1
Verzicht auf Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	69	19,9
Abbruch einer Behandlung	144	42,4
Abbruch einer Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung	80	23,5
Abbruch einer Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	51	15
Tötung**	2	0,6
Ärztlich assistierte Selbsttötung	1	0,3

*Gruppe der verstorbenen Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (N =403)

**Nach Angabe der Befragten hatte der Patient „früher einen entsprechenden Wunsch geäußert“

Alle 734 Studienteilnehmenden wurden zusätzlich zu ihren Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der ärztlich assistierten Selbsttötung befragt. Es waren bereits 21% der Befragten von Patienten um einen ärztlich assistierten Suizid gebeten worden. 42% können sich eine ärztlich

assistierte Selbsttötung auf keinen Fall vorstellen, während 40% sich dies unter bestimmten Bedingungen vorstellen konnten, 18% waren unentschieden. Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung wurde von 34% abgelehnt, 25% befürworteten ein solches Verbot und 41% waren unentschieden bzw. unsicher.

Weiterhin fanden die Autoren Einflussfaktoren für die Befürwortung beziehungsweise Ablehnung von ärztlich assistiertem Suizid. Tabelle 1.23 fasst die signifikanten Einflussfaktoren, die mit der persönlichen Bewertung der ärztlich assistierten Selbsttötung assoziiert sind, zusammen.

Tabelle 1.23: Einflussfaktoren, die mit der Bewertung der ärztlich assistierten Selbsttötung assoziiert sind (Schildmann et al., 2015)

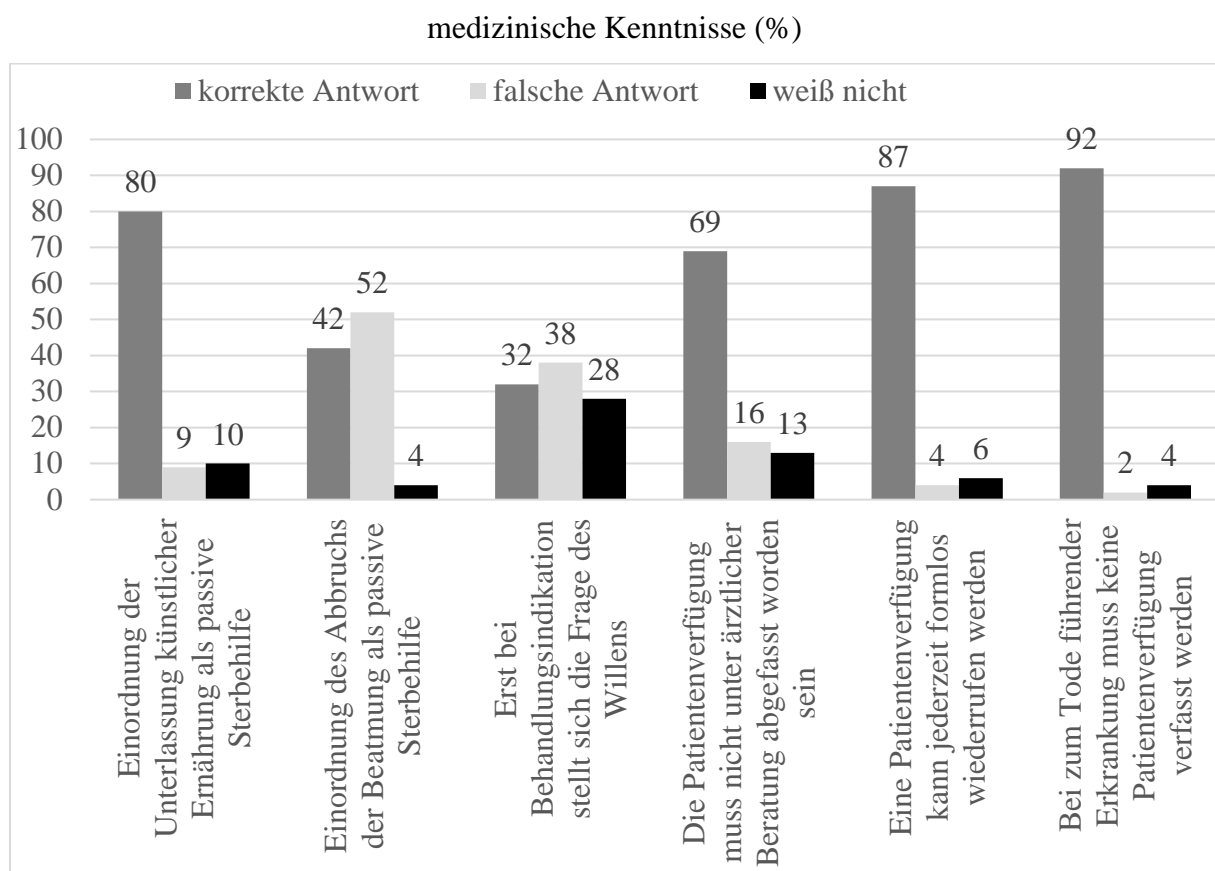
	p-Wert	Odds-Ratio [Konfidenzintervall]
Ärzte, die bereits um ärztlich assistierte Selbsttötung gebeten wurden, waren signifikant häufiger zum ärztlich assistierten Suizid bereit	0,001	2,475 [1,457; 4,209]
Ärzte, die einer der Konfessionen katholisch, evangelisch oder islamisch zugehörten, waren signifikant seltener zur ärztlich assistierten Selbsttötung bereit	0,000	0,393 [0,246; 0,629]
In Bezug auf die Zustimmung beziehungsweise Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbots der ärztlich assistierten Selbsttötung war die persönliche Bereitschaft der Befragten zur ärztlich assistierten Selbsttötung signifikant mit einer Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes assoziiert	0,000	25,863 [12,193; 54,859]

Zusammenfassend zeigt die Studie, dass die ärztlich assistierte Selbsttötung selten ist. Weiterhin belegen die Daten der Studie, dass der ärztlich assistierte Suizid innerhalb der Ärzteschaft moralisch unterschiedlich bewertet wird. Allerdings zeigt die Studie auch, dass nur 25% der Ärzte ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung befürwortet. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass es keine einheitliche Ablehnung der Assistenz zur Selbsttötung gibt. Schildmann et al. (2015) argumentieren zurecht, dass nur eine Minderheit der befragten Ärzte in ihrer Studie das von der Bundesärztekammer geforderte und vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unterstützte Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung unterstützen. Die Autoren plädieren deshalb nach der doch deutlichen Diskrepanz zwischen öffentlichen Stellungnahmen von Vertretern der Ärzteschaft und den vorliegenden Ergebnissen ihrer Studie für einen Diskurs unter der Ärzteschaft.

1.5.11 Medizinethische Kenntnisse und moralische Positionen von Ärzten aus Bayern

Wandrowski et al. (2012) untersuchten mit ihrer Studie, inwieweit medizinethische Kenntnisse innerhalb der Ärzteschaft vorliegen und wie stark die individuelle ethische Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz ausgeprägt ist. Weiterhin gingen die Autoren der Frage nach, inwieweit sich die moralische Position zu medizinethischen Fragen und Problemen im Laufe der Praxistätigkeit verändert. Die Auswertung der Studie erfolgte mit 192 Fragebögen (Rücklaufquote 38%). In dieser Studie zeigt sich, wie auch schon bei Csef und Hendl (1998), dass die Ärzte in der Zuordnung medizinischer Maßnahmen zu den einzelnen Formen der Sterbehilfe große Unsicherheiten aufweisen. Tabelle 1.28 zeigt, wie zwei Handlungsoptionen - Unterlassung einer künstlichen Ernährung und Abbrechen der Beatmung - von den Ärzten der aktiven oder der passiven Sterbehilfe zugeordnet werden. Aus der Tabelle 1.24 geht hervor, dass 52% der Ärzte, das Abbrechen der Beatmung fälschlicherweise für aktive Sterbehilfe halten.

Tabelle 1.24: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Antworten auf Fragen zu medizinethischen Kenntnissen im Bereich Sterbehilfe und Patientenverfügungen; Differenzbeträge zu 100% je Frage erklären sich durch Rundungen der Prozentwerte bzw. fehlende Antworten (max. 4%) (Wandrowski et al., 2012, S. 143).



Die Unterlassung künstlicher Ernährung wird von 80% der Mediziner der passiven Sterbehilfe korrekt zugeordnet.

Weiterhin konnten die Autoren zeigen, dass sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Dauer der Praxistätigkeit und dem Antwortverhalten hinsichtlich moralischer Positionen zur Sterbehilfe ergeben (siehe Tabelle 1.25).

Tabelle 1.25: Moralische Positionen auf einer fünfstufigen Likert-Skala in Korrelation mit der Dauer der Tätigkeit in 5-Jahres-Intervallen (Wandrowski et al., 2012, S. 143).

Moralische Position	Spearman-Rho	p-Wert
Sterbehilfe		
Die neueste Gesetzgebung zur Patientenverfügung in Deutschland ist mir bekannt	-0,41	<0,001
Ich kenne die aktuellen Richtlinien zum Thema Sterbehilfe.	-0,34	<0,001
Sterbehilfe ist für mich Ausdruck der ärztlichen Verantwortung, Leiden zu lindern.	-0,28	<0,001
Ich halte es für ethisch vertretbar, wenn Patienten bei ihrer Entscheidung, sterben zu wollen, z. B. durch Medikamente unterstützt werden	-0,18	0,018
Ich wäre dazu bereit, diese Unterstützung zu leisten, wenn ich dabei straffrei bleibe	-0,15	0,047
Die „Tötung auf Verlangen“ sollte in Ausnahmefällen, wenn die Betroffenen nicht mehr selbst handeln, aber ihren Willen kundtun können, ermöglicht werden	-0,21	0,008

Mit zunehmender Praxiserfahrung wurde von den Ärzten die Sterbehilfe eher als Mittel zur Verminderung von Leiden angesehen. Länger praktizierende Ärzte zeigten sich auch gegenüber dem assistierten Suizid deutlich offener. Zusätzlich waren die Ärzte mit längerer Praxistätigkeit tendenziell eher bereit, dabei selbst Unterstützung zu leisten. Weiterhin stimmten sie auch eher der Aussage zu, dass die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen ermöglicht werden sollte. Zwar schätzen die länger praktizierenden Ärzte auch ihr Wissen um die Richtlinien zum Thema Sterbehilfe und Patientenverfügungsgesetz höher ein, jedoch spiegelt sich dieser Unterschied nicht im Wissensstand.

Weiterhin konnte die Studie zeigen, dass zwar Ärzte Patientenverfügungen einen hohen Stellenwert beimessen, jedoch die Entscheidung bezüglich therapiebegrenzender Maßnahmen von prognostischen Kriterien und nicht von dem in der Patientenverfügung geäußerten Willen abhängig gemacht wird. Dies konnte durch die Einschätzung eines konkreten Fallbeispiels gezeigt werden.

Die Autoren stellen zudem heraus, dass ein zentraler Bestandteil des neuen Patientenverfügungsgesetzes von 2009 – nämlich die medizinische Indikation – nur unzureichend bekannt war und sich in der ärztlichen Entscheidungsfindung nicht widerspiegelt. Ist nach ärztlichem Ermessen eine medizinische Maßnahme nicht angezeigt, weil beispielsweise ein Therapieziel nicht erreicht wird, muss die Frage, nach dem diesbezüglichen Patientenwillen nicht mehr gestellt werden.

Die Studie zeigt - wie auch andere - handlungs- und weiterbildungsrelevante Defizite im Umgang mit Entscheidungen zur Therapiebegrenzung und zur Anwendung rechtlicher Willensbekundungen der Patienten auf.

1.5.12 Umgang mit Patientenverfügungen in Deutschland. Sichtweisen leitender Intensivmediziner

Die von Langer et al. (2016) durchgeführte Studie zeigt die Sichtweisen leitender Intensivmediziner zur Umsetzung der Patientenverfügungen, sowie ihre Erfahrungen zu diesbezüglichen ethischen Herausforderungen. Es handelt sich um eine standardisierte, schriftliche Befragung aller deutschen Kliniken mit mehr als 300 Betten. Ein Intensivmediziner pro Klinik wurde mit einem Fragebogen konfrontiert. Beantwortet wurde der Fragebogen von 222 Ärzten (Rücklaufquote 70,6%). 56,6% der Intensivmediziner sehen oft bis immer generelle Probleme im Umgang mit Patientenverfügungen. Jedoch wird die Patientenverfügung von mehr als zwei Drittel der Ärzte - trotz einer Vielzahl geäußerter Probleme - generell als hilfreich empfunden. 84,7% der Intensivmediziner wünschen sich eine zusätzliche Vorsorgevollmacht und 91% der Ärzte sind bezogen auf die Patientenverfügung für eine Förderung der Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen.

Hinsichtlich der ethischen Herausforderungen ergaben sich folgende Ergebnisse. Für 83% der Intensivmediziner besteht zwischen dem Abschalten des Beatmungsgerätes auf Patientenwunsch und aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) ein deutlicher Unterschied. Eine häufige Verwechslung zwischen beiden Handlungsoptionen bestätigen 79% der Mediziner. 70% der befragten Ärzte gehen davon aus, dass bei aktivem Tätigwerden - beispielsweise beim Abschalten des Beatmungsgerätes oder bei der finalen Extubation - es unter Kollegen zu Unsicherheiten bezüglich der Rechtslage kommt. Interessanterweise empfinden 64% der Intensivmediziner einen Unterschied zwischen einem widerrufbaren und einem unwiderrufbaren Therapieabbruch. 30% der Mediziner sehen sich bei einem unwiderrufbaren Therapieabbruch in einem Konflikt, weil durch die Handlung unmittelbar der Tod eintritt. Weiterhin zeigte sich, dass 79% der Kliniken die finale Extubation nach dem Patientenwillen durchführen. 21%

führen dementsprechend keine Extubation durch. Die finale Extubation erleben 54,8% der Ärzte als oft oder immer belastend. Abbildung 1.5 zeigt den Umgang mit einem Therapieabbruch anhand einer Fallvignette.

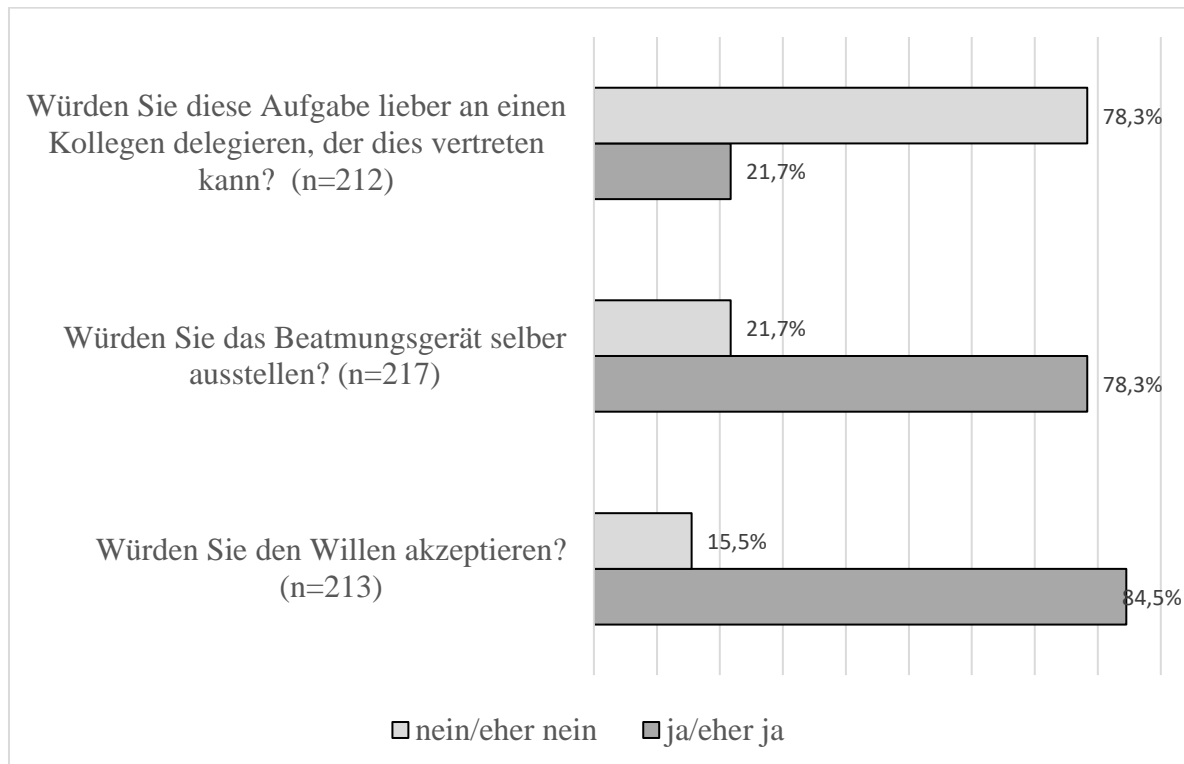


Abbildung 1.5: Fallvignette zum persönlichen Umgang mit einem Therapieabbruch (Langer et al., 2016, S. e 77)

87% der Ärzte sind der Meinung, dass es Intensivmediziner schwerfällt, eine Therapiebegrenzung oder einen Therapieabbruch bei Patienten vorzunehmen, wenn die Patienten an einer nicht unmittelbar zu Tode führenden Erkrankung leiden.

Zusätzlich erfolgte die Erhebung des Meinungsbildes zum Thema Gesetzesänderung zum ärztlich assistierten Suizid – wobei sich die Befragung auf die Situation vor der Erneuerung des Sterbehilfegesetzes im November 2015 bezog (siehe hierzu Abbildung 1.6).

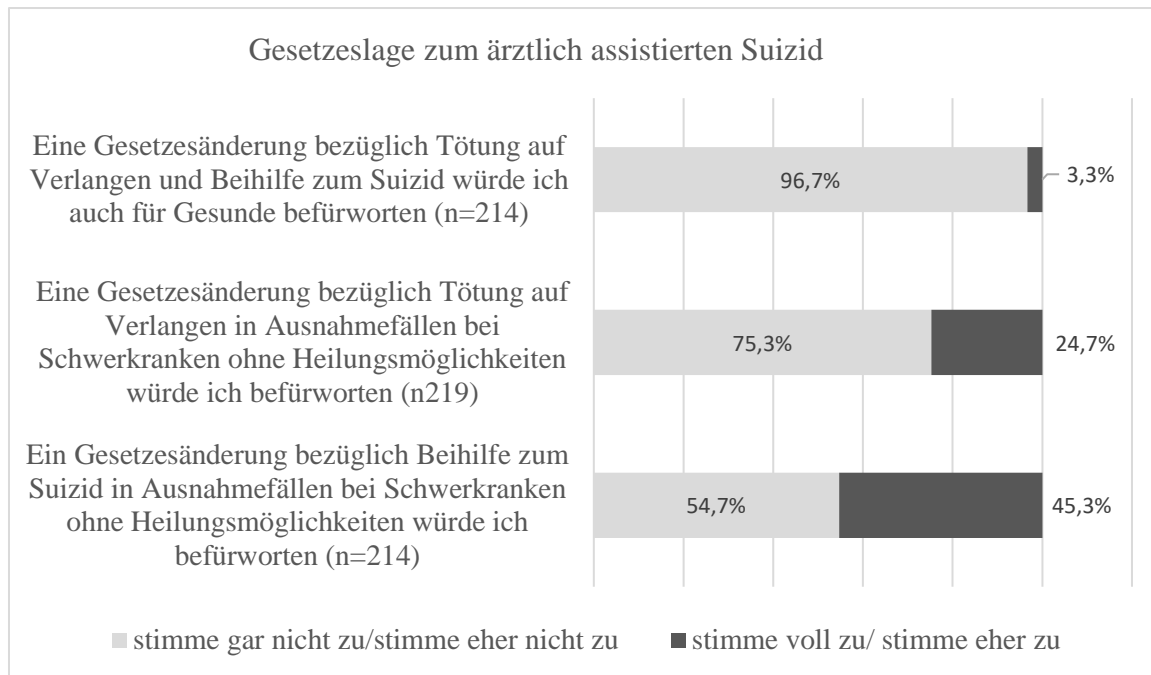


Abbildung 1.6: Meinungsbild zur Gesetzeslage zum ärztlich assistierten Suizid (Langer et al., 2016, S. e 78)

1.5.13 Zusammenfassung und Resümee der bisherigen Studien

Aus den oben beschriebenen Studien geht hervor, dass unter der Ärzteschaft keine geschlossene Haltung bzw. kein Konsens über die aktive Sterbehilfe oder aber auch über die Beihilfe zum Suizid zu beobachten ist. Zugleich besteht eine medizinethische als auch juristische Unsicherheit hinsichtlich der Formen der Sterbehilfe. So herrscht vor allem Einigkeit darin, dass die Aus- und Weiterbildung der Mediziner bei Entscheidungen am Lebensende verbessert werden muss. Vorgaben und Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten der ärztlichen Sterbebegleitung von administrativer Seite – also Bundesärztekammer oder Zentraler Ethikrat werden immer wieder erneuert und stehen dem Arzt als hilfreiche Möglichkeit zur Seite. Jedoch müsste diese Institution noch mehr Anstrengungen unternehmen, um beispielsweise *„ihre Position zum ärztlich begleiteten Suizid nicht nur in der öffentlichen Debatte, sondern auch gegenüber der Ärzteschaft zu verdeutlichen“* (Simon, 2010, S. A 1384).

Nach Schröder et al. (2007, S. 106) lassen sich aus den Erhebungen der letzten Jahre drei neue inhaltliche Tendenzen erkennen und werden folgendermaßen zusammengefasst:

Ärzte gestehen zunehmend eine Bewertungs- und Entscheidungsunsicherheit bei Therapiebegrenzungsmaßnahmen am Lebensende ein (insbesondere hinsichtlich der Zuordnung von beendenden Maßnahmen zur aktiven oder passiven Sterbehilfe bzw. zur unabdingbaren Basisversorgung)
--

Ärzte tolerieren aus humanitären Gründen zunehmend aktive Sterbehilfe im Ausnahmefall

Ärzte fordern zunehmend eine verbesserte gesetzliche Regelung und Transparenz der legalen Sterbehilfemöglichkeiten und ihrer flankierenden Instrumente, insbesondere der Patientenverfügung

Die oben beschriebenen Tendenzen sollten in der vorliegenden Studie mit einem Fragebogen nochmals operationalisiert und hinterfragt werden. Es wurde versucht, durch Fallbeispiele und operationalisierte Handlungsoptionen den Arzt mit konkreten Entscheidungen am Lebensende zu konfrontieren. Die Operationalisierung – also die Umschreibung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe wurden in den vorliegenden Studien bislang noch nicht ausreichend berücksichtigt. Weiterhin sollte geklärt werden, wie Ärzte die Gesetzgebungen in verschiedenen Ländern einschätzen und für welche Formen der Sterbehilfe sie sich selbst entscheiden würden, wenn diese Gesetzgebungen in Deutschland zulässig wären.

2 Fragestellungen

Der Wunsch, einen eigenen Tod zu haben, wird immer seltener. Eine Weile noch, und er wird ebenso selten sein wie ein eigenes Leben.

Rainer Maria Rilke

Wie im Theorieteil ausführlich beschrieben, stellt die Begleitung eines Menschen in seiner terminalen Phase des Lebens für Ärzte eine komplexe und schwierige Aufgabe dar. Sie befinden sich in einem Spannungsfeld von medizinethischen, rechtlichen, gesellschaftlichen und psychologischen Problemstellungen. Im Handlungsfeld der Therapiebegrenzung ist für den Arzt zum einen medizinisches Wissen und ethische Kompetenz notwendig, zum anderen sind kommunikative und psychosoziale Fähigkeiten gefordert (Wünsch et al, 2001). Inwieweit die Ärzte auf diese Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin vorbereitet sind und welche Einstellungen sie im Besonderen hinsichtlich aktiver Sterbehilfe, als auch Beihilfe zum Suizid - wie es in der Schweiz praktiziert wird - haben, steht im Mittelpunkt der Arbeit. Weiterhin sollte geklärt werden, ob es Einflussfaktoren gibt, die die Meinung zur aktiven Sterbehilfe im Allgemeinen und die Einschätzung der Gesetzeslage in den verschiedenen Ländern beeinflussen.

Im Detail stehen folgende Fragestellungen im Zentrum der Untersuchung:

1. Werden Ärzte in der medizinischen Ausbildung ausreichend mit dem Thema Sterben und Sterbehilfe konfrontiert?
2. Ist die Ärzteschaft über die Gesetzesgrundlagen Deutschlands und die standesethischen Grundsätze der Bundesärztekammer hinsichtlich der Begrenzung medizinischer Maßnahmen ausreichend informiert bzw. in Kenntnis gesetzt?
3. Welche Einstellung haben die Ärzte zur AKTIVEN Sterbehilfe und BEIHILFE zur Selbsttötung?
 - a. Sind Ärzte der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines Menschen aktiv zu beenden?
 - b. Welche Argumente bzw. Kriterien sind bei der Entscheidung für aktive Sterbehilfe ausschlaggebend?
 - c. Wie schätzt die Ärzteschaft die gesetzlichen Grundlagen zur aktiven Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in verschiedenen Ländern (Deutschland, Niederlande, Schweiz) ein?

- d. Welche Kriterien bzw. Voraussetzungen können die Zustimmung für die Beihilfe zum Suizid der Ärzteschaft beeinflussen?

Neben diesen zentralen Fragen richtet sich das weitere Interesse im Besonderen auf die ärztliche Entscheidung bzw. Handlung am Lebensende. Dabei sollen folgenden Fragen beantwortet werden:

4. Würden Ärzte aktive Sterbehilfe selbst durchführen wollen, wenn dafür in Deutschland eine Gesetzesgrundlage vorherrscht?
5. Wie würden Ärzte in konkreten Situationen entscheiden/handeln, wenn aktive Sterbehilfe erlaubt wäre (Patient mit infauster Prognose und Wunsch nach Sterbehilfe)?
6. Welche Beratungsangebote (Kollegen, Geistliche, Ethikrat, Palliativmediziner, ...) würden die Ärzte im Falle einer Sterbehilfeanfrage nutzen?

Des Weiteren sollte der Frage nachgegangen werden, ob es interne als auch externe Einflussfaktoren gibt, die möglicherweise die Einstellung der Ärzte zur aktiven Sterbehilfe beeinflussen. Solche Einflussfaktoren wurden in bisherigen Studien nicht ausreichend genug untersucht. Folgende Fragen stellen sich hierbei:

7. Gibt es Einflussfaktoren, die die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe von Ärzten beeinflussen? (Alter, Geschlecht, Tätigkeitsdauer, Patientenverfügung, ...)
8. Gibt es Einflussfaktoren, die die Einschätzung der Gesetzgebung zur Sterbehilfe in den verschiedenen Ländern (Deutschland, Niederlande, Schweiz) beeinflussen? (Alter, Geschlecht, Tätigkeitsdauer, Patientenverfügung, ...)

Im folgenden Kapitel wird nun die Methode zur Beantwortung der untersuchungsleitenden Fragestellungen dargestellt.

3 Methode

Der folgende Abschnitt dient der Erläuterung der Methodik zur Überprüfung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit. Zunächst wird die Stichprobe zur Untersuchung der ärztlichen Einstellung zur Sterbehilfe vorgestellt. Nach methodischen Überlegungen zur Erstellung des Fragebogens erfolgt die Beschreibung des Evaluationsbogens. Abschließend werden die statistischen Auswertungsmethoden beschrieben.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Der erste Schritt der Dissertation war die Erhebung einer Stichprobe. Es wurden 250 Fragebögen an Ärzte des Universitätsklinikums Regensburg im Frühjahr 2012 verteilt. 82 Fragebögen wurden zurückgesendet. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 30,4 %. Eine bewusste Auswahl der Ärzte erfolgte nur hinsichtlich der Fachrichtungen: Es sollten nur Ärzte der Inneren Medizin, der Anästhesie und der Chirurgie an der Untersuchung teilnehmen, weil angenommen werden darf, dass die ausgewählten Fachrichtungen stärker mit Tod und Sterben konfrontiert werden, als Ärzte in enger eingegrenzten Fachrichtungen wie Dermatologie oder Augenheilkunde. Im Folgenden wird die Stichprobe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Konfession, Religiosität, Religionsausübung, Facharztanerkennung, Fachbereich und Tätigkeitsdauer beschrieben.

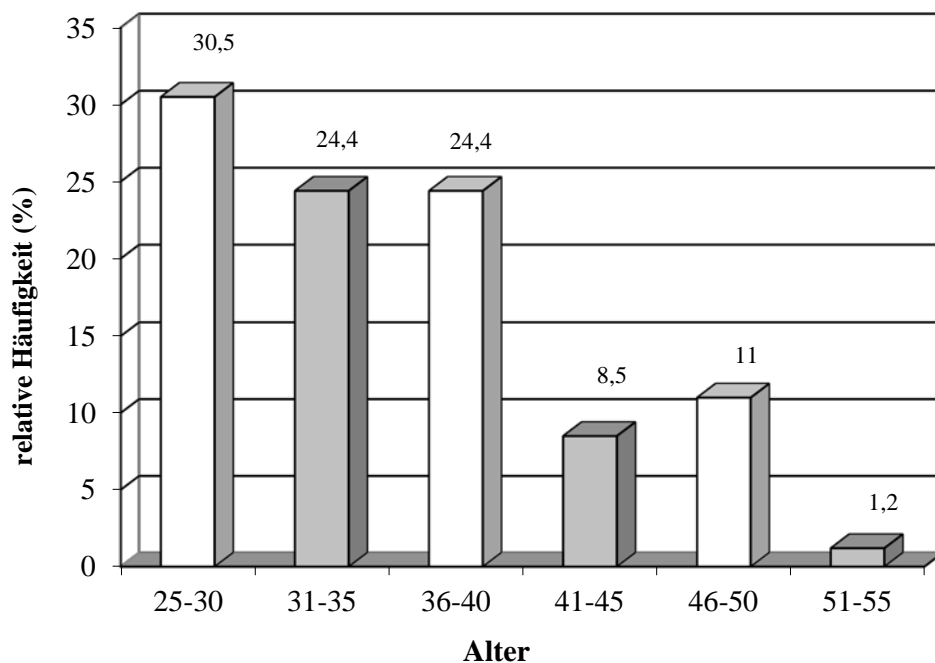


Abbildung 3.1: Verteilung der Ärzte nach Alter (N = 82)

Fast ein Drittel der teilnehmenden Ärzte war zwischen 25 und 30 Jahre alt, knapp die Hälfte zwischen 30 und 40 Jahre alt, ein Arzt war älter als 50 Jahre.

Bei der Geschlechterverteilung dominiert das männliche Geschlecht mit 73 %.

Tabelle 3.1: Verteilung der Ärzte nach Geschlecht (N=82)

Geschlecht			
Weiblich		männlich	
N	%	N	%
22	26,8	60	73,2

Bei der Verteilung des Familienstandes sind mit 46% die verheirateten Ärzte dominierend - wie man aus Abbildung 3.2 ersehen kann.

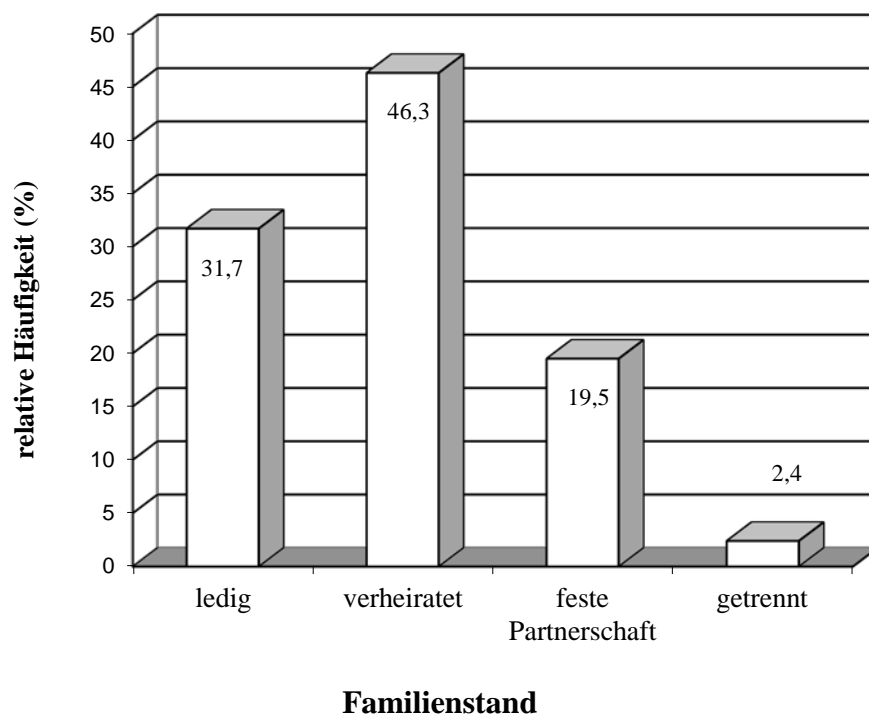


Abbildung 3.2: Verteilung der Ärzte nach Familienstand (N =82)

Trotz der Durchführung der Studie in einem eher doch katholischen Bundesland war die Konfessionszugehörigkeit hinsichtlich der großen Konfessionen katholisch/evangelisch annähernd gleich verteilt.

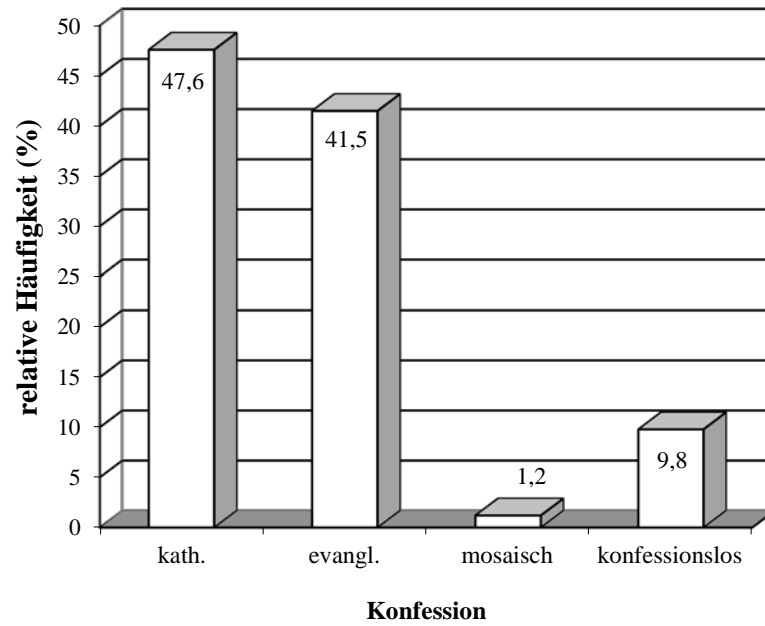


Abbildung 3.3: Verteilung der Ärzte nach Religionszugehörigkeit (N=82)

72% der Ärzte beurteilten sich selbst als religiös. Regelmäßige Religionsausübung wurde jedoch aber nur von einem kleinen Prozentanteil (7,3%) bejaht (siehe Abbildung 3.4 und 3.5).

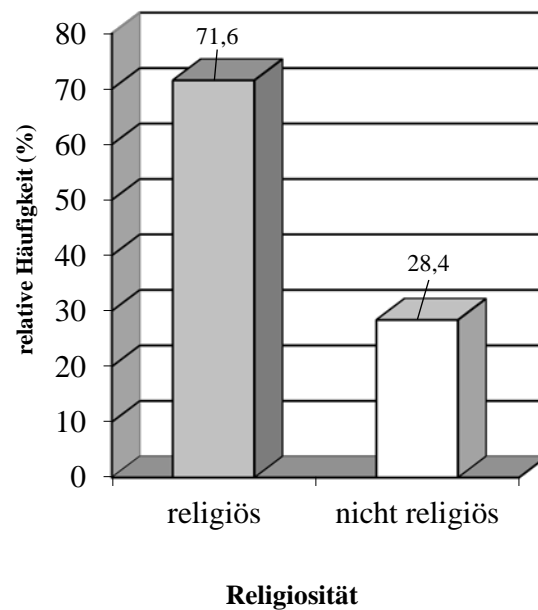
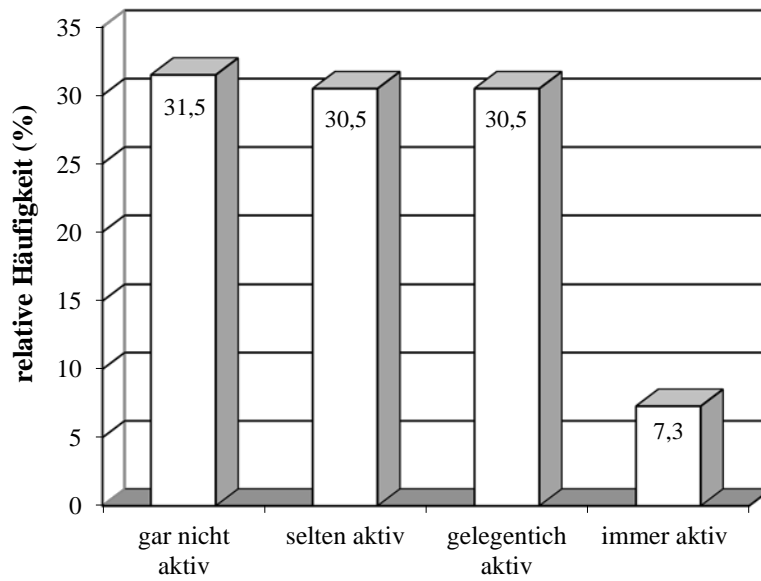


Abbildung 3.4: Einschätzung der eigenen Religiosität (N=81, 1 Arzt ohne Angabe)



Religionsausübung

Abbildung 3.5: Einschätzung der eigenen Religionsausübung (N=82)

56% der Ärzte sind ohne Facharztausbildung. Die Zugehörigkeit in die jeweilige Fachrichtung wird von der Inneren Medizin (41%) und der Anästhesie (39%) dominiert.

Tabelle 3.2: Verteilung der Ärzte hinsichtlich ihrer Facharztausbildung (N=81, 1 Arzt ohne Angabe)

Facharztanerkennung			
Facharztausbildung		ohne Facharztausbildung	
N	%	N	%
36	44,4	45	55,6

Tabelle 3.3: Verteilung der Ärzte nach Fachbereichen (N=79, 3 Ärzte ohne Angaben)

Fachbereich					
Chirurgie		Innere Medizin		Anästhesie	
N	%	N	%	N	%
16	20,3	32	40,5	31	39,2

Abbildung 3.6 zeigt die Verteilung der Ärzte nach ihrer Tätigkeitsdauer. Ärzte mit einer 5-10jährigen Berufserfahrung sind mit 26% am häufigsten vertreten. Ganz erfahrene Ärzte mit mehr als 15 Jahren Berufserfahrung stellen die kleinste Gruppierung mit 11% dar.

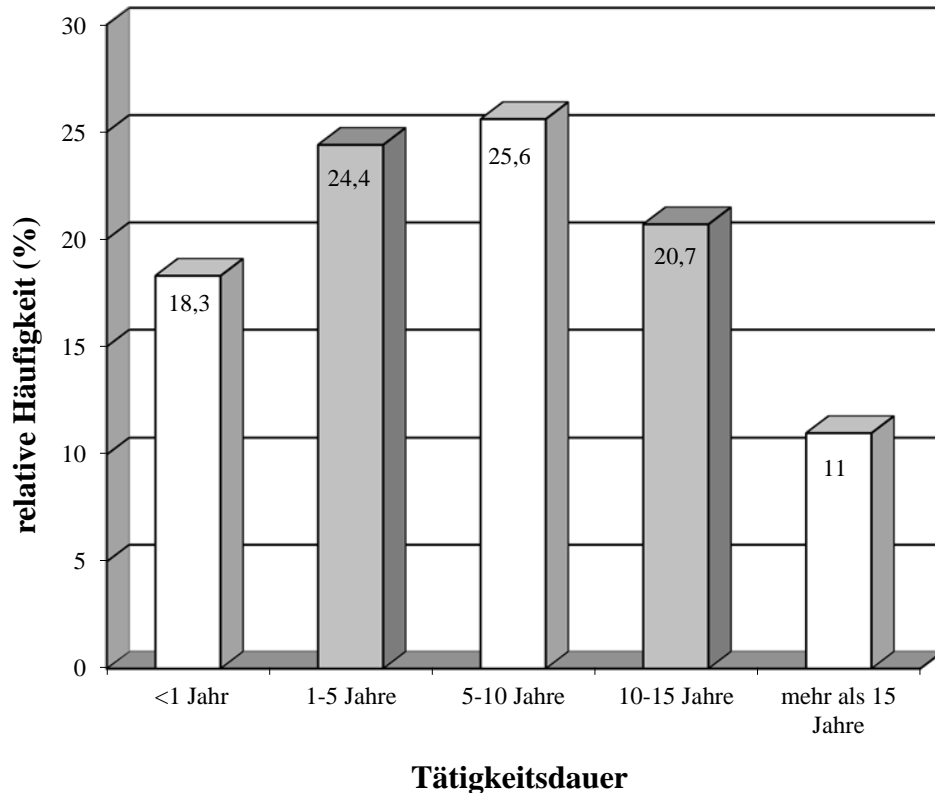


Abbildung 3.6: Verteilung der Ärzte nach ihrer Tätigkeitsdauer (N=82)

3.2 Beschreibung des Fragebogens

Ziel jeder wissenschaftlichen Arbeit ist es, zu objektiven, nachvollziehbaren und vergleichbaren Daten zu gelangen. Die Abstraktion von persönlichen Erfahrungen und Auffassungen stellt dabei die wesentliche Herausforderung dar. Häufig angewandte Formen der sozialwissenschaftlichen Datenerhebung stellen das freie Interview oder die strukturierte Befragung dar. Jedoch kann es bei diesen nicht standardisierten Erhebungsmethoden zu erheblichen Störvariablen bzw. Einflüssen kommen: persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen des Interviewers, Missverständnisse zwischen Interviewer und Probanden oder Antworttendenzen hinsichtlich sozialer Erwünschtheit. In der vorliegenden Studie wurde deshalb zur Untersuchung der Fragestellungen die Methode des standardisierten Fragebogens ausgewählt, da dieser – wie auch der empirische Test – „ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung einer oder mehrerer empirisch abgrenzbarer“ Haltungen und Einstellungen „mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der

individuellen Merkmalsausprägung zu erhalten“, darstellt (Lienert/Raatz, 1998. S. 1). Die Erhebung erfolgte mit einem Fragebogen, der im Rahmen der Arbeit elaboriert wurde. Neben den neu erarbeiteten Fragen orientierte sich der elaborierte Fragebogen gleichzeitig an bereits durchgeführten Erhebungen zum Thema Sterbehilfe (Dornberg, 1997; Kirschner/Elkeles, 1998; Csef/Heindl, 1998; Weber et al., 2001; Müller-Busch et al., 2004; van Oorschot/Schweitzer, 2003; Harfst, 2004; Simon, 2010; Schildmann et al, 2015).

Der Fragebogen besteht aus drei Teilen:

1. Soziodemographische Daten
2. Allgemeine Fragen zur Sterbehilfe
3. Hypothetische Fallbeispiele

Im ersten Teil des Fragebogens werden die soziodemographischen Angaben der Ärzte erfragt: Es wurden Variablen wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Kinder, Tätigkeitsprofil, Konfession, Religiosität und Religionsausübung erhoben, um dadurch mögliche Einflussfaktoren auf die Entscheidungstendenzen untersuchen zu können. Im zweiten Teil des Fragebogens wurden allgemeine Fragen zur Sterbehilfe gestellt. Hier sollten einzelne Länder (Schweiz, Deutschland und die Niederlande) hinsichtlich ihrer gesetzlichen Grundlagen zur Sterbehilfe beurteilt werden. Insbesondere fanden die Beschäftigung und die persönliche als auch die berufliche Konfrontation mit dem Tod, das Wissen um die gesetzlichen Grundlagen medizinischer Maßnahmen am Lebensende und die grundsätzlichen Überzeugungen hinsichtlich aktiver Sterbehilfe, ihre Berücksichtigung. Im dritten Teil wurden die Ärzte mit hypothetischen Fallbeispielen (siehe Tabelle 3.4) konfrontiert, bei denen sie aus fünf unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten, die den Sterbeprozess und das Lebensende betreffen, auswählen konnten. Die Fallbeispiele wurden intensiv mit einem Palliativmediziner diskutiert und so realitätsnah wie möglich konstruiert, damit die Stellungnahme der Ärzte ohne semantische oder medizinisch-technische Missverständnisse erfolgen konnte. Die Entscheidung des Arztes für eine bestimmte Vorgehensweise erfolgte unter der Annahme, dass sowohl aktive, als auch passive Sterbehilfen in Deutschland legal seien.

Tabelle 3.4: Hypothetische Fallbeispiele des Fragebogens

Fallbeispiel 1: Plasmozytom

Frau N., eine voll zurechnungsfähige Patientin, leidet seit fünf Jahren an einem Plasmazytom. Vor etlichen Monaten wurden nun Metastasen im Bereich der Wirbelsäule festgestellt. Frau N. erhält eine Bestrahlung des Skelettbereichs. Die Patientin ist 87 Jahre alt und hat jeglichen Willen zum Leben verloren. Sie will nicht mehr essen und trinken. Schon jetzt leidet sie an einer beträchtlichen Tumorkachexie, ihre Haut liegt faltig dem Knochen auf. Trotz Ausschöpfung aller palliativen Maßnahmen wie NSAID, Morphin, Strahlentherapie, Nervenblockaden etc. verursachen die Metastasen unerträgliche Schmerzen. Sie wurde von einem Psychiater als nicht depressiv beurteilt. Sie bittet nun zum wiederholten Male um eine lebensbeendende Maßnahme.

Fallbeispiel 2: malignes Melanom

Eine 59jährige Patientin leidet an einem malignen Melanom. Der Tumor wurde relativ spät diagnostiziert. Es bestehen bereits Metastasen in Haut und Lymphknoten und inneren Organen. Trotz einer Strahlentherapie, einer Immuntherapie mit Interferon und einer Impftherapie mit antigenpräsentierenden Zellen sind die Chancen auf Heilung oder einer Verminderung des Krankheitsprozesses sehr gering. Der Zustand der Patientin verschlechtert sich zunehmend. Sie ist zwar schmerzfrei, kann jedoch weder das Bett verlassen, noch sich selbst versorgen. Die Patientin fragt sie zum wiederholten Male nach einer lebensbeendenden Maßnahme und betont ihre Hilflosigkeit.

Fallbeispiel 3: Prostatakarzinom

Ein 95jähriger Patient leidet an einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen. Er hat voraussichtlich nur noch wenige Monate zu leben. Es besteht keine Aussicht auf eine Heilung oder eine Verminderung des Krankheitsprozesses. Der Patient kann weder das Bett verlassen, noch sich selbst versorgen. Er findet sein Leben nur noch sinn- und zwecklos und spricht - nur noch mit höchster Anstrengung - immer wieder davon, dass er nur eine zusätzliche Belastung für seine Familie darstelle. Der Patient ist voll zurechnungsfähig und bittet sie inständig um eine lebensbeendende Maßnahme.

Fallbeispiel 4: Mammakarzinom

Frau M. ist eine 31jährige Patientin, die an einem metastasierenden Mammakarzinom leidet. Die Rippenmetastasen bewirken einen starken bewegungsabhängigen Schmerz. Es besteht bei Frau M. keine Aussicht auf Heilung oder Verminderung des Krankheitsprozesses. Sie betreuen Frau M. schon seit 2 Jahren und kennen ihre positive Einstellung zum Leben. In den letzten Monaten ist die Patientin jedoch von sehr starken Schmerzen geplagt, so dass sie zum wiederholten Male nach einer lebensverkürzenden Maßnahme verlangt. Sie hängt bereits an einem Beatmungsgerät und kann nur noch mit höchster Anstrengung sprechen. Die Patientin betont, dass sie keine Kraft und schon seit langem keine angemessene Lebensqualität mehr hätte und deshalb sterben möchte.

Da in einigen Studien zum Thema Sterbehilfe festgestellt wurde, dass die Begriffe aktive und passive Sterbehilfe bei Ärzten zu Irritationen führen (Kirschner/Elkeles, 1998; Müller-Busch et al., 2004) wurden die fünf unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten nach Hick (2007) durch klare Umschreibungen operationalisiert und somit als Handlungsalternativen zur Verfügung gestellt, um dadurch interne Störvariablen von vornherein auszuschließen. Die Ärzte mussten sich für eine Handlungsmöglichkeit entscheiden. Mehrfachantworten waren nicht erlaubt. Tabelle 3.5 zeigt die vorgenommenen Umschreibungen der fünf Formen der Sterbehilfe als mögliche Handlungsalternativen:

Tabelle 3.5: Operationalisierung der fünf Formen der Sterbehilfe (Antwortmöglichkeiten der Fallbeispiele des Erhebungsbogens)

1. Sterbebegleitung	<p><u>Ich lehne die Durchführung von Sterbehilfe ab – ich würde den Sterbeprozess der Patientin wie bisher durch eine angemessene Unterstützung zu begleiten versuchen.</u> Jedoch würde ich keine bereits begonnenen therapeutischen Maßnahmen beenden (Beenden der künstlichen Ernährung oder Abschalten des Beatmungsgerätes).</p>
2. Passive Sterbehilfe	<p>Ich würde meine Therapie dahingehend begrenzen, dass ich <u>keine lebensverlängernden Maßnahmen</u> mehr durchführe, sondern <u>das Geschehenlassen des Sterbens akzeptiere.</u> Dazu gehört für mich auch das <u>Abschalten von unterstützenden Maschinen wie das Beatmungsgerät.</u> Um dabei ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, würde ich die palliativen Basismaßnahmen beibehalten.</p>
3. Indirekte Sterbehilfe	<p>Ich würde der Patientin eine höhere Dosis an Morphin verabreichen, welche ihre Lebensqualität zwar stark verbessert, <u>jedoch als Nebenwirkung auch eine lebensverkürzende Wirkung haben könnte.</u></p>
4. Hilfe zur Selbsttötung	<p>Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich der Patientin auch eine <u>Menge an Morphin anbieten und sie instruieren, in welcher Weise die Einnahme zum Tod führt.</u></p>

5. Aktive Sterbehilfe	Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich auch die <u>Möglichkeit der Injektion einer lebensbeendenden Medikamentes besprechen und dieses im gegebenen Falle auch verabreichen.</u>
------------------------------	--

3.3 Auswertungsmethoden

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Softwareprogramm *Statistical package for Social Science für Windows* (SPSS –Version 18.0®). Die Analyse des statistischen Zusammenhangs von Einflussfaktoren auf die Einstellung der Ärzte zur Sterbehilfe wurde mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests oder mit dem exakten Test nach Fisher durchgeführt. Waren die Voraussetzungen des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests nicht erfüllt, so wurde der exakte Test nach Fisher verwendet, denn für die Anwendung des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests sollten höchstens 20% der Zellen der Kontingenztafel für die erwarteten Häufigkeiten einen Wert kleiner als fünf aufweisen. Getestet wurde mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$.

4 Ergebnisse

Nach der Beschreibung der Methode sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden. Zuerst werden die allgemeinen Aussagen über die Sterbehilfe, sowie die Fallbeispiele vorgestellt, anschließend die untersuchten Einflussfaktoren hinsichtlich der ärztlichen Einstellung zur aktiven Sterbehilfe im Allgemeinen und zur ärztlichen Einschätzung der unterschiedlichen gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland, Schweiz und in den Niederlanden.

4.1 Deskriptive Auswertung

4.1 Allgemeine Fragen zu Sterben und Sterbehilfe

Abbildung 4.1 zeigt, dass mehr als die Hälfte der teilnehmenden Ärzte sich in den letzten fünf Jahren gelegentlich mit ihrem eigenen Tod auseinandergesetzt haben:

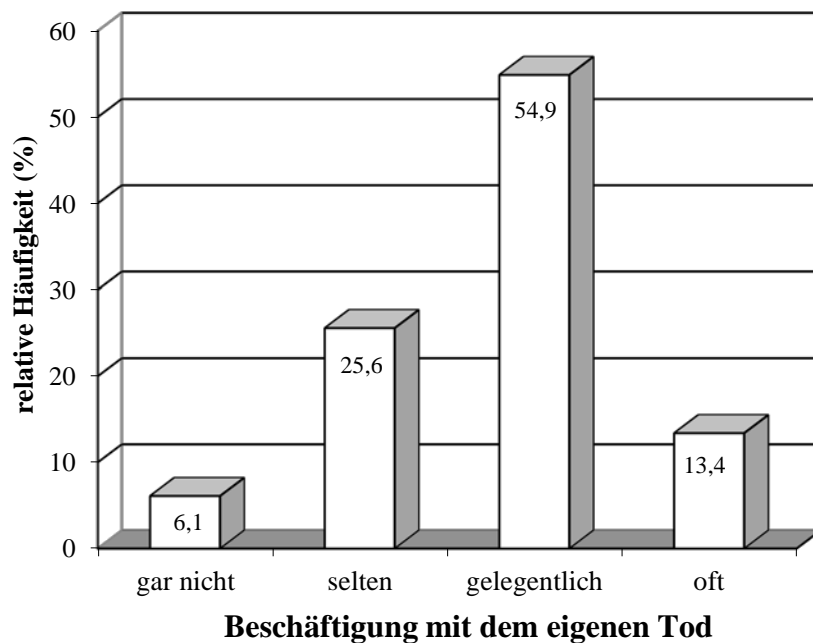


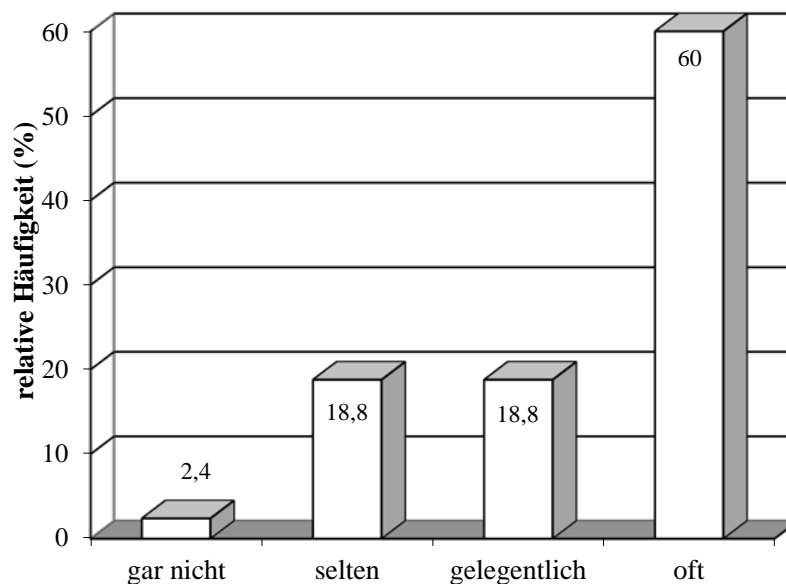
Abbildung 4.1: Beschäftigung der Ärzte mit dem eigenen Tod (N=82)

Inwieweit die teilnehmenden Ärzte bereits selbst oder ein Angehöriger an einer lebensbedrohlichen Erkrankung gelitten haben zeigt Tabelle 4.1:

Tabelle 4.1: Eigene Erfahrungen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung (N = 80; 2 Ärzte ohne Angabe)

Erfahrung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung			
ja		nein	
N	%	N	%
52	65	28	35

Weiterhin gaben 90% der befragten Ärzte an, keine eigene Patientenverfügung zu haben. Auf die Frage, ob die Ärzte in ihrer Ausbildung ausreichend mit dem Thema Sterben und Sterbehilfe konfrontiert wurden, ergab sich folgende Konstellation:



Konfrontation mit den Themen Sterben und Sterbehilfe in der Ausbildung

Abbildung 4.2: Konfrontation mit Themen Sterben und Sterbehilfe in der Ausbildung (N=80, 2 Ärzte ohne Angabe)

Fast zwei Drittel der befragten Ärzte (61,2%) sind der Meinung, dass sie ein gutes Wissen über die gesetzlichen Grundlagen bei der Begrenzung medizinischer Maßnahme am Lebensende in Deutschland haben. Nur 3,8% gaben an, dass sie darüber nicht Bescheid wissen. Immerhin waren es noch 35% der Ärzte, die sich hinsichtlich ihres Wissens um die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland unsicher waren.

Es wurde weiterhin gefragt, ob Ärzte bereit wären, eine Fortbildung zum Thema „Rechtliche Aspekte bei medizinischen Entscheidungen, die den Sterbeprozess und das Lebensende betreffen“ zu besuchen. 77,5% der teilnehmenden Ärzte erklärten sich dazu bereit, bei einer solchen Fortbildungsmaßnahme teilzunehmen.

Abbildung 4.3 zeigt die Antworttendenzen der Ärzte hinsichtlich der Frage, ob ihnen die Grundsätze zur ärztlichen Sterbehilfe der Bundesärztekammer bekannt seien:

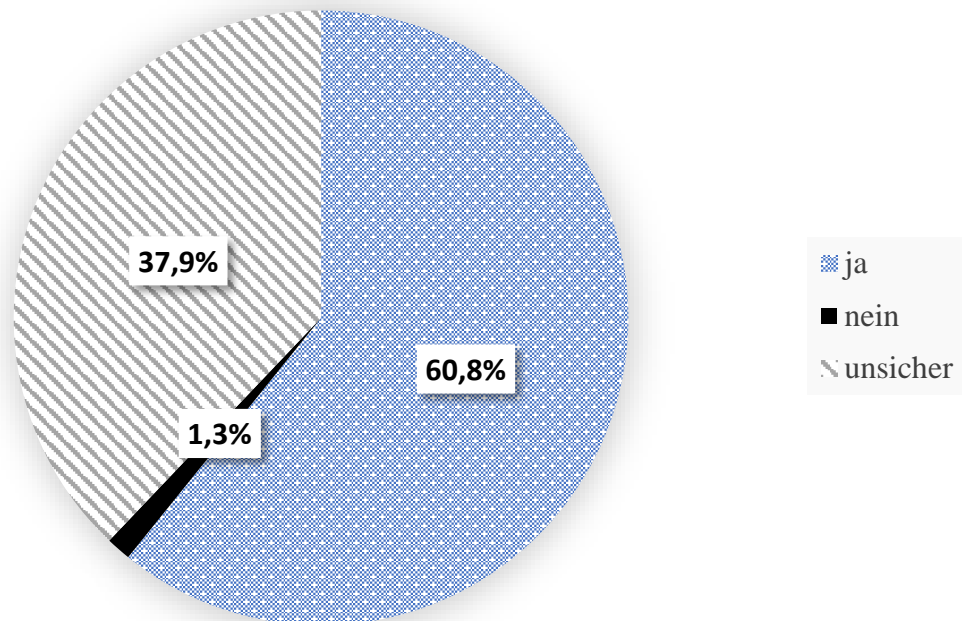


Abbildung 4.3: Frage: Sind Ihnen die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer bekannt? (N=79, 3 Ärzte ohne Angaben)

4.2 Einschätzung der aktiven Sterbehilfe

Bei der Frage, ob die Ärzte es unter bestimmten Umständen als gerechtfertigt sehen, das Leben eines Menschen aktiv zu beenden, also aktive Sterbehilfe zu leisten, gaben 51,3% der Ärzte ihre Zustimmung. Die Kriterien, die hierbei eine Rolle spielen würden, zeigt Abbildung 4.4. Hier zeigt sich, dass vor allem die Erlösung von Schmerzen (42,5%) und das Sterben in Würde (40%) die mit Abstand wichtigsten Kriterien für eine aktive Sterbehilfe darstellen:

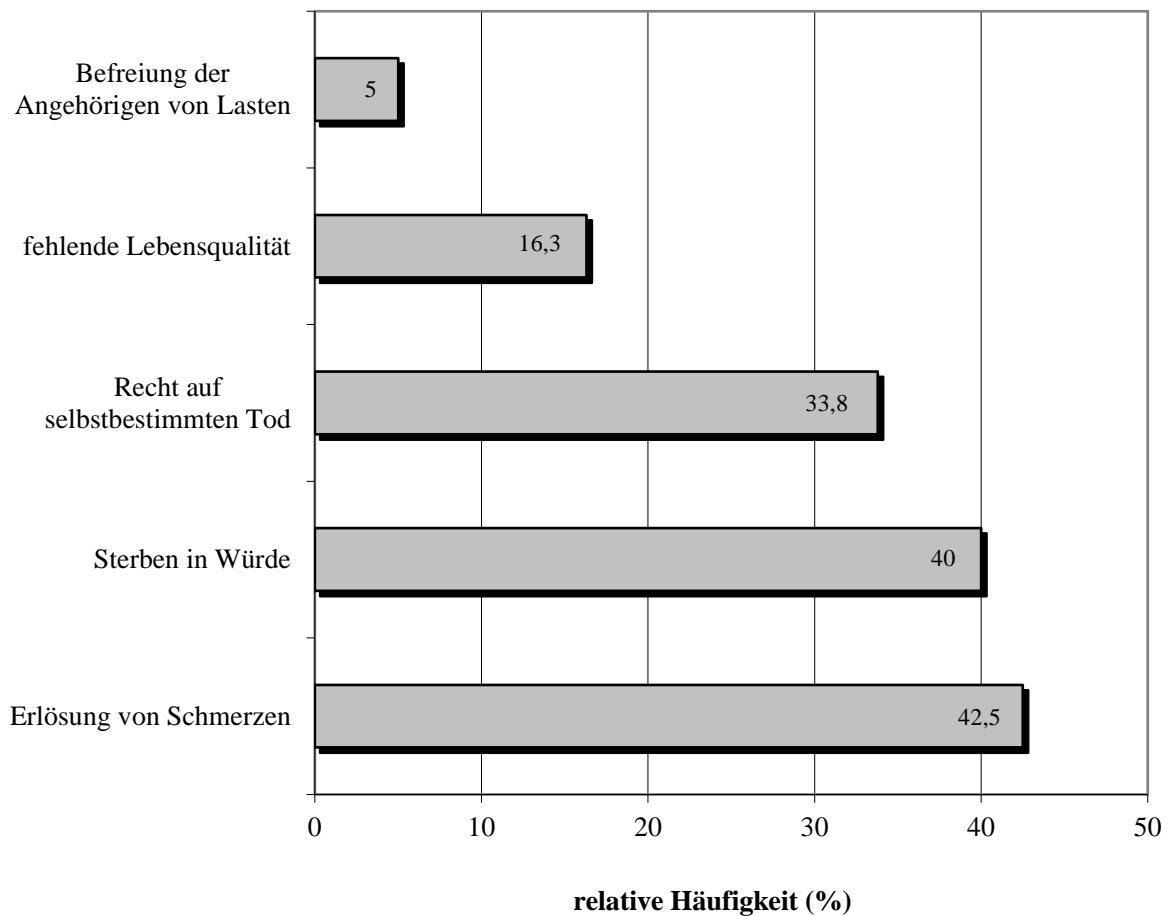


Abbildung 4.4: Kriterien, die bei der aktiven Sterbehilfe für die befragten Ärzte von Bedeutung sind (N=82, Mehrfachantworten waren möglich)

Hinsichtlich der Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden ergab sich, dass 44% der teilnehmenden Ärzte die Einführung der niederländischen Gesetzgebung in Deutschland nicht begrüßen würden. 24% der Ärzte waren sich über diesen Punkt unsicher. Aber immerhin 32% der befragten Ärzte wären für eine solche Einführung, aber nur, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt wären (mehrfache Anfrage des Patienten hinsichtlich Sterbehilfe, infauste Prognose, informierter Patient über Alternativen wie Palliativmedizin).

Inwieweit die teilnehmenden Ärzte das „Schweizer Modell“ – also die Beihilfe zum Suizid – einschätzen, zeigt Abbildung 4.5. Hierbei muss nochmals hinzugefügt werden, dass die aktive Sterbehilfe in der Schweiz nicht erlaubt ist, sondern nur die Hilfeleistung durch einen Dritten beim Freitod eines anderen, wenn die Beihilfe nicht aus eigennützigen Motiven erfolgt (vgl. hierzu Kapitel 1).

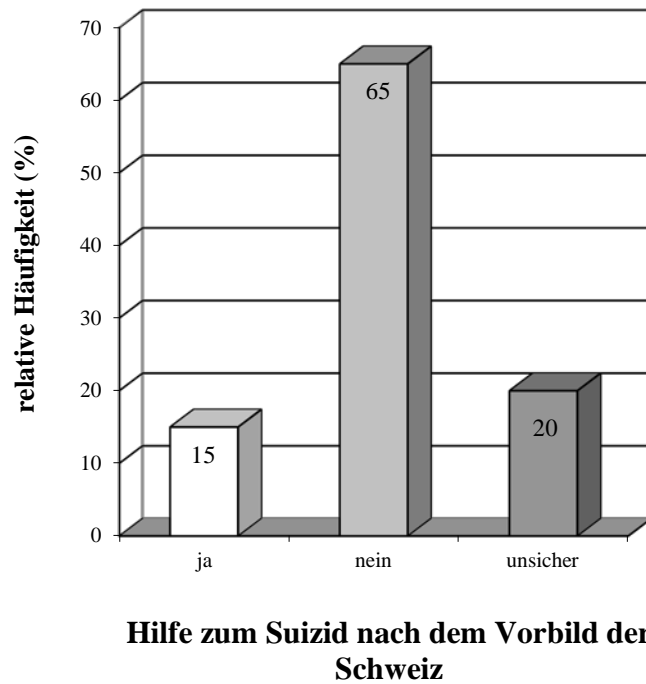


Abbildung 4.5: Beurteilung der möglichen Einführung der Beihilfe zum Suizid, wie es in der Schweiz der Fall ist (N = 82)

Danach gefragt, ob die Ärzte bei einer gesetzlichen Grundlage zur aktiven Sterbehilfe auch bereit wären, diese dann auch persönlich durchzuführen bzw. danach zu handeln, wurden die in Abbildung 4.6 gezeigten Antworten gegeben:

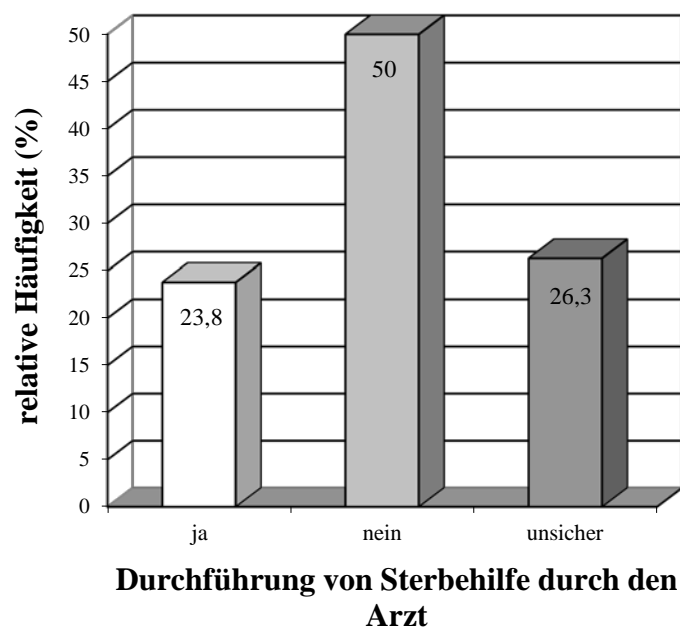


Abbildung 4.6: Bereitschaft eigene Sterbehilfe durchzuführen (N=82)

Inwieweit die gesetzlichen Voraussetzungen für die Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung in Deutschland für die befragten Ärzte ausreichend sind, wird in Abbildung 4.7 aufgeführt:

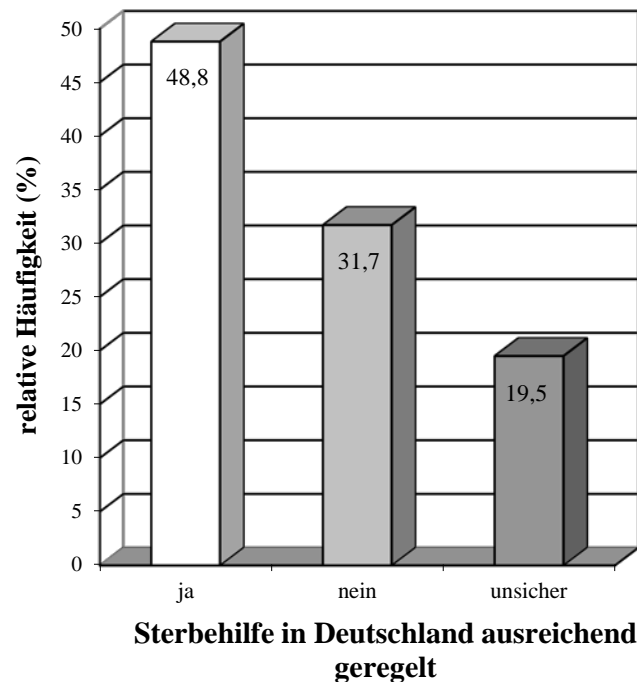


Abbildung 4.7: Sind die gesetzlichen Voraussetzungen der Sterbebegleitung und Hilfe in Deutschland ausreichend (N=82)

Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der befragten Ärzte (57%) nach einem lebensbeendenden Medikament gebeten wurden. Wie häufig nach einer lebensbeendenden Injektion oder Medikament gefragt wurde zeigt Abbildung 4.8:

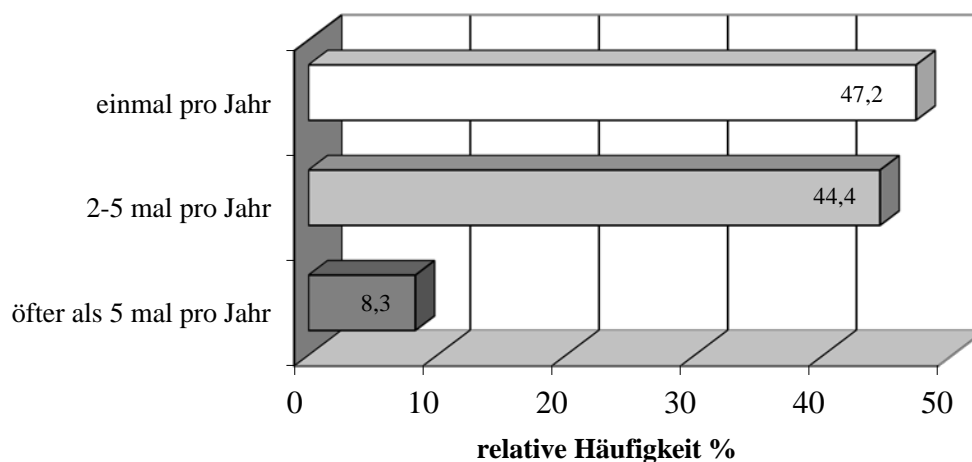


Abbildung 4.8: Nachfrage bzgl. eines lebensbeendenden Medikaments

Weiterhin wurden die Ärzte befragt, welche Bedingungen ihre Entscheidung zur aktiven Sterbehilfe erleichtern könnten, sofern sie die Tötung auf Verlangen des Patienten nicht generell ablehnen. Die Kriterien werden in Abbildung 4.9 aufgeführt:

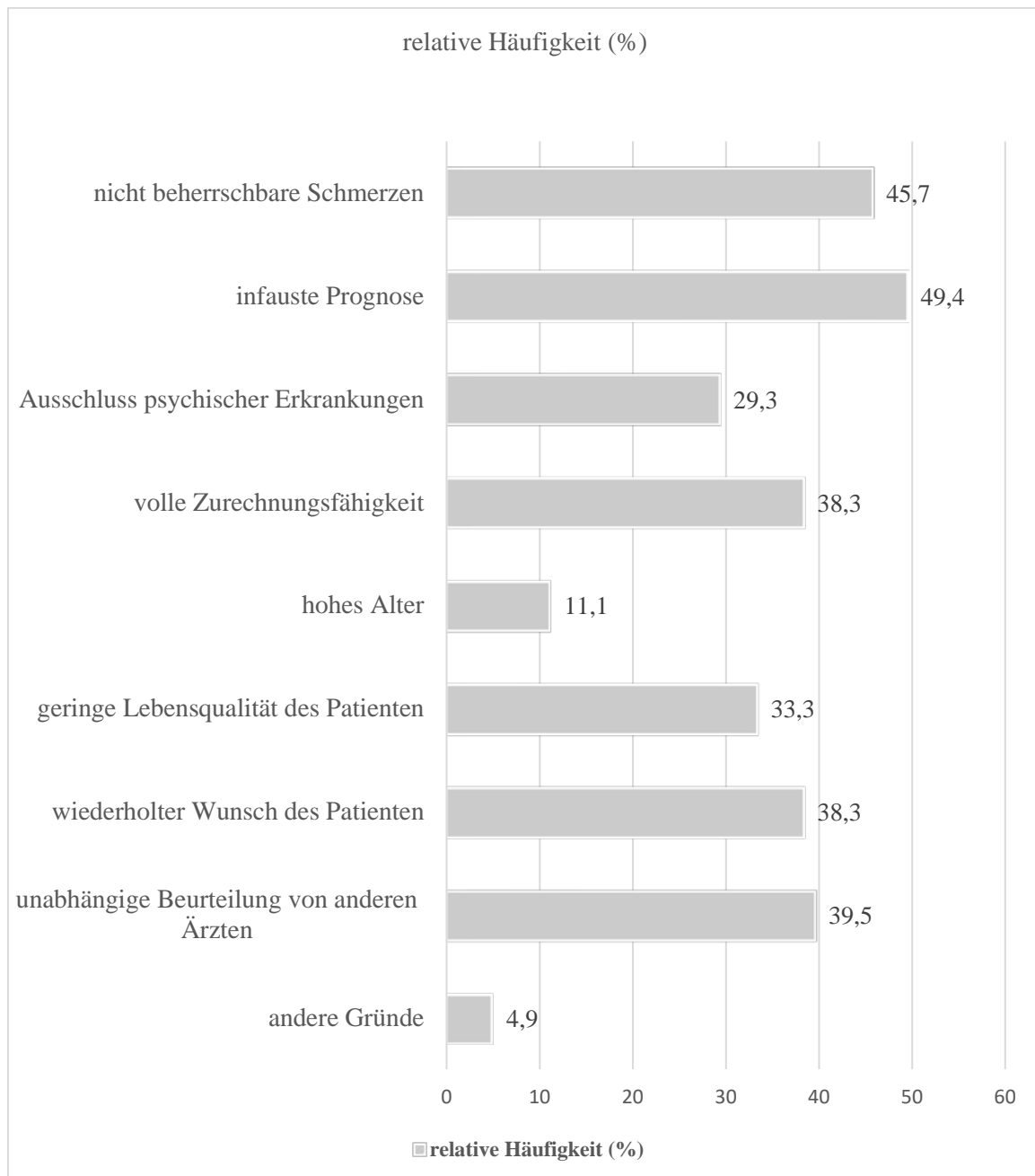


Abbildung 4.9: Kriterien, welche die Entscheidung für das Töten auf Verlangen erleichtern würden (N=81, Mehrfach-Antworten wurden zugelassen)

Mit welchen Personen sich die teilnehmenden Ärzte im Falle einer Sterbehilfeanfrage beraten würden, ist in Abbildung 4.10 ausgeführt. Es sind mit 90% die eigenen Kollegen, die als Berater herangezogen werden. Mit nur 24% würden sie den Rat eines Geistlichen in Anspruch nehmen.

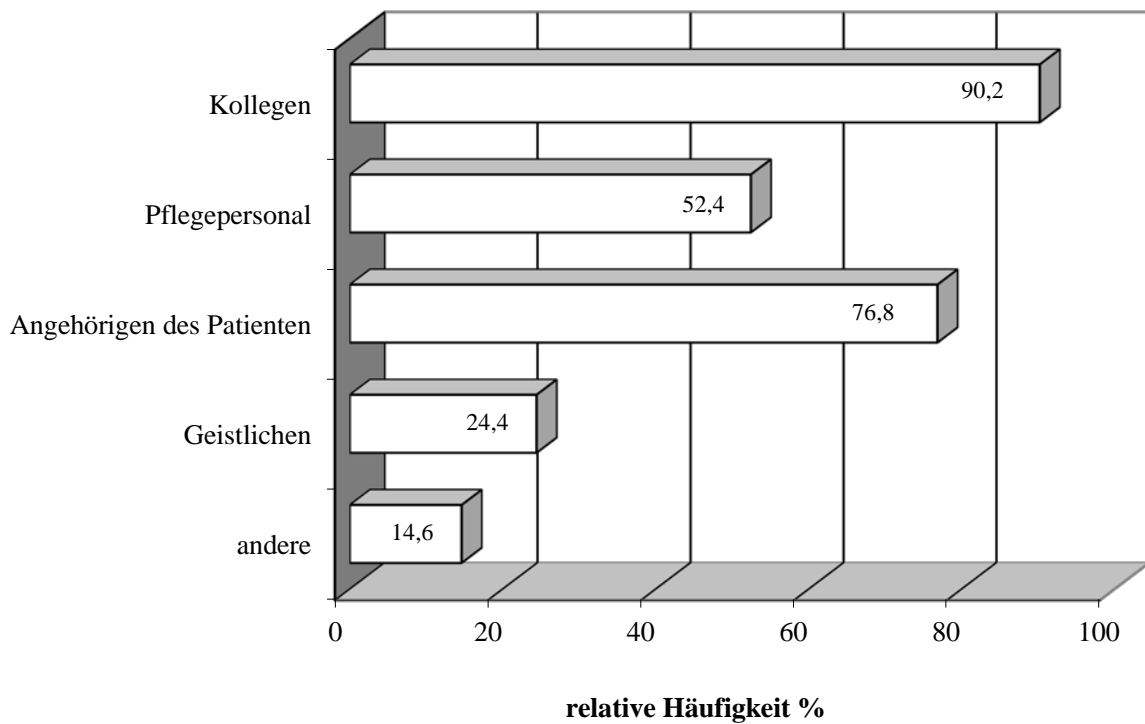


Abbildung 4.10: Mit wem würden sich die Ärzte im Falle einer Sterbehilfeanfrage beraten (N=82, Mehrfach-Antworten wurden zugelassen)

Bevor die Ärzte die Fallbeispiele im dritten Teil des Fragebogens bearbeiten sollten, wurden sie noch mit einem allgemein gehaltenen Beispiel konfrontiert, für welche Vorgehensweise sie sich entscheiden würden, wenn ein Patient mit infauster Prognose im bereits befindlichen Sterbeprozess zum wiederholten Male um aktive Sterbehilfe bitten würde. Es wurde dabei explizit darauf hingewiesen, dass sowohl die aktive, als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland legal seien. Abbildung 4.11 zeigt die gewählten Formen der Sterbehilfe, welche im Fragebogen durch Umschreibungen der verschiedenen Formen der Sterbehilfe operationalisiert wurden (siehe Methodenteil). 61% der Befragten entschieden sich für die indirekte Sterbehilfe. Knapp ein Viertel der Ärzte entschied sich für die passive Sterbehilfe. Aktive Sterbehilfe wollten nur 2,4% durchführen.

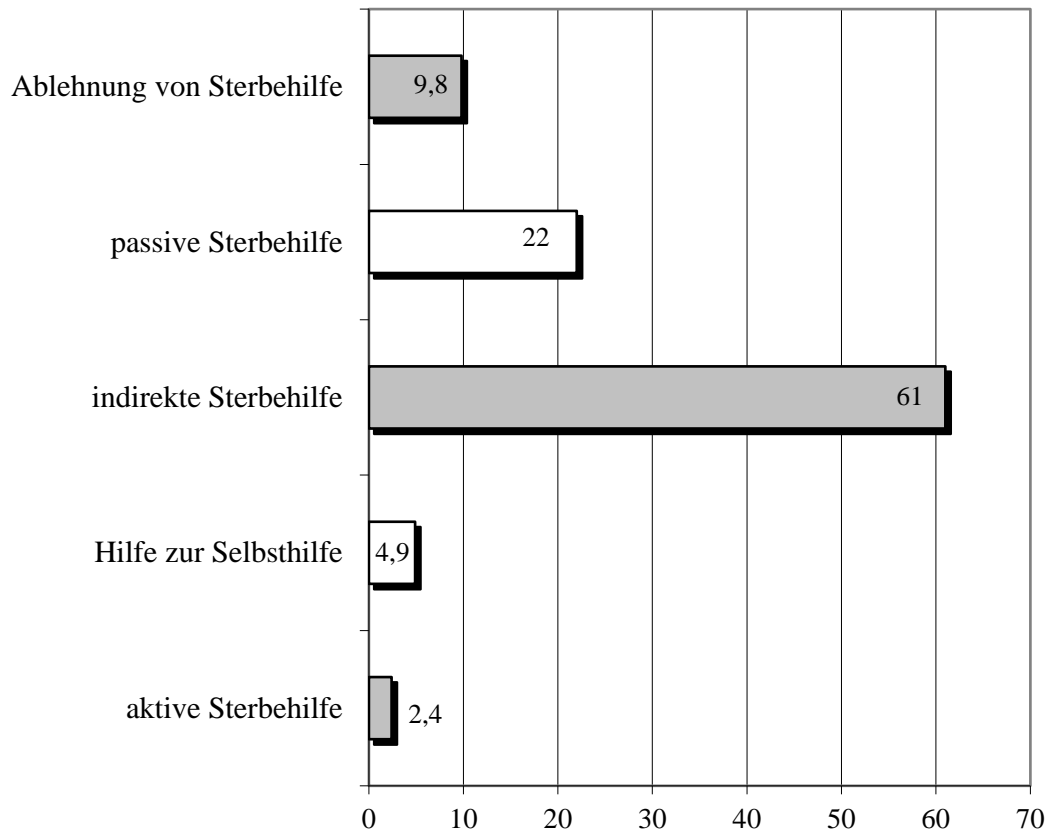


Abbildung 4.11: Ärztliches Vorgehen bei Patienten mit infauster Prognose, der zum wiederholten Male um aktive Sterbehilfe bittet (N=82)

4.3 Deskriptive Auswertung der Fallbeispiele

Bei den Fallbeispielen wurden die evaluierten Ärzte explizit darauf hingewiesen, dass die Fallbeispiele unter der Annahme beantwortet werden sollten, als seien sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland erlaubt. Im Folgenden werden die Fallbeispiele und die dazu ausgewerteten Einschätzungen der Ärzte dargestellt:

4.3.1 Fallbeispiel 1 - Plasmozytom

Frau N., eine voll zurechnungsfähige Patientin, leidet seit fünf Jahren an einem Plasmozytom. Vor etlichen Monaten wurden nun Metastasen im Bereich der Wirbelsäule festgestellt. Frau N. erhält eine Bestrahlung des Skelettbereichs. Die Patientin ist 87 Jahre alt und hat jeglichen Willen zum Leben verloren. Sie will nicht mehr essen und trinken. Schon jetzt leidet sie an einer beträchtlichen Tumorkachexie, ihre Haut liegt faltig dem Knochen auf. Trotz Ausschöpfung aller palliativen Maßnahmen wie NSAID, Morphin, Strahlentherapie, Nervenblockaden etc. verursachen die Metastasen unerträgliche Schmerzen. Sie wurde von einem Psychiater als nicht depressiv beurteilt. Sie bittet nun zum wiederholten Male um eine lebensbeendende Maßnahme.

Im ersten Fallbeispiel gaben mehr als die Hälfte der Ärzte an, indirekte Sterbehilfe durchführen zu wollen. Etwa ein Drittel entschied sich für die passive Sterbehilfe. Knapp 9% würden eine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Nur knapp 4% sprachen sich für eine Sterbehilfe aus und knapp 2,5% lehnten die Sterbehilfe generell ab.

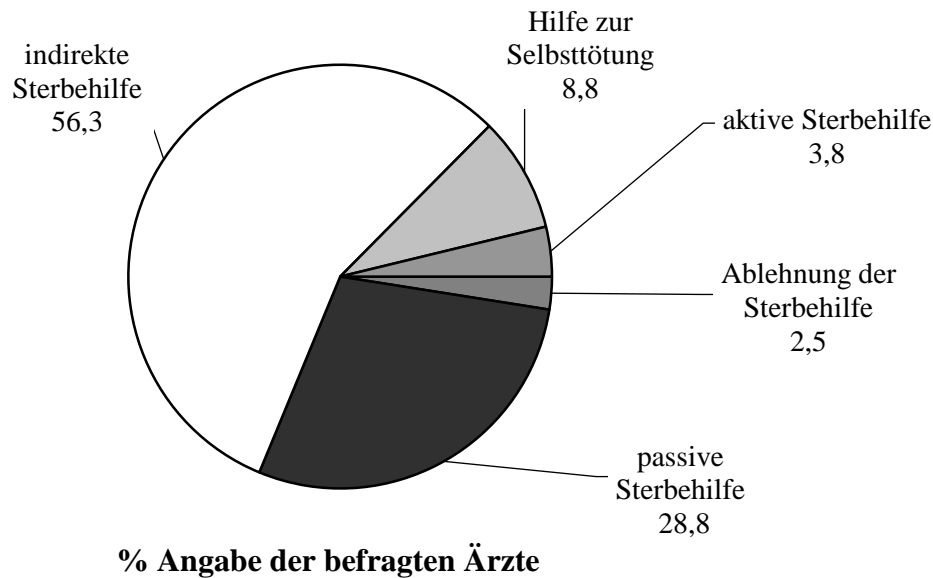
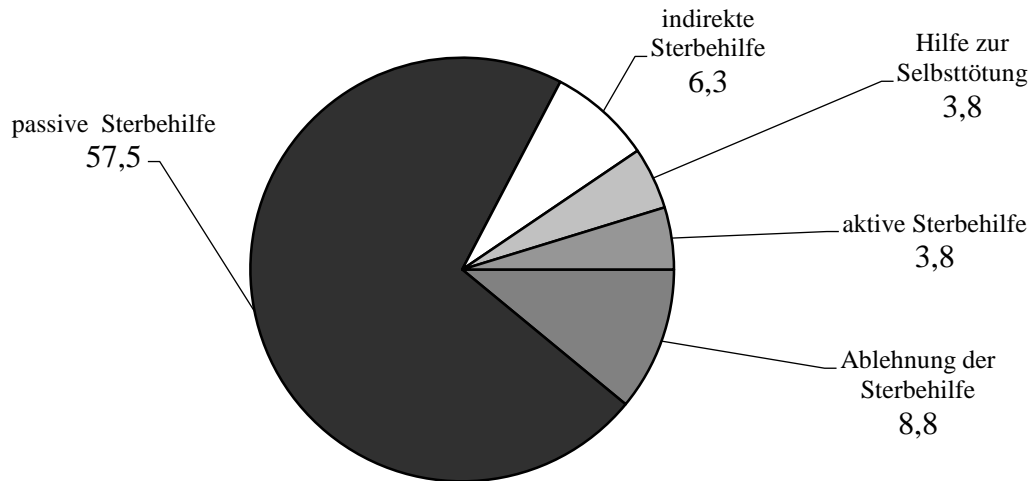


Abbildung 4.12: Ärztliche Entscheidung bei der Frage nach einer lebensbeendenden Maßnahme bei Fallbeispiel 1 (N=80, 2 Ärzte ohne Angaben)

4.3.2 Fallbeispiel 2 - Malignes Melanom

Eine 59-jährige Patientin leidet an einem malignen Melanom. Der Tumor wurde relativ spät diagnostiziert. Es bestehen bereits Metastasen in Haut und Lymphknoten und inneren Organen. Trotz einer Strahlentherapie, einer Immuntherapie mit Interferon und einer Impftherapie mit antigenpräsentierenden Zellen sind die Chancen auf Heilung oder einer Verminderung des Krankheitsprozesses sehr gering. Der Zustand der Patientin verschlechtert sich zunehmend. Sie ist zwar schmerzfrei, kann jedoch weder das Bett verlassen, noch sich selbst versorgen. Die Patientin fragt sie zum wiederholten Male nach einer lebensbeendenden Maßnahme und betont ihre Hilflosigkeit.

Bei dem zweiten Fallbeispiel wählten mehr als die Hälfte der Ärzte (57%) die passive Sterbehilfe aus. Nur 6,3% der Ärzte entschieden sich hier für die indirekte Sterbehilfe. Nur eine kleine Minderheit entschied sich zur Hilfe zur Selbsttötung und zur aktiven Sterbehilfe (3,8%). Fast 10% der Ärzte entschieden sich für die Ablehnung der Sterbehilfe im vorliegenden Fall.



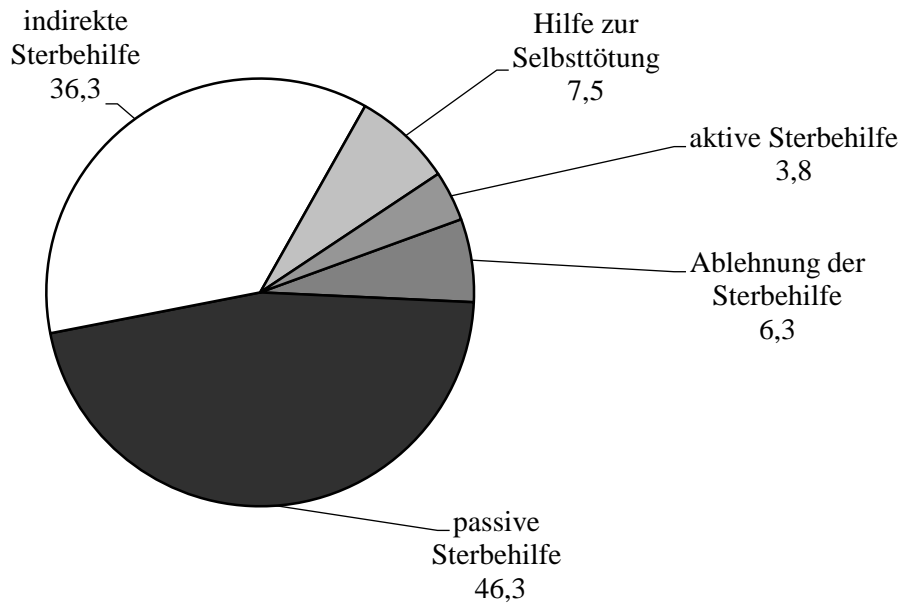
% Angabe der befragten Ärzte

Abbildung 4.13: Ärztliche Entscheidung bei der Frage nach einer lebensbeendenden Maßnahme bei Fallbeispiel 2 (N=80, 2 Ärzte ohne Angabe)

4.3.3 Fallbeispiel 3 - Prostatakarzinom

Ein 95jähriger Patient leidet an einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen. Er hat voraussichtlich nur noch wenige Monate zu leben. Es besteht keine Aussicht auf eine Heilung oder eine Verminderung des Krankheitsprozesses. Der Patient kann weder das Bett verlassen, noch sich selbst versorgen. Er findet sein Leben nur noch sinn- und zwecklos und spricht - nur noch mit höchster Anstrengung - immer wieder davon, dass er nur eine zusätzliche Belastung für seine Familie darstelle. Der Patient ist voll zurechnungsfähig und bittet sie inständig um eine lebensbeendende Maßnahme.

Im dritten Fallbeispiel wurde die passive Sterbehilfe von fast der Hälfte der Ärzte als gerechtfertigte Handlungsalternative ausgewählt (46%). Für die indirekte Sterbehilfe entschied sich mehr als ein Drittel (36,3%). Auch im dritten Fallbeispiel entschied sich nur eine kleine Minderheit für die aktive Sterbehilfe (3,8%) und die Hilfe zur Selbsttötung (7,5%). Jedoch lehnten auch 6,3% der befragten Ärzte die Sterbehilfe generell ab.



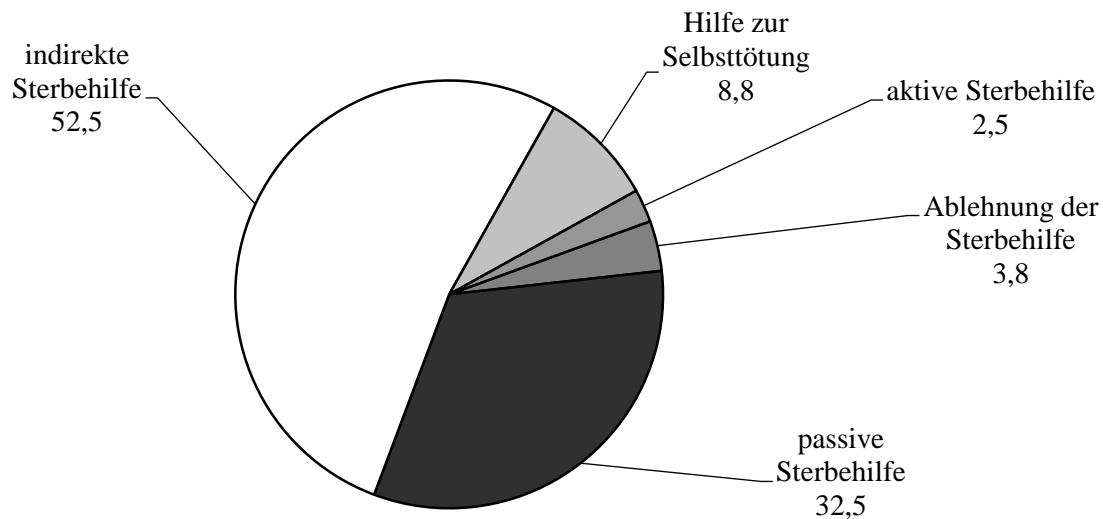
% Angabe der befragten Ärzte

Abbildung 4.14: Ärztliche Entscheidung bei der Frage nach einer lebensbeendenden Maßnahme bei Fallbeispiel 3 (N=80, 2 Ärzte ohne Angabe)

4.3.4 Fallbeispiel 4 – Mammakarzinom

Frau M. ist eine 31-jährige Patientin, die an einem metastasierenden Mammakarzinom leidet. Die Rippenmetastasen bewirken einen starken bewegungsabhängigen Schmerz. Es besteht bei Frau M. keine Aussichten auf Heilung oder Verminderung des Krankheitsprozesses. Sie betreuen Frau M. schon seit 2 Jahren und kennen ihre positive Einstellung zum Leben. In den letzten Monaten ist die Patientin jedoch von sehr starken Schmerzen geplagt, so dass sie zum wiederholten Male nach einer lebensverkürzenden Maßnahme verlangt. Sie hängt bereits an einem Beatmungsgerät und kann nur noch mit höchster Anstrengung sprechen. Die Patientin betont, dass sie keine Kraft und schon seit langem keine angemessene Lebensqualität mehr hätte und deshalb sterben möchte.

Beim letzten Fallbeispiel wurde wiederum die indirekte Sterbehilfe von mehr als der Hälfte der Ärzte als Handlungsalternative ausgewählt (52,5%), für die passive Sterbehilfe entschied sich knapp ein Drittel. Wie auch bei den anderen Fallbeispielen wurden die aktive Sterbehilfe (2,5%) und die Hilfe zur Selbsttötung (8,8%) nur von einer Minderheit gewählt. Die Ablehnung der Sterbehilfe per se erfolgte von 3,8% der befragten Ärzte.



% Angabe der befragten Ärzte

Abbildung 4.15: Ärztliche Entscheidung bei der Frage nach einer lebensbeendenden Maßnahme bei Fallbeispiel 4 (N=80, 2 Ärzte ohne Angabe)

4.4 Einflussfaktoren auf die Antworttendenzen der Ärzte aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zu akzeptieren

In diesem Abschnitt soll geklärt werden, ob sich Unterschiede in den Antworttendenzen der Ärzte hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren feststellen lassen. Sowohl dichotome (Geschlecht, Religiosität) als auch polytome Variablen (Fachbereich, Religionszugehörigkeit) wurden untersucht.

4.4.1 Alter

Wie aus Tabelle 4.2 zu entnehmen ist, lässt sich kein signifikanter Unterschied in der Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe zwischen jungen und älteren Ärzten feststellen:

Tabelle 4.2: Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit vom Alter der befragten Ärzte (N=80, p=0,371)

			Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe		Gesamt
			ja	nein	
Alter	25-35 Jahre	Anzahl	24	21	45
		%	53.3%	46.7%	100.0%
	36-55 Jahre	Anzahl	17	18	35
		%	48.6%	51.4%	100.0%
Gesamt		Anzahl	41	39	80
		%	51.3%	48.8%	100.0%

4.4.2 Geschlecht

Auch das Geschlecht stellt keinen signifikanten Einflussfaktor auf die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe dar. Trotzdem zeigt sich, dass Ärztinnen tendenziell eher dazu bereit waren, aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zu leisten, als ihre männlichen Kollegen.

Tabelle 4.3: Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit vom Geschlecht der teilgenommenen Ärzte (N=80, p= 0,388)

			Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe		Gesamt
			ja	nein	
Geschlecht	weiblich	Anzahl	13	9	22
		%	59.1%	40.9%	100.0%
	männlich	Anzahl	28	30	58
		%	48.3%	51.7%	100.0%

4.4.3 Religion

Die Religiosität der befragten Ärzte hatte sehr wohl einen signifikanten Einfluss auf die Antworttendenzen hinsichtlich der Bereitschaft, aktive Sterbehilfe zu leisten. So sprachen sich vor allem die nicht religiösen Ärzte mit 68% für die aktive Sterbehilfe aus. Bei den Ärzten, die sich in irgendeiner Form als religiös erachteten, war die Bereitschaft zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe nur bei 44%.

Tabelle 4.4: Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit von der Religiosität der Ärzte (N=79, p= 0,019)

			Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe		Gesamt
			ja	nein	
Religiös	ja	Anzahl	25	32	57
		%	43.9%	56.1%	100.0%
	nein	Anzahl	15	7	22
		%	68.2%	31.8%	100.0%
Gesamt		Anzahl	40	39	79
		%	50.6%	49.4%	100.0%

Die Konfessionszugehörigkeit ergibt ebenso einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Bereitschaft zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe. So zeigten Dreiviertel der konfessionslosen Ärzte die Bereitschaft zur Durchführung aktiver Sterbehilfe. Bei den Ärzten, die sich der evangelischen Kirche zugehörig fühlen, zeigten noch immerhin 58%, dass sie die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen für gerechtfertigt halten. Bei den Ärzten katholischer Konfession hingegen waren es nur 39,5%, die sich für eine aktive Sterbehilfe aussprechen.

Tabelle 4.5: Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit der Ärzte (N=79, p= 0,043)

			Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe		Gesamt
			ja	nein	
Religionszugehörigkeit	Katholisch	Anzahl	15	23	38
		%	39.5%	60.5%	100.0%
	Evangelisch	Anzahl	19	14	33
		%	57.6%	42.4%	100.0%
	Konfessionslos	Anzahl	6	2	8
		%	75.0%	25.0%	100.0%
Gesamt		Anzahl	40	39	79
		%	50.6%	49.4%	100.0%

4.4.4 Kinder

Es lässt sich kein signifikanter Unterschied in der Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe zwischen Ärzten mit und ohne Kinder aufzeigen. Tendenziell befürworteten Ärzte mit Kindern die aktive Sterbehilfe jedoch eher, als ihre Kollegen ohne Kinder.

Tabelle 4.6: Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit der Ärzte mit und ohne Kinder (N=80, p= 0,118)

			Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe		Gesamt
			ja	nein	
Kinder	ja	Anzahl	18	14	32
		%	56.3%	43.8%	100.0%
	nein	Anzahl	23	25	48
		%	47,9.2%	52.1%	100.0%
Gesamt		Anzahl	41	39	80
		%	51.3%	48.8%	100.0%

4.4.5 Fachbereich

Hinsichtlich der Fachbereiche gibt es einen tendenziellen Unterschied zu verzeichnen: So sprachen sich 60% der Chirurgen und der Anästhesisten für die aktive Sterbehilfe aus. Bei den Internisten waren nur 35% davon überzeugt, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt erscheint, dass Leben eines Menschen aktiv zu beenden.

Tabelle 4.7: Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit des Fachbereiches (N=77, p= 0,086)

			Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe		Gesamt
			ja	nein	
Fachbereich	Chirurgie	Anzahl	9	6	38
		%	60,0	40,0%	100.0%
	Innere Medizin	Anzahl	11	21	33
		%	34.4%	65.6%	100.0%
	Anästhesie	Anzahl	18	12	8
		%	60.0%	40.0%	100.0%
Gesamt		Anzahl	38	39	77
		%	49.4%	50.6 %	100.0%

4.4.6 Nachfragen hinsichtlich eines lebensbeendenden Medikaments

Bereits erhaltene Nachfragen bezgl. eines lebensbeendenden Medikaments spielen bei der Einschätzung der aktiven Sterbehilfe bei den befragten Ärzten keine signifikante Rolle ($p=0,197$). So sprachen sich 56% der Ärzte, die bereits mit einer Nachfrage konfrontiert wurden, gegen die aktive Sterbehilfe aus. Bei den Ärzten ohne Nachfragen waren es 43,5% die dagegen stimmten.

4.4.7 Patientenverfügung

Auch die eigene Patientenverfügung der Ärzte war kein Einflussfaktor auf die Akzeptanz der Sterbehilfe. Zwar zeigt sich, dass 75% der Ärzte mit eigener Patientenverfügung davon überzeugt sind, dass es gerechtfertigt sei, das Leben aktiv zu beenden. Bei den Ärzten ohne Patientenverfügung waren nur 49% dieser Meinung. Jedoch ergab sich beim Chi-Quadrat-Test kein signifikantes Ergebnis ($p=0,157$).

4.4.8 Bekanntheit der Grundsätze zur ärztlichen Sterbehilfe

Das Wissen um die Grundsätze zur ärztlichen Sterbehilfe der Bundesärztekammer ist ebenfalls kein wesentlicher Einflussfaktor bei den Antworttendenzen zur Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe ($p=0,414$). Es tendierten 42% der Ärzte, die über die Grundsätze informiert waren, zur aktiven Sterbehilfe. Bei den Ärzten ohne Informationshintergrund und bei den Ärzten, die sich hinsichtlich ihres Wissenstandes über die Grundsätze unsicher waren, hatten sich mehr als die Hälfte (nein= 56%, unsicher= 58%) für aktive Sterbehilfe entschieden.

4.4.9 Tätigkeitsdauer des Arztes

Die Tätigkeitsdauer erweist sich ebenso wenig als wesentlicher signifikanter Einflussfaktor ($p=0,229$). Es zeigt sich jedoch, dass 60% der Ärzte, die weniger als 1 Jahr bisher tätig waren, sich für die aktive Sterbehilfe entschieden. Bei Ärzten, die auf eine Berufserfahrung von mehr als 15 Jahren zurückblicken können, waren es nur 22%. Ärzte die zwischen 5 und 10 Jahre tätig waren, akzeptierten die aktive Sterbehilfe mit 43%.

4.5 Einflussfaktoren bei der Einschätzung der Sterbehilfe in den Ländern: Schweiz, Niederlande und Deutschland

Im folgenden Abschnitt wird überprüft, ob sich Einflussfaktoren hinsichtlich der Einschätzung der unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen in verschiedenen Ländern feststellen lassen.

4.5.1 Niederländisches Modell

In den Niederlanden darf der Arzt unter bestimmten Voraussetzungen aktive Sterbehilfe leisten. Folgende Voraussetzungen müssen dabei erfüllt sein: Der Patient muss mehrfach um Sterbehilfe gebeten haben, an einer tödlichen Krankheit mit infauster Prognose leiden und über Alternativen wie Palliativmedizin informiert worden sein. Vor der Tötung muss ein weiterer Arzt hinzugezogen werden. Die Sterbehilfefälle werden von fünf regionalen Kontrollkommissionen beurteilt. Würden Sie eine solche gesetzliche Grundlage für Deutschland begrüßen, die eine aktive Sterbehilfe unter oben genannten Voraussetzungen seitens des Arztes erlaubt?

Was die Einschätzung der Handlung der Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung in den Niederlanden betrifft, so stellt das Alter einen tendenziellen Einflussfaktor dar (siehe Tabelle 4.8). So zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (52%) der älteren Ärzte sich gegen die niederländische Gesetzgebung aussprachen. Bei den jüngeren Ärzten waren es nur noch 38%, die gegen das niederländische Modell plädierten. Ein Drittel der jungen Ärzte war „unsicher“. Von den älteren Ärzten waren weitaus weniger Ärzte mit Unsicherheiten behaftet, was das niederländische Gesetz betrifft (11%)

Tabelle 4.8: Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden in Abhängigkeit des Alters (N=80, $p=0,073$ = tendenziell sign. auf dem 10% -Niveau)

			Begrüßung der niederländischen Gesetzeslage in Deutschland			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Alter	25-35 Jahre	Anzahl	13	17	15	45
		%	28.9%	37.8%	33.3%	100.0%
	36-55 Jahre	Anzahl	13	18	4	35
		%	37.1%	51.4%	11.4%	100.0%
Gesamt		Anzahl	26	35	19	80
		%	32.5%	43.8%	23.8%	100.0%

Das Ausbildungsstadium stellt einen signifikanten Einflussfaktor dar: 41% der Fachärzte sprachen sich für die niederländische Gesetzgebung in Deutschland aus und nur 24% der Ärzte ohne fachärztliche Ausbildung. Weiterhin beantworteten mehr als ein Drittel der Ärzte ohne fachärztliche Ausbildung die Frage mit unsicher. Bei den Fachärzten waren nur 8% unsicher.

Tabelle 4.9: Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden in Abhängigkeit des Ausbildungsstadiums der Ärzte (N=79, p=0,019)

			Begrüßung der niederländischen Gesetzeslage in Deutschland			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Fach- arzt	ja	Anzahl	14	17	3	34
		%	41.2%	50.0%	8.8%	100.0%
	nein	Anzahl	11	18	16	45
		%	24.4%	40.0%	35.6%	100.0%
Gesamt		Anzahl	25	35	19	79
		%	31.6%	44.3%	24.1%	100.0%

Wie aus Tabelle 4.10 zu entnehmen ist, stellt die Religiosität einen signifikanten Einflusseffekt auf die Einschätzung der niederländischen Gesetzeslage dar. Ärzte, die sich als nicht religiös einschätzen, würden das niederländische Sterbemodell mit einem Anteil von 59% begrüßen. Bei den religiösen Ärzten waren es nur 21%. Mehr Unsicherheiten sind bei den religiösen Ärzten zu beobachten.

Tabelle 4.10: Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden in Abhängigkeit der Religiosität (N=79, p=0,040)

			Begrüßung der niederländischen Gesetzeslage in Deutschland			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Halten Sie sich in irgendeiner Form für religiös?	ja	Anzahl	12	30	15	57
		%	21,1%	52.6%	26.3%	100.0%
	nein	Anzahl	13	5	4	22
		%	59.1%	22.7%	18.2%	100.0%

Hinsichtlich der Kirchenzugehörigkeit ergab sich, dass nur 21% der katholischen Ärzte sich für eine niederländische Gesetzeslage aussprachen. Bei den evangelischen Ärzten waren es 39,4%.

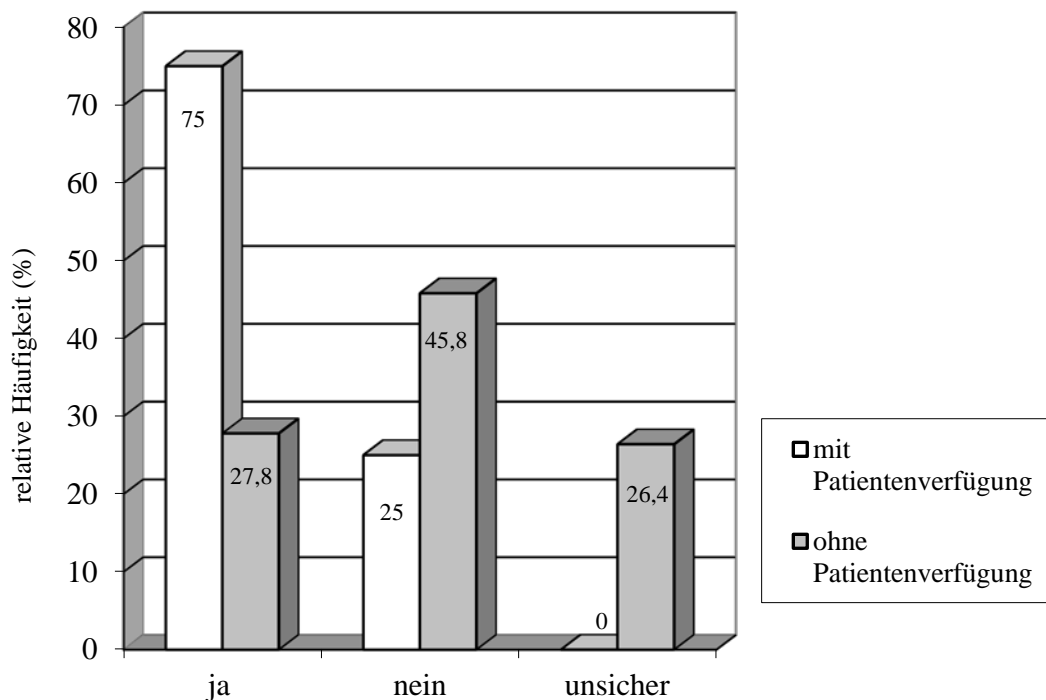
Knapp zwei Drittel der konfessionslosen Ärzte waren für die Begrüßung des niederländischen Modells. Jedoch ergibt sich hierfür kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 4.11: Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden in Abhängigkeit der Konfessionszugehörigkeit (N=79, p=0,149)

			Begrüßung der niederländischen Gesetzeslage in Deutschland			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Konfession	katholisch	Anzahl	8	21	9	38
		%	21.1%	55.3%	23.7%	100.0%
	evangelisch	Anzahl	13	12	8	33
		%	39.4%	36.4%	24.2%	100.0%
	konfessionslos	Anzahl	5	2	1	8
		%	62.5%	25.0%	12.5%	100.0%

Überprüft man das Geschlecht als Einflussfaktor hinsichtlich der niederländischen Gesetzeslage, so lässt sich kein signifikanter Unterschied feststellen. Von den befragten Ärztinnen sprachen sich 41% für das niederländische Sterbe-gesetz aus. Bei ihren männlichen Kollegen waren es nur 29.3%.

Die Patientenverfügung spielte eine signifikante Rolle in der Beurteilung der niederländischen Gesetzesgrundlage. So sprachen sich Dreiviertel der befragten Ärzte mit Patientenverfügung für die niederländische Gesetzeslage aus. Bei den Ärzten ohne Patientenverfügung waren es nur 28%. Von den Ärzten ohne Patientenverfügung waren auch immerhin 26% unsicher. Bei den Ärzten mit Patientenverfügung gab es keinen mit Unsicherheiten in der Einschätzung.



Begrüßung der niederländischen Gesetzeslage in Deutschland

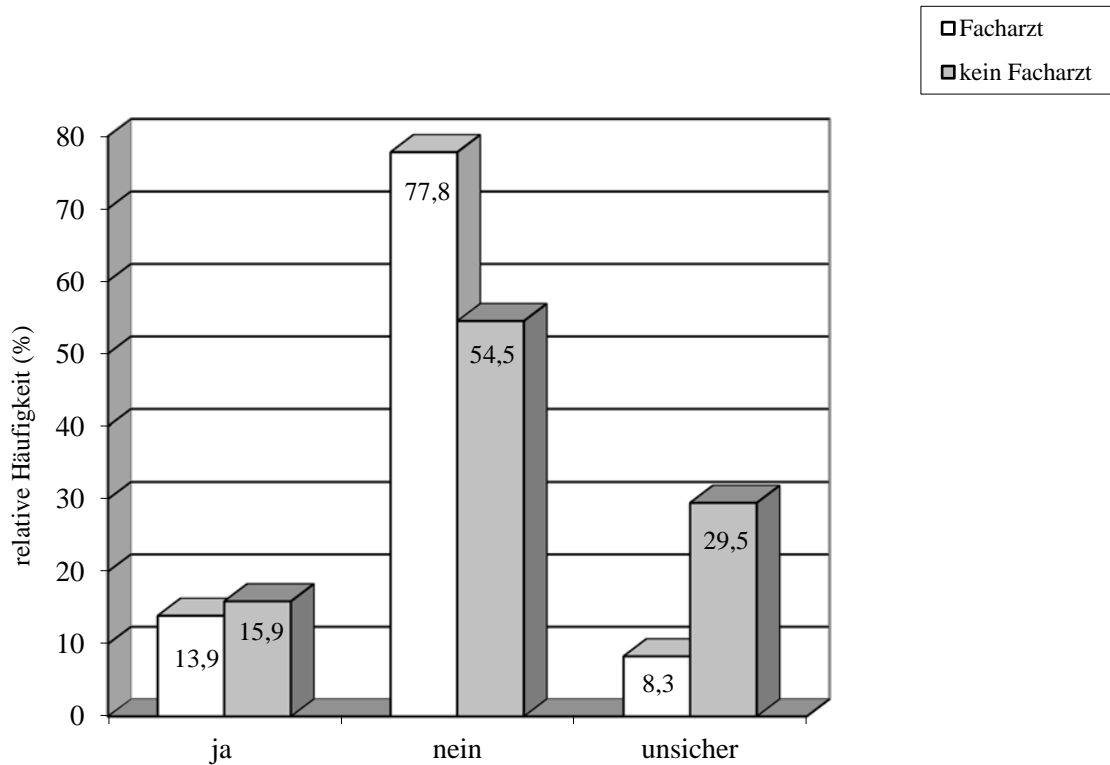
Abbildung 4.16: Einschätzung der niederländischen Gesetzesgrundlage hinsichtlich der Sterbehilfe in Abhängigkeit einer Patientenverfügung (N=80, $p=0,021$) (Angaben in Prozent)

4.5.2 Schweizer Modell

Die aktive Sterbehilfe, die direkte aktive Tötung eines Menschen auf dessen Wunsch, ist in der Schweiz nicht erlaubt. Beihilfe zum Suizid, die Hilfeleistung durch einen Dritten beim Freitod eines anderen, ist erlaubt, wenn die Beihilfe nicht aus eigennützigen Motiven erfolgt. Diese Gesetzesregelung ist im Vergleich mit anderen Ländern relativ liberal. Deshalb können Organisationen Freitodbegleitungen (Hilfe bei der Sterbevorbereitung sowie Durchführung) anbieten. Solange sie daran kein Geld verdienen, sind deren Handlungen nicht strafbar. Würden Sie diese Organisationen in Deutschland begrüßen?

Anders als bei der Einschätzung des niederländischen Modells stellt das Alter bei der Beurteilung des Schweizer Modells keinen signifikanten Einflussfaktor ($p=0,209$) dar. Junge Ärzte sprachen sich mit 58% gegen das Schweizer Modell aus. Bei den älteren Ärzten waren es immerhin 75%, die diese schweizerischen Organisationen der Sterbehilfe in Deutschland ablehnten. Die jüngeren Ärzte waren sich mit 27% unsicher. Bei den älteren Ärzten waren es hingegen nur 11%, die sich bei der Einschätzung des Modells unsicher waren.

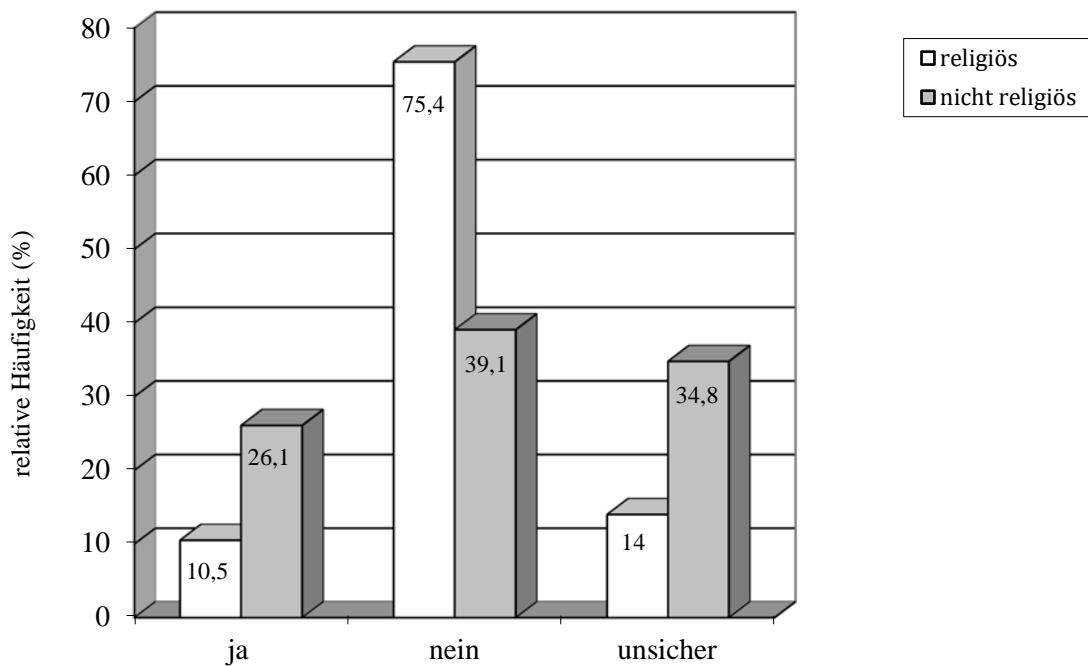
Ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung des schweizerischen Modells lässt sich jedoch hinsichtlich der Facharztausbildung feststellen. Fachärzte lehnten Organisationen der Sterbehilfe eher als ihre Kollegen ohne Facharztausbildung ab.



Würden Sie diese Organisationen in Deutschland begrüßen?

Abbildung 4.17 Einschätzung der schweizerischen Sterbehilfeorganisationen in Abhängigkeit vom Ausbildungsniveau (N= 80, p=0,046)

Ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung des schweizerischen Modells lässt sich zwischen Ärzten, die sich in irgendeiner Form als religiös, und Ärzten, die sich als unreligiös einstufen, aufzeigen. Dreiviertel der religiösen Ärzte lehnten die Beihilfe zum Suizid durch Hilfsorganisationen zur Sterbehilfe wie es in der Schweiz erlaubt ist, ab. Bei den nicht religiösen Ärzten waren es nur noch 39%, die diese Form der Sterbehilfe ablehnten (siehe Abbildung 4.18).



Würden Sie diese Organisationen in Deutschland begrüßen?

Abbildung 4.18: Einschätzung der schweizerischen Sterbehilfeorganisationen in Abhängigkeit von der Religiosität (N= 80, p=0,009)

Betrachtet man die Einschätzung der schweizerischen Gesetzesgrundlage in Abhängigkeit der Konfessionszugehörigkeit, so ergibt sich ebenso wie beim Einschätzen des niederländischen Modells kein signifikanter Unterschied. So waren 79% der katholischen Ärzte gegen Organisationen zur aktiven Sterbehilfe. Bei den evangelischen Ärzten sprechen sich 56% gegen die aktive Sterbehilfe wie sie in der Schweiz praktiziert wird aus. Bei den konfessionslosen Ärzten waren es nur noch 43% (siehe Tabelle 4.12).

Tabelle 4.12: Einschätzung der schweizerischen Sterbehilfeorganisation in Abhängigkeit der Konfessionszugehörigkeit (N=79, p=0.112)

			Begrüßung der schweizerischen Sterbehilfeorganisationen in Deutschland			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Konfession	katholisch	Anzahl	2	30	6	38
		%	5.3%	78.9%	15.8%	100.0%
	evangelisch	Anzahl	13	12	8	33
		%	23.5%	55.9%	20.6%	100.0%
	konfessionslos	Anzahl	5	2	1	8
		%	28.6.5%	42.9%	28.6%	100.0%

Das Geschlecht hat wiederum keinen Einfluss auf die Beurteilung der Organisationen zur aktiven Sterbehilfe. 19% der Ärztinnen sprachen sich für die Zulassung der schweizerischen Organisationen zur Sterbehilfe aus. Bei den männlichen Kollegen waren es 14%.

Weiterhin hat die Variable „Konfessionszugehörigkeit“ keinen wirklichen Einfluss auf die Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in der Schweiz. Zwar waren es eher die katholischen Ärzte, die die schweizerischen Sterbehilfeorganisationen mit fast 80% nicht in Deutschland wünschenswert einstufen. Aber auch die evangelischen Ärzte sprachen sich mit 56,9% dagegen aus.

Bei der Beurteilung des schweizerischen Modells in Abhängigkeit vom Besitz einer Patientenverfügung kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (p=0.108). Die Prozentangaben in Tabelle 4.13 lassen aber einen tendenziellen Unterschied erkennen:

Tabelle 4.13: Einschätzung schweizerischen Sterbehilfeorganisationen in Abhängigkeit einer Patientenverfügung im Besitz der befragten Ärzte (N=78, p=0.108)

			Begrüßung der schweizerischen Sterbehilfeorganisation in Deutschland			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Patientenverfügung	ja	Anzahl	3	3	1	7
		%	42.9%	42.9%	14.3%	100.0%
	nein	Anzahl	9	47	15	71
		%	12.7%	66.2%	21.1%	100.0%

4.5.3 Gesetzeslage in Deutschland

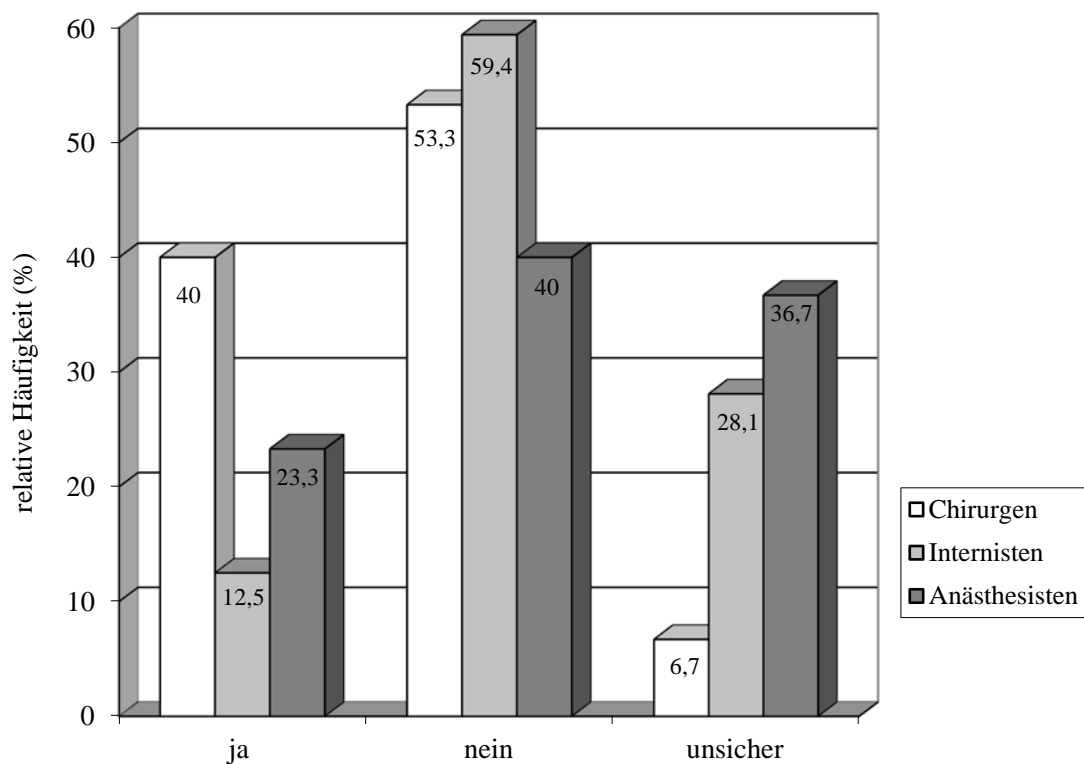
Die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten. Nach Paragraph 216 des Strafgesetzbuches macht sich strafbar, wer einem Sterbewilligen, selbst auf dessen Wunsch und mit seiner Billigung, ein Mittel verabreicht, das zum Tode führt (etwa eine Spritze verabreichen, Giftcocktail einflößen). Strafflos bleiben die Taten, die als Beihilfe zum Selbstmord oder als passive Sterbehilfe anzusehen sind. Die passive Sterbehilfe lässt sich bezeichnen als „Zulassen des natürlichen Sterbens“. Lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung oder künstliche Ernährung werden unterlassen oder eingestellt. Sehen Sie die gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl. Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe als ausreichend?

Das Alter hat einen tendenziell signifikanten Einfluss auf die Beurteilung der Gesetzeslage in Deutschland. 42% der jungen Ärzte beurteilten die Gesetzesgrundlage in Deutschland als nicht ausreichend. Bei den älteren Ärzten 60%. Unsicherheiten sind vor allem bei den jungen Ärzten zu beobachten.

Tabelle 4.14: Einschätzung der Gesetzesgrundlage in Deutschland in Abhängigkeit des Alters (N=80, p=0.094)

			Gesetzesgrundlage in Deutschland ausreichend			Gesamt
			ja	nein	unsicher	
Alter	25-35 Jahre	Anzahl	10	19	16	45
		%	22.2%	42.2%	35.6%	100.0%
	36-55 Jahre	Anzahl	9	21	5	35
		%	25.7%	60.0%	14.3%	100.0%

Zwischen den unterschiedlichen Fachbereichen lässt sich ebenfalls ein tendenziell signifikanter Unterschied feststellen.

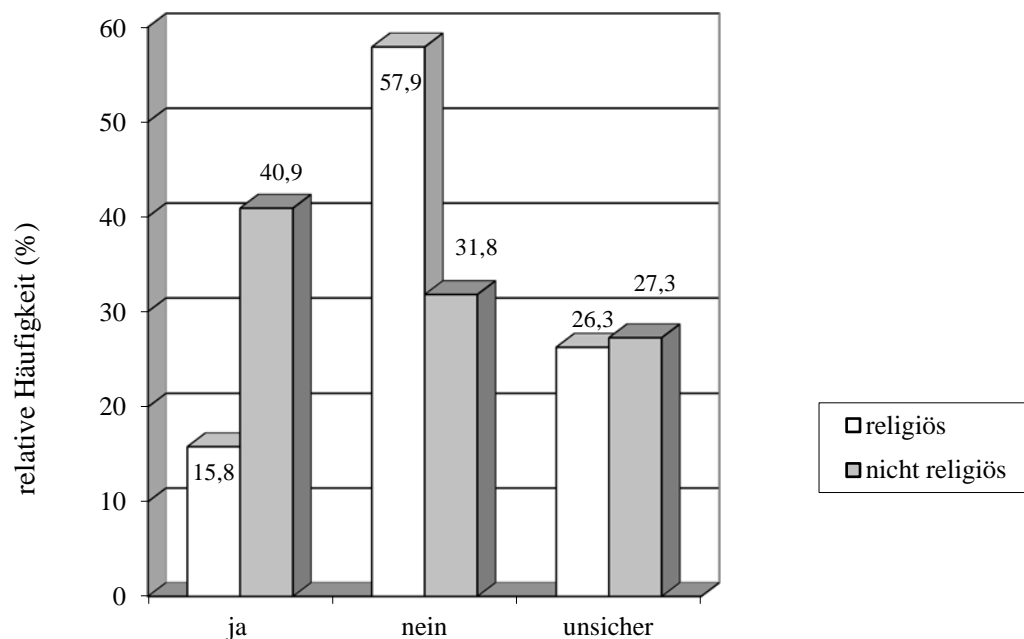


Sehen Sie die gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl. Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe als ausreichend?

Abbildung 4.19 Beurteilung der deutschen Gesetzeslage hinsichtlich Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Abhängigkeit der verschiedenen Fachbereiche (N= 77, p=0.091)

Das Ausbildungsniveau der Ärzte spielt bei der Einschätzung der Gesetzeslage der Sterbehilfe in Deutschland keinen entscheidenden Einfluss.

Die Religiosität stellt auch bei der Beurteilung der Gesetzeslage in Deutschland einen signifikanten Einflussfaktor dar. So zeigt sich, dass Ärzte, die sich in irgendeiner Form als religiös einstufen, weniger zufrieden mit der deutschen Gesetzgebung waren, als nicht religiöse Ärzte:

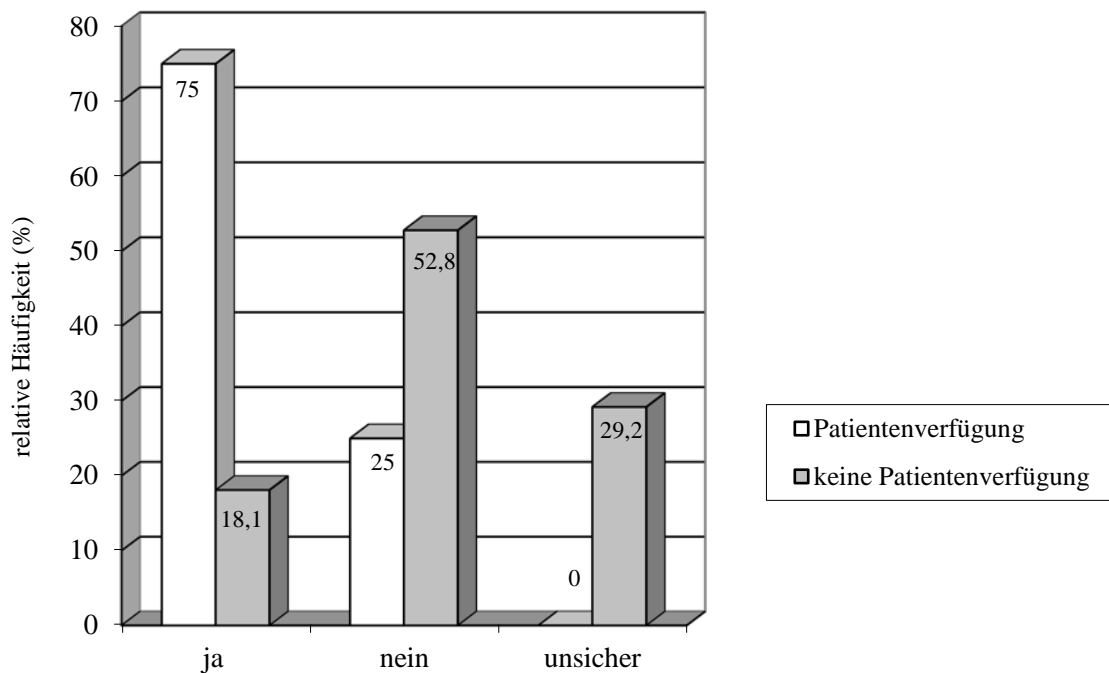


Sehen Sie die gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl. Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe als ausreichend?

Abbildung 4.20 Beurteilung der deutschen Gesetzeslage hinsichtlich Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Abhängigkeit der Religiosität (N= 79, p=0.038)

Betrachtet man die Konfessionszugehörigkeit so zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei der Einschätzung der deutschen Gesetzeslage.

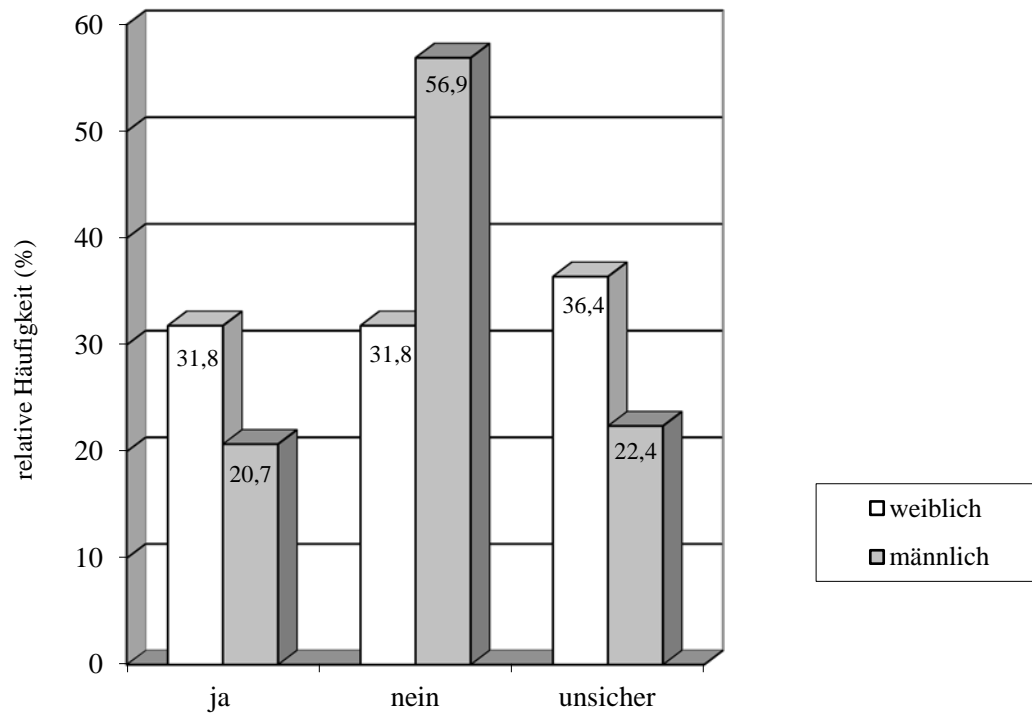
Ein weiterer Einflussfaktor für die Einschätzung der deutschen Gesetzeslage ist der Besitz einer Patientenverfügung der Ärzte. So besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Besitz einer Patientenverfügung und der Zufriedenheit über die gesetzlichen Grundlagen der Sterbehilfe in Deutschland:



Sehen Sie die gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl. Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe als ausreichend?

Abbildung 4.21 Beurteilung der deutschen Gesetzeslage hinsichtlich Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Abhängigkeit einer Patientenverfügung (N= 80, p=0.001)

Hinsichtlich des Geschlechts zeigte sich, dass Ärzte die deutsche Gesetzeslage häufiger als nicht ausreichend beurteilten, als ihre Kolleginnen. Zusätzlich zeigte sich, dass ein Drittel der Ärztinnen bei der Einschätzung unsicher war. Bei den männlichen Kollegen waren es nur 22%, die sich für die Antwort „unsicher“ entschieden. Jedoch erwiesen sich beide Unterschiede als nicht signifikant (siehe Abbildung 4.22).



**Sehen Sie die gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl.
Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe als ausreichend?**

Abbildung 4.22: Beurteilung der deutschen Gesetzeslage hinsichtlich Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Abhängigkeit des Geschlechtes (N= 80, p=0.138)

5 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden im folgenden Kapitel diskutiert. Dabei sollen die dargestellten Untersuchungsergebnisse mit bereits vorhandenen Studien erörtert und mit den theoretischen Grundlagen in Zusammenhang gebracht werden. Allgemeine Fragen zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung werden zuerst beleuchtet, anschließend soll auf die möglichen Einflussfaktoren hinsichtlich der Sterbehilfeakzeptanz im Allgemeinen und auch hinsichtlich der Rechtslage der drei unterschiedlichen Länder (Niederlande, Deutschland, Schweiz) eingegangen werden.

5.1 Operationalisierung bzw. Quantifizierung von Sterbehilfe

Bei den in den letzten Jahren durchgeführten empirischen Studien zur Sterbehilfe handelt es sich vorwiegend um standardisierte Befragungen von Ärztinnen und Ärzten. Auch bei der vorliegenden Arbeit wurde ein standardisierter Fragebogen elaboriert. Fischer (2006) kritisiert zu recht, dass in einigen Befragungen die im Alltag verwendeten Sterbehilfebegriffe und -formen unreflektiert übernommen werden. Werden Begriffe von den Befragten nicht richtig verstanden oder können bestimmten Sterbehilfeformen keine eindeutigen Handlungsoptionen zugeordnet werden, so führt dies zu invaliden Ergebnissen.

In der vorliegenden Studie wurde ganz bewusst vermieden Ärzte mit Begrifflichkeiten zu konfrontieren, auch wurden für die Formen der Sterbehilfe Umschreibungen von Handlungsoptionen am Lebensende verwendet. Weiterhin wurden auch keine Definitionen zu Beginn des Fragebogens aufgeführt, wie es bei anderen Studien der Fall ist (Müller-Busch et al., 2004; Schröder et al., 2003). Die reine Umschreibung der Handlungsoptionen führt somit zu keiner Verwirrung in der Befragung und lässt das Wissen um die Begrifflichkeiten in den Hintergrund treten. Zusätzlich wurden die in der Befragung verwendeten Fallbeispiele und die dazugehörigen Handlungsoptionen mit einem erfahrenen Palliativmediziner hinsichtlich ihrer Validität besprochen – wie realitätsnah sind die möglichen Handlungsoptionen und die Fallbeispiele bzw. inwieweit spiegeln sie den interessierenden Realitätsbereich.

Die fünf verschiedenen Antworttendenzen bzw. Handlungsoptionen (Operationalisierung: 1. aktive Sterbehilfe, 2. passive Sterbehilfe, 3. indirekte Sterbehilfe, 4. assistierter Suizid, 5. palliativmedizinische Vorgehensweise) wurden hinsichtlich der 4 verschiedenen Fallbeispiele standardisiert. Die invariante Anwendung der Methode sollte dadurch vermieden werden. Ob die gewonnenen Ergebnisse der einzelnen Fallbeispiele auf andere Situationen übertragbar sind und inwieweit es in den Fallbeispielen enthaltende Merkmale sind, die das Sterbehilfeverhalten von Ärzten entscheidend beeinflussen, wird im Kapitel 5.5 erörtert.

Schließlich ist die Wiedergabe unterschiedlicher Aspekte der ärztlichen Handlungspraxis in Form von geschlossenen Fragen mit einer Verkürzung der oftmals komplexen Sachverhalte verbunden, die als Verzerrungsfaktor bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen (Schildmann/Dahlmen/Vollmann, 2015). Schildmann und Vollmann (2015, S 26) betonen zurecht, dass *„aus Ergebnissen empirischer Untersuchungen nicht unmittelbar Aussagen über ein ethisch angemessenes, professionelles Verhalten abgeleitet werden [kann]“*. Dennoch sind Studien über ärztliche Entscheidungen am Lebensende für die aktuelle Diskussion über einen angemessenen standesethischen und (berufs-)rechtlichen Handlungsrahmen am Lebensende von großer Bedeutung.

5.2 Stichprobe und Repräsentativität

Viele Befragungen der Ärzte über Ihre Einstellung zum Thema Sterbehilfe beschränken sich auf einzelne Fachgebiete oder beziehen sich auf bestimmte Sterbesituationen. Damit sind die Ergebnisse nicht für alle Sterbesituationen repräsentativ bzw. nicht auf andere Situationen übertragbar (Fischer, 2006). Bei der vorliegenden Befragung handelt es sich ebenfalls ausschließlich um Ärzte an einem Universitätsklinikum. Dementsprechend wird die durchgeführte Studie dem Anspruch einer repräsentativen Stichprobe für die Grundgesamtheit der Ärzteschaft nicht annähernd gerecht. Trotz intensiver Kooperationsanfragen an zwei weitere Kliniken in Verbindung mit ausführlicher Information über das Studiendesign und die Zielsetzung waren diese für eine wissenschaftliche Kooperation nicht bereit. Ein Forschungsvorhaben zu einem innerhalb der Ärzteschaft kontrovers bewerteten Thema lässt strukturelle bzw. forschungspraktische Hindernisse deutlich werden.

Weiterhin wurden in der Studie bewusst nur Ärzte aus den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie zugelassen, weil angenommen werden darf, dass die ausgewählten Fachrichtungen stärker mit dem Tod konfrontiert werden, als Ärzte in enger eingegrenzten Fachrichtungen wie Dermatologie oder Augenheilkunde. Diese sog. Quotenstichprobe sollte deshalb erfolgen, um einen Vergleich auch der einzelnen Fachrichtungen vornehmen zu können. Weiterhin ist anzuführen, dass die Arbeit als Pilot-Studie gedacht war und in einem weiteren Schritt eine Überarbeitung des Fragebogens und die Durchführung der Erhebung mit einer weitaus repräsentativeren und randomisierten Stichprobe erfolgen sollte.

Weiterhin muss auf das Problem der Rücklaufquote eingegangen werden. In der vorliegenden Studie wurden von den 250 ausgeteilten Fragebögen 82 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 30%. Sowohl bei geringen Rücklaufquoten als auch bei Umfragen mit hoher Antwortbeteiligung stellt sich immer auch die Frage nach der

Antwortverzerrung durch Nichtteilnahme. So zeigt sich in den Resultaten des Sterbehilfeprojektes „Medical end-of-life decisions“ nach Fischer (2006, S. 252, leicht modifiziert) folgendes Ergebnis:

1. Ärzte, die seltener Sterbende betreuen, nehmen weniger häufig an Umfragen zur Sterbehilfe teil, als solche, die mehr sterbende Patientinnen und Patienten betreuen.
2. Die Nichtteilnahme führt zu einer Überrepräsentation der Befürwortenden sowohl von Sterbehilfe (Behandlungsabbruch bzw. Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, Verabreichen von tödlichen Medikamenten), als auch von lebenserhaltenden Entscheidungen.
3. Hinsichtlich der Entscheidungen „Lebenserhaltung unter allen Umständen“ sowie „aktive Sterbehilfe“ waren neutrale Antworten unter den Nichtantwortenden signifikant häufiger, als bei den Antwortenden.

Dieser offensichtliche non-response bias besteht möglicherweise auch in der vorliegenden Studie. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss deshalb immer auch die Limitation schriftlicher Umfragen – wie Selektion der Antwortenden, Verzerrungen bei der Erinnerung oder auch sozial erwünschte Antworten – berücksichtigt werden.

5.3 Konfrontation und Beschäftigung mit dem Tod als Mediziner

Zunächst wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Ärzte mit dem eigenen Tod befassen bzw. auseinandersetzen. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass mehr als die Hälfte der teilnehmenden Ärzte sich mit dem Tod gedanklich beschäftigen, 65% von ihnen haben das Sterben von Patienten erlebt, auch von Angehörigen, die lebensbedrohlich erkrankt waren. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass 90% der Ärzte keine eigene Patientenverfügung haben. Grundsätzlich zeigte sich aber in bereits durchgeführten Ärztebefragungen eine große Wertschätzung von Patientenverfügungen (van Oorschoot/Schweitzer, 2003; Borasio et al, 2004; van Oorschoot et al., 2005, Wandrowski et al, 2012, Langer et al., 2016).

Man hätte in der vorliegenden Studie erwarten können, dass die Ärzte, aufgrund der hohen Wertschätzung der Patientenverfügungen, sich eine notwendige Regelung für das eigene Lebensende vornehmen und diese auch umsetzen. Doch es scheint aufgrund der Daten eher anders zu sein. In einer Studie von Weber et al. (2001) zeigt sich bereits diese Diskrepanz zwischen Patientenverfügung für Patienten und der eigenen. 87,3% der Mediziner hatten keine eigene Patientenverfügung, jedoch ergriffen sie in 52,2% selbst die Initiative, um Patienten über Patientenverfügungen zu informieren. 34,5% der Ärzte hatten sogar Patientenverfügungen vorrätig, um diese auf Anfrage mit den Patienten gemeinsam ausstellen zu können. Obwohl man

sich als Arzt mit der Problematik einer fehlenden oder unzureichenden Patientenverfügung bzw. Vollmacht doch öfter konfrontiert sieht, wird das Thema Sterben bezüglich der eigenen Person vermieden. Ausschlaggebend dafür kann vor allem die Tabuisierung des Sterbens und des Todes in unserer Gesellschaft sein. Es könnte aber auch argumentiert werden, dass der Wunsch nach Kontrolle über das eigene Lebensende, verbunden mit der Angst vor dem sog. „Ausgeliefertsein“ an eine „Apparatemedizin“ unter der Ärzteschaft nicht so stark vorherrscht. Darüber hinaus sind sich die Ärzte trotz der hohen Wertschätzung auch über die Grenzen der Anwendbarkeit einer Patientenverfügung bewusst. Vergleicht man die gewonnenen Daten mit einer Studie von Langer et al (2016) (vgl. Kapitel 1.4.12), in der leitende Intensivmediziner zur Patientenverfügung befragt wurden, so zeigt sich hier, dass immerhin 53,8% der Befragten ein persönliches Vorsorgeinstrument (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung) bereits für sich selbst erstellt hatten. Zwar sahen 56,6% der Intensivmediziner generelle Probleme im Umgang mit Patientenverfügungen, jedoch wird die Patientenverfügung von mehr als zwei Drittel als hilfreich empfunden, Zusätzlich wünschen sich 86,5% der Befragten mehr therapiezielorientierte, als maßnahmenorientierte Patientenverfügungen und für eine zusätzliche Vollmacht plädierten auch 84,7% der Intensivmediziner.

In der Studie von van Oorschot et al. (2005) waren es aber 52% der Ärzte, die die Patientenverfügung eher als Instrument zur Gesprächsförderung sehen, als dass sie eine Handlungsanweisung für den konkreten Entscheidungsfall darstelle.

Wie bereits in Kapitel 1.4.11 ausführlich dargestellt, konnten auch Wandrowski et al. (2012) in ihrer Studie zeigen, dass die Ärzte der Patientenverfügung einen hohen Stellenwert beimessen, jedoch die Entscheidung bei einem konkreten Fallbeispiel bezüglich therapiebegrenzender Maßnahmen von prognostischen Kriterien und nicht von dem in der Patientenverfügung geäußerten Willen abhängig gemacht wurde. Zudem waren zentrale Bestandteile des Patientenverfügungsgesetzes nur unzureichend bekannt.

„Richtlinien zur Sterbebegleitung und zum Umgang mit Patientenverfügungen sind ein wesentlicher Bestandteil für die Wahrung der Patientenautonomie in klinischen Entscheidungsprozessen“ (Wandrowski et al, 2012, S. 145).

Die Autoren betonen zudem, dass der therapeutische Entscheidungsfindungsprozess nicht alleine durch Fachkenntnisse, sondern auch durch persönlich moralische Einstellungen beeinflusst wird. Sie fordern deshalb zu Recht eine Stärkung der ärztlichen Kompetenz in medizinethischen und rechtlichen Bereichen durch vermehrtes Angebot an Aus-, Weiter- und Fortbildungen. Hierzu gehört das Aufzeigen von moralischen Positionen zu Fragen und Problemen

am Lebensende und gleichzeitig die Identifikation von beeinflussenden Faktoren (Wandrowski et al., 2012, S. 146).

Im nächsten Kapitel wird diskutiert, inwieweit Ärzte in ihrer Ausbildung mit dem Thema „Sterben“ und „Sterbehilfe“ konfrontiert werden, um dadurch ihre individuelle ethische Kompetenz zu stärken und inwieweit sie für sich selbst die Notwendigkeit zur Teilnahme an einer Fortbildung zu Fragen und Problemen hinsichtlich Sterbebegleitung und Sterbehilfe sehen.

5.4 Thematisierung von Sterbehilfe in der medizinischen Ausbildung

Im Gegensatz zu anderen Studien (Harfst, 2004, Keane et al. 1983) gaben in der vorliegenden Befragung weit mehr als die Hälfte der Mediziner (60%) an, dass sie während ihrer Ausbildung oft mit den Themen „Sterben“ und „Sterbehilfe“ konfrontiert wurden. Immerhin waren es noch 38%, die sich eher selten oder eher nur gelegentlich mit dem Thema „Sterben“ im Studium beschäftigt sahen. In der Studie (Harfst, 2004) waren es fast 89% der Mediziner, die sich während ihrer Ausbildung nicht ausreichend mit den Themen „Sterben“ und „Sterbehilfe“ konfrontiert fühlten. Diese deutliche Diskrepanz zwischen den Antwortmustern der Ärzte in vorhergehenden Studien und der aktuellen Ergebnisse lässt sich vielleicht dahingehend erklären, dass Mediziner, die an einer Universitätsklinik arbeiten und sich als Mitarbeiter des Ausbildungsapparates sehen, generell die medizinische Ausbildung aus einem besseren Blickwinkel für sich beurteilen können, als dies bei niedergelassenen Ärzten der Fall ist.

Weiterhin waren es immerhin 77,5% der Mediziner, die die Notwendigkeit zur eigenen Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme für rechtliche Aspekte bei medizinischen Entscheidungen, die den Sterbeprozess und das Lebensende betreffen, bejahten. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass zwar ein erheblicher Teil der Ärzte mit dem Thema Sterben wohl ausreichend konfrontiert wurde, aber trotzdem hinsichtlich der rechtlichen oder ethischen Aspekte Defizite bestehen. Daher wäre ein breiteres Spektrum an Fortbildungsangeboten für Mediziner nötig, um die Sterbebegleitung dem Arzt als Kompetenzaufgabe näher zu bringen. Ob nun Ärzte an einer Fortbildung über Sterbehilfe nur aus reinem Interesse oder wegen Wissensdefiziten teilnehmen würden, kann hier nicht ganz beantwortet werden. Hierzu hätte man die Frage hinsichtlich der eigenen Defizite oder Unzulänglichkeiten noch differenzierter operationalisieren müssen.

5.5 Wissen um gesetzliche Grundlagen und Grundsätze der Bundesärztekammer

Fragt man jedoch genauer nach - also inwiefern den Ärzten die gesetzlichen Grundlagen bei der Begrenzung medizinischer Maßnahmen am Lebensende bekannt seien - so gehen zwar 61,2% der Mediziner davon aus, dass sie die gesetzlichen Grundlagen in Deutschland kennen. 35% der Ärzte sind sich jedoch unsicher und 3,8% sind davon überzeugt, dass sie kein Wissen über die rechtlichen Grundlagen besitzen. Die Daten hinsichtlich des Wissens um die standesethischen Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ergaben ein ähnliches Bild. So waren 60,8% der Mediziner der Meinung, dass sie mit diesen Grundsätzen vertraut seien. Jedoch waren es immerhin noch 37,9 % der Ärzte, die sich über Ihr Wissen um die Grundsätze der Bundesärztekammer unsicher waren. Nur ein Arzt gab an, dass er über die Grundsätze der Bundesärztekammer nicht informiert sei. Hier wird unter anderem deutlich, dass die Bundesärztekammern zwar bereits seit 1979 sog. Richtlinien und dann später Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung veröffentlichten und diese auch entsprechend den Entwicklungen der Medizin und der Rechtsprechung in unregelmäßigen Abständen immer wieder überarbeiten, diese jedoch bei einem Großteil der Ärzte nicht wirklich als Berufsordnung bzw. Präambel wahrgenommen werden. Das Ziel der Grundsätze ist es natürlich, dem Arzt eine Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden zu geben, auch wenn sie die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen können. Die erhobenen Daten entsprechen den Ergebnissen der Studie von van Oorschot et al., (2005). Hier zeigten die Ärzte erhebliche Unsicherheit, was die Zuordnung bestimmter Handlungen am Lebensende zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe betraf. Weiterhin gab es bei den Ärzten auch Defizite bei der juristischen Unterscheidung zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe.

In einer Studie von Langer et al (2016) (siehe Kapitel 1.4.12) wurde die Sichtweise von leitenden Intensivmedizinerinnen bezüglich des Umganges mit Patientenverfügungen eruiert. Für 83,4% der Intensivmediziner besteht zwischen Ausstellen des Beatmungsgerätes auf Patientenwunsch und aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) ein deutlicher Unterschied. 78,6% der Mediziner bestätigen, dass beides oft verwechselt wird. Zwei Drittel der leitenden Ärzte vermuten, dass es bei „aktivem Tätigwerden“ - *beispielsweise beim Ausstellen des Beatmungsgerätes oder bei der finalen Extubation - unter den Kollegen zu Unsicherheiten bezüglich der Rechtslage kommt*“ (Langer et al, 2016, S. 76). Diese Ergebnisse zeigen deutlich, wie zunehmend wichtig die Wissensvermittlung um die rechtlichen und ethischen Aspekte der Sterbebegleitung ist.

Die hohe Verunsicherung der Ärzte beim Umgang mit dem Thema Sterbehilfe und dessen Rechtsgrundlage machen deutlich, wie sehr ärztliche Entscheidungen am Lebensende noch

weitere Diskurse innerhalb der Ärzteschaft erfordern. Hierzu wäre eine Studie anzuschließen, die eine Fortbildung zum Thema Sterbehilfe und ärztliche Entscheidungen am Lebensende für interessierte Ärzte anbietet und dabei untersucht, inwieweit eine solche Intervention die ärztliche Meinung beeinflusst bzw. verändert. Wünschenswert wäre hierbei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fächern wie Pädagogik, Psychologie und Ethik. In einem interdisziplinären Kolleg wäre beispielsweise eine Ausarbeitung von effizienten Lernmodulen für die Ärzteschaft bei Entscheidungen am Lebensende denkbar. Dies sollte auch dann gelingen, wenn die Ärzte kontroverse moralische Positionen vertreten. Es muss zusätzlich ein ärztlicher Diskurs angestoßen werden, bei dem sowohl medizinisches Fachwissen, als auch klinische Erfahrungen mit eingebaut werden und dadurch einen „*fundierten normativen Handlungsrahmen* [...] *schaffen*“ (Schildmann/Vollmann, 2015, S. 29).

5.6 Einstellung zur aktiven Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid

In der vorliegenden Studie gaben 51% der Mediziner ihre Zustimmung, dass sie unter bestimmten Umständen die aktive Beendigung des Lebens eines Menschen als gerechtfertigt erachten. Dabei wurden als Hauptargument die Erlösung von Schmerzen (42,5%) und das Sterben in Würde (40%) genannt. Am wenigsten wurde die Befreiung der Angehörigen von Lasten als Argument zur aktiven Sterbehilfe angeführt. Auch in anderen Studien wurden als Hauptgründe „Erlösung von Schmerzen oder „Unnützes Leiden“ angegeben (Harfst 2004, Radulovic und Mojsilovic, 1998). Es sind vor allem Gründe, in denen die ärztliche Entscheidung und Beurteilung im Vordergrund steht. Weit weniger werden patientenzentrierte Gründe benannt - wie beispielsweise das Recht auf einen selbstbestimmten Tod (Harfst, 2004).

Jedoch zeigt sich bei genauerem Nachfragen, dass nur 23,8% der Ärzte bereit wären – bei einer legalen Gesetzeslage für aktive Sterbehilfe - diese auch persönlich durchführen wollen. 26% der Mediziner waren sich hinsichtlich der eigenen Durchführung von aktiver Sterbehilfe unsicher. 50% der Ärzte lehnten die persönliche Durchführung gänzlich ab.

In der Studie von Csef & Heindl (1998) wurden 93 Ärzte nach der aktiven Sterbehilfe befragt. Es zeigte sich, dass 81,7% der Mediziner einen moribunden Patienten auch bei legaler Gesetzeslage kein tödliches Mittel verabreichen würden. Nur 3,2% der Mediziner sprachen sich für eine aktive Sterbehilfe aus. Diese doch sehr deutliche Ablehnung der Sterbehilfe konnte in der allgemein gehaltenen Frage zur aktiven Sterbehilfe in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Eine eher ablehnende Position nehmen die Ärzte erst dann ein, wenn es um die eigene Involviertheit/ um die persönliche Durchführung der Sterbehilfe geht. Es sollte sich bei der Einschätzung von konkreten Fallbeispielen jedoch noch deutlicher zeigen, dass die aktive

Sterbehilfe sehr wohl zu Gunsten der indirekten bzw. passiven Sterbehilfe gänzlich in den Hintergrund rückt, wie es bei der Studie von Csef & Heindl (1998) der Fall ist.

Bei der Einschätzung der Sterbehilfe nach dem niederländischen Modell zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass 44% der befragten Mediziner sich gegen die aktive Sterbehilfe aussprechen. Aber es waren immerhin noch 32% der Ärzte, die mit einer aktiven Sterbehilfe bei gesetzlich vorhandener Grundlage einverstanden wären. Aktive Beendigung wird in der allgemein formulierten Frage von mehr als der Hälfte der Mediziner zwar befürwortet, aber eine konkrete Umsetzung wie in den Niederlanden wünschen sich dann doch nur noch ein Drittel der Befragten.

Vergleicht man eine weitere Studie von Böttger-Kessler und Beine (2007) (vgl. Kapitel 1.5.7) zur Einstellung von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern zur aktiven Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten, so zeigt sich eine ähnliche Tendenz: 37,8% der befragten Ärzte votierten für eine Veränderung der Gesetzeslage in Deutschland nach niederländischen Vorbild und 51% der Mediziner können sich unter bestimmten Umständen eine aktive Sterbehilfe bei Wachkomapatienten vorstellen. Die Autoren heben hervor, dass die ärztliche Haltung hinsichtlich Sterbehilfe nicht so eindeutig ist, wie es die „betonte Ablehnung“ der deutschen Ärzteschaft und ihrer Standesvertreter vermuten lassen (Böttger-Kessler/Beine, 2007). Vielleicht besteht bei der Einführung der niederländischen Gesetzeslage für Deutschland die Befürchtung der Ärzte in einem sogenannten Dammsbrucheffect. Wobei die Daten aus den Niederlanden das als wenig wahrscheinlich erscheinen lassen (Woellert/Schmiedebach, 2008).

Weit mehr als die Hälfte der Mediziner (65%) sprechen sich klar gegen die Einführung des Schweizer Modells aus. Nur 15% wären für die Beihilfe zum Freitod, wenn dafür eine Gesetzesgrundlage bestünde. Erstaunlicherweise stehen die Ärzte dem Schweizer Modell sehr skeptisch gegenüber.

Die vorliegenden Daten zeigen bezüglich der aktiven Sterbehilfe als auch der Suizidbeihilfe keinen eindeutigen Grundkonsens unter der Ärzteschaft, vielmehr widerspiegeln sie den Wertepluralismus in unserer Gesellschaft. Eine konzipierte Querschnittsstudie unter Ärzten in Deutschland von Schildmann et al. (2015) bestätigt die unterschiedlichen ethischen Haltungen innerhalb der Ärzteschaft. In dieser Studie berichteten 403 Ärzte über die Handlungspraxis am Lebensende bei erwachsenen Patienten. Es zeigte sich ebenfalls eine sehr inhomogene Datenlage hinsichtlich des assistierten Suizids: 41,7% der Studienteilnehmer konnten sich ärztliche Assistenz zur Selbsttötung auf keinen Fall vorstellen, während 40,2% sich dies unter bestimmten Bedingungen vorstellen konnten. Das berufsrechtliche Verbot wurde von 33,7% abgelehnt, 25% befürworteten ein solches Verbot und 41,4% waren unentschieden.

In einer weiteren Studie von Langer et al (2016) wurden leitende Intensivmediziner (N=214) gefragt, inwieweit sie eine Gesetzesänderung bezüglich Beihilfe zum Suizid in Ausnahmefällen bei Schwerkranken ohne Heilungsmöglichkeiten befürworten könnten, wobei sich die Befragung auf die Situation vor der Veränderung des Sterbehilfegesetzes im November 2015 bezieht. 45,3% der Intensivmediziner stimmten einer Gesetzesänderung zu, dementsprechend waren 54,7% gegen eine solche. Die Bundesärztekammer steht letztlich vor der großen Aufgabe, sich den unterschiedlichen Wertevorstellungen innerhalb der Ärzteschaft zu stellen und mögliche Verhaltensregeln zu etablieren und somit die Gewissensentscheidung des Arztes zu akzeptieren (Henking/Vollmann, 2016).

Hinsichtlich der ärztlichen Unterstützung bei der Selbsttötung von schwerkranken Patienten fordern Henking und Vollmann (2016) die Ärzte auf, sich dieser Problematik zu stellen, *„sonst wird ihr möglicherweise eine prozedurale Lösung vorgegeben und sie gerät umso mehr unter Zugzwang. In diesem Prozess würden die bereits heute bestehenden unterschiedlichen ethischen Haltungen innerhalb der Ärzteschaft verstärkt zum Ausdruck kommen und ein generelles berufsrechtliches Verbot immer unwahrscheinlicher...“* (S. 132, 2016). Weiterhin betonen die Autoren, dass es in der Praxis für alle Beteiligten sowie für die Gesellschaft der beste Weg wäre, *„wenn schwerkranke Patienten ärztliche Hilfe zur Selbsttötung als letzten Ausweg aus unerträglichem und nicht behandelbarem Leid z. B. durch die fachlich kompetente und seriöse Palliativmedizin erhalten könnten. Hierdurch wären eine optimale palliativmedizinische Versorgung und eine Minimierung von Missbrauch und Fehlentwicklungen gewährleistet.“* (S. 133, 2016).

Im Besonderen sollte in Zukunft der ethische Diskurs in der Ärzteschaft dahingehend geführt werden, dass die unterschiedlichen ethischen Lager sich nicht gegenseitig mit schweren Vorwürfen bekämpfen, sondern mit dem Verzicht darauf, nur eine Lösung für die in einer liberalen Gesellschaft angemessene zu halten. Dann wäre diese Debatte, die dann weniger konfrontativ zu führen ist, erfolgreicher (Kipke, 2015).

5.7 Ärztliches Handeln am Lebensende

Die gesetzlichen Grundlagen für die Sterbebegleitung und -hilfe in Deutschland beurteilen fast die Hälfte der Ärzte (49%) als ausreichend. Aber immer noch fast ein Drittel der Mediziner sehen die deutsche Rechtsprechung als unzureichend an. Im Vergleich zu einer Studie von Dornberg (1997) waren es immerhin knapp ein Viertel der Ärzte, die sich eine rechtliche Regelung von aktiver und passiver Sterbehilfe wünschen. Hierbei muss noch erwähnt werden, dass zu dem Zeitpunkt der ärztlichen Befragung der Paragraph 217 StGB vom Jahr 2015 noch nicht in Kraft getreten war. Die Ergebnisse machen jedoch wiederum deutlich, dass ein nicht geringer Teil der Ärzte eine umfassendere Rechtsprechung hinsichtlich der Sterbehilfe befürworten würde. Auch hier zeigt sich wieder die große Diskrepanz in der Ärzteschaft. Die gesetzliche Regelung auf dem Gebiet der medizinischen Entscheidungen am Lebensende werden im Spannungsfeld zwischen dem Prinzip der Selbstbestimmung und des Lebensschutzes abgesteckt. Die Frage, wo die Ärzte diese verfassungsrechtliche Grenze gezogen haben wollen, kann hier nicht beantwortet werden. Es zeigt aber umso mehr, wie dringend ein Dialog innerhalb der Ärzteschaft geführt werden muss (Schildmann/Vollmann, 2015). Vollständigen Konsens wird es bei der Frage, wie eine gesetzliche Regelung bezüglich der Sterbebegleitung aussehen soll, nie geben. Jedoch ist ein angemessener standesethischer und berufsrechtlicher Handlungsrahmen innerhalb der Ärzteschaft von großer Bedeutung.

Die Studie zeigt weiterhin, dass 57% der Ärzte bereits mit der Frage nach einem lebensbeendenden Medikament konfrontiert wurden. Dabei waren es 8% der Mediziner, die mehr als fünfmal im Jahr nach einer lebensbeendenden Injektion oder Medikament gefragt wurden. Übereinstimmend mit der vorliegenden Studie waren es bereits in der Studie von Kirschner und Elkeles (1996) und auch bei Harfst (2004) etwa die Hälfte aller Ärzte in Deutschland, die bereits um aktive Sterbehilfe gebeten worden war.

Bei der Frage, welche Bedingungen die ärztliche Entscheidung zur aktiven Sterbehilfe erleichtern könnten, nannten die Ärzte vor allem:

1. Infauste Prognose
2. Nicht beherrschbare Schmerzen
3. Unabhängige Beurteilung von anderen Ärzten
4. Wiederholter Wunsch des Patienten.

Beraten würden sich die Mediziner bei Sterbehilfeanfrage am ehesten mit Kollegen (90%), mit den Angehörigen des Patienten 76% der Ärzte. Nur 20% der Mediziner würden ein Gespräch mit einem Geistlichen suchen. Dieses Ergebnis zeigt deutlich, dass Ärzte sehr wohl das

Gespräch von Angehörigen bzw. allen Beteiligten suchen, um über die Behandlungspräferenzen gemeinsam zu entscheiden und das fürsorgliche Miteinander suchen. Dies bestätigt auch die Studie im Umgang mit Patientenverfügungen von Langer et al. (2016). Diese Gespräche dürfen selbstverständlich nicht von einer Patientenverfügung ersetzt werden, sondern sollten vielmehr auf deren Grundlage entstehen (Woellert/Schmiedebach, 2008).

In zusätzlichen Studien sollte noch genauer darauf eingegangen werden, inwieweit man auch bereit wäre, eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen. Nach wie vor herrschen erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der Formen der Sterbehilfe und deren erlaubte Ausführung vor. Es könnten im Rahmen einer solchen Beratung etwa die juristische und moralische Zulässigkeit von Therapiebegrenzung, palliativer Sedierung, Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende, Suizidbegleitung oder der Tötung auf Verlangen kontrovers diskutiert werden. Eine solche praktische Hilfestellung für den persönlichen und institutionellen Umgang mit ethischen Konflikten am Lebensende wäre wünschenswert. Das Ziel der klinischen Ethikberatung ist die Unterstützung der Entscheidungsfindung und nicht die Delegation von Entscheidungen und der damit verbundenen Verantwortung. Das Beratungsergebnis stellt eine begründete Handlungsempfehlung dar, deren Befolgung nicht erzwungen werden kann, die Verantwortung verbleibt ungeteilt bei den Entscheidungsträgern vor Ort. Jedoch kann die Ethikberatung dazu beitragen, die Verantwortung für die Behandlungsentscheidungen zu tragen und argumentativ zu vertreten. In der klinisch-stationären Versorgung lassen sich bereits verschiedene Formen der Beratung bei ethischen Fragen und Konflikten am Lebensende zunehmend beobachten (Frewer et al. 2012).

Weiterhin könnte eine Leitlinie dazu beitragen, dass Ärzte bessere Kenntnisse der Rechtslage als auch der medizinischen Entscheidungen erhalten und dies zu größerer Handlungssicherheit im Umgang mit Entscheidungen über Therapiezielveränderungen am Lebensende führen könnte (Jox et al., 2012).

Schildmann, Dahmen und Vollmann (2015) halten zudem standesethische Grundsätze für sinnvoll, in bestimmten Situationen - beispielsweise der Wunsch nach Selbsttötung - die Hintergründe eines solchen Wunsches im Rahmen eines Konsultationsverfahrens mit einem palliativmedizinisch kompetenten Arzt bzw. mit einem palliativmedizinischen Zentrum zu besprechen. Im Rahmen einer solchen Konsultation könnten beispielsweise die Qualität der aktuellen medizinischen Versorgung, die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit oder aber auch mögliche psychische Begleiterkrankungen kritisch überprüft werden. Der kollegiale Austausch zur Bewältigung der herausfordernden Situation am Lebensende bzw. die Handlungskompetenz

wird von den oben genannten Autoren für besonders bedeutsam gehalten (Schildmann/Dahmen/Vollmann, 2015).

5.8 Konfrontation der Ärzte mit Fallbeispielen

Wie bereits in Kapitel 5.3 erläutert, waren es 51% der Mediziner, die sich unter bestimmten Umständen die aktive Sterbehilfe vorstellen könnten. Zusätzlich wurden von den Ärzten als Bedingungen, die eine aktive Sterbehilfe rechtfertigen würden, unter anderem auch infauste Prognose und nicht beherrschbare Schmerzen genannt. Konfrontierte man die Ärzte jedoch mit einem allgemein gehaltenen Fallbeispiel, bei dem es sich um einen im Sterbeprozess befindlichen Patienten handelt, der an einer infausten Krankheit leidet und zum wiederholten Male nach einer aktiven Sterbehilfe bittet, so entschieden sich nur 2,4% der Mediziner für aktive Sterbehilfe. 61% der Befragten entschieden sich für die indirekte Sterbehilfe. Fast ein Viertel der Ärzte hätten eine passive Sterbehilfe durchgeführt. 10% der Ärzte waren für Sterbebegleitung bzw. Ablehnung einer Sterbehilfe und nur 5% der Mediziner würden eine ärztlich assistierte Selbsttötung mittragen. Ausdrücklich soll hier nochmals betont werden, dass die Begriffe nicht als solche verwendet, sondern als Umschreibungen präsentiert wurden.

Ebenso zeigt die Studie von Schildmann, Dahmen und Vollmann (2015), dass die ärztlich assistierte Selbsttötung als auch die aktive Sterbehilfe in der Handlungspraxis am Lebensende eher selten sind: In nur 0,6% der Fälle wurde ein Medikament mit der ausdrücklich beabsichtigten Folge des Todeseintritts gegeben. Und in 0,3% der Fälle war der Tod eines erwachsenen Patienten die Folge eines Medikaments, welches von einem Arzt zur Verfügung gestellt wurde. Wie bereits in Kapitel 5.3 erwähnt, belegen die Daten von Schildmann, Dahmen & Vollmann (2015) und Lehner et al. (2016), dass die Beihilfe zum Suizid innerhalb der Ärzteschaft moralisch sehr unterschiedlich bewertet wird.

Bei den konstruierten Fallbeispielen (siehe Kapitel 3) mit wiederum infauster Prognose und wiederholten Fragen nach Sterbehilfe vom Sterbenden selbst, konnte auch hier wiederum gezeigt werden, dass es die indirekte Sterbehilfe war, die bei den meisten Ärzten als Handlungsmöglichkeit am ehesten befürwortet wurde. Dabei war die indirekte Sterbehilfe als eine höhere Dosis an Morphingabe, die als Nebenwirkung auch eine lebensverkürzende Wirkung haben könnte, operationalisiert.

Bei den drei Fallbeispielen „Plasmozytom“, „malignes Melanom“ und „Prostatakarzinom“ war die indirekte Sterbehilfe von 52,5%, 56,3% und 32,5% der Ärzte als Handlungsoption ausgewählt worden. Interessanterweise war bei dem Fallbeispiel „Mammakarzinom“ eher die passive Sterbehilfe mit 57% die häufigste Handlungsoption unter den Ärzten. Hier stand

vor allem die Therapiebegrenzung im Mittelpunkt, also das Geschehenlassen des Sterbens, ggf. auch die Abschaltung von unterstützenden Maschinen wie Beatmungsgerät. Die Sterbebegleitung - also die Ablehnung jeglicher Form der Sterbehilfe wie z. B. Beenden der künstlichen Ernährung oder Abschalten des Beatmungsgerätes - wurde in den einzelnen Fallbeispielen weit seltener als Handlungsoption ausgewählt.

Bei den Fallbeispielen „Plasmozytom“ und „Mammakarzinom“ waren es nur 2,5 bzw. 3,8% der Ärzte, die sich für eine Ablehnung jeglicher Sterbehilfe aussprachen. Immerhin waren es bei den Fallbeispielen „Prostatakarzinom“ und „malignes Melanom“ 6,3 bzw. 8,8% der Ärzte, die sich für die Sterbebegleitung ohne jegliche Form der Sterbehilfe entschieden. Diese Ergebnisse sind konträr zu den Daten von Harfst (2004) zu sehen. In ihrer Studie waren bei den befragten Allgemeinärzten die palliativen Maßnahmen in der Bewertung von Fallbeispielen bei terminal erkrankten Patienten in allen Fällen vorrangig. Diese große Zustimmung palliativer Maßnahmen der Allgemeinärzte zeigt, dass Palliativmedizin für sie eine wichtige Alternative zur Durchführung von Sterbehilfe darstellt. Bei der vorliegenden Studie präferierten die Ärzte, welche an einem Uniklinikum arbeiten, stärker die „indirekte“ als auch die „passive“ Sterbehilfe. Die aktive Sterbehilfe wurde in allen vier Fallbeispielen nur von 3,8% der Ärzte ausgewählt. Dies verdeutlicht, dass die eigentliche Injektion eines lebensbeendenden Medikamentes von den meisten Ärzten – im Sinne des ärztlichen Ethos – in deutlichem Maße als auszuführende Handlung abgelehnt wird bzw. nicht vordergründig genutzt wird, weil andere Optionen wie indirekte oder passive Sterbehilfe präferiert werden.

Die Fallvignetten zeigen sehr deutlich, dass Mediziner bei konkreten Fällen, bei denen sie eine klare Entscheidung zu treffen und keine fiktive allgemeine Frage zu beantworten haben, eher die indirekte oder passive Sterbehilfe wählen. Die aktive Sterbehilfe tritt hier gänzlich in den Hintergrund. Dieses Ergebnis deutet eindeutig darauf hin, dass mehr als die Hälfte der Ärzte die aktive Sterbehilfe zwar generell akzeptieren – aber in konkreten Fällen doch eher zur indirekten bzw. passiven Sterbehilfe tendieren.

Auch bei der Hilfe zur Selbsttötung zeigt sich eine klare Zurückhaltung. In den Fallbeispielen waren es immer weniger als 9% der Mediziner, die sich für eine Hilfe zur Selbsttötung entschieden hätten. Das Anbieten eines Medikaments und Instruktion des Patienten, in welcher Weise die Einnahme zum Tode führt, wird eben noch immer vom großen Teil der Ärzte nicht als Handlungsoption gesehen. Dieses Ergebnis widerspricht deutlich einer Umfrage unter Ärzten der Niederlande, in denen aktive Sterbehilfe erlaubt ist. Diese hat ergeben, dass 85% der niederländischen Ärzte den assistierten Suizid bei Patienten mit Krebserkrankungen und 82 % bei psychischen Erkrankungen befürworten. 34-40% der Ärzte sprachen sich außerdem für den

assistierten Suizid bei Demenzpatienten im Früh- bzw. Spätstadium aus. Bei Menschen, die des Lebens überdrüssig sind, sind es nur noch 25% der Ärzte, die den assistierten Suizid hier für richtig halten (Bolt et al., 2014).

Eine weitere Studie, die der Frage nachgeht, ob sich Ärzte auch von der gegebenen Gesetzesgrundlage des jeweiligen Landes beeinflussen lassen, wäre hier anzuschließen. Dabei wäre der Hypothese nachzugehen, inwieweit gesellschaftliche Wertüberzeugungen eine Prägekraft haben und es damit zu unterschiedlichen medizinethischen Normen führen (vgl. Kipke, 2015).

Hinsichtlich der Operationalisierung der fünf Handlungs- bzw. Antwortalternativen bei der Beantwortung der Fallbeispiele muss abschließend noch ein limitierender Faktor diskutiert werden. Bei den möglichen operationalisierten Antwortmöglichkeiten konnten die befragten Ärzte sich nur für eine einzige Antwortmöglichkeit entscheiden. Diese Einschränkung war zunächst der Ausarbeitung der fünf Formen der Sterbehilfe geschuldet, die sich letztlich als Alternativen ausschließen. Vielleicht hätten aber mehr Ärzte zusätzlich zur indirekten Sterbehilfe eben auch noch die Symptomlinderung bzw. palliative Sterbebegleitung als Handlungsalternative ausgewählt (vgl. Harfst, 2004).

Laut Schildmann und Vollmann (2015) ist es bei den ärztlichen Handlungen am Lebensende vor allem die Symptomlinderung (86,7%) ohne mögliche bzw. beabsichtige Lebensverkürzung, die am häufigsten von den Ärzten durchgeführt wird. In dieser Studie waren aber auch Mehrfachantworten möglich und damit war zunächst eine Symptomlinderung mit der weiteren Option wie beispielsweise die terminale Sedierung oder eine andere Form der Sterbehilfe für die Ärzte kombinierbar.

5.9 Einflussfaktoren auf die Antworttendenzen der Ärzte hinsichtlich genereller Einstellung zur aktiven Sterbehilfe

Weiterhin wurde der Frage nachgegangen, inwieweit externe Variablen das Antwortverhalten der Ärzte hinsichtlich der Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe beeinflussen. Zunächst konnte gezeigt werden, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht keine signifikanten Einflussfaktoren hinsichtlich der Akzeptanz der Sterbehilfe darstellen. Hinsichtlich des Alters wäre eher ein Unterschied zu erwarten gewesen. Böttger-Kessler und Beine (2007) konnten in ihrer Studie bestätigen, dass sich bei älteren Menschen die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe deutlich von jüngeren Menschen unterscheidet. In ihrer Arbeit waren sowohl Pflegeberufe als auch Ärzte inkludiert. So lehnten ältere Menschen die aktive Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten wesentlich häufiger ab (36%) als ihre jüngeren Kollegen. Bei den jüngeren Menschen (unter 30 Jahre)

waren es 76%, die sich für eine aktive Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten aussprachen. Sicherlich spielt hier das Näherrücken des Todes und das höhere Maß an Erfahrung im Umgang mit sterbenden Menschen eine Rolle (Böttger-Kessler/Beine, 2007).

Mediziner mit einem klaren Erziehungsauftrag – also mit eigenen Kindern – zeigten keinen Unterschied in der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe als kinderlose Ärzte.

Hingegen hatte die Religiosität sehr wohl einen signifikanten Einfluss ($p=0,019$). So zeigte sich, dass 68% der nicht religiösen Ärzte sich für die aktive Sterbehilfe aussprachen. Bei Ärzten, die sich als religiös verstanden, war die Bereitschaft zur Sterbehilfe nur bei 44%. Im Vergleich dazu zeigt sich in der Studie von Harfst (2004), dass tief religiöse Menschen – vor allem Katholiken – zu einem großen Anteil gegen jede Form von Sterbehilfe waren (47,3%). Auch die Ergebnisse der Untersuchung von Kirschner und Elkeles (1998) ergaben dazu ein kongruentes Bild. Böttger-Kessler und Beine (2007) bestätigen ebenso diese Tendenz der religiösen Menschen zur aktiven Sterbehilfe bei Ärzten und pflegenden Berufen: Wer sich im Rahmen einer Konfessionszugehörigkeit dem christlichen Gebot verpflichtet sieht, befürwortet die aktive Sterbehilfe deutlich weniger als Befragte, die sich als nicht religiös empfinden.

In der vorliegenden Studie wurde unabhängig von der Religiosität die Konfessionszugehörigkeit isoliert untersucht. Auch hier ergab sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Bereitschaft zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe. So zeigten drei Viertel der konfessionslosen Ärzte die Bereitschaft zur Durchführung aktiver Sterbehilfe. Bei den Ärzten katholischer Konfession waren es hingegen nur 39,5%, die sich für eine aktive Sterbehilfe aussprechen. In der Studie von Schildmann, Dahmann und Vollmann (2015) konnte man ferner nachweisen, dass Ärzte, die einer Konfession (katholisch, evangelisch oder islamisch) zugehörten, signifikant seltener zur ärztlich assistierten Selbsttötung bereit waren ($p < 0,000$). Warum religiöse Menschen eher die aktive Sterbehilfe ablehnen erscheint durch die Glaubenslehre klar, wurde aber bisher nicht wissenschaftlich untersucht. Es ist anzunehmen, dass religiöse Menschen ihr Leben als von Gott gegebenes Geschenk betrachten und damit eine eigene Entscheidung zur Beendigung als „sündhaft“ empfinden könnten. Sind es vielleicht aber auch dogmatische Zwänge oder ein sog. Konformitätsdruck, die letztlich zu einer Anpassung bzw. Angleichung an eine vorgegebene Wertorientierung (Gruppennorm) führen? Dazu wären weitere Studien notwendig.

Ein tendenziell signifikanter Unterschied zeigte sich in den Fachbereichen. Chirurgen und Anästhesisten akzeptieren die aktive Sterbehilfe mit jeweils gut 60%. Die Internisten hingegen waren nur mit 35% davon überzeugt, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt erscheint, das Leben eines Menschen aktiv zu beenden ($p=0,086$).

Weiterhin haben auch die bereits erfolgten Nachfragen hinsichtlich eines lebensbeendenden Medikaments für die Ärzte keinen wirklichen Einfluss auf Ihre Einstellung zur aktiven Sterbehilfe ($p=0,197$).

Andererseits zeigten Schildmann, Dahmann und Vollmann (2015), dass Ärzte, die bereits um ärztlich assistierte Selbsttötung gebeten wurden, signifikant häufiger zum ärztlich assistierten Suizid bereit waren.

Das Vorhandensein einer eigenen Patientenverfügung stellte keinen wirklichen Einflussfaktor hinsichtlich der Akzeptanz der Sterbehilfe dar. Auch das Wissen um die Grundsätze der ärztlichen Sterbehilfe der Bundesärztekammer zeigte keinen Unterschied bei der Einschätzung der aktiven Sterbehilfe. Ein weiterer Einflussfaktor, der untersucht wurde, war die Tätigkeitsdauer der Ärzte. Hier zeigte sich wiederum kein signifikantes Ergebnis.

5.10 Einflussfaktoren bei der Einschätzung der Sterbehilfe in den Ländern: Schweiz, Niederlande und Deutschland

Ob es Einflussfaktoren bei der Einschätzung der Sterbehilfe-Konzepte in den Ländern Schweiz, Niederlande und Deutschland gibt, war ebenfalls Untersuchungsgegenstand der Studie. Diese Einflussfaktoren wurden bisher in keiner anderen Studie thematisiert. So zeigte sich hinsichtlich der Gesetzgebung in den Niederlanden, dass das Alter einen tendenziell signifikanten Einflussfaktor darstellt ($p=0,073$). Bei den hier untersuchten „älteren“ Ärzten sind 51%, bei den jüngeren 38% gegen die niederländische Gesetzgebung. Ein Näherrücken des Todes, aber auch ein möglicher Missbrauch mag für die älteren Mediziner bei der Beurteilung der niederländischen Gesetzgebung in den Vordergrund gerückt sein.

Einen signifikanten Einflussfaktor stellt das Ausbildungsstadium dar ($p=0,019$): So sind es mit 41% vor allem die Fachärzte, die sich für das niederländische Gesetz aussprechen, aber nur 24% der Ärzte ohne fachärztliche Ausbildung.

Einen weiteren Einflussfaktor stellt wiederum die Religiosität dar: Bei den religiösen Ärzten waren es nur 21%, die das niederländische Gesetzesmodell begrüßen würden. Ärzte, die sich als nicht religiös einschätzen, würden mit fast zwei Drittel das Sterbemodell befürworten. Bezüglich der Konfessionszugehörigkeit zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Die eigene Patientenverfügung ist bei der Einschätzung des niederländischen Modells sehr wohl ein signifikanter Einflussfaktor: 75% der Ärzte mit Patientenverfügung sprachen sich für das Modell in den Niederlanden aus. Bei Ärzten ohne Patientenverfügung waren es nur noch 28%.

Bei der Einschätzung des Schweizer Modells - also Einschätzung der schweizerischen Sterbehilfeorganisationen und deren Konzeptausrichtung - konnten als einzige Einflussfaktoren die Religiosität ($p=0.009$) und die Facharztausbildung ($p=0.046$) gefunden werden. Fachärzte lehnten Organisationen, die Beihilfe zum Suizid anbieten, eher ab, als dies ihre Kollegen ohne Facharztausbildung tun und weiter waren es die religiösen Ärzte (75%), die Beihilfe zum Suizid durch Hilfsorganisationen ablehnen. Nicht religiöse Ärzte lehnten die Suizidhilfe nur mit ca. 39% ab.

Betrachtet man nun die Gesetzeslage in Deutschland, so waren hier folgende Einflussfaktoren feststellbar: Das Alter hatte einen tendenziellen Einfluss ($p=0.094$) auf die Beurteilung der deutschen Gesetzeslage: 42% der jungen Ärzte beurteilten die Gesetzeslage als unzureichend. Bei den älteren Ärzten waren es 60%. Wie zu erwarten war, stellt wiederum die Religiosität einen klaren Einflussfaktor dar: Die religiösen Ärzte waren mit fast zwei Drittel nicht zufrieden mit der Gesetzeslage und nicht religiöse Ärzte waren mit 30% unzufrieden ($p=0.038$). Auch hinsichtlich der Patientenverfügung zeigt sich ein deutlicher Unterschied ($p=0.001$). 75% der Ärzte mit Patientenverfügung waren mit den gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl. Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe zufrieden. Ärzte ohne Patientenverfügung schätzen die deutsche Gesetzesgrundlage nur mit 18% als hinreichend ein. Letztlich sind die Mediziner, die sich ihre eigene Vorstellung über das Lebensende machen und dies festhalten, weniger abhängig von einer gesetzlichen Grundlage, weil die Ärzte annehmen, dass ihre eigenen Rechte in der Vollmacht bzw. Patientenverfügung eingehalten werden.

5.11 Ausblick

Über die in dieser Arbeit untersuchten Fragestellungen hinaus sollte in einer Wirkstudie einer grundlegenden Frage nachgegangen werden: Wie könnte sich eine spezifische Aus-, Fort- oder Weiterbildung mit ethischen und juristischen Aspekten zum Thema Sterbehilfe für Ärzte auf den Umgang mit Sterbenden auswirken? Welche Lernmodule (Umgang mit Patientenverfügungen, Formen der Sterbehilfe, ethische Reflexionen, juristische Aspekte, ...) wären hier notwendig und wie sollten sie aufgebaut sein? Weitere Fragen stellen sich hierzu: Inwieweit werden in der medizinischen Lehre der medizinischen Ethik und Palliativmedizin Platz eingeräumt? Könnte ein etabliertes Konsultationsverfahren mit einem palliativmedizinisch kompetenten Arzt oder einem palliativmedizinischen Zentrum bei einem artikulierten Wunsch nach Sterbehilfe eine mögliche Hilfestellung beispielsweise für niedergelassene Ärzte oder aber auch für Intensivmediziner darstellen? Würde eine solche Beratung mit Experten zu Sensibilisierung für ethische Fragestellungen und zu erhöhter Kompetenz bei ethischen Problemen und Konflikten

am Lebensende führen? Zusätzlich wäre es aber auch von weitreichendem öffentlichem Interesse, inwieweit solche entsprechenden Beratungsangebote (Ethikberatung, Ethik-Fallberatung, Ethikkonsile, Ethikforen) bereits in Krankenhäusern und Pflegeheimen ausreichend implementiert sind und wie sie von der Ärzteschaft wahrgenommen werden.

Die in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse können auch Ausgangspunkt für weiterführende Studien hinsichtlich der Erarbeitung von Frageitems sein. So sollte vor allem die „Frageperspektive“ noch stärker in den Fokus der Untersuchungen gerückt werden. Wie es die vorliegenden Daten zeigen, wirkte sich die Perspektive der Frage zur Sterbehilfe-Akzeptanz unterschiedlich aus. Allgemein formulierte Fragestellungen wurden anders bewertet, als Fragen zu konkreten Fallvignetten mit eigener Verantwortlichkeit und ggf. rechtlichen Konsequenzen. Dabei dürfte vor allem die enge Verknüpfung einer vorherrschenden Einstellung mit unverzüglicher Handlungsausführung in der Fragestellung eine wichtige Rolle spielen. Weiterhin werden möglicherweise auch Fragen, welche sich auf die befragte Person selbst als Sterbewilliger beziehen, anders bewertet, als Fragen nach der Sterbehilfe einer fiktiven Person.

Eine weitere wichtige Arbeit könnte ihren Schwerpunkt auf die Methodik zur Erfassung von Einstellungen zur Sterbehilfe legen. Beispielsweise die Ausarbeitung einer multidimensionalen Erhebung der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe. Fishbein entwickelte 1963 ein Modell, bei dem separate Komponenten (affektive und kognitive) der Einstellungen erfasst werden. Zwei Vorteile würden sich dadurch ergeben: ein enormer Validitätszuwachs und Kenntnis über den strukturellen Aufbau der ärztlichen Meinungsbildung hinsichtlich Sterbehilfe. Damit ergibt sich ein zusätzliches studienrelevantes Thema für eine interdisziplinäre empirisch medizinethische Forschung: Einstellungserwerb der Sterbehilfe. So wäre zu fragen: Welche Komponenten (affektive, kognitive, verhaltensbezogene) beeinflussen die Einstellungsbildung zur Sterbehilfe? Wie weit sind die Einstellungen zur Sterbehilfe persistent oder aber auch beeinflussbar? Sind Einstellungen zur Sterbehilfe stabil oder inkonsistent? Sind Einstellungen zur Sterbehilfe die Konsequenz aus einer bereits etablierten Wertorientierung oder vielmehr die Basis für Veränderungen? Wünschenswert wäre zudem eine studienübergreifende Überblicksarbeit der deutschsprachigen Studien, die sich vor allem der ärztlichen Einstellung zu aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid widmen und deren Gesamtzusammenhänge aufzeigen. Wünschenswert wäre zusätzlich ein interdisziplinäres Forschungsprojekt, bei denen Wissenschaftler mit medizinethischer und sozialempririscher Expertise gemeinsam sich dem Thema Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin stellen. Einzelne Forschungsbeiträge sollten dabei in den Kontext einer disziplinübergreifenden Perspektive auf das Thema Entscheidungen am Lebensende gestellt werden (Vollmann/Schildmann, 2011).

Die vorliegende Pilot-Studie konnte einige Erkenntnisse der Sterbehilfeforschung bestätigen und zudem neue Aspekte und Ergebnisse hervorbringen. In Folgeprojekten sollte deshalb eine Einbeziehung anderer Standorte erfolgen, um die Ergebnisse zu überprüfen und weitere Einflussfaktoren zu bestimmen. Die gewonnenen Erkenntnisse, aber auch der erarbeitete Fragebogen der vorliegenden Studie könnten im Rahmen weiterführender medizinethischer Forschungsprojekte Verwendung finden.

6. Zusammenfassung

In dieser empirischen Studie werden ärztliche Einstellungen und Entscheidungen am Lebensende untersucht. Die Befragung der Ärzteschaft über Einstellungen hinsichtlich Sterbehilfe und Sterbebegleitung erfolgte mit einem elaborierten Fragebogen. Ziel war es, die Einstellungen zur Sterbehilfe unter verschiedenen Bedingungen zu eruieren. Hierbei wurden die Ärzte über ihre Meinung zu den gesetzlichen Grundlagen zur Sterbehilfe in den Ländern Deutschland, Schweiz und die Niederlande befragt. Zusätzlich erfolgte die Konfrontation der Ärzte mit konstruierten Fallbeispielen. Weiterhin wurde untersucht, ob es Einflussfaktoren gibt, die die Meinung zur aktiven Sterbehilfe im Allgemeinen und die Einschätzung der Gesetzeslage in den verschiedenen Ländern beeinflussen. Als Datenmaterial dienten der Pilot-Studie zweiundachtzig Fragebögen von Ärzten am Universitätsklinikum Regensburg.

In der Studie gab die Hälfte der Mediziner ihre Zustimmung, dass sie unter bestimmten Umständen die aktive Beendigung des Lebens eines kranken Menschen als gerechtfertigt erachten. Als Hauptargumente wurden Erlösung der Schmerzen und das Sterben in Würde genannt. Aktive Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden praktiziert wird, wurde von immerhin einem Drittel der Ärzte als mögliche Gesetzesgrundlage in Deutschland eingestuft. 44% der Ärzte sprachen sich gegen eine niederländische Gesetzgebung aus. Die Beihilfe zum Suizid nach dem Schweizer-Modell wurde von 65% der Ärzteschaft abgelehnt. Die deutsche Gesetzgebung wurde von der Hälfte der Ärzte als ausreichend geregelt angesehen. Würde es eine gesetzliche Grundlage von aktiver Sterbehilfe geben, zeigten sich 24% der Mediziner bereit, diese durchzuführen. Weiterhin zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Ärzte bereits um ein lebensbeendendes Medikament gefragt wurden. Eine infauste Prognose, nicht beherrschbare Schmerzen und eine unabhängige Beurteilung von anderen Ärzten sind von den Mediziner als Kriterien, welche die Entscheidung für das Töten auf Verlangen erleichtern würden, bevorzugt genannt. Bei einer konkreten Sterbehilfeanfrage entscheiden sich die meisten Ärzte für eine Beratung unter ethischen Gesichtspunkten mit dem Kollegen (90%). Bei einem sehr allgemein gehaltenen Beispiel (Patienten mit infauster Prognose) halten ca. 61% die indirekte Sterbehilfe für ein praktikables Vorgehen. Passive Sterbehilfe (22%) und Aktive Sterbehilfe (2,4%) wurden weniger häufig als Option gewählt. Betrachtet man die einzelnen Fallvignetten mit „operationalisierter“ Handlungsoptionen, so zeigt sich deutlich, dass die Ärzte sich sowohl für die „indirekte“ als auch die „passive“ Sterbehilfe entscheiden und die „aktive“ Sterbehilfe (3,8%) wenig häufig einsetzen würden. Religiosität als auch die Konfessionszugehörigkeit hatte einen Einfluss auf die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe. So sprachen sich vor allem 68% der nicht

religiösen Ärzte für die aktive Sterbehilfe aus, ebenso 58% der evangelischen Ärzte und 75% der konfessionslosen Ärzte. Weiterhin hatte das Ausbildungsstadium einen Einfluss in der Einschätzung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. 41% der Fachärzte sprechen sich für die niederländische Gesetzgebung aus. Nicht-Religiöse Ärzte begrüßen das niederländische Modell mit 59%. Immerhin noch jeder fünfte katholische Arzt würde eine niederländische Gesetzeslage befürworten. Ärzte mit Patientenverfügung sprechen sich eher für die niederländische Gesetzgebung aus. Die Sterbehilfsorganisationen der Schweiz werden von einer großen Mehrheit der Fachärzte abgelehnt. Ebenso lehnen Dreiviertel der religiösen Ärzte die Beihilfe zum Suizid durch Hilfsorganisationen ab. Bei der Beurteilung der deutschen Gesetzeslage zeigen sich Religiosität und der Besitz einer Patientenverfügung als signifikante Einflussfaktoren. Mehr als die Hälfte der religiösen Ärzte finden die deutsche Gesetzeslage als nicht ausreichend. Dreiviertel der Ärzte mit Patientenverfügungen sind zu mit den gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland zufrieden.

7 Literaturverzeichnis

- Ankermann, E. (2000). *Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens*. Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Aulbert, E. (1998). Prinzipien der Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. *Zentralblatt für Chirurgie*, 123, 632-636.
- Baumgartner, J. (2006). Hospiz- und Palliative Care – Definitionen, abgestufte Versorgung und Organisationsformen. In G., Bernatzky, R. Sittl & R. Likar (Hrsg.), *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin* (S. 7-16). Springer: Heidelberg.
- Birnbacher, D. (1998). Recht auf Sterbehilfe - Pflicht auf Sterbehilfe? In: F. J. Illhardt, H. W. Heiss & M. Dornberg (Hrsg.), *Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen?* (S. 126-136). Schattauer Verlag: Stuttgart.
- Bolt, E. E., Snijdewind, C., Dick, W. L., van der Heide, A. & Onwuteaka-Philipsen B. D. (2014). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *Journal of Medical Ethics*, Online First doi:10.1136/me-dethics-2014-102150.
- Borasio, G. D. (2014). *Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen*. Beck Verlag: München.
- Borasio, G. D. (2007). Ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen. Interview. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, 5, S. 224-226.
- Borasio, G. D., Weltermann, B., Voltz, R., Reichmann, H. & Zierz, S. (2004). Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase - eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten, *Der Nervenarzt*, 75, 12, 1187-1193.
- Bosshard, G., Fischer, S. & Faisst, K. (2005). Liberalisierung der Sterbehilfe- Erfahrungen aus der Schweiz. In Th. Junginger, A. Perneczky, C. F. Vahl & Ch. Werner (Hrsg.), *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen*. 1. Auflage, Heidelberg. Springer Verlag, 245-250.
- Böttger-Kessler, G. & Beine, K. H. (2007). Aktive Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? *Nervenarzt* 7, 78, 802-808.
- Bruns, F., Blumenthal, S. & Hohendorf, G. (2016). Tod auf Rezept? Medizinethische Überlegungen zur ärztlichen Suizidassistentz. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92 (1), 24-27.
- Bundesärztekammer (2004). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, *Deutsches Ärzteblatt*, 101, C 1040-1041.
- Bundesärztekammer (2007). Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 13, A 891-896.

- Bundesärztekammer (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 7, A 346-348.
- Clark, D. (1994). At the crossroads: which direction for the hospices? *Palliativ Medizin*, 8, 1-3.
- Csef, H. & B. Heindl (1998). Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten: Eine repräsentative Befragung im Ärztlichen Kreisverband Würzburg. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 123, 1501-1506.
- DGAI (1999): Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Anästhesist*, 48, 213-217.
- Dornberg, M. (1997). *Angefragt: Sterbehilfe. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte - Ergebnisse einer Befragung und medizinethischen Bewertung*. Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main.
- Doyle, D. (1994). Standards und Ausbildung in der Palliativmedizin. In E. Klaschnik, & F. Nauck (Hrsg.), *Palliativmedizin heute* (S. 127-133). Springer Verlag: Berlin.
- Eser, A. (1975). Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht. In: V. Eid (Hrsg.), *Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten?* (S. 40-70). Matthias Grünewald Verlag: Mainz.
- Eser, A., Lutterotti, M. & Sporken P. (1989). *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Herder Verlag: Freiburg.
- Everschor, M. (2001). Probleme der Neugeborenen-euthanasie und der Behandlungsgrenzen bei schwerstgeschädigten Kindern und ultrakleinen Frühgeborenen aus rechtlicher und ethischer Sicht. *Medizinrecht*, 19, 7, 363-363.
- Frewer, A., Bruns, F. & May, A. T. (2012). *Ethikberatung in der Medizin*. Springer Verlag: Heidelberg.
- Fischer, S. (2006). Empirische Sterbehilfeforschung: Eine Methodenkritik. In J. Schildmann, U. Fahr, J. Vollmann (Hrsg.), *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik* (S. 251-265). Lit Verlag: Berlin.
- Gahl, K. & Kintzi, H. (2002). Ärztliche Indikation zum Töten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127, 866-869.
- Gauthier, S., Mausbauch, J. Reisch, T. & Bartsch, C. (2014). Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *Journal of Medical Ethics*, 41, 611-617.
- Gottschling, (2017). *Leben bis zuletzt*. Fischer Verlag: Frankfurt am Main.
- Grübler, B. (2011). Therapiebegrenzung bei infauster Prognose: Wann soll das Leben zu Ende gehen? *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (26), A-1473-1476.
- Habicht, A. (2009). *Sterbehilfe - Wandel in der Terminologie. Eine integrative Betrachtung aus der Sicht von Medizin, Ethik und Recht*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

- Harfst, A. (2004). *Allgemeinärztliche Beurteilungen und Einstellungen zur Sterbehilfe. Eine nationale Erhebung*. Inaugural-Dissertation: Göttingen.
- Heine, G. (1991). Schweiz. In: A. Eser, H-G. Koch (Hrsg.), *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation. Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht*. (S. 593-649). Eigenverlag Max-Planck-Institut: Freiburg im Breisgau.
- Henking, T. & Vollmann, J. (2016). Rechtliche Verbotsvorschläge der ärztlichen Unterstützung bei der Selbsttötung von schwerkranken Patienten. Kritische Überlegungen aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Ethik in der Medizin*, 28, 121-134.
- Hick, C. (2007). *Klinische Ethik*. Springer Verlag: Heidelberg.
- Hufeland, C. W., (1851). *Euchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis*. Jonas Verlagsbuchhandlung.
- Husebo S. & Klaschik, E. (2000). *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*. Springer Verlag: Heidelberg.
- Hügler, S. (2012). Sterbehilfe – unterschiedliche Regelungen in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden. *Deutsche medizinische Wochenzeitschrift*, 137, 44, 2248-2249.
- Illhardt, F. J. (1998). Das Leben des Sterbenden – eine Herausforderung an Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung. In: F. J. Illhardt, H. W. Heiss & M. Dornberg (Hrsg.), *Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen?* (S. 113-119). Schattauer Verlag: Stuttgart.
- Jaspers, B. (2007). Sterbebegleitung als Alternative zu Sterbehilfe: In K. Göring-Eckhard (Hrsg.), *Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift*, S. 99-113. Gütesloher Verlagshaus: Gütesloh.
- Jochensen, H. (2007). Sterbehilfe und Palliativpflege in den Niederlanden: In K. Göring-Eckhard (Hrsg.), *Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift*, S. 87-98. Gütesloh: Gütesloher Verlagshaus.
- Jox, R. J., Winkler, E. C. & Borasio, G. D. (2012). Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Leitlinie. *Deutsche medizinische Wochenzeitschrift*, 137 (16), 829-833).
- Keane W. G., Gould J.H. & Millard P. H. (1983): Death in practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33, 347-351.
- Kipke, R. (2015). Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute. Zur Frage nach der ethischen Rechtfertigung in einer liberalen Gesellschaft. *Ethik in der Medizin*, 27, 141-154.
- Kirschner, R. & Elkeles, Th. (1996). Handlungsmuster und Einstellung von Ärzten zur Sterbehilfe. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 8, 223 – 229.

- Kirschner, R. & Elkeles, Th. (1998). Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 60, 247 – 253.
- Klaschik, E. & Nauck, F. (1998). Historische Entwicklung der Palliativmedizin, *Zentralblatt Chirurgie*, 123, 620-623.
- Klaschik, E. & Sangathe-Husebo, B. (1998). Das Leben des Sterbenden - Palliativmedizin. In F. J. Illhardt, H. W. Heiss & M. Dornberg (Hrsg), *Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen?* (S. 105-111) Schattauer Verlag: Stuttgart.
- Klaschik, E. & Ostgathe, C. (2004). Palliativmedizin – aktive Lebenshilfe. In R. Beckmann, M. J. Löhr & J. Schätzle (Hrsg.), *Sterben in Würde*, S. 73-82, Krefeld.
- Klaschik, E. (1999) Sterbehilfe - Sterbebegleitung. *Internist*, 40, 276-282.
- Klinkhammer, G. (2004). Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung. Eine steigende Dunkelziffer, *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 36, A2360-A2362.
- Klinikhammer, G. & Richter-Kuhlmann, E. (2015). Palliativmedizin: Medikamente, Pflege und Trost, *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 4, A 124.
- Kovacevic, A. & Bartsch, C. (2017). Suizidhilfe in der Schweiz. *Sozialpolitik*. Vol. 1, S. 1-17.
- Kreß, H. (2007). "Sterbehilfe und Sterbebegleitung im Licht der Patientenautonomie". *Der Gynäkologe* 40, 12, 960-965.
- Küng, H. (2014). *Glücklich sterben?* München: Piper Verlag.
- Langer, S., Stengel, I., Fleischer, S., Stuttmann, R. & Berg, A. (2016). Umgang mit Patientenverfügungen in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141, e73-79.
- Leist, A. (1998). Leben, Interesse, Selbstbestimmung - drei rivalisierende Weisen des moralischen Argumentierens zur Sterbehilfe. In F. J. Illhardt, H. W. Heiss & M. Dornberg (Hrsg), *Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen?* (S. 35-56). Schattauer Verlag: Stuttgart.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Beltz: Weinheim.
- Long, S. O. (2004). Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. *Social Science and Medizin*, 58, 5, 913-928.
- Maio, G. (2001). Die aktive Sterbehilfe als gesellschaftliche Herausforderung, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126, 1303-1304.
- Maitra, R. T., Harfst, A., Kochen, M. M. & Becker, A. (2001). Allgemeinärztliche Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 77, 17.
- Maitra, R. T., Harfst, A., Kochen, M. M. & Becker, A. (2002). Die Einstellung von Allgemeinärzten zur Sterbehilfe. Eine internationale Übersicht, *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 78, 68-74.

- Marckmann, G. & Michalsen, A. (2013). Entscheidungsunterstützung durch klinische Ehtikberatung. In: A. Michalsen, C. S., Hartog (Hrsg.), *End of Life Care in der Intensivmedizin* (S. 69-72). Springer Verlag: Heidelberg.
- Marti, Mario (2002). Sterbehilfe in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 12, 570-573.
- Müller-Busch, H.C. (2004). Sterbende sedieren? *Palliativmedizin*, 5, 105-112.
- Müller-Busch, H. C., Klaschik E. & Woskanjan, S. (2004). Eine Alternative zur aktiven Euthanasie. Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 16, A 1077-1079.
- Oduncu, F. S. (2007): *In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung*. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag: Göttingen.
- Oduncu, F. S. & Eisenmenger, W. (2002). Euthanasie - Sterbehilfe - Sterbebegleitung. Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich. *Medizin Recht*, 7, 327-337.
- Ohemichen, F., Strätling, M. & Simon, A. (2003). Gesetzlicher Regelungsbedarf der passiven und indirekten Sterbehilfe in Deutschland. *Ethik in der Medizin*, 15, 3, 239-242.
- Opderbecke, H.W. & Weißauer W. (1999). Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht. Erläuterungen zu den Leitlinien der DGAI. *Anästhesist*, 48, 207-213.
- Quante, M. (1998). Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe - deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen? *Ethik in der Medizin*, 10, 206-226.
- Quill, T. E. (1994). *Death and Dignity. Making Choices and Taking Charge*. WW. Norton.
- Rachels, J. (1975). Active and passive euthanasia. *New English Journal of Medicine*, 292, 78-80.
- Radulovic, S., Mojsilovic, S. (1998): Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. *Support Care Cancer*, 6, 410-415.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015). Sterbebegleitung. Tendenz zum Weg der Mitte, *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 40, A 1612.
- Richter-Kuhlmann, E. (2017). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Mehr Licht für eine Grauzone, *Deutsches Ärzteblatt*, 114, 7, A 300.
- Richter-Kuhlmann, E. & Jachertz, N. (2012). Gedenksymposium der Bundesärztekammer: Palliativmedizin heißt zuhören, *Deutsches Ärzteblatt*, 109, 27-28, A 1412-1413.
- Rieger, H.-J. (1995). Das „Sterbehilfe“ – Urteil des Bundesgerichtshofs vom 13.9.1994. *Deutsches medizinische Wochenschrift*, 120, 10, 341-344.
- Salomon, F. und Salomon, M. (2008). Information über Entscheidungen zur Therapiebegrenzung und deren Verbindlichkeit, *Nervenarzt*, 79, 6, 720-727.

- Schell, W. (2002). *Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen*. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover.
- Schell, W. (2004). Die Bundesärztekammer hat ihre „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ neu gefasst und am 4. Mai 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt. *Intensiv* 2004, 12, 192-194.
- Schildmann, J. & Vollmann, J. (2015). Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende: Empirische Daten, ethische Analysen. *Frankfurter Forum*, 11, 22–29.
- Schildmann, J., Dahmen B. und Vollmann, J. (2015). Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140, e1-e6.
- Schildmann, K., Hermann, E., Burchardi, N., Schwantes, U. & Vollmann, J. (2004), Sterbehilfe. Kenntnisse und Einstellungen Berliner Medizinstudierender. *Ethik in der Medizin*, 16, 123-132.
- Schmitz-Scherzer, R. (1995). Sterbebegleitung – eine Last für professionelle und familiäre Helfer? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 247-251.
- Schockenhoff, E. (1991). *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“*. Pustet Verlag: Regensburg.
- Schork, V. (2008). *Ärztliche Sterbehilfe und die Bedeutung des Patientenwillens*. Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main.
- Schöch, H. (2007). Recht der Sterbehilfe in der BRD, *Gynäkologe*, 40, 954-959.
- Schröder, C., Schmutzer, G., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie*. 53, 8. 334-343.
- Schröder, Ch.; Pollaschek, M., Schmutzer, G & Brosig, B. (2007). Ärztliche Sterbehilfe - Meinungsbilder von Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung im Vergleich. *Zeitung für Medizinische Psychologie*, 16, 105-113.
- Seelmann, K. (2003). Sterbehilfe. Die Rechtslage in der Schweiz. In G. Bruder Müller, W. Marx & K. Schüttauf (Hrsg.), *Suizid und Sterbehilfe* (S.135-146). Königshausen & Neumann Verlag. Würzburg.
- Simon, A. (2001). Einstellung der Ärzte zur Suizidhilfe. Ausbau der Palliativmedizin gefordert, *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 28-29, A 1383-1385.
- Simon, A. (2007). Sterbehilfe in Deutschland. In K. Göring-Eckhard. (Hrsg.), *Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift*, (S. 19-34). Gütesloher Verlagshaus: Gütesloh.
- Simon, A. (2010). Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe. Ausbau der Palliativmedizin gefordert. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 28-29, 2010 S. A 1383- 1385.

- Stiel, S., Daemberg, K., Matejek, M., Pianta, T., Voltz, R. & Ostgathe, C. (2011). Einstellungen von Studierenden unterschiedlicher Studienfächer zu Entscheidungen am Lebensende - eine Pilotstudie an einer Universität in Deutschland. *Palliativmedizin*, 12, 6, 271-278.
- Thias, A. (2004). *Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Sterbens durch Einschränkung und Abbruch medizinischer Behandlung. Eine Untersuchung aus straf- und betreuungsrechtlicher Perspektive unter besonderer Berücksichtigung der Problematik des apallischen Syndroms*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Tolmein, O. & Radbruch, L. (2017). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, 7, A 302-307.
- Van Oorschot, B., Dreßel G., Erdmann, B., Hausmann, C. & Hildenbrand, B. (2003). Sterben zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse eines interdisziplinären Lehrforschungsprojektes in Thüringen. In K. Kodalle (Hrsg.), *Das Recht auf ein Sterben in Würde* (S. 61-69). Königshausen & Neumann: Würzburg.
- Van Oorschot, B., Lipp, V., Tietze, A., Nickel, N. & Simon, A. (2005). Einstellungen zur Sterbehilfe und zu Patientenverfügungen, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130, 261-265.
- Van Oorschot, B. & Schweitzer, S. (2003). Ambulante Versorgung von Tumorpatienten im finalen Stadium. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2003, 128, 2295-2299.
- Van Oorschot, B. & Simon, A. (2008). Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe? Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 32, 2/3, 39-53.
- Vollmann, J. & Schildmann, J. (2011). *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse*. Lit: Münster.
- Waclawizek, H. W. (2006). Ziele und Aufgaben der Palliativchirurgie (Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin). In J. Baumgartner, G. Bernatzky, R. Sittl & R. Likar (Hrsg.), *Palliativmedizin - Definition, abgestufte Versorgung und Organisationsformen* (S. 143-146). Springer Verlag: Wien.
- Wandrowski, J., Schuster, T., Strube W. & Steger, F. (2012). Medizinethische Kenntnisse und moralische Positionen von Ärztinnen und Ärzten aus Bayern. *Deutsches Ärzteblatt*, 109, 8, 141-147.
- Weber M. & Kutzer K. (2003). Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens - Grundsätze, Unsicherheiten, Perspektiven. *Deutsches Medizinische Wochenzeitschrift*, 128, 1494-2693.
- Weber, M., Stiehl, M., Reiter, J. & Rittner, C. (2001). Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens – Sorgsames abwägen der jeweiligen Situation. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A-3184 – 3188.

- Weber, M., Schildmann, J., Schütz, J., Hermann, E., Vollmann & J., Rittner, C. (2004). Ethische Entscheidungen am Lebensende – Kenntnisstand und Einstellungen Medizinstudierender. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 129, 28/29 1556-1560.
- Wehkamp, K.-H. (1998). *Sterben und Töten. Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Eine empirische Studie*. Humanitas: Dortmund.
- Weißgerber, I. (2007). Kernpunkte der Stellungnahme des Nationalen Ethikrats zum Thema Sterbebegleitung. In K. Göring-Eckhard (Hrsg.), *Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung - Eine Streitschrift*. (S. 71-85). Gütesloher Verlagshaus: Gütesloh.
- Wernstedt, T. (2004). *Sterbehilfe in Europa. (Recht und Medizin)*. Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main.
- Wernstedt, T., Mohr, M. & Kettler, D. (2000). Sterbehilfe in Europa. Eine Bestandsaufnahme am Beispiel von zehn Ländern unter besonderer Berücksichtigung der Niederlande und Deutschlands. *Anästhesiologische Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 35, 220-231.
- Wilke, C. (2007). *Der Umgang mit sterbenden und terminal kranken Patienten. Eine qualitative Studie in der Allgemeinmedizin*. Dissertation: Universität Berlin.
- Willis, S., Tittel, A., Clermont, F., Steinau, G. & Schumpelick, V. (2003). Sterbehilfe im chirurgischen Alltag. Eine interdisziplinäre Diskussion anhand von Fallvorstellungen. *Der Chirurg*, 974, 844-851.
- Woellert K. & Schmiedebach, H.-P. (2008). *Sterbehilfe*. Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Wünsch, A, Lange, D., Bengel, J., Hiddemann, W. & Reiter-Theil, S. (2001). Ärztliche Sterbebegleitung und passive Sterbehilfe. Eine empirische Studie zu ethischen, medizinischen und psychologischen Problemen. *Palliativmedizin*, 2, 1, 20-24.
- Zieger, A., Bavastro P., Holfelder, H. H. & Dörner, K. (2002). Kein „Sterben in Würde“. Eine Aufwertung der Ethik der Autonomie des Einzelnen bedeutet eine Dominanz des Stärkeren über die Ethik der Schwachen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, 14, A 917-919.
- Zech, D., Sabatowski, R., & Radbruch, L. (1994). Hospize und Palliativeinrichtungen in Deutschland. Intensive Patienten- und Angehörigenberatung. *Deutsches Ärzteblatt*, 91, A 814-A 818.
- Zimmermann-Acklin, M. (2002): *Euthanasie: Eine theologisch- ethische Untersuchung* (2. Aufl.). Herder Verlag: Freiburg.

8 Anhang

Fragebogen zur Erhebung der ärztlichen Einstellung zur Sterbehilfe

Alter: _____ Jahre
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Nationalität: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Religion: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> andere, _____ <input type="checkbox"/> konfessionslos
Halten Sie sich in irgendeiner Form für religiös? <input type="checkbox"/> ja, ich bin religiös <input type="checkbox"/> nein, ich bin nicht religiös

<p>Religionsausübung (Besuch des sonntäglichen Gottesdienstes, Gebete sprechen, Bibel lesen,...)</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht aktiv</p> <p><input type="checkbox"/> selten aktiv</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich aktiv</p> <p><input type="checkbox"/> immer aktiv</p>
<p>Wie lange sind Sie bereits als Arzt tätig?</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> 1-5 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 5-10 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 10-15 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 15Jahre</p>
<p>Facharztanerkennung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja, welche Fachrichtung:</p> <p>_____</p> <p>In welchem medizinischen Fachbereich arbeiten Sie?</p> <p>_____</p>
<p>Wie oft haben Sie sich in den letzten fünf Jahren mit Ihrem eigenen Tod beschäftigt?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> oft</p>
<p>Haben Sie bereits selbst oder ein Angehöriger unter einer lebensbedrohlichen Erkrankung gelitten?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Haben Sie eine eigene Patientenverfügung?

☐ ja ☐ nein

Wie oft sind Sie in Ihrer Ausbildung als Arzt mit den Themen Sterben und Sterbehilfe konfrontiert worden?

☐ gar nicht
☐ selten
☐ gelegentlich
☐ oft

Sind Ihnen die gesetzlichen Grundlagen bei der Begrenzung medizinischer Maßnahmen am Lebensende bekannt?

☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

Würden Sie eine Fortbildung zu dem Thema „Rechtliche Aspekte bei medizinischen Entscheidungen, die den Sterbeprozess und das Lebensende betreffen“ besuchen, auch wenn Sie dafür keine Fortbildungspunkte erhalten?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines Menschen aktiv zu beenden - also aktive Sterbehilfe zu leisten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welches Kriterium bzw. welche Kriterien spielen dabei für Sie eine wichtige Rolle? (**mehrere Antworten möglich**)

- ☐ Erlösung von Schmerzen oder Leiden
 - ☐ Sterben in Würde
 - ☐ Recht auf selbstbestimmten Tod
 - ☐ Befreiung der Angehörigen von Lasten
 - ☐ fehlende Lebensqualität
 - ☐ andere Gründe,
-

In den Niederlanden darf der Arzt unter bestimmten Voraussetzungen aktive Sterbehilfe leisten. Folgende Voraussetzungen müssen dabei erfüllt sein:
Der Patient muss mehrfach um Sterbehilfe gebeten haben, an einer tödlichen Krankheit mit infauster Prognose leiden und über Alternativen wie Palliativmedizin informiert worden sein. Vor der Tötung muss ein weiterer Arzt hinzugezogen werden. Die Sterbehilfefälle werden von fünf regionalen Kontrollkommissionen beurteilt.

Würden Sie eine solche gesetzliche Grundlage für Deutschland begrüßen, die eine aktive Sterbehilfe unter oben genannten Voraussetzungen seitens des Arztes erlaubt?

☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

Bestünde in Deutschland eine gesetzliche Grundlage zur aktiven Sterbehilfe, wären Sie bereit, die aktive Sterbehilfe als Arzt durchzuführen?

☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

Sind Ihnen die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer bekannt?

☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

Die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten. Nach Paragraph 216 des Strafgesetzbuches macht sich strafbar, wer einem Sterbewilligen, selbst auf dessen Wunsch und mit seiner Billigung, ein Mittel verabreicht, das zum Tode führt (etwa eine Spritze verabreichen, Giftcocktail einflößen). Strafflos bleiben die Taten, die als Beihilfe zum Selbstmord oder als passive Sterbehilfe anzusehen sind. Die passive Sterbehilfe lässt sich bezeichnen als „Zulassen des natürlichen Sterbens“. Lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung oder künstliche Ernährung werden unterlassen oder eingestellt.

Sehen Sie die gesetzlichen Voraussetzungen in Deutschland bzgl. Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe als ausreichend?

☐ ja ☐ nein ☐unsicher

Sie werden von einem Patienten mit infauster Prognose im bereits befindlichen Sterbeprozess zum wiederholten Male um aktive Sterbehilfe gebeten. Für welche Vorgehensweise würden Sie sich entscheiden?

Bitte beantworten Sie diese Frage unter der Annahme, dass sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland legal seien.

- ☐ Ich begrenze meine Therapie dahingehend, dass ich das Geschehenlassen des Sterbens akzeptiere - z. B. durch Nicht-Anwendung oder Nicht-Steigerung von therapeutischen Maßnahmen oder Abbruch einer bereits begonnenen therapeutischen Maßnahme.
- ☐ Ich ergreife therapeutische Maßnahmen, welche die Lebensqualität des Patienten verbessern, die aber als Nebenwirkung eine lebensverkürzende Wirkung haben können.
- ☐ Ich komme dem Wunsch des Patienten nach und führe die gewünschte Sterbehilfe durch, indem ich dem Patienten ein lebensbeendendes Medikament anbiete.
- ☐ Ich gebe dem Patienten Morphin und instruiere ihn, in welcher Weise die Einnahme zum Tod führt.
- ☐ Ich lehne die Durchführung von Sterbehilfe ab und komme dem Wunsch des Patienten nicht nach. Ich versuche wie bisher den Sterbeprozess des Patienten durch angemessene Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten. Meine Sterbebegleitung in diesem Sinne stützt sich vor allem auf die Palliativmedizin.

Haben Sie selbst von Patientenseite schon Nachfragen bezüglich einer/eines lebensbeendenden Injektion/Medikaments erhalten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft innerhalb eines Jahres?

☐ einmal ☐ 2-5 mal ☐ öfter als 5 mal

Sofern Sie die Tötung auf Verlangen des Patienten nicht generell ablehnen: Welche Bedingungen könnten eine solche Entscheidung für Sie erleichtern? (**mehrere Antworten möglich**)

- ☐ unabhängige Beurteilung von anderen Ärzten
- ☐ wiederholter Wunsch des Patienten
- ☐ geringe Lebensqualität des Patienten
- ☐ hohes Alter
- ☐ volle Zurechnungsfähigkeit
- ☐ Ausschluss psychischer Erkrankungen
- ☐ infauste Prognose
- ☐ nicht beherrschbare Schmerzen
- ☐ andere Gründe

Mit wem würden Sie sich im Falle einer Sterbehilfeanfrage beraten? (**mehrere Antworten möglich**)

- ☐ Kollegen
- ☐ Pflegepersonal
- ☐ Angehörigen des Patienten
- ☐ Geistlichen
- ☐ anderen, _____

Die aktive Sterbehilfe, die direkte aktive Tötung eines Menschen auf dessen Wunsch, ist in der Schweiz nicht erlaubt. Beihilfe zum Suizid, die Hilfeleistung durch einen Dritten beim Freitod eines anderen, ist erlaubt, wenn die Beihilfe nicht aus eigennützigen Motiven erfolgt. Diese Gesetzesregelung ist im Vergleich mit anderen Ländern relativ liberal. Deshalb können Organisationen Freitodbegleitungen (Hilfe bei der Sterbevorbereitung sowie Durchführung) anbieten. Solange sie daran kein Geld verdienen, sind deren Handlungen nicht strafbar.

Würden Sie diese Organisationen in Deutschland begrüßen?

☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:

Bitte beantworten Sie das Fallbeispiel unter der Annahme, dass sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland legal seien.

Frau N., eine voll zurechnungsfähige Patientin, leidet seit fünf Jahren an einem Plasmazytom. Vor etlichen Monaten wurden nun Metastasen im Bereich der Wirbelsäule festgestellt. Frau N. erhält eine Bestrahlung des Skelettbereichs. Die Patientin ist 87 Jahre alt und hat jeglichen Willen zum Leben verloren. Sie will nicht mehr essen und trinken. Schon jetzt leidet sie an einer beträchtlichen Tumorkachexie, ihre Haut liegt faltig dem Knochen auf. Trotz Ausschöpfung aller palliativen Maßnahmen wie NSAID, Morphin, Strahlentherapie, Nervenblockaden etc. verursachen die Metastasen unerträgliche Schmerzen. Sie wurde von einem Psychiater als nicht depressiv beurteilt. Sie bittet nun zum wiederholten Male um eine lebensbeendende Maßnahme.

Für welche Vorgehensweise würden Sie sich entscheiden?

- Ich würde bei der Patientin die künstliche Ernährung beenden und durch palliative Basismaßnahmen wie z. B. adäquates Behandeln eines möglichen Durstgefühls, so dass ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht werden kann.
- Ich würde der Patientin eine höhere Dosis an Morphin verabreichen, welche ihre Lebensqualität zwar stark verbessert, jedoch als Nebenwirkung auch eine lebensverkürzende Wirkung haben kann.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich auch die Möglichkeit der Injektion eines lebensbeendenden Medikamentes besprechen und dieses im gegebenen Falle auch verabreichen.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich der Patientin auch eine Menge an Morphin anbieten und sie instruieren, in welcher Weise die Einnahme zum Tod führt.
- Ich lehne die Durchführung von Sterbehilfe ab - ich würde den Sterbeprozess der Patientin nur durch palliative Unterstützung zu begleiten versuchen. Jedoch würde ich keine bereits begonnenen therapeutischen Maßnahmen beenden (Beenden der künstlichen Ernährung oder Abschalten des Beatmungsgerätes).

Fallbeispiel 2:

Bitte beantworten Sie das Fallbeispiel unter der Annahme, dass sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland legal seien.

Eine 59jährige Patientin leidet an einem malignen Melanom. Der Tumor wurde relativ spät diagnostiziert. Es bestehen bereits Metastasen in Haut und Lymphknoten und inneren Organen. Trotz einer Strahlentherapie, einer Immuntherapie mit Interferon und einer Impfstherapie mit antigenpräsentierenden Zellen sind die Chancen auf Heilung oder einer Verminderung des Krankheitsprozesses sehr gering. Der Zustand der Patientin verschlechtert sich zunehmend. Sie ist zwar schmerzfrei, kann jedoch weder das Bett verlassen noch sich selbst versorgen. Die Patientin fragt sie zum wiederholten Male nach einer lebensbeendenden Maßnahme und betont ihre Hilflosigkeit.

Für welche Vorgehensweise würden Sie sich entscheiden?

- Ich würde bereits begonnene therapeutische Maßnahmen abbrechen und das Geschehenlassen des Sterbens akzeptieren. Durch palliative Basismaßnahmen würde ich ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen versuchen.
- Ich würde der Patientin eine höhere Dosis an Morphin verabreichen, welche ihre Lebensqualität stark verbessert, jedoch als Nebenwirkung auch eine lebensverkürzende Wirkung haben kann.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich auch die Möglichkeit der Injektion eines lebensbeendenden Medikamentes besprechen und dieses im gegebenen Falle auch verabreichen.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich der Patientin auch eine Menge an Morphin anbieten und sie instruieren, in welcher Weise die Einnahme zum Tod führt.
- Ich lehne die Durchführung von Sterbehilfe ab - ich würde den Sterbeprozess der Patientin durch palliative Unterstützung zu begleiten versuchen. Jedoch würde ich keine bereits begonnenen therapeutischen Maßnahmen beenden (Beenden der künstlichen Ernährung oder Abschalten des Beatmungsgerätes).

Fallbeispiel 3:

Bitte beantworten Sie das Fallbeispiel unter der Annahme, dass sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland legal seien.

Ein 95jähriger Patient leidet an einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen. Er hat voraussichtlich nur noch wenige Monate zu leben. Es besteht keine Aussicht auf eine Heilung oder eine Verminderung des Krankheitsprozesses. Der Patient kann weder das Bett verlassen noch sich selbst versorgen. Er findet sein Leben nur noch sinn- und zwecklos und spricht nur noch mit höchster Anstrengung - immer wieder davon, dass er nur eine zusätzliche Belastung für seine Familie darstelle. Der Patient ist voll zurechnungsfähig und bittet sie inständig um eine lebensbeendende Massnahme.

Für welche Vorgehensweise würden Sie sich entscheiden?

- Ich würde bereits begonnene therapeutische Maßnahmen abbrechen und das Geschehenlassen des Sterbens akzeptieren. Dabei würde ich auch die künstliche Ernährung beenden und durch palliative Basismaßnahmen z. B. adäquates Behandeln eines möglichen Durstgefühls.
- Ich würde dem Patienten eine höhere Dosis an Morphin verabreichen, welche seine Lebensqualität zwar stark verbessert, jedoch als Nebenwirkung auch eine lebensverkürzende Wirkung haben kann.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess des Patienten durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich auch die Möglichkeit der Injektion eines lebensbeendenden Medikamentes besprechen und dieses im gegebenen Falle auch verabreichen.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess des Patienten durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich dem Patienten auch eine Menge an Morphin anbieten und sie instruieren, in welcher Weise die Einnahme zum Tod führt.
- Ich lehne die Durchführung von Sterbehilfe ab - ich würde den Sterbeprozess der Patientin wie bisher durch eine angemessene Unterstützung zu begleiten versuchen. Jedoch würde ich keine bereits begonnenen therapeutischen Maßnahmen beenden (Beenden der künstlichen Ernährung oder Abschalten des Beatmungsgerätes).

Fallbeispiel 4:

Bitte beantworten Sie das Fallbeispiel unter der Annahme, dass sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe in Deutschland legal seien.

Frau M. ist eine 31jährige Patientin, die an einem metastasierenden Mammakarzinom leidet. Die Rippenmetastasen bewirken einen starken bewegungsabhängigen Schmerz. Es besteht bei Frau M. keine Aussichten auf Heilung oder Verminderung des Krankheitsprozesses. Sie betreuen Frau M. schon seit 2 Jahren und kennen ihre positive Einstellung zum Leben. In den letzten Monaten ist die Patientin jedoch von sehr starken Schmerzen geplagt, so dass sie zum wiederholten Male nach einer lebensverkürzenden Maßnahme verlangt. Sie hängt bereits an einem Atmungsgerät und kann nur noch mit höchster Anstrengung sprechen. Die Patientin betont, dass sie keine Kraft und schon seit langem keine angemessene Lebensqualität mehr hätte und deshalb sterben möchte.

Für welche Vorgehensweise würden Sie sich entscheiden?

- Ich würde meine Therapie dahingehend begrenzen, dass ich keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchführe, sondern das Geschehenlassen des Sterbens akzeptiere. Dazu gehört für mich auch das Abschalten von unterstützenden Maschinen wie das Beatmungsgerät. Um dabei ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, würde ich die palliativen Basismaßnahmen beibehalten.
- Ich würde der Patientin eine höhere Dosis an Morphin verabreichen, welche ihre Lebensqualität zwar stark verbessert, jedoch als Nebenwirkung auch eine lebensverkürzende Wirkung haben könnte.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich auch die Möglichkeit der Injektion eines lebensbeendenden Medikamentes besprechen und dieses im gegebenen Falle auch verabreichen.
- Ich würde weiterhin den Sterbeprozess der Patientin durch angemessene palliative Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten versuchen. Zusätzlich würde ich der Patientin auch eine Menge an Morphin anbieten und sie instruieren, in welcher Weise die Einnahme zum Tod führt.
- Ich lehne die Durchführung von Sterbehilfe ab - ich würde den Sterbeprozess der Patientin wie bisher durch eine angemessene Unterstützung zu begleiten versuchen. Jedoch würde ich keine bereits begonnenen therapeutischen Maßnahmen beenden (Beenden der künstlichen Ernährung oder Abschalten des Beatmungsgerätes).

Anhang

Eigene Anmerkungen:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Sollten Sie noch Fragen zur Studie „Ärztliche Einstellung zur Sterbehilfe“ oder einfach nur Interesse an der Forschungsarbeit haben - wenden Sie sich bitte an:

Dr. phil. Irmgard M. Sieber, Tel. 0941 / 466 26 83, e-mail: irmgardsieber@yahoo.com

Danksagung

Die empirische Erhebung der Daten der vorliegenden Dissertation erfolgte am Universitätsklinikum Regensburg. Ich danke dem Dekan Herrn Prof. Dr. med. Torsten E. Reichert für die Erlaubnis zur Durchführung der Studie. Ebenso bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Bernhard M. Graf, der die Durchführung in der Abteilung der Anästhesiologie befürwortete und förderte. Weiterhin möchte ich mich bei allen Ärzten bedanken, die an der Befragung teilgenommen haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. Jörg Marienhagen, der mich durch sein enorm breites Wissen über medizinethische Aspekte ermutigt hat, eine Dissertation über dieses interessante und spannende Forschungsthema zu schreiben. Durch seine konstruktiven Hinweise und Anmerkungen und nicht zuletzt durch seine Diskussionsbereitschaft hat er entscheidend zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. med. Roland Braun, der mir als Palliativmediziner bei der Konstruktion der Fallvignetten relevante palliativ-medizinische Aspekte aufgezeigt hat.

Meinen Eltern danke ich von Herzen, dass sie mich auf meinem bisherigen Lebensweg unermüdlich unterstützt und gefördert haben. Ohne Ihren steten Rückhalt und ihren Zuspruch wäre diese Arbeit wohl nicht zustande gekommen.

Ein besonderer Dank gebührt vor allem meinem Lebenspartner Christoph, der mich mit wichtigen Aspekten und konstruktiven Anregungen konfrontierte und mit stetem Zuspruch motivierte.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Herrn Gerhard Brunner der mich in schwierigen Phasen der Arbeit immer wieder ermutigte.

Tegernheim, im September 2017

Dr. phil. Dipl. Psych. Irmgard M. Sieber

Dr. phil. Dipl.-Psych. Irmgard Maria Sieber

Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 08. September 1974
Geburtsort: Straubing
Konfession: römisch-katholisch
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: ledig

Schulbildung

Hauptschule, Kirchroth
Von September 1981- Juli 1990
Abschluss: Qualifizierender Hauptschulabschluss
Berufsaufbauschule Straubing
Von September 1993 bis Juli 1994
Abschluss: Mittlere Reife
Berufsoberschule Regensburg
Von September 1994 bis Juli 1996
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Berufsausbildung

Piano Werner, Musikfachgeschäft in Straubing
Von August 1990 bis September 1993
Abschluss: Musikalienhändlerin/Einzelhandelskauffrau

Studium

Universität Regensburg
Von November 1996 bis Oktober 2001
Studiengang: Psychologie/Philosophie
Abschluss: Diplom-Psychologin

University of Southern Colorado, Colorado, USA
Von August 1997 bis Juni 1998
Studiengang: Psychologie/Philosophie

Universität Regensburg
Von Mai 2002 bis August 2005
Stipendiatin des Graduiertenkollegs
der Deutschen Forschungsgemeinschaft: „Kulturen der Lüge“
Lehrstuhl Psychologie VI/ Prof. Dr. Helmut Lukesch
Dissertationsarbeit: Selbstdarstellung von politischen Akteuren
in medialen Wahlkampfauftritten

Beruflicher Werdegang

Universität Regensburg
Von Oktober 2006 bis November 2012
Studiengang: Humanmedizin
Abschluss: Ärztin

Tätigkeit als Assistenzärztin
Kreisklinik Wörth a. Donau: Innere Medizin/Chirurgie
Von Januar 2013 bis September 2015

Tätigkeit als Weiterbildungsassistentin
Allgemeinarztpraxis Dres. med. Arzberger, Sünching
Von Oktober 2015 bis Februar 2017
Allgemeinarztpraxis Dres. med. Hülsmann, Regensburg
Seit März 2017