

DMW

Deutsche
Medizinische Wochenschrift

www.thieme.de/dmw

► **Sonderdruck**

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages

► **Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende** Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland

End-of-life practices of physicians in Germany. Results from a
cross-sectional survey

J. Schildmann, B. Dahmen, J. Vollmann

Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende

Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland

End-of-life practices of physicians in Germany.
Results from a cross-sectional survey

Autoren

J. Schildmann^{1,2} B. Dahmen^{1,2} J. Vollmann¹

Institut

¹ Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

² NRW-Nachwuchsforscherguppe „Medizinethik am Lebensende: Norm und Empirie“

Arztrecht, Palliativmedizin

Schlüsselwörter

- 🔍 Entscheidungen am Lebensende
- 🔍 klinische Medizinethik
- 🔍 ärztlich assistierte Selbsttötung

Keywords

- 🔍 end-of-life decisions
- 🔍 clinical ethics
- 🔍 physician assisted suicide

Zusammenfassung

Hintergrund: Ethische Fragen am Lebensende stehen im Mittelpunkt wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Diskussionen. Bislang liegen wenige empirische Daten zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende von Ärzten in Deutschland vor.

Methoden: Querschnittsuntersuchung unter zufällig ausgewählten Ärzten in Deutschland unter Verwendung des Fragebogens des EURELD-Konsortiums und ergänzenden Fragen zur Erfahrung mit und Einstellung gegenüber der ärztlich assistierten Selbsttötung.

Ergebnisse: 734 Ärzte aus fünf Landesärztekammern beantworteten den Fragebogen (Rücklaufquote 36,9%). 403 Ärzte berichteten über die Handlungspraxis am Lebensende bei erwachsenen Patienten. Eine Symptomlinderung erfolgte in 86,7% dieser Fälle, bei 50,7% wurde auf medi-

zinische Maßnahmen verzichtet. In 3 Fällen war der Tod die Folge eines Medikaments, welches von den Befragten zur Verfügung gestellt oder verabreicht wurde. 20,7% der Befragten waren um ärztliche assistierte Selbsttötung gebeten worden. 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 der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung wurde von 33,7% abgelehnt, 25,0% befürworteten ein solches Verbot und 41,4% waren unentschieden.

Folgerung: Ärzte in Deutschland vollziehen ein breites Spektrum an Handlungen am Lebensende. Die empirischen Untersuchungsergebnisse können als Ausgangspunkt für die Reflexion über einen angemessenen normativen Rahmen für ärztliches Handeln am Lebensende dienen.

Einleitung

Ethische und rechtliche Grundlagen für ärztliches Handeln am Lebensende sind Gegenstand kontroverser wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Diskussionen. Unter Berücksichtigung deskriptiver Merkmale lassen sich die Symptomlinderung, die Begrenzung medizinischer Maßnahmen (Verzicht oder Abbruch), die Tötung (auf Verlangen) sowie die ärztliche Assistenz zur Selbsttötung als Handlungstypen abgrenzen, die von Ärzten in der letzten Lebensphase vollzogen werden.

Die Symptomlinderung ist in Deutschland auch dann zulässig, wenn als Folge möglicherweise das Leben verkürzt wird, sofern dies in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen erfolgt. Medizinische Maßnahmen müssen begrenzt werden, wenn Patienten dies wünschen. Die Tötung eines selbstbestimmungsfähigen Patienten ist

auch verboten, wenn dieser den Wunsch ausdrücklich und ernstlich äußert (§216 StGB). Die Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung ist kein Gegenstand des deutschen Strafgesetzbuchs. In Bezug auf die ärztliche Assistenz zur Selbsttötung besteht eine „gewisse Rechtsunsicherheit“ ([7], S.278). Einerseits wird in der sogenannten „Wittig“-Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 1984 auf eine mögliche Strafbarkeit des Arztes wegen unterlassener Hilfeleistung nach Eintritt der Bewusstlosigkeit nach einem Selbsttötungsversuch hingewiesen. Andererseits wird diese Möglichkeit sowohl in einem späteren Urteil des Oberlandesgerichts München (1986) als auch in der rechtswissenschaftlichen Literatur verneint unter Verweis auf die Grenzen der ärztlichen Garantenpflicht angesichts einer selbstbestimmten Entscheidung des Sterbewilligen sowie Wertungswidersprüchen

eingereicht 09.07.2014

akzeptiert 09.10.2014

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0034-1387410
Online Publikation: 30.11.2014
Dtsch Med Wochenschr ·
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Korrespondenz

PD Dr. med. Jan Schildmann, M.A.
Institut für Medizinische Ethik
und Geschichte der Medizin
Ruhr-Universität Bochum
Malakowturm – Markstr. 258a
44799 Bochum
Tel. 0234/32-28654
Fax 0234/32-14205
eMail jan.schildmann@rub.de



Abb. 1 Antwortverhalten der Landesärztekammern auf Anfrage zur Kooperation. Blau = Landesärztekammern, die im Rahmen der Kooperation eine Zufallsstichprobe gezogen haben. Gelb = Landesärztekammern, die die Ziehung einer Zufallsstichprobe abgelehnt haben. Die Ärztekammer Hamburg zog ihre ursprüngliche Zustimmung (Schreiben vom 14.6.2012) wegen Bedenken „gegen diese Form der Fragestellungen“ zurück (Schreiben vom 8.8.2012). Grau = Landesärztekammern, die auf zwei schriftliche Anfragen zur Kooperation nicht geantwortet haben.

mit Blick auf das Recht des Patienten, lebensrettende Maßnahmen ablehnen zu können [7, 14, 17].

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ist die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung „keine ärztliche Aufgabe“ [2]. Auf dem Deutschen Ärztetag 2011 wurde ein Verbot der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung in die Musterberufsordnung aufgenommen. Übernommen wurde der entsprechende Passus der Musterberufsordnung von den Landesärztekammern Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland, Sachsen und Thüringen. Dagegen haben die Landesärztekammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe das strikte Verbot der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung aus der Musterberufsordnung nicht in ihren Berufsordnungen umgesetzt (aktualisiert auf der Grundlage einer Übersicht in [7]).

Im Unterschied zu Umfragen, in denen Einstellungen von in Deutschland tätigen Ärzten gegenüber unterschiedlichen Handlungen am Lebensende untersucht wurden [3, 10], liegen nur wenige empirische Untersuchungen zur ärztlichen Handlungspraxis vor. Eine von unserer Arbeitsgruppe 2009 durchgeführte Umfrage zur Handlungspraxis am Lebensende beschränkte sich auf ärztliche Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativ-

medizin [13]. Weitere in Deutschland durchgeführte Umfragen zur ärztlichen Handlungspraxis [4, 20] liegen, auch im Vergleich zu den im Ausland durchgeführten Studien [5, 9, 11, 15, 16], zeitlich weit zurück. Eine 2005 veröffentlichte Umfrage zur Handlungspraxis von Allgemeinmedizinern in Deutschland ist aufgrund der verwendeten Methodik schwer zu interpretieren [8].

Angesichts des Mangels an aktuellen, methodisch robusten Daten zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende in Deutschland und der Bedeutung solcher empirischen Informationen für die wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussion über Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin haben die Autoren eine Querschnittsumfrage mit einem international etablierten Erhebungsinstrument durchgeführt. In diesem Beitrag werden Ergebnisse zur Handlungspraxis sowie zur Einstellung gegenüber der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung von zufällig ausgewählten Ärzten in Deutschland vorgestellt. Die erhobenen Daten werden unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Diskussion über einen angemessenen normativen Rahmen für ärztliches Handeln am Lebensende diskutiert. Darüber hinaus werden strukturelle und forschungspraktische Herausforderungen bei der Durchführung des Forschungsvorhabens benannt.

Methoden



Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument wurde eine geringfügig modifizierte Version des Fragebogens des EURELD (European End-of-Life Decisions)-Konsortiums verwendet [16]. Der Fragebogen (kann beim Erstautor angefordert werden) wurde im Rahmen eines Pre-Tests ausgewählten Ärzten zur Beantwortung und Kommentierung vorgelegt. Im Anschluss wurden kleinere Veränderungen bezüglich Sprache und Layout vorgenommen. Alle Fragen zur Handlungspraxis beziehen sich auf den letzten, innerhalb der vergangenen 12 Monate, verstorbenen Patienten [15].

Stichprobenziehung, Datenerhebung und Auswertung

Auf der Grundlage einer Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe und in Zusammenarbeit mit einem Institut für Sozialforschung (TNS Emnid) wurde ein Konzept für die Stichprobenziehung und Datenerhebung unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Anonymität erstellt. Ärzte aus Fachgebieten, in denen keine sterbenden Patienten betreut werden (z.B. Anatomie, Pathologie), sowie Vertreter der Kinderheilkunde wurden von der Stichprobenziehung ausgeschlossen, soweit dies mit Hilfe der Datenbanken möglich war. Die Versendung und der Empfang der Fragebögen erfolgten über die kooperierenden Landesärztekammern bzw. TNS Emnid. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum zustimmend bewertet (AZ 4196–11).

Die Umfrage wurde unter Ärzten einer Zufallsstichprobe aus fünf Landesärztekammern durchgeführt. Neben der Landesärztekammer Westfalen-Lippe stimmten nach schriftlichen Anfragen im Mai und Juli 2012 bei allen Landesärztekammern die Landesärztekammern Nordrhein, Saarland, Sachsen und Thüringen einer Zusammenarbeit bei der Stichprobenziehung zu. Sechs Landesärztekammern lehnten eine Kooperation ab, wobei als Gründe Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes sowie Inhalt und Me-

Tab.1 Fachgebiete bzw. klinische Arbeitsschwerpunkte entsprechend der Angaben der Befragten.

Fachrichtung	N	%
Innere Medizin	147	22,9
Chirurgie	111	17,3
Allgemeinmedizin	89	13,9
Anästhesie	78	12,2
Neurologie/Psychiatrie/Nervenheilkunde	72	11,2
Gynäkologie	44	6,8
Urologie	21	3,2
HNO	17	2,6
Dermatologie	12	1,9
Nuklearmedizin	7	1,1
Notfallmedizin	4	0,6
Palliativmedizin	2	0,3
Andere*	37	6,0
Gesamt	641	100

*Diese Kategorie umfasst Fachgebiete/Arbeitsschwerpunkte, die vor Durchführung der Umfrage ausgeschlossen wurden (siehe Methoden). Aufgrund technischer Limitationen erhielten einige Ärztinnen und Ärzte aus diesen Bereichen dennoch einen Fragebogen.

thode der geplanten Studie angegeben wurden. Sechs weitere Landesärztekammern antworteten nicht auf die beiden schriftlichen Anfragen der Autoren. ► **Abb.1** gibt eine Übersicht des Antwortverhaltens der angefragten Landesärztekammern.

Die Gesamtstichprobe wurde entsprechend der Mitgliederzahl der kooperierenden Landesärztekammern aufgeteilt. Die Versendung des Fragebogens erfolgte in der 2. Kalenderwoche 2013, in der 4. Kalenderwoche 2013 wurde ein Erinnerungsschreiben mit einer Kopie des Fragebogens an alle ausgewählten Ärzte versandt. Die deskriptive und statistische Analyse wurde mit SPSS Version 22.0 für Windows durchgeführt. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Stichprobe der jeweils gültigen Antworten. Der Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die Einstellung der Befragten gegenüber einer „Unterstützung zur Selbsttötung“ bzw. die „Einstellung zum berufsrechtlichen Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung“ wurde mithilfe von logistischen Regressionsanalysen untersucht.

Ergebnisse

Es wurden 2003 Fragebögen versandt, wovon 15 aufgrund fehlerhafter bzw. unbekannter Adressen nicht zugestellt werden konnten. 734 ausgefüllte Fragebögen wurden ausgewertet (Rücklaufquote 36,9%). 296 Studienteilnehmende (40,3%) gaben an, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate keinen sterbenden Patienten behandelt hatten. Diese Ärzte beantworteten entsprechend der Anleitung im Fragebogen ausschließlich Fragen zu Erfahrungen mit und Einstellung gegenüber der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung sowie zur Demografie. 367 der Studienteilnehmenden waren Frauen (50,1%), 365 Männer (49,9%). 22,9% nannten die Innere Medizin als Fachgebiet, 17,3% die Chirurgie und 13,9% die Allgemeinmedizin (► **Tab.1**).

Tab.2 Angaben zu Alter und Religionszugehörigkeit der befragten Ärzte.

	N	%
Alter		
< 36 Jahre	133	18,2
36–45 Jahre	165	22,6
46–55 Jahre	246	33,7
56–65 Jahre	153	21
> 65 Jahre	32	4,4
Religionszugehörigkeit		
Evangelisch	249	34,1
Katholisch	254	34,7
Islamisch	13	1,8
Andere	28	3,8
Keine	187	25,6

Tab.3 Angaben zu Alter, Todesursache* und Sterbeort der Patienten > 18 Jahre.

	N	%
Alter		
< 60	69	17,2
61–70	61	15,2
71–80	126	31,3
81–90	128	31,8
> 90	19	4,7
Todesursache*		
Herz-Kreislauf-Krankheit	105	26,1
Krebserkrankung	182	45,2
Erkrankung der Atmungsorgane	33	8,2
Erkrankung des Nervensystems	40	9,9
Sonstige	64	15,9
Sterbeort		
Zu Hause	115	28,5
Alters-, Kranken-, Pflegeheim	37	9,2
Krankenhaus	231	57,3
Sonstiger Ort	19	4,7

*Entsprechend den Angaben der befragten Ärzte, Mehrfachantworten möglich

80,1% der Ärzte gaben an als Facharzt tätig zu sein, 64,8% aller Antwortenden waren im stationären Behandlungssetting tätig. ► **Tab.2** fasst Ergebnisse zu Alter und Religionszugehörigkeit der befragten Ärzte zusammen.

Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende

Sofern nicht gesondert beschrieben, bezieht sich die im Folgenden dargestellte Auswertung der Daten zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende auf die Gruppe der verstorbenen Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (N=403; in 5 weiteren Fällen wurde das Alter des Patienten mit < 18 Jahren angegeben). In 55,9% dieser Fälle wurden die Patienten von den befragten Ärzten bis zum Tod betreut. 46,1% der Patienten waren weiblich, 53,9% männlich. In 13,0% trat der Tod unerwartet und plötzlich ein. Als Todesursache wurde in 45,2% eine Krebserkrankung angegeben. ► **Tab.3** fasst die Angaben zu Alter der Patienten, Sterbeort und Todesursachen zusammen.

Tab.4 Häufigkeiten von Handlungen am Lebensende bei Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (Mehrfachnennung möglich).

	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 eine Behandlung	174	50,7
Verzicht auf eine Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung	115	33,1
Verzicht auf eine Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	69	19,9
Abbruch einer Behandlung	144	42,4
Abbruch einer Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung	80	23,5
Abbruch auf eine Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	51	15,0
Tötung*	2	0,6%
Ärztlich assistierte Selbsttötung	1	0,3%

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

86,7% der Studienteilnehmenden gaben an, dass vor dem Tod die medikamentöse Schmerz- und/oder Symptomlinderung intensiviert wurde, bei 50,7% der Patienten wurde auf eine Behandlung verzichtet und in 42,4% der Fälle wurde eine Behandlung abgebrochen.

Nach Angaben von 35,5% der Befragten führte die medikamentöse Schmerz- und/oder Symptomlinderung „wahrscheinlich oder sicher“ zur Beschleunigung des Todeseintritts. Bei Verzicht auf bzw. Abbruch einer Behandlung wurde dies in 33,1% bzw. 23,5% für wahrscheinlich gehalten. 19,9% der Ärzte berichteten, dass der Verzicht auf eine Behandlung mit der Intention der Lebenszeitverkürzung erfolgte, und in 15,0% der Fälle war dies beim Abbruch einer Behandlung beabsichtigt. Bei 9,2% der Patienten erfolgte die Intensivierung von Symptom- und/oder Schmerzlinderung mit der Absicht den Todeseintritt zu beschleunigen. In zwei Fällen verabreichte der befragte Arzt ein Medikament mit der ausdrücklich beabsichtigten Folge des Todeseintritts. In diesen beiden Fällen berichteten die Ärzte, dass der Patient früher einen entsprechenden Wunsch geäußert hätte. In einem weiteren Fall war der Tod eines erwachsenen Patienten die Folge eines Medikaments, welches von dem Befragten zur Verfügung gestellt wurde (ärztlich assistierte Selbsttötung). Ergänzend zu den ausgewerteten Daten von Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren, wurde eine Tötungshandlung bei einem Patienten im Alter von 16 Jahren beschrieben. Auch in diesem Fall gab der Arzt an, dass der Patient früher einen entsprechenden Wunsch geäußert hatte, wobei der Patient von dem befragten Arzt zum Zeitpunkt dieses Gesprächs nicht als „vollumfänglich fähig“ erachtet wurde, „seine Situation richtig zu beurteilen und adäquat eine Entscheidung darüber zu treffen“ (Zitate entsprechend Wortlaut der Formulierung im Fragebogen). **Tab.4** fasst die verschiedenen Arten von Handlungen am Lebensende und ihre jeweiligen Häufigkeiten zusammen.

Tab.5 Logistische Regressionsanalyse hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren für die Befürwortung bzw. Ablehnung der ärztlich assistierten Selbsttötung (ÄAS).

	p-Wert	Odds-Ratio [Konfidenzintervall]
Ärzte, die bereits um ÄAS gebeten wurden, waren signifikant häufiger zur ÄAS bereit	0,001	2,476 [1,457;4,209]
Ärzte, die einer der Konfessionen katholisch, evangelisch oder islamisch zugehörten, waren signifikant seltener zur ÄAS bereit	0,000	0,393 [0,246;0,629]
In Bezug auf die Zustimmung bzw. Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes der ÄAS war die persönliche Bereitschaft der Befragten zur ÄAS signifikant mit einer Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes assoziiert	0,000	25,863 [12,193;54,859]

Erfahrungen mit und Einstellung gegenüber ärztlich assistierter Selbsttötung

Alle 734 Studienteilnehmenden, unabhängig davon, ob sie in den vergangenen 12 Monaten einen verstorbenen Patienten betreut hatten oder nicht, wurden zu ihren Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der ärztlich assistierten Selbsttötung befragt. 20,7% der Befragten waren bereits von Patienten um ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung gebeten worden. 41,7% können sich dies auf keinen Fall vorstellen, 40,2% unter bestimmten Bedingungen, 18% waren unentschieden. Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung wurde von 33,7% abgelehnt, 25% befürworteten ein solches Verbot und 41,4% waren unentschieden. Die logistische Regressionsanalyse hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren für die Befürwortung bzw. Ablehnung zeigt, dass Ärzte, die bereits um Assistenz zur Selbsttötung gebeten wurden, signifikant häufiger dazu bereit waren ($p=0,001$; Odds ratio [OR] =2,476; Konfidenzintervall für OR [1,457;4,209]). Dagegen waren Ärzte, die einer der Konfessionen katholisch, evangelisch oder islamisch zugehörten, signifikant seltener dazu bereit ($p=0,000$; OR=0,393; Konfidenzintervall für OR [0,246;0,629]). Alter, Geschlecht, stationäre oder ambulante Tätigkeit sowie die Tatsache, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten einen sterbenden Patienten betreut hatten oder nicht, waren nicht signifikant mit der Bereitschaft zur ärztlich assistierten Selbsttötung assoziiert. In Bezug auf die Zustimmung bzw. Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes war die persönliche Bereitschaft der Befragten signifikant mit einer Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes assoziiert ($p=0,000$; OR 25,863; Konfidenzintervall für OR [12,193;54,859]).

Diskussion

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde nach Kenntnis der Autoren erstmals die Handlungspraxis am Lebensende in einer Zufallsstichprobe von Ärzten in Deutschland mit Hilfe des etablierten Fragebogens des EURELD-Konsortiums [16] untersucht. Bei der Interpretation der Daten muss beachtet werden, dass aufgrund der Rücklaufquote von 36,9% und der Kooperation von nur fünf aller angefragten Landesärztekammern die Ergebnisse nicht repräsentativ für alle in Deutschland tätigen Ärzte sind.

Ein Beleg für die fehlende Repräsentativität der Daten ist die Abweichung bei den Todesursachen, bei denen in dieser Umfrage als häufigste Ursache Krebs und nicht Herz-Kreislauf-Erkrankungen angegeben werden. Allerdings sind die erhobenen Daten nach Einschätzung der Autoren aufgrund des bestehenden Mangels an belastbaren Informationen zur Handlungspraxis am Lebensende in Deutschland und deren Bedeutung für eine empirisch fundierte wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussion relevant. Im Folgenden werden die Studienergebnisse unter besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für ethische Aspekte ärztlichen Handelns am Lebensende analysiert.

Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende

Die erhobenen Daten bestätigen Untersuchungsergebnisse aus anderen Ländern, wonach die letzte Lebensphase maßgeblich durch ärztliches Handeln beeinflusst wird. Dies gilt insbesondere für die häufig durchgeführte medikamentöse Schmerz- und/oder Symptomlinderung und die Begrenzung von Behandlungen [5, 9, 11, 15, 16].

Bei zwei erwachsenen und einem 16-jährigen Patienten wird der Todeseintritt als ausdrücklich beabsichtigte Folge einer durch den Arzt verabreichten Substanz beschrieben. Hinzu kommt ein weiterer Fall von ärztlich assistierter Selbsttötung bei einem erwachsenen Patienten. Entsprechend der von Onwuteka-Philipsen et al. (2012) veröffentlichten Daten aus einer repräsentativen Umfrage in den Niederlanden starben 2,8% der Patienten durch Tötung auf Verlangen und 0,1% durch ärztlich assistierte Selbsttötung [11]. Die Daten unserer Studie belegen, dass die Beschleunigung des Todeseintritts häufig in Zusammenhang mit dem Verzicht bzw. Abbruch von Behandlungen beabsichtigt wird. Aus medizinethischer Perspektive ist hierbei relevant, dass nach der „ausdrücklichen Absicht“ des Arztes gefragt wurde. Die mit den Intentionen des Arztes in Zusammenhang stehenden Werturteile wurden in mehreren Studien zur Entscheidungsfindung untersucht [1, 12]. Werturteile, die einer von ärztlicher Seite intendierten Lebenszeitverkürzung zugrunde liegen, sollten gegenüber dem Patienten transparent gemacht werden, um die Kommunikation über Werthaltungen und Präferenzen zu ermöglichen.

Erfahrungen mit und Einstellung gegenüber ärztlich assistierter Selbsttötung

Angesichts des 2011 in die Musterberufsordnung aufgenommenen Verbots der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung und der aktuellen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussion, wurde der Fragebogen um drei Fragen zu diesem Themenkomplex erweitert. Die Studiendaten zeigen einerseits, dass der Anteil der Ärzte, die von Patienten um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten wurden (20,7%), geringer ist, als dies in der von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebenen und vom Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführten Untersuchung 2010 ermittelt wurde (34%) [3]. Andererseits war der Anteil von 41,7% der Befragten, die sich auf keinen Fall vorstellen können ärztliche Assistenz zur Selbsttötung zu leisten, deutlich geringer als in der genannten Umfrage (61%). Nur eine Minderheit der von uns befragten Ärzte (25%) befürwortet ein berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung, wie es derzeit in der Musterberufsordnung formuliert ist.

In der ethischen Debatte wird die ärztliche Assistenz zur Selbsttötung kontrovers beurteilt, wobei die Vertreter unterschiedlicher Positionen jeweils gute Gründe anführen können [14, 17]. Die im Rahmen unserer Untersuchung erhobenen Daten zu den Einstellungen der Befragten machen deutlich, dass auch innerhalb der Ärzteschaft in Deutschland unterschiedliche Positionen vertreten werden. Bei einer rechtlichen Regulierung der Handlungspraxis am Lebensende müssen empirische Daten und ethische Argumente berücksichtigt werden. Für die aktuelle politische Debatte über eine neue gesetzliche Regelung der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung in Deutschland, z.B. durch Änderung des Strafrechts, folgt daraus, dass der empirisch nachgewiesene Wertepluralismus zur ärztlich assistierten Selbsttötung innerhalb der Ärzteschaft berücksichtigt werden sollte [18, 19].

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen zunächst die bekannten Limitationen schriftlicher Umfragen – wie die Selektion der Antwortenden, Verzerrungen bei der Erinnerung oder auch sozial erwünschte Antworten – berücksichtigt werden. Der Vergleich mit demografischen Daten der Bundesärztekammer aus 2013 (www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13Abb-Tab.pdf) zeigt unter anderem, dass unter den Antwortenden vergleichsweise mehr Ärztinnen und mehr stationär tätige Ärzte zu finden sind. Als ein Grund für den geringen Rücklauf muss die hohe Arbeitsbelastung der Zielgruppe bedacht werden. Ein weiterer Selektionsbias ist in der Stichprobe der kooperierenden Landesärztekammern begründet. Trotz zweifacher Kooperationsanfragen in Verbindung mit ausführlichen Informationen zu Zielsetzung und der international erprobten Methodik sowie einem in Abstimmung mit einem renommierten Institut für Sozialforschung sorgfältig entwickelten Konzept zur Wahrung der Anonymität der Befragten, waren lediglich fünf Landesärztekammern bereit, im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation eine Zufallsstichprobe für die Untersuchung zu ziehen. Aus diesem Grund konnte leider die angestrebte bundesweite Untersuchung nicht durchgeführt werden. Dies zeigt die strukturellen und forschungspraktischen Hindernisse, die bei der Durchführung eines Forschungsvorhabens zu einem ethisch innerhalb der Ärzteschaft kontrovers bewerteten Themas zu überwinden sind. 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 muss [6].

Stärken der Studie

Den oben genannten Einschränkungen stehen Stärken der Studie gegenüber: Nach unserer Kenntnis ist dies die erste wissenschaftliche Studie, die mithilfe des etablierten und international erprobten Fragebogens des EURELD-Konsortiums die ärztliche Handlungspraxis am Lebensende bei einer Zufallsstichprobe von Ärzten aus verschiedenen Landesärztekammern in Deutschland untersucht hat. Mithilfe des multidisziplinär entwickelten Fragebogens konnten Daten erhoben werden, die sowohl aus medizinischer, als auch aus ethischer und rechtlicher Perspektive von Interesse sind. Schließlich liegt die Datenerhebung in einem Zeitraum berufsrechtlicher Veränderungen bezüglich der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung. Aus diesem Grund können diesbezüglich relevante Studiendaten einen Beitrag zur aktuellen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussionen leisten.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die an der Studie teilnehmenden Ärzte aus Deutschland vollziehen ein breites Spektrum an Handlungen am Lebensende. Die Symptomlinderung (86,7%) und der Verzicht auf medizinische Maßnahmen (50,7%) sind die am häufigsten durchgeführten Handlungen am Lebensende.
- ▶ In drei Fällen war der Tod die Folge eines Medikaments, welches von den Befragten zur Verfügung gestellt oder verabreicht wurde.
- ▶ Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung wird von 33,7% der Studienteilnehmer abgelehnt, 25% befürworten ein solches Verbot und 41,4% sind unentschieden.
- ▶ Ärzte, die bereits um Assistenz zur Selbsttötung gebeten wurden, waren signifikant häufiger bereit, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten.

Anmerkung: Im vorliegenden Beitrag wird aus Gründen der gebotenen Kürze und Lesbarkeit zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen die männliche Form verwendet.

Danksagung: Wir möchten allen Studienteilnehmern für die Kooperation danken. Wir danken der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die konstruktive Zusammenarbeit im Rahmen der Vorbereitung der Studie. Weiterhin danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Ärztekammern für die Zusammenarbeit bei der Stichprobenziehung. TNS Emnid Politik- und Sozialforschung (Torsten Schneider-Haase und Mitarbeiter) waren an verschiedenen Arbeitsschritten der Vorbereitung, Durchführung und deskriptiven Datenanalyse beteiligt. Das Forschungsprojekt wurde durch Mittel der NRW-Nachwuchsforschergruppe „Medizinethik am Lebensende: Norm und Empirie“ (Förderkennzeichen: 334–5) unterstützt.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanzielle Verbindung mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Beitrag eine Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Abstract

End-of-life practices of physicians in Germany. Results from a cross-sectional survey

Background: Ethical questions at the end of life are at the centre of scientific and public debates. Up to the present there is scarcity of empirical data regarding physicians' end-of-life practices in Germany.

Methods: Cross-sectional study among a random sample of German physicians by means of the questionnaire of the EURELD Consortium with additional questions on experiences and attitudes regarding physician assisted suicide.

Results: 734 physicians from five state chambers of physicians responded (response rate 36.9%). 403 physicians reported about end-of-life practices regarding adult patients. Alleviation of symptoms took place in 86.7% of cases and in 50.7% medical treatment had been withheld. In three cases death was the consequence of a drug which was provided or administered by respondents. 20.7% of respondents had been requested to perform

physician-assisted suicide (PAS). 41.7% of participants could not imagine participating in PAS, whereas 40.2% could imagine this under certain circumstances. A prohibition of PAS by professional law was rejected by 33.7%, 25.0% support such a ban and 41.4% were undecided.

Conclusion: Physicians in Germany perform a broad spectrum of end-of-life practices. The empirical findings can serve as a starting point for the reflection about an appropriate normative framework for physicians' end-of-life practices.

Literatur

- 1 *Buiting HM, Rurup ML, Wijsbek H et al.* Understanding the provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: qualitative interview study. *BMJ* 2011; 342: d1933
- 2 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: A346–348
- 3 Bundesärztekammer. Ärztliche begleiteter Selbsttötung und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft 2010. <http://www.bundes-aerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe.pdf> (Zugriff am 6 Oktober 2014)
- 4 *Dornberg M.* Angefragt: Sterbehilfe. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte. Ergebnisse einer Befragung und medizinethische Bewertung. Frankfurt a. M., Peter Lang 1997
- 5 *Emanuel EJ.* Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. *Arch Intern Med* 2002; 162: 142–152
- 6 *Hagelin J, Nilstun T, Hau J et al.* Surveys on attitudes towards legislation of euthanasia: importance of question phrasing. *J Med Ethics* 2004; 30: 521–523
- 7 *Koranyi J, Verrel T.* Die straf- und standesrechtliche Bewertung ärztlicher Selbsttötungsbefehle. Anmerkungen anlässlich der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in der Sache Gross gegen die Schweiz vom 14.05.2013. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2013; 7: 273–281
- 8 *Maitra RT, Harfst A, Bjerre LM et al.* Do German general practitioners support euthanasia? Results of a nation-wide questionnaire survey. *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 94–100
- 9 *Mitchell K, Owens G.* National survey of medical decisions at end of life made by New Zealand general practitioners. *BMJ* 2003; 327: 202–203
- 10 *Müller-Busch HC, Klaschik E, Oduncu F et al.* Euthanasie bei unerträglichem Leid? Ergebnisse und Erkenntnisse der DGP-Mitgliederbefragung im Mai 2002. *Z Pallmed* 2003; 3: 75–84
- 11 *Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C et al.* Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 380: 908–915
- 12 *Schildmann J, Tan J, Salloch S et al.* "Well, I think there is great variation...": a qualitative study of oncologists' experiences and views regarding medical criteria and other factors relevant to treatment decisions in advanced cancer. *Oncologist* 2013; 18: 90–96
- 13 *Schildmann J, Hötzel J, Müller-Busch C et al.* End-of-life practices in palliative care: a cross sectional survey of physician members of the German Society for Palliative Medicine. *Palliat Med* 2010; 24: 820–827
- 14 *Schildmann J, Vollmann J.* Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte. *Dtsch med Wochenschr* 2006; 131: 1405–1408
- 15 *Seale C.* National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliat Med* 2006; 20: 3–10
- 16 *van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al.* EURELD consortium. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362: 345–350
- 17 *Vollmann J.* Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbsttötung. Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte. In: *tenHave H* ed. *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden.* Medizin und Philosophie, Bd. 5. Stuttgart-Bad Cannstatt, Frommann Holzboog 2000; 31–70
- 18 *Vollmann J.* Auf dem letzten Weg. Warum es nicht inhuman ist, wenn sich todkranke Menschen von Ärzten beim Sterben helfen lassen. (Außenansicht). *Süddeutsche Zeitung* 2011; 67: 266 2
- 19 *Vollmann J, Henking T, Gather J.* Sterbehilfe: Den Wertpluralismus anerkennen. *Dtsch Arztebl* 2014; 111: A–314
- 20 *Wehkamp KH.* Sterben und Töten. Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie. Dortmund, Humanitas Verlag 1998