

Band 7

Ärztlich assistierte Selbsttötung

**Umfrage zur ärztlichen Versorgung von Krebspatienten.
Ethische Überlegungen und Stellungnahme.**

Ärztlich assistierte Selbsttötung

**Umfrage zur ärztlichen Versorgung von Krebspatienten.
Ethische Überlegungen und Stellungnahme.**

Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO
Band 7

Ärztlich assistierte Selbsttötung
Umfrage zur ärztlichen Versorgung von Krebspatienten.
Ethische Überlegungen und Stellungnahme.

Stand: Juni 2015
ISBN 978-3-9816354-7-8

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Mathias Freund
Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Prof. Dr. med. Martin Wilhelm

Vorstand der DGHO Deutsche Gesellschaft
für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V.
Alexanderplatz 1
10178 Berlin
www.dgho.de
info@dgho.de

Autorinnen/Autor:

Priv.-Doz. Dr. med. Jan Schildmann M. A., Bochum
Kristin Wunsch, DGHO e. V., Berlin
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler, Heidelberg

Titelgestaltung und Satz: unicom Werbeagentur GmbH, Berlin
Druck: Buch- und Offsetdruckerei H. HEENEMANN GmbH & Co. KG

Stellungnahme des Vorstands der DGHO zur Sterbehilfe-Debatte:

**Die Hilfe für Patienten und Ärzte in den Mittelpunkt stellen!
Die ärztlich assistierte Selbsttötung ist kein Fall für Straf- und Berufsrecht!**

In der Politik und in den Medien wird eine intensive Debatte über die Sterbehilfe geführt. Nicht immer hat sie angesichts der schwierigen Fragen die notwendige Differenziertheit. Die Hintergründe dafür sind vielfältig. Die Situationen, in denen sich die Frage der Sterbehilfe stellt, sind kompliziert und schwer zu verstehen. Sie stellen sich von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich und je nach Lebenslage, Lebenssicht und Krankheit anders dar.

Beachtet werden muss auch, dass die Debatte um die Sterbehilfe vorwiegend von Menschen geführt wird, die nicht erkrankt sind. Dabei kann Angst vor einer Krebserkrankung zu dem Wunsch führen, dass, wenn dieses Unglück eintritt, es doch rasch zu Ende sein soll. Verdrängung ist jedoch kein guter Ratgeber. Die Sicht des Patienten erfolgt aus einem anderen Blickwinkel. Aber die Stimme der Betroffenen in der Debatte ist naturgemäß schwach.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) vertritt mehr als 3.000 Ärzte und Wissenschaftler, die sich mit der Erforschung, Diagnose und Behandlung von Leukämie und Krebs befassen. Obwohl große Fortschritte erzielt wurden, sind diese Erkrankungen in der Öffentlichkeit der Inbegriff für zum Tode führende Leiden.

Der Vorstand der DGHO hat daher eine besondere Verantwortung in der gegenwärtigen Debatte und möchte hiermit Stellung nehmen. Diese Stellungnahme soll als Diskussionsbeitrag verstanden werden. Sie kann angesichts der Vielschichtigkeit im derzeit unter den Mitgliedern der DGHO geführten Diskurs keine repräsentative oder bindende Stellungnahme sein.

Die **passive Sterbehilfe** ist in der Öffentlichkeit, bei den Patienten und ihren Angehörigen und bei den Ärzten breit akzeptiert. Es besteht Einigkeit darüber, dass lebenserhaltende Maßnahmen wie Beatmung, Blutwäsche oder auch künstliche Ernährung im Angesicht eines baldigen Todes an einer Krebserkrankung keinen Sinn haben. Ja sie könnten das Leiden verlängern, wenn der Tod durch eine Krebserkrankung unmittelbar bevor steht. In den Medien wird immer wieder die Befürchtung geäußert, dass Krebspatienten sinnlos auf Intensivstationen behandelt werden. In der Praxis spielt dies in Deutschland glücklicherweise keine Rolle. Der Vorstand der DGHO setzt sich mit aller Kraft für eine den Wünschen der Patienten entsprechende Zielsetzung bei der Krebsbehandlung ein und unterstützt in diesem Sinne die passive Sterbehilfe.

Unter **indirekter Sterbehilfe** versteht man, dass durch die Behandlung der Symptome von Krebserkrankungen, wie zum Beispiel durch die Schmerztherapie, eine mögliche Lebensverkürzung von Patient und Arzt in Kauf genommen wird. So verstanden ist die indirekte Sterbehilfe in Deutschland in der Öffentlichkeit, bei den Patienten, ihren Angehörigen und den Ärzten ebenfalls breit akzeptiert. Der Vorstand der DGHO unterstützt in diesem Sinne voll und ganz die indirekte Sterbehilfe. In der Praxis ist das Risiko einer so herbeigeführten Verkürzung des Lebens sehr gering.

Die **aktive Sterbehilfe** – die Tötung auf Verlangen durch eine andere Person – wird in Deutschland sehr kritisch diskutiert, während sie in einigen anderen Ländern, wie den Niederlanden, akzeptiert ist. Eine besondere Sensibilität ist vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte geboten, und unserer Meinung nach besteht zu Recht die Befürchtung, dass ein menschenunwürdiger Sog bei einer strafrechtlichen Freigabe der aktiven Sterbehilfe entstehen könnte. Ein Sog, in dem alte und einsame Menschen oder Menschen, bei deren Behandlung viele Ressourcen der Gesellschaft und der betroffenen Familien aufgewendet werden müssen, sich entschließen könnten, ihren Lieben und der Gesellschaft nicht mehr zur Last zu fallen. Der Vorstand der DGHO lehnt die aktive Sterbehilfe mit aller Entschiedenheit ab.

Im Mittelpunkt der gegenwärtigen Debatte steht die **ärztlich assistierte Selbsttötung**. Ein wesentlicher Unterschied zur Tötung auf Verlangen liegt darin, dass sich der sterbewillige Patient selbst tötet. Der Arzt hilft, etwa durch das Rezeptieren der für die Selbsttötung erforderlichen Medikamente. Die zum Tode führende Handlung muss allerdings vom Patienten vollzogen werden.

Die Selbsttötung ist nicht strafbar und in der Konsequenz ist zur Zeit auch die Hilfe zur Selbsttötung in Deutschland nicht strafbar. Namhafte Strafrechtler betonen die Bedeutung dieser Frage und werten sie uneingeschränkt positiv (1). Vor allem durch die Aktivität von Sterbehilfevereinen angetrieben wird darüber diskutiert, ob nicht bestimmte Formen der Hilfe zur Selbsttötung oder die Hilfe zur Selbsttötung generell unter Strafe gestellt werden sollten.

In Vorbereitung der anstehenden Debatte im Bundestag sind 5 Positionspapiere veröffentlicht worden (2), (3), (4), (5), (6). Der Ethikrat hat sich mit der Frage der Sterbehilfe und der ärztlich assistierten Selbsttötung befasst (7).

Der Vorstand der DGHO hat im Februar eine Umfrage unter den Mitgliedern der DGHO zur ärztlich assistierten Selbsttötung durchgeführt, an der sich trotz kurzer Laufzeit mehr als 700 Mitglieder beteiligt haben.

Die **erste Frage** ist: Darf ein Arzt einem Patienten beistehen und helfen, der in einer Situation des extremen, ausweglosen und nicht ausreichend gelinderten Leidens seinem Leben ein Ende setzen will? Wie häufig ist diese Situation? Ethisch-moralische Konflikte sind nicht mit dem Kriterium der Quantität beurteilbar. Dennoch hat die Frage eine Bedeutung, ob eine Konfliktsituation häufig oder selten ist. Je seltener sie ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um individuell ausgeprägte und bestimmte Situationen handelt, die sich einer Schematisierung weitgehend entziehen.

Vor diesem Hintergrund ist es bedeutsam, dass fast die Hälfte der in der Umfrage Befragten noch nie auf eine Hilfe zur Selbsttötung angesprochen worden sind. Bei denjenigen, die von Patienten angesprochen wurden, war dies in der überwältigenden Mehrzahl in weniger als 10 Fällen in einem ganzen Berufsleben der Fall.

Eine erste Folgerung aus der Befragung ist daher, dass es sich bei der Bitte um Hilfe zur Selbsttötung auch bei Ärzten, die auf dem Gebiet der Krebserkrankungen tätig sind, um eine seltene und sehr individuell ausgeprägte Konfliktsituation handelt. Neben grundsätzlichen ethisch-moralischen und rechtlichen Erwägungen ist dies ein zusätzlicher Hinweis, dass die Einordnung dieser Frage in einen starren Rechtsrahmen äußerst problematisch wäre.

Der **zweite Kernpunkt der Umfrage** ist, wie die ärztlich assistierte Selbsttötung unter den Mitgliedern der DGHO beurteilt wird.

In der persönlichen Bereitschaft bei der ärztlich assistierten Selbsttötung mitzuwirken, besteht bei den Mitgliedern der DGHO wie auch in der Ärzteschaft insgesamt große Uneinigkeit. Für 57% der Befragten käme es unter keinen Bedingungen in Frage, einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, indem sie ihm tödliche Medikamente zur Verfügung stellen. 34% der Befragten konnten sich dies unter bestimmten Bedingungen vorstellen, 9% waren unentschieden. Allerdings wurde in der Umfrage die ärztlich assistierte Selbsttötung unterschiedlich interpretiert und auch die reine Information über mögliche Maßnahmen als solche bezeichnet. Für die unterschiedlichen moralischen Positionen können gute ethische Argumente angeführt werden, die es zu respektieren gilt.

Vor dem Hintergrund der durchgeführten Befragung und in intensiver Auseinandersetzung mit den verschiedenen Positionen in der Debatte erfolgt die **Stellungnahme des Vorstands der DGHO zur ärztlich assistierten Selbsttötung**:

- An die erste Stelle unserer Überlegungen gehört die Hilfe für unsere Patienten. Die DGHO engagiert sich vehement für die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich. Neben den ganz auf die Palliativmedizin spezialisierten Ärzten ist eine breite Einbeziehung aller Ärzte, speziell jedoch auch der in der Hämatologie und Onkologie tätigen Ärzte notwendig. Es ist notwendig, die entsprechenden Grundlagen in Studium und Facharztweiterbildung zu legen. Die frühe Integration palliativmedizinischer Inhalte in die Versorgung unserer Patienten hat eine ganz besondere Bedeutung (8), (9). In diesem Zusammenhang muss die Geringschätzung der sprechenden Medizin, der persönlichen Interaktion von Arzt, Patient und seinen Angehörigen ein Ende gesetzt werden. Dies muss auch in der finanziellen Bewertung dieser Leistungen zum Ausdruck kommen. Die Versenkung dieser Leistungen im Topf von Pauschalen muss ein Ende haben. Eine gut ausgebaute und umfassende palliativmedizinische Versorgung und Betreuung in Hospizen wird die Situation nicht linderbaren Leidens in der Regel vermeiden lassen. Sie wird die Hoffnung auf ein menschenwürdiges Lebensende und erfüllte letzte Tagen stärken. Sie wird die Bitte um Hilfe bei der Beendigung des Lebens noch seltener machen.
- Zu wenig beachtet wird die Notwendigkeit, den Ärzten selbst im Umgang mit Extremsituationen am Lebensende ihrer Patienten zu helfen. Es ist ein stützender ethisch-moralischer Exkurs notwendig, die Diskussion mit dem Ziel einer Hilfestellung für Grenzsituationen und ihre Meisterung und Bewältigung. Der Vorstand der DGHO setzt sich auch in diesem Sinne vehement ein. Im Laufe der Jahre wurden Arbeitskreise zur Ethik, Palliativmedizin und Psychoonkologie gegründet. Sie führen einen intensiven und vom Vorstand geförderten Diskurs und bieten Fortbildungen im Rahmen der Jahrestagungen der Gesellschaft und weiteren Veranstaltungen an. Aber auch von den Ärztekammern und den öffentlichen Institutionen ist eine Intensivierung der Hilfestellungen für die Ärzte in diesem Sinne zu fordern und es ist die Zeit und die Möglichkeit zuzugestehen, diese Hilfestellungen auch zu realisieren und wahrzunehmen.
- Strafrechtlich darf die Selbsttötung nach unserem Verständnis von Menschenwürde nicht mit einem Stigma belegt werden, das durch ein wie auch immer geartetes Verbot hervorgerufen würde. Auch wenn wir uns als Ärzte mit unserem ganzen Streben für die Erhaltung des Lebens und speziell in der Krebsmedizin für die Lebensverlängerung und die Verbesserung der Lebensqualität einsetzen, darf es doch keinen verordneten Zwang zum Leben geben. Insofern ist jegliche strafrechtliche Regelung abzulehnen, die die Straffreiheit der Selbsttötung in Frage stellt. Konsequenterweise kann und darf auch die Hilfe bei der Selbsttötung nicht strafrechtlich verboten werden. Dies betrifft jedermann ebenso wie die Ärzte. Zudem würde rein pragmatisch gesehen ein Verbot der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung schwierige Abgrenzungsproblematiken zur passiven Sterbehilfe z. B. in Ausführung einer Patientenverfügung ergeben.
- Verboten werden kann aus diesem Grund auch nicht das Anbieten von organisierter Beratung zur Selbsttötung, auch wenn dieses für Ärzte, die sich für den Erhalt des Lebens einsetzen, unerträglich erscheinen mag. Der Vorstand der DGHO empfiehlt hierzu besonders die rechtsphilosophischen Betrachtungen in der Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe (1). Es wird hier auch darauf hingewiesen, dass das Strafrecht nicht hilflos ist, wenn in diesem Bereich Beihilfe zur Selbsttötung ohne Rücksicht auf die individuelle Situation und nur aus kommerziellem Interesse angeboten oder werblich propagiert würde.
- Gelegentlich wird die Befürchtung geäußert, es könnte Rechtsunsicherheit bestehen und die ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung doch unter Umständen verfolgbar sein. Solche Sorgen wurden auch im Vorfeld der Mitgliederbefragung geäußert. Der Vorstand der DGHO teilt diese Sorgen nicht und sieht sich durch die deutsche Rechtspraxis darin bestätigt. Der Wunsch nach Rechtssicherheit kann daher unserer Auffassung nach nicht als Begründung für eine rechtliche Regelung (auch nicht eine befürwortende) zur ärztlich assistierten Selbsttötung aufgeführt werden. Auch aus diesem Grund ist eine Veränderung des gegenwärtigen Rechts nicht notwendig.

- In der Gewissensfrage der Hilfe bei der Selbsttötung sind unsere Mitglieder wie auch die Ärzteschaft insgesamt gespalten und unterschiedlicher Meinung. Dies gilt es zu respektieren. Daher kann die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung keine Pflicht für Ärzte sein und kann nicht eingefordert werden. Insofern geht die Formulierung der Bundesärztekammer mit der Aussage, dass die Hilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist, in die richtige Richtung. Sie würde jedoch in unseren Augen einer Klarstellung bedürfen, da sich aus dieser Formulierung auch der Wunsch nach einem Verbot ablesen lassen könnte.

- Unserer Meinung nach verfehlt sind daher auch bindende Regelungen zur ärztlich assistierten Selbsttötung im Berufsrecht. Darüber hinaus halten wir es für ungut, wenn im Berufsrecht Regelungen getroffen werden, zu denen bereits das Strafrecht als übergeordnete Norm eindeutig Stellung bezieht. Aus diesen Gründen lehnen wir die Regelung des §16 Satz 2 und 3 der Musterberufsordnung (Stand 2011) ab, die da heißt:

*Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. **Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.***

Der Vorstand der DGHO fordert die Streichung dieser letzten zwei Sätze. Die uneinheitliche Handhabung in der Umsetzung der Musterberufsordnung in den Ländern zeigt auf praktischer Ebene die Problematik dieser Festlegung. Sie schafft die unerträgliche Situation eines in Deutschland je nach Bundesland uneinheitlichen Berufsrechts für die Ärzte.

Zusammenfassung:

Bei schwerster Erkrankung und in den Grenzbereichen des Lebens haben Gesellschaft und Wissenschaft die Verpflichtung, das Leiden wo immer möglich so zu lindern, dass Notsituationen nicht auftreten. Darüber hinaus haben Gesellschaft und Wissenschaft die Verpflichtung, Hilfe und Ertüchtigung so anzubieten und zu organisieren und zu ermöglichen, dass eine Notsituation, wenn sie denn doch auftritt, durch eine Gewissensentscheidung angemessen gemeistert werden kann.

Insgesamt ist eine Veränderung der gesetzlichen Regelungen in der Frage der Sterbehilfe in unseren Augen nicht notwendig und auch nicht wünschenswert. Bei der ärztlich assistierten Selbsttötung ist es gut, wenn der Staat in einer so individuellen und mit Not behafteten Situation Raum für Gewissensentscheidungen lässt. Wir vertrauen hier auf die Verantwortungsbereitschaft der Ärzte.

Prof. Dr. med. Mathias Freund
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Vorsitzende

Prof. Dr. med. Martin Wilhelm
Mitglied im Vorstand – Sekretär

Zitate

1. Hilgendorf E, Rosenau H. Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe. 2015. <https://idw-online.de/de/attachmentdata43853.pdf>

2. Lücking-Michel C, Brand M, Frieser M. Begleiten statt Beenden – Schutz der Würde am Ende des Lebens. 2014. http://www.kfd-bundesverband.de/fileadmin/Bilder/Projekte/Leben_bis_zuletzt/Sterbehilfe_Luecking-Michel.pdf

3. Künast R, Sitte P, Gehring K. Mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht: Gegen eine Strafbarkeit der Beihilfe beim Suizid. 2015. https://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/fraktion/Positionspapier-Sterbehilfe.pdf

4. Scharfenberg E, Terpe H. Vorschlag für eine moderate strafrechtliche Regelung der Suizidbeihilfe. 2014. http://www.gruene-bundestag.de/fraktion/fraktion-aktuell/suizidbeihilfe/vorschlag-fuer-eine-moderate-strafrechtliche-regelung-der-suizidbeihilfe_ID_4393282.html

5. Hintze P, Reimann C, Lauterbach K, Lischka B, Reiche K, Wöhrl D. Sterben in Würde – Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte. 2014. http://www.carola-reimann.de/images/2014/2014-10-16_Sterbehilfe_Positionspapier_Hintze_Reimann.pdf

6. Griesse K, Högl E. In Würde leben, in Würde sterben – Positionierung zu Sterbehilfe. 2014. http://www.cdl-rlp.de/Download/Suizidbeihilfe_Positionspapier_Griesse_Hoegl.pdf

7. Deutscher Ethikrat. Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. 2014. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf>

8. AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin and DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie. Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie. Gemeinsame Stellungnahme. 18-2-2015. http://www.dgho.de/informationen/stellungnahmen/patientenversorgung/Stellungnahme_DGP_DGHO.pdf

9. Freund M. Frühzeitige Integration – Ausgereiftes Konzept oder Work in Progress? *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2015;16:77-9.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 8

Ärztlich assistierte Selbsttötung. Ein Problemaufriss zu klinischen und ethischen Aspekten 9

- Handlungspraxis am Lebensende in der Hämatologie und medizinischen Onkologie. Begrifflichkeiten und klinisch-ethische Herausforderungen 9
- Herausforderungen (berufs-)rechtlicher Regelungen bezüglich der ärztlich assistierten Selbsttötung 10
- Literatur 11

Ärztlich assistierte Selbsttötung. Eine Umfrage zur Handlungspraxis und den Einstellungen unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) 13

- Hintergrund 13
 - Ärztliches Handeln am Lebensende. Begrifflichkeiten, (standes-)rechtliche und -ethische Grundlagen 14
 - Rechtliche und standesethische Bewertung der ärztlich assistierten Selbsttötung 16
 - Empirische Untersuchungen zur ärztlich assistierten Selbsttötung und ihr Beitrag für die aktuelle Diskussion 18
- Methoden 19
 - Fragebogen 19
 - Datenerhebung und Analyse 19
- Ergebnisse 20
 - Zusammensetzung der Befragten 20
 - Erfahrungen mit Anfragen zu ärztlich assistierter Selbsttötung und Handlungspraxis 22
 - Persönliche Einstellung und Bewertung eines berufsrechtlichen Verbotes 24
- Diskussion 25
 - Erfahrungen mit Anfragen zur ärztlich assistierten Selbsttötung und Handlungspraxis 25
 - Notwendigkeit von Fortbildungsangeboten und weiteren Unterstützungsangeboten 26
 - Persönliche Einstellungen und Bewertung standesrechtlicher Regelungen 27
 - Limitationen 28
 - Literatur 29

Anhang 31

- I FRAGEBOGEN 31
- II FREITEXTANTWORTEN 41
 - Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, eine Patientin / einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, ihr / ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die diese / dieser dann selbst einnimmt, oder käme dies für Sie auf gar keinen Fall in Frage? 41
 - Sind Sie schon einmal um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten worden? 45
 - Wie häufig wurden Sie um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung in Ihrem Berufsleben gebeten? 47
 - Wie häufig in Ihrem Berufsleben wurden Sie um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten? 49
 - In welcher Situation befand sich die Patientin / der Patient als sie / er um ärztlich assistierte Selbsttötung bat? 50
 - Haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert? Wenn ja, in welcher Form / wodurch haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert? 53
 - Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung 54
 - Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“? 56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechterverteilung.....25

Abbildung 2: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer25

Abbildung 3: Versorgungsbereich.....26

Abbildung 4: Berufsjahre onkologischer Tätigkeit.....26

Abbildung 5: Sind Sie schon einmal um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten worden?27

Abbildung 6: Anfragehäufigkeit nach ärztlicher Assistenz zur Selbsttötung28

Abbildung 7: Wie häufig in Ihrem Berufsleben wurden Sie um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten?28

Abbildung 8: Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, eine Patientin/einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, ihr/ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die diese/dieser dann selbst einnimmt?.....30

Abbildung 9: Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung 31

Ärztlich assistierte Selbsttötung. Ein Problemaufriss zu klinischen und ethischen Aspekten¹

Autorinnen/Autoren

Jan Schildmann, Bernd Alt-Epping, Birgit Christ, Oliver Christ, Frank Gieseler, Imke Strohscheer, Eva Winkler (Arbeitskreis Medizin und Ethik der DGHO)

Die medizinische Versorgung und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten ist eine wichtige ärztliche Aufgabe in der Hämatologie und medizinischen Onkologie. Dabei stellen sich neben medizinischen auch ethisch und rechtlich relevante Herausforderungen. In der politischen und gesellschaftlichen Diskussion stehen aktuell die gesetzlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen für die (ärztlich) assistierte Selbsttötung im Mittelpunkt. Diese Diskussion fokussiert auf einen sehr kleinen Ausschnitt des Spektrums ärztlichen Handelns am Lebensende. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Perspektiven derjenigen, die in der klinischen Praxis mit der Begleitung von sterbenden Patienten betraut sind, in die aktuelle Diskussion einfließen. Mit diesem Beitrag soll die gegenwärtige Debatte unter besonderer Berücksichtigung klinischer und ethischer Aspekte bei der Betreuung von an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase ergänzt werden.

Handlungspraxis am Lebensende in der Hämatologie und medizinischen Onkologie. Begrifflichkeiten und klinisch-ethische Herausforderungen

Entscheidungen in der letzten Lebensphase mit an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten werden häufig auf der Grundlage einer bereits seit längerer Zeit bestehenden Arzt-Patient-Beziehung getroffen. Gespräche über Präferenzen und Werthaltungen von Patientinnen und Patienten in Bezug auf die letzte Lebensphase bilden die Voraussetzung für eine angemessene medizinische Versorgung. Häufige Entscheidungen in der letzten Lebensphase betreffen zum einen die *Symptomlinderung* und zum anderen den möglichen *Verzicht* beziehungsweise die *Beendigung* begonnener *medizinischer Maßnahmen* (van der Heide et al. 2003; Schildmann et al. 2014). Eine fachgerechte Symptomlinderung, zum Beispiel die Behandlung von Tumorschmerzen mit Opioiden, führt nach vorliegenden Daten nicht zu einer Lebenszeitverkürzung (Sykes und Thorns 2003). Die Durchführung einer ärztlich indizierten und vom Patienten gewünschten Symptomlinderung ist allerdings auch dann rechtlich möglich, wenn im Einzelfall eine Lebenszeitverkürzung als Folge der symptomlindernden Maßnahmen zu erwarten ist (sogenannte „indirekte Sterbehilfe“²). Der Verzicht auf oder Abbruch von medizinischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase wird häufig auch als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet. Patienten können rechtlich wirksam jegliche medizinische Maßnahme ablehnen. Gleichzeitig ist die Indikationsstellung und die Diskussion über den möglichen Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen mit dem Patienten eine wichtige ärztliche Aufgabe, um Über- und Fehlversorgung in der letzten Lebensphase zu vermeiden (ASCO 2012; Institute of Medicine 1997; Winkler et al. 2011).

Einige Ärztinnen und Ärzte werden von Patientinnen und Patienten mit dem Wunsch nach Maßnahmen zur Lebenszeitverkürzung konfrontiert (Bundesärztekammer 2010). In der Praxis ist ein solcher Wunsch häufig Ausdruck von Hoffnungslosigkeit, dem Gefühl die Situation nicht mehr aushalten zu können oder anderen zur Last zu fallen. In einem Teil der Fälle kann auch eine, neben der Krebserkrankung bestehende, psychische Erkrankung oder Belastungssituationen mit einhergehender Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit Grundlage für einen Sterbewunsch bilden. Neben medizinischen und kommunikativen Kompetenzen sind Kenntnisse der recht-

¹ Dieser Beitrag wurde von Ärzten und Wissenschaftlern mit unterschiedlichen persönlichen Bewertungen der ärztlich assistierten Selbsttötungen verfasst und soll über wichtige Argumente in der aktuellen Debatte informieren. Die Erstveröffentlichung erfolgte im Mitgliederrundschreiben der DGHO 1/2015 (6. März 2015)

² Die Begriffe „aktive“ „passive“ und „indirekte Sterbehilfe“ sind aufgrund ihrer Unschärfe nicht hilfreich für die interdisziplinäre Diskussion über ärztliche Entscheidungen in der letzten Lebensphase. Sie werden allerdings noch sehr häufig verwendet, so dass wir uns entschieden haben die Begriffe in Klammern zu verwenden.

lichen und standesethischen Grundlagen für einen professionellen Umgang mit Sterbewünschen erforderlich. Die *Tötung* von Patienten ist auch bei ernstlichem und wiederholtem Verlangen von selbstbestimmungsfähigen Patienten in Deutschland gesetzlich verboten.

Die (*ärztlich*) *assistierte Selbsttötung* ist bislang kein Gegenstand der Gesetzgebung. Empirische Untersuchungen in Deutschland (Schildmann et al. 2010 und 2014) und auch in Ländern, in denen explizite Regelungen zur straf-freien Durchführung ärztlich assistierter Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen existieren (van der Heide et al. 2003; Onwuteka-Philipsen 2012), zeigen, dass diese im Vergleich zur Symptomlinderung und der Begrenzung medizinischer Maßnahmen sehr selten durchgeführt wird.

Herausforderungen (berufs-)rechtlicher Regelungen bezüglich der ärztlich assistierten Selbsttötung

Für die unterschiedlichen moralischen Auffassungen bei der Beurteilung der ärztlich assistierten Selbsttötung lassen sich jeweils unterschiedliche ethische Gründe anführen. Zur ethischen Rechtfertigung der ärztlichen Assistenz bei der Selbsttötung eines Patienten wird häufig die Forderung nach Respekt vor der Autonomie des Patienten mit dem Prinzip des Wohltuns (Benefizienz) kombiniert. Dieser Argumentation folgend, wird die Assistenz zur Selbsttötung bei selbstbestimmungsfähigen Patientinnen und Patienten mit besonders schwerwiegendem und nicht behandelbarem Leid als möglicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit gefasst. Gegner der ärztlich assistierten Selbsttötung berufen sich auf die Verpflichtung zum Schutz von Leben und verweisen auf praktische Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten und der Authentizität des Wunsches.

In Bezug auf eine berufsrechtliche oder gesetzliche Regulierung, die eine (ärztlich) assistierte Selbsttötung erlaubt beziehungsweise unter bestimmten Bedingungen straffrei belässt, wird befürchtet, dass dies das Vertrauen in die Arzt-Patient-Beziehung verringern könnte und sich Patienten unter Druck gesetzt fühlen könnten um ärztlich assistierte Selbsttötung „zu bitten“. Die Würde des Menschen beziehungsweise Vorstellungen von einem würdigen Sterben werden sowohl von Befürwortern als auch Gegnern der ärztlich assistierten Selbsttötung als Begründung für die jeweilige Position angeführt (Übersicht über ethische Argumentation u.a. in Battin et al. 1998; Keown 2002; Vollmann 2000).

Die in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bundesärztekammer 2011) geprägte Formulierung: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“, verdeutlicht, dass die ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung kein professionelles Angebot sein soll, das gleichberechtigt neben Maßnahmen der Symptomlinderung und anderen Formen der Hilfe beim Sterben steht. Gleichzeitig wird auch von vielen Gegnern der ärztlich assistierten Selbsttötung anerkannt, dass in seltenen Situationen Ärztinnen und Ärzte in einen ethischen Konflikt geraten können, wenn selbstbestimmungsfähige Patientinnen und Patienten wiederholt und ernstlich um die Assistenz bei der Selbsttötung bitten (Nauck et al. 2014).

Angesichts der schwierigen Einzelfallsituationen und auch mit Blick auf unterschiedlicher Gerichtsurteile zur ärztlich assistierten Selbsttötung (Übersicht Koranyi und Verrel 2013) wurde und wird die Forderung gestellt, durch berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einen klaren normativen Handlungsrahmen zu geben.

Die bisherigen Vorschläge zur berufsrechtlichen beziehungsweise zu gesetzlichen Regelungen werden derzeit allerdings, aus unterschiedlichen Gründen, sämtlich kontrovers bewertet. So sind Regelungsvorschläge, die unter bestimmten Bedingungen die ärztlich assistierte Selbsttötung zulassen, mit dem Problem einer normativ überzeugenden Begründung für den Ein- beziehungsweise Ausschluss von bestimmten Patientengruppen behaftet. Gleichzeitig geht der Ein- und Ausschluss von Krankheitssituationen beispielsweise aufgrund einer bestimmten Prognose auch mit klinisch-praktischen Problemen, wie beispielsweise die bekannten Unsicherheiten bei der Erstellung einer Prognose einher.

Ein generelles Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung, wie es von der Bundesärztekammer auf berufsrechtlicher Ebene gefordert wird, wird aus normativer Perspektive mit Verweis auf die unterschiedlichen, jeweils gut

begründeten, moralischen Positionen innerhalb der Ärzteschaft und persönliche Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis kritisiert (Deutscher Ethikrat 2014). Darüber hinaus zeigen die uneinheitlichen Regelungen der Landesärztekammern und die geringe Unterstützung eines generellen Verbotes faktisch ein Akzeptanzproblem eines generellen berufsrechtlichen Verbotes innerhalb der Ärzteschaft.

Bei allen Kontroversen innerhalb der Ärzteschaft besteht Übereinstimmung dahingehend, dass die Voraussetzungen für eine verbesserte professionelle und palliativmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase geschaffen werden müssen. In diesem Zusammenhang muss auch konstatiert werden, dass alltägliche und gleichzeitig dringliche ethisch relevante Fragen am Lebensende, die sich im Rahmen einer zunehmend ökonomisch geprägten Gesundheitsversorgung stellen, derzeit kaum diskutiert werden. Neben weiterem Ausbau von Strukturen und dem Abbau von bürokratischen Hindernissen zur Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase sind hier auch Maßnahmen wie die verpflichtende Weiterbildung kommunikativer, ethischer und rechtlicher Kompetenzen für professionelle Entscheidungsfindung am Lebensende sowie die Honorierung von schwierigen und zeitaufwendigen Gesprächen im Rahmen einer fürsorglichen Betreuung in der letzten Lebensphase zu nennen.

In Bezug auf die ärztlich assistierte Selbsttötung wird von vielen Ärztinnen und Ärzten die Einschätzung geteilt, dass diese nicht Bestandteil der professionellen Tätigkeit ist, aber es in Einzelfällen für Patientinnen und Patienten sowie ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu ethischen Konfliktsituationen kommen kann. Es bestehen allerdings unterschiedliche Ansichten darüber, ob überhaupt und wenn ja in welcher Form, berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen Patientinnen und Patienten sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzten in diesen schwierigen Situationen eine Hilfestellung leisten können. Vor diesem Hintergrund und auch mit Blick auf einen Beitrag zur aktuellen politischen Diskussion hinsichtlich klinisch-ethischer Gesichtspunkte, scheint die Schaffung von Foren für eine kritische Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft über angemessene standesethische und (berufs-)rechtliche Rahmenbedingungen vordringlich.

Literatur

- ASCO Provisional Clinical Opinion: *The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care*. Journal of Clinical Oncology 2012, 30:880-887
- Battin M. et al (Eds): *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. Routledge Chapman & Hall 1998
- Breitbart, W./Rosenfeld, B./Pessin, H., et al: *Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer*. The Journal of the American Medical Association 2000, 284:2907–2911
- Bundesärztekammer: *Ärztliche begleiteter Selbsttötung und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft 2010*. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe.pdf> (2010)
- Bundesärztekammer: *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Deutsches Ärzteblatt 2011, 108:A346–348
- Deutscher Ethikrat: *Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention* (2014)
- Emanuel L: *A Question of Balance In: Emanuel LL (Ed.). Regulating how we die. The ethical, medical and legal issues surrounding physician assisted suicide*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press 1998, S. 21-47
- Institute of Medicine: *Approaching Death. Improving care at the end of life*. Washington D.C., 1997

- Kelly, B./Burnett, P./Pelusi, D., et al: *Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness*. Psychological Medicine 2003, 33:75–81
- Keown J: *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legislation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Koranyi J/ Verrel T: *Die straf- und standesrechtliche Bewertung ärztlicher Selbsttötungbeihilfe. 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
- Nauck F/Ostgathe C/Radbruch L: *Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben* Deutsches Ärzteblatt 2014, 111: A-67
- 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
- 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
- Winkler EC/Hiddemann W/Marckmann G: *Ethical assessment of life-prolonging treatment*. Lancet Oncology 2012, 12:720-722
- 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*. Palliative Medicine 2010, 24:820–827
- Schildmann J/Dahm B/Vollmann J: *Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland*. Deutsche Medizinische Wochenschrift. DOI 10.1055/s-0034-1387410 (2014)
- Sykes N/Thorns A: *The use of opioids and sedatives at the end of life*. Lancet Oncology 2003, 4:312-318
- Vollmann J: *Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid. Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte*. In: ten Have H, editor. Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Medizin und Philosophie, Bd. 5. Stuttgart-Bad Cannstatt: Froman-Hitzboog 2000, 31-70.

Ärztlich assistierte Selbsttötung. Eine Umfrage zur Handlungspraxis und den Einstellungen unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

Autorinnen/Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Jan Schildmann M.A.
Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Kristin Wünsch
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V., Berlin

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler
Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Universitätsklinikum Heidelberg

Hintergrund

Die ärztlich assistierte Selbsttötung (ÄAS) ist gegenwärtig Gegenstand einer intensiven gesellschaftlichen und politischen Debatte in Deutschland. Nach einer sogenannten „Orientierungsdebatte“ zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe am 13. November 2014³ plant der Gesetzgeber, nach aktuellem Stand (Mai 2015), zwei Gesetzgebungsverfahren. Zunächst soll über mögliche Maßnahmen zur Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten⁴ in der letzten Lebensphase entschieden werden⁵. In einem zweiten Verfahren soll dann über einen möglichen gesetzlichen Rahmen bezüglich der assistierten Selbsttötung diskutiert werden. Im Fokus dieser Diskussion steht auch die Frage, ob und wenn ja, in welcher Form, die *ärztlich* assistierte Selbsttötung in Deutschland gesetzlich geregelt werden soll.

Gegenstand dieses Beitrags ist die Darstellung und Diskussion einer Umfrage zur Handlungspraxis und zu den Einstellungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) bezüglich der ÄAS.

Im Folgenden werden zunächst die ÄAS von anderen ärztlichen Handlungen in der letzten Lebensphase unterschieden und ausgewählte (standes-)rechtliche und medizinethische Grundlagen ärztlichen Handelns in der letzten Lebensphase zusammengefasst. Im Anschluss wird die Durchführung einer Umfrage unter ärztlichen Mitgliedern der DGHO zur ÄAS begründet. Nach einer kurzen Darstellung der Methodik zur Datenerhebung und Auswertung werden die Ergebnisse des quantitativen Teils der Umfrage vorgestellt. Die Diskussion und Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit in Deutschland durchgeführten empirischen Untersuchungen zum Thema und der aktuellen Diskussion über ethische und klinisch-praktische Aspekte der ÄAS bilden den Abschluss.

³ Ein Bericht zur Debatte sowie die vollständige Videoaufzeichnung kann unter http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de-sterbebegleitung/339436 (Zugriff am 27.4.2015) abgerufen werden

⁴ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der gebotenen Kürze und Lesbarkeit zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets beide Geschlechter, hier z. B. Patientinnen und Patienten.

⁵ Ein Gesetzentwurf der Regierung wurde am 29.4.2015 veröffentlicht und kann unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/H/Hospiz-_und_Palliativgesetz/150429_HPG_Kabinett.pdf eingesehen werden (Zugriff 29.4.2015).

Ärztliches Handeln am Lebensende. Begrifflichkeiten, (standes-)rechtliche und -ethische Grundlagen

Ein Merkmal vieler Diskussionen über die ärztliche Handlungspraxis am Lebensende ist, dass die an der Debatte Beteiligten unterschiedliche Begriffe verwenden beziehungsweise sich mit gleichen Begriffen auf unterschiedliche Handlungen am Lebensende beziehen. Ein auch in der aktuellen Diskussion häufig verwendeter und gleichzeitig höchst missverständlicher Begriff ist der Begriff der *Sterbehilfe*.

In der medizinethischen und auch rechtlichen Diskussion werden in der Regel drei Formen der Sterbehilfe – passiv, indirekt und aktiv – unterschieden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die häufig verwendete Sterbehilfe-Terminologie, die entsprechenden Handlungen in der letzten Lebensphase sowie die vom Nationalen Ethikrat vorgeschlagene Terminologie zur Unterscheidung von Handlungen in der letzten Lebensphase (Nationaler Ethikrat 2006, S. 96-97).

Tabelle 1: Sterbehilfe-Terminologie

„Sterbehilfe-Terminologie“	Handlungen am Lebensende	Vorschlag zur Terminologie des Nationalen Ethikrat (2006)
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	Tötung auf Verlangen
Passive Sterbehilfe	Verzicht oder Beendigung medizinischer Maßnahmen (mit möglicher Verkürzung der Lebenszeit).	Sterbenlassen
Indirekte Sterbehilfe	Symptomlinderung (mit möglicher Verkürzung der Lebenszeit).	Therapien am Lebensende
	ärztlich assistierte Selbsttötung	Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)
	Maßnahmen der Pflege und Betreuung von Menschen, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat (z.B. körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen). (Nationaler Ethikrat 2006, S. 96)	Sterbebegleitung

Passive Sterbehilfe

Die *passive Sterbehilfe* beschreibt den Verzicht auf oder die Beendigung von medizinische(n) Maßnahmen in der letzten Lebensphase. In der onkologischen Praxis bezieht sich diese Form der Sterbehilfe beispielsweise auf Situationen, in denen Patienten den Beginn oder die Fortführung einer nach ärztlicher Einschätzung indizierten Chemotherapie nicht wünschen oder lebenserhaltende Therapiemaßnahmen ablehnen.

Medizinische Maßnahmen dürfen bei selbstbestimmungsfähigen beziehungsweise einwilligungsfähigen Patienten rechtlich nur mit dem informierten Einverständnis (informed consent) des Patienten durchgeführt werden⁶. Wenn selbstbestimmungsfähige Patienten medizinische Maßnahmen ablehnen, dann dürfen diese auch dann nicht durchgeführt werden, wenn sie notwendig für die Erhaltung des Lebens sind. Weiterhin muss für die Durchführung jeglicher medizinischer Maßnahme eine ärztliche Indikation vorliegen. Wenn beispielsweise eine Che-

⁶ Die Diskussion über die ÄAS bezieht sich ausschließlich auf Patienten, die selbstbestimmungsfähig sind. Vor diesem Hintergrund wird auf ethische und rechtliche Aspekte der Entscheidungsfindung bei Patienten, die nicht (mehr) selbstbestimmungsfähig sind, in diesem Text nicht eingegangen. Eine Zusammenfassung der aktuellen rechtlichen und standesethischen Grundlagen für diese Entscheidungen enthalten die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer (2011).

motherapie nach ärztlicher Einschätzung mit keinerlei Nutzen beziehungsweise mit nicht vertretbarer Belastung verbunden ist, können onkologisch tätige Ärzte kein entsprechendes Therapieangebot machen. Allerdings ist zu beachten, dass die Bewertung von Nutzen und Risiken interindividuell, also z.B. zwischen verschiedenen Ärzten oder zwischen Arzt und Patient, unterschiedlich ausfallen kann.

Der Begriff „passiv“ wird im Kontext der Diskussion über Sterbehilfe häufig missverstanden, weil er suggeriert, dass „aktiv“ durchgeführte Handlungen, wie beispielsweise das Abstellen eines Beatmungsgerätes, nicht unter die „passive“ Sterbehilfe fallen. „Passiv“ im Kontext der Sterbehilfe-Terminologie bezieht sich allerdings auf den Verlauf einer zum Tode führenden Erkrankung, der „passiv“ zugelassen wird. In den standesethischen „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer (2011) wird die aktuelle Rechtsprechung in Bezug auf den Verzicht beziehungsweise die Beendigung medizinischer Maßnahmen wie folgt zusammengefasst.

„Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“ (Bundesärztekammer 2011, S. A346)

Indirekte Sterbehilfe

Mit dem Begriff der *indirekten Sterbehilfe* werden in der Diskussion zumeist Handlungen zur Linderung von Symptomen bezeichnet, die möglicherweise die Lebenszeit verkürzen. Maßnahmen zur Symptomlinderung werden in der letzten Lebensphase sehr häufig durchgeführt (van der Heide et al. 2003; Schildmann et al. 2010, 2014), allerdings ist die Auswirkung auf die Lebenszeit in der klinischen Praxis häufig schwer zu beurteilen. Empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen von Morphin bei der Behandlung von Schmerzen oder der Sedierung von Patienten deuten allerdings daraufhin, dass eine professionell durchgeführte Symptomlinderung in vielen Fällen nicht mit einer Verkürzung der Lebenszeit assoziiert ist (Sykes und Thorns 2003; Beller et al. 2015). Die aus ärztlicher Perspektive indizierte Linderung von Symptomen mit Einverständnis des Patienten bleibt auch dann straflos, wenn sie zu einer Verkürzung der Lebenszeit führt (Nationaler Ethikrat 2006, S. 59-60).

Aktive Sterbehilfe

Mit dem Begriff *aktive Sterbehilfe* wird in der ethischen und rechtlichen Diskussion die Tötung von Menschen auf ihr Verlangen bezeichnet. Eine solche Tötung ist in Deutschland auch dann strafbar, wenn sie auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen dieses Menschen erfolgt (§ 216 StGB). Im Unterschied zur rechtlichen Situation in Deutschland ist die Tötung auf Verlangen in den Niederlanden, in Belgien sowie in Luxemburg unter bestimmten Bedingungen straffrei. In den Niederlanden muss laut Gesetz der Arzt unter anderem prüfen, ob der Wunsch des Patienten freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wird und ob das Leiden „unerträglich“ ist. Weiterhin muss ein zweiter unabhängiger Arzt konsultiert werden (Übersicht bei Gavela 2013 S. 107-144)⁷.

Ärztlich assistierte Selbsttötung

Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen gibt es in Deutschland keine gesetzliche Regelung der (ärztlich) assistierten Selbsttötung. Als wesentliches Abgrenzungskriterium zur Tötung auf Verlangen dient die *Tatherrschaft*, die bei der ÄAS beim sterbewilligen Patienten liegt. Der Arzt assistiert, etwa durch das Rezeptieren der für die Selbsttötung erforderlichen Medikamente. Die zum Tode führende Handlung muss allerdings vom Patienten selbst vollzogen werden.

⁷ Eine Zusammenfassung der rechtlichen Regelung zur ÄAS und Tötung auf Verlangen in den Niederlanden ist unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, Zugriff am 27.4.2015) zu finden.

Rechtliche und standesethische Bewertung der ärztlich assistierten Selbsttötung

In Bezug auf die rechtliche Bewertung der ÄAS besteht nach Einschätzung von Vertretern der Rechtswissenschaften gegenwärtig eine „gewisse Rechtsunsicherheit“ (Koranyi und Verrel 2013, S. 278). Einerseits wird in der sogenannten „Wittig“-Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 1984⁸ auf eine mögliche Strafbarkeit des Arztes wegen unterlassener Hilfeleistung nach Eintritt der Bewusstlosigkeit nach einem Selbsttötungsversuch hingewiesen. Andererseits wird diese Möglichkeit sowohl in der späteren Rechtsprechung, als auch in der rechtswissenschaftlichen Diskussion verneint. Als wesentliche Gründe hierfür werden die Grenzen der ärztlichen Garantenpflicht, angesichts einer selbstbestimmten Entscheidung des Sterbewilligen sowie Wertungswidersprüchen mit Blick auf das Recht des Patienten lebensrettende Maßnahmen ablehnen zu können, genannt (Übersicht bei Koranyi und Verrel 2013).

Auf der Ebene der ärztlichen Standesethik wurde die ÄAS bis 2011 als nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar abgelehnt (Bundesärztekammer 2004). Diese Position wurde auch unter Verweis auf die uneinheitliche moralische Bewertung innerhalb der Ärzteschaft kritisiert (Schildmann und Vollmann 2006; Vollmann et al. 2014). In den im Februar 2011 veröffentlichten überarbeiteten standesethischen Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer wurde die Formulierung bezüglich der ÄAS unter Verweis auf die – zwischenzeitlich auch empirisch belegten (Bundesärztekammer 2010) – unterschiedlichen Moralvorstellungen innerhalb der Ärzteschaft (Bundesärztekammer 2011) wie folgt geändert:

„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“
(Bundesärztekammer 2011, S. A346).

Direkt im Anschluss an diese Feststellung wird die eigene Verantwortung des Arztes in konkreten Situationen betont und auf die Möglichkeit einer Ethikberatung in Zweifelfällen verwiesen:

„Diese Grundsätze sollen dem Arzt eine Orientierung geben, können ihm jedoch die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls getroffen werden. In Zweifelsfällen kann eine Ethikberatung hilfreich sein.“
(Bundesärztekammer 2011, S. A346)

Wenige Monate nach der Veröffentlichung der standesethischen Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung erfolgte eine, auch für die aktuelle Diskussion über mögliche gesetzliche Regelungen, bedeutsame Änderung der Musterberufsordnung. Am 1. Juni 2011 verabschiedete der Deutsche Ärztetag in Kiel mit deutlicher Mehrheit (166 Ja-Stimmen, 56 Nein-Stimmen und 7 Enthaltungen) die Neufassung des § 16 der Musterberufsordnung. Die ÄAS wird nun erstmals explizit verboten:

§ 16
Beistand für Sterbende
Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.
(Musterberufsordnung, Stand 2011)

8 In diesem Fall befasste sich der Bundesgerichtshof erstmals mit einer Situation, in der ein Arzt eine bewusstlos angetroffene Patientin nach einem Selbsttötungsversuch sterben ließ. Für eine ausführliche Analyse aus rechtlicher Perspektive siehe A. Eser in Medizinrecht 3, Heft 1, S. 6-17 (1985) http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3681/pdf/Eser_Sterbewille_und_aerztliche_Verantwortung.pdf (Zugriff 17.5.2015)

Entsprechend einer Zusammenstellung der standesrechtlichen Regelungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin⁹ hatten bis Februar 2015 zehn Landesärztekammern ein explizites Verbot der ÄAS in ihre berufsrechtlich relevante Berufsordnung übernommen.

Dagegen wurde von anderen Landesärztekammern die Änderung der Musterberufsordnung nicht übernommen. So hat beispielsweise die Berliner Ärztekammer im November 2014 ihre Berufsordnung in Bezug auf die Aufgaben und Ärzte sowie den Beistand für Sterbende wie folgt geändert:

§ 1
Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte
(2) Ärztliche Aufgabe ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken
(3) Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

§ 16
Beistand für Sterbende
Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen

(Berufsordnung, Ärztekammer Berlin Stand 26.11.2014)

Die Landesärztekammer Westfalen-Lippe hat statt der Formulierung „dürfen nicht“ in § 16 der Musterberufsordnung die Formulierung „sollen nicht“ gewählt. Entsprechend lautet § 16 der Berufsordnung wie folgt:

§ 16
Beistand für Sterbende
Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen oder Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.
(Berufsordnung Westfalen-Lippe, Stand 26.11.2011)

Da die Landesärztekammer Nordrhein das in der Musterberufsordnung festgeschriebene Verbot übernommen hat, bestehen für Ärzte im Bundesland Nordrhein-Westfalen gegenwärtig unterschiedliche standesrechtliche Regelungen bezüglich der ÄAS.

Auch wenn von Seiten des Vorstandes der Bundesärztekammer die Gemeinsamkeiten in Bezug auf die normative Bewertung der ÄAS hervorgehoben werden (Richter-Kuhlmann, 2014) deuten die vorstehend skizzierten Entwicklungen darauf hin, dass von den Vertretern der Ärzteschaft unterschiedliche Positionen hinsichtlich eines angemessenen standesrechtlichen Rahmen vertreten werden. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass das strikte Verbot der ÄAS in der Musterberufsordnung 2011 sowie die uneinheitlichen standesrechtlichen Regelungen der Landesärztekammern, die aktuelle Diskussion über eine mögliche gesetzliche Regelung der assistierten Selbsttötung beeinflussen.

9 Die vollständige Übersicht kann unter http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Berufsordnungen_Landes%C3%A4rztekammern_Beistand_f%C3%BCr_Sterbende.pdf abgerufen werden (Zugriff am 17.5.2015)

Empirische Untersuchungen zur ärztlich assistierten Selbsttötung und ihr Beitrag für die aktuelle Diskussion

Die Argumentation für oder gegen eine (standes-)rechtliche Regelung der ÄAS beziehungsweise den Inhalt einer solchen Regelung stützt sich sowohl auf normative Prinzipien als auch auf empirische Prämissen.

Normative Prinzipien, die in der aktuellen Diskussion besonders häufig angeführt werden, sind die Patienten-selbstbestimmung (und mögliche Grenzen der Selbstbestimmung), das ethische Prinzip des Wohltuns in Situationen unerträglichen Leidens und auch die Würde des Menschen (Vergleiche „Ärztlich assistierte Selbsttötung. Ein Problemaufriss zu klinischen und ethischen Aspekten“ in diesem Band, S. 9ff.).

Die Bedeutung empirischer Daten für die ethische Bewertung der ÄAS hängt von der vertretenen ethischen Theorie beziehungsweise den in Anschlag gebrachten ethischen Argumenten ab (Vergleiche Salloch et al. 2014). Eine auch in der aktuellen Diskussion häufig verwendete Argumentationsfigur, die sich auf empirische Annahmen stützt, ist die sogenannte Dambruchargumentation (Synonym: Argument der schiefen Ebene, engl. slippery slope argument). Ein konkretes Beispiel ist die Behauptung, dass bei einer gesetzlichen Regelung, nach der die ÄAS unter bestimmten Bedingungen rechtlich möglich wäre, sogenannte „vulnerable Personengruppen“, zum Beispiel ältere oder sozio-ökonomisch schlechter gestellte Menschen, unter Druck geraten könnten, um ÄAS zu „bitten“. Das Argument zielt darauf ab, dass die rechtliche Möglichkeit der ÄAS für einige wenige Patienten, bezüglich derer es eine vergleichsweise große Akzeptanz für eine solche Regelung gibt, „zwangsläufig“ zu einem Zustand führen würde, der auch von Befürwortern einer solchen Regelung als ethisch problematisch bewertet werden würde.

Bei der Dambruchargumentation wird häufig allerdings nicht dargelegt, wie und aus welchen Gründen es zu einer solchen Entwicklung kommen sollte. Zur Überprüfung der empirischen Prämissen einer solchen Argumentation sind qualitativ hochwertige empirische Daten notwendig, die nur in wenigen Ländern erhoben werden. Ein Land, in dem seit vielen Jahren eine solche Begleitforschung zur Handlungspraxis am Lebensende durchgeführt wird, ist der US-Bundesstaat Oregon. Seit Einführung der gesetzlichen Regelung, nach der die ÄAS seit 1997 unter bestimmten Bedingungen möglich ist (Death with Dignity Act¹⁰), werden die Anfragen bezüglich ÄAS und die Entscheidungsfindung sorgfältig dokumentiert.

In Bezug auf das vorstehend skizzierte Dambruchargument konnten Battin et al. 2007 unter Verwendung der erhobenen Daten beispielsweise zeigen, dass ÄAS in Oregon nicht von sozio-ökonomisch schlechter gestellten Patienten sondern eher von diesbezüglich besser gestellten Patienten vollzogen wird. Es ist allerdings zu bedenken, dass die Ergebnisse einer solchen Untersuchung, angesichts kultureller beziehungsweise länderspezifischer Unterschiede, nicht direkt auf andere Länder übertragen werden können.

In Ergänzung zur Relevanz empirischer Daten für spezifische Argumentationsfiguren, wie der Dambruchargumentation, können empirische Daten zur *Handlungspraxis* am Lebensende Auskunft über die praktische Relevanz des Themas im klinischen Alltag geben und die Reflexion über Maßnahmen der Qualitätssicherung anstoßen. Wenn beispielsweise Umfragen zeigen, dass Ärzte auf die ÄAS von Patienten angesprochen werden, dann stellt sich aus klinisch-ethischer Perspektive unter anderem die Frage, ob sie für diese Anfragen kompetent vorbereitet sind. Wenn diese Anfragen Ärzte aus bestimmten Fachgebieten besonders häufig erreicht, ist zu prüfen, ob zumindest für diese Gruppe von Ärzten Weiterbildungscurricula zu den relevanten ethischen, rechtlichen und kommunikativen Aspekten des professionellen Umgangs mit Anfragen zu ÄAS entwickelt werden sollten.

In Ergänzung zu Umfragen zur *Handlungspraxis* können auch empirische Untersuchungen zu *Einstellungen* von Ärzten gegenüber der assistierten Selbsttötung einen Beitrag zur Diskussion über Inhalte und Umsetzung von standesethischen und standesrechtlichen Kodizes leisten. Wenn einerseits die Bundesärztekammer ein berufsrechtli-

¹⁰ Informationen zum Death with Dignity Act und den erhobenen empirischen Daten <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/Evaluationresearch/deathwithdignityact/Pages/index.aspx> (Zugriff 27.4.2015)

ches Verbot fordert, empirische Untersuchungen innerhalb der Ärzteschaft andererseits aber zeigen, dass nur eine Minderheit von Ärzten ein solches berufsrechtliches Verbot unterstützt (Schildmann et al., 2014) stellt sich zunächst die Frage nach den Gründen für die unterschiedlichen Bewertungen innerhalb der Ärzteschaft. Die Ergebnisse von Ärzte-Befragungen können somit einen Anstoß für Diskussionen über den Inhalt standesethischer und -rechtlicher Rahmenbedingungen innerhalb der Ärzteschaft geben.

In Deutschland liegen bislang nur wenige aktuelle Daten zur Handlungspraxis (Kirschner und Elkeles 1998, Schildmann et al. 2010, 2014) beziehungsweise den Einstellungen von Ärzten bezüglich der ÄAS (Bundesärztekammer 2010; Müller Busch et al. 2004; Schildmann et al. 2014) vor.

Im Folgenden werden Methoden und Ergebnisse einer Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie dargestellt. Die vorstehend genannten Funktionen empirischer Untersuchungen für die Debatte über ethische und (standes-)rechtliche Aspekt der ÄAS werden im Schlussteil der Arbeit und unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Umfrage konkretisiert und diskutiert.

Methoden

Fragebogen

Der Fragebogen wurde von den Autoren gemeinsam mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinischen Onkologie (DGHO) und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der DGHO entwickelt. Er umfasst 14 Items zu folgenden Inhalten:

1. Handlungspraxis und Erfahrungen von Ärzten in Bezug auf die ÄAS
2. Persönliche Einstellungen und Bewertung der ÄAS
3. Soziodemographische Merkmale

Es gab sowohl Fragen mit Auswahl- und Mehrfachantwortmöglichkeiten, als auch offene Fragen mit Freitextantworten, beziehungsweise die Möglichkeit zu Kommentaren. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde ein Teil der Fragen identisch beziehungsweise in Anlehnung an vorangehende empirische Untersuchungen zur ärztlich assistierten Selbsttötung formuliert (Bundesärztekammer 2010; Schildmann et al. 2014). Aufgrund des zeitlichen Rahmens war ein Pre-Test nicht möglich. Angesichts der Bedeutung der Formulierung von Fragen zu ethisch kontroversen Themen für das Antwortverhalten (Hagelin et al. 2014) und zur Förderung einer methodenkritischen Diskussion über Umfragen zur ärztlich assistierten Selbsttötung, ist der Fragebogen im Anhang der Arbeit vollständig abgedruckt.

Datenerhebung und Analyse

Im Februar wurden 2.812 personalisierte E-Mails an alle Mitglieder der DGHO mit einer gültigen E-Mail-Adresse geschickt. In einem kurzen Anschreiben wurden Hintergrund und Ziel der Untersuchung erläutert und eine anonymisierte Auswertung der Daten zugesichert. Die einzelnen Fragen unterlagen keinem Antwortzwang, weiterhin enthält das Online-Formular einige Filterfragen, so dass sich die Zahl der Antwortenden unterscheidet. Deshalb beziehen sich die Prozentangaben jeweils auf die Zahl aller Antwortenden der jeweiligen Frage. Die technische Umsetzung der Umfrage erfolgte über die frei verfügbare und kostenfreie Befragungssoftware SoSci Survey und dem ebenso frei verfügbaren und kostenfreien Statistikprogramm GNU R. Die Auswertung beschränkt sich auf eine deskriptive Analyse der erhobenen quantitativen Daten. Aufgrund beschränkter zeitlicher und personeller Ressourcen war eine qualitative Auswertung der Freitextantworten nicht möglich. Eine vollständige Übersicht der Freitextantworten findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Ergebnisse

Zusammensetzung der Befragten

Von den 2.812 Mitgliedern der DGHO mit einem personalisierten Link zur Umfrage haben innerhalb von 7 Tagen 775 Ärzte den Onlinefragebogen beantwortet (Rücklaufquote 27,56 %). 196 Teilnehmer (28%) sind weiblich, 510 männlich (72%) (Abbildung 1). Diese Verteilung entspricht auch der Geschlechterverteilung der DGHO-Mitglieder (Frauen 30%, Männer 70%). Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Altersstruktur der Befragungsteilnehmer.

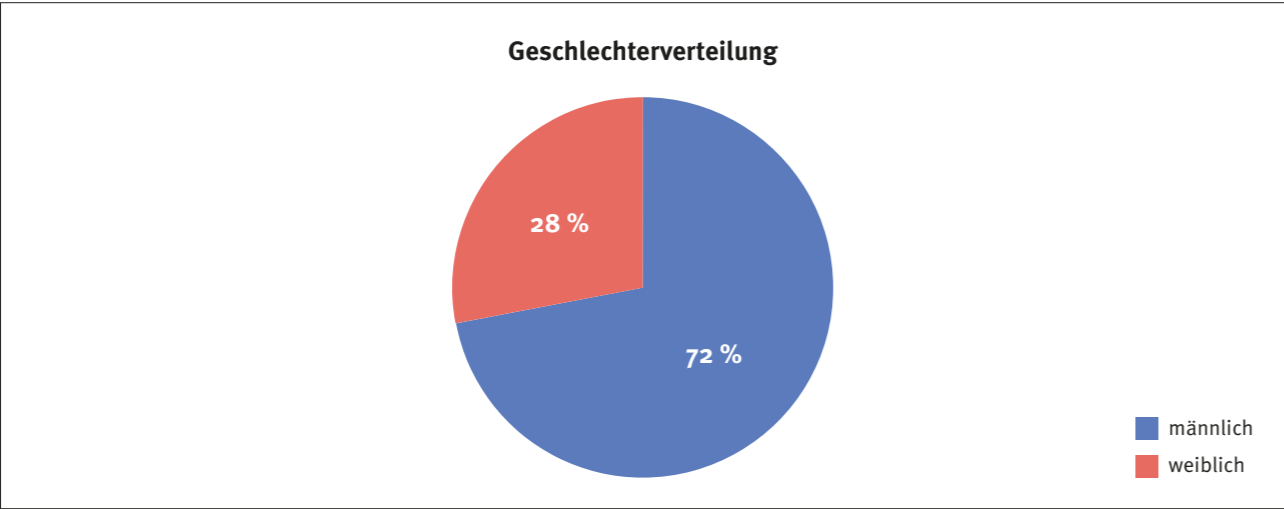


Abbildung 1: Geschlechterverteilung

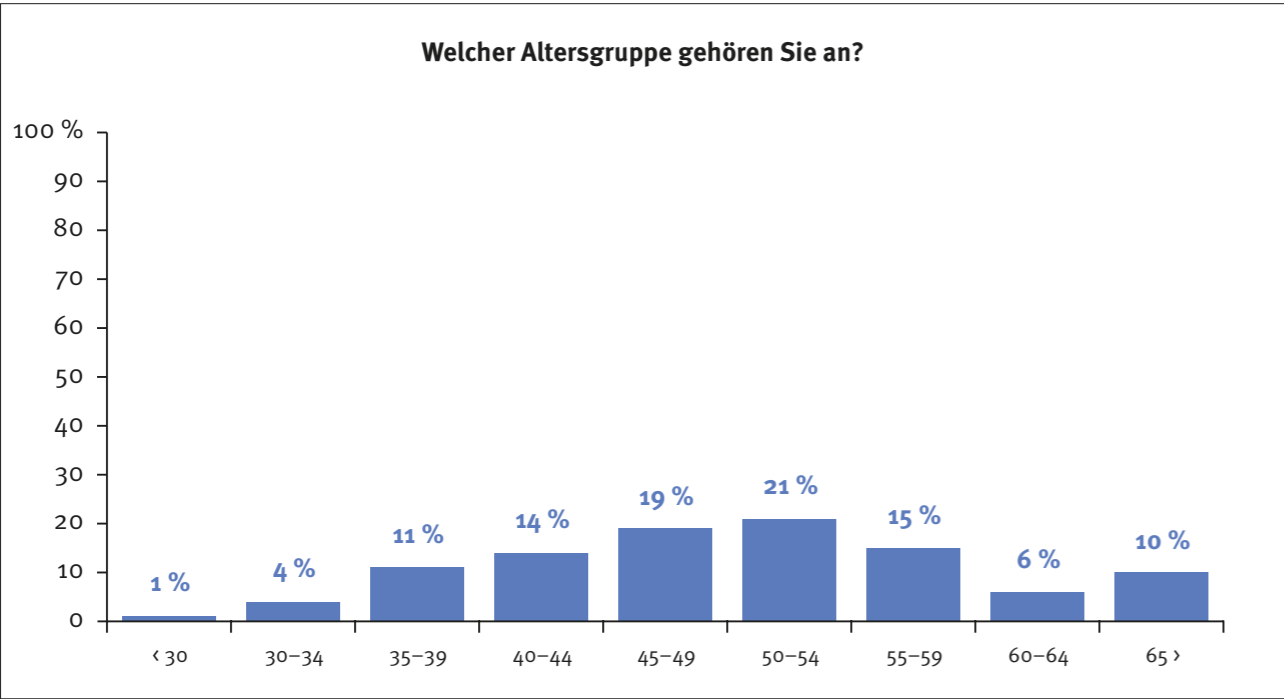


Abbildung 2: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

294 (41%) der Befragten arbeiten in einer Klinik, 185 (26%) in einer universitären Einrichtung und 172 (24%) in einer Praxis (Abbildung 3). 39% (283) der Befragten haben nach eigenen Angaben die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ erworben. Die Mehrheit der Befragten (95%, n=685) gibt an über klinische Kompetenzen bei der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten zu verfügen. Abbildung 4 zeigt die berufliche Erfahrung der Umfrageteilnehmer.

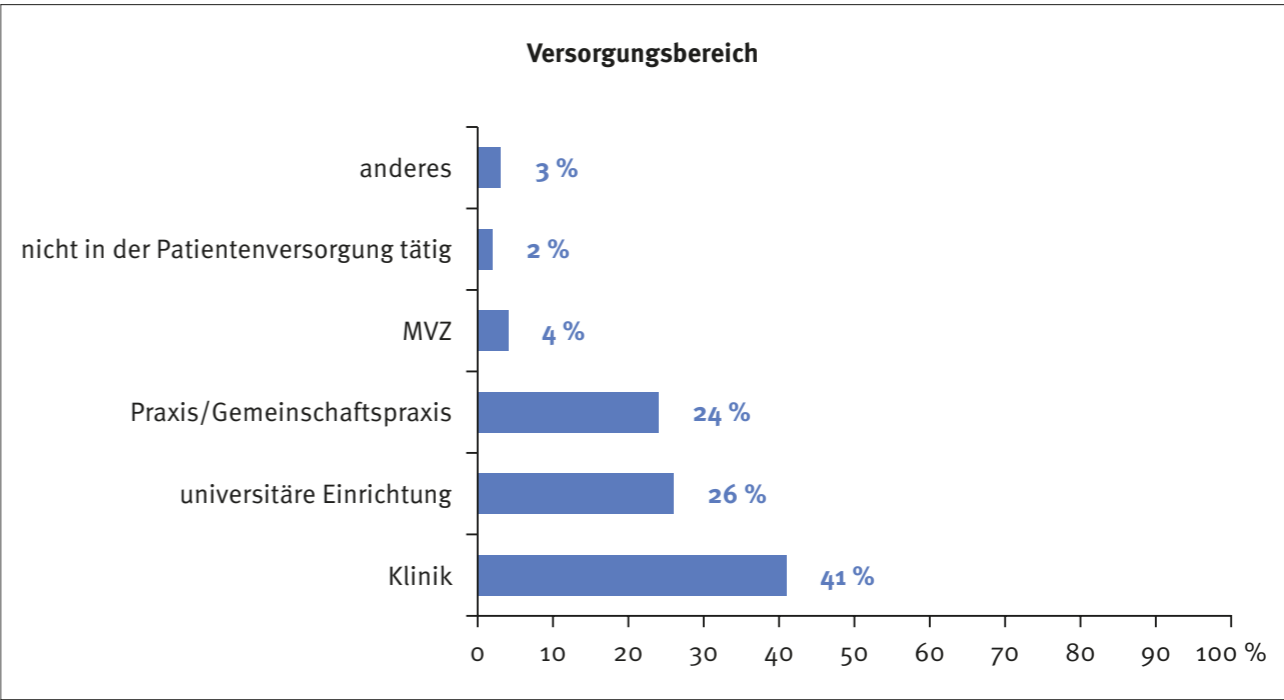


Abbildung 3: Versorgungsbereich

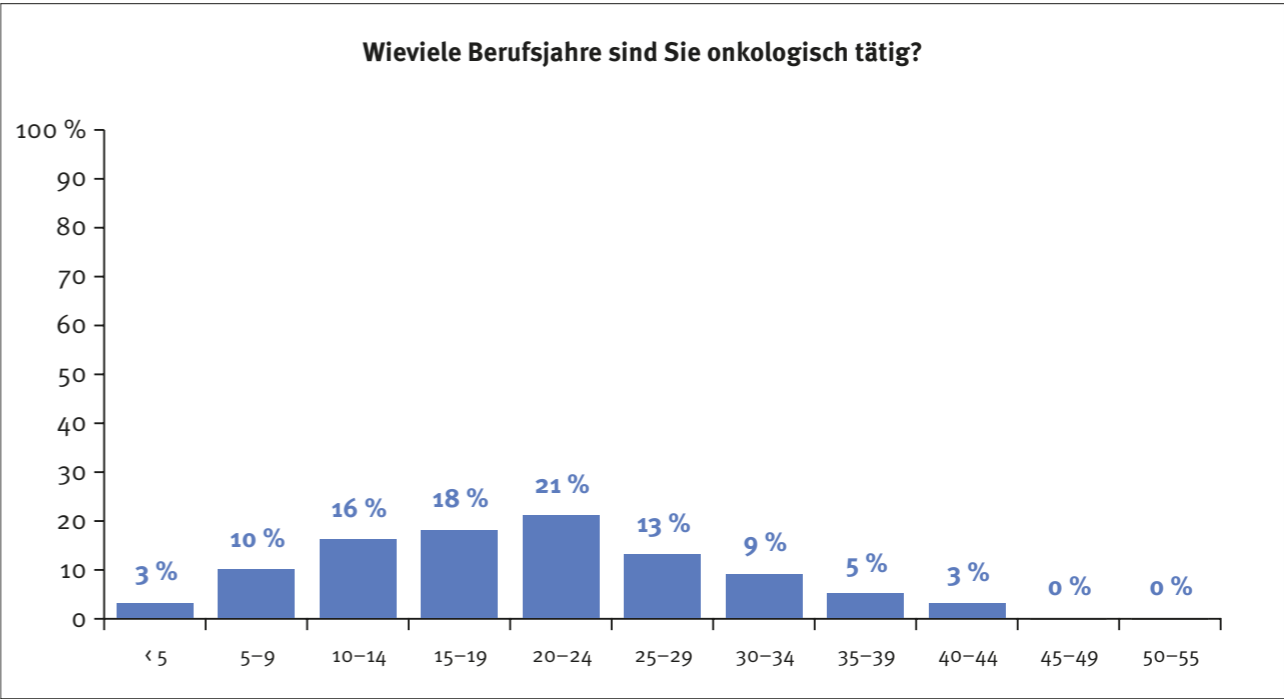


Abbildung 4: Berufsjahre onkologischer Tätigkeit

Erfahrungen mit Anfragen zu ärztlich assistierter Selbsttötung und Handlungspraxis

48% der Befragten (n=365, Mehrfachnennung möglich) wurden noch nie um ÄAS gebeten, während 43% (n=330) der Ärzte angeben, dass Sie bereits von Patienten angefragt wurden, ob sie grundsätzlich ÄAS leisten würden (siehe Abbildung 5).

99 Ärzte (13%) berichten, dass sie gebeten wurden, ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung auszustellen. Abbildungen 6 und 7 geben an, wie häufig die an der Umfrage teilnehmenden Ärzte von Patienten auf ihre grundsätzliche Bereitschaft zur ÄAS beziehungsweise auf das Rezeptieren von Medikamenten zur Selbsttötung angesprochen wurden.

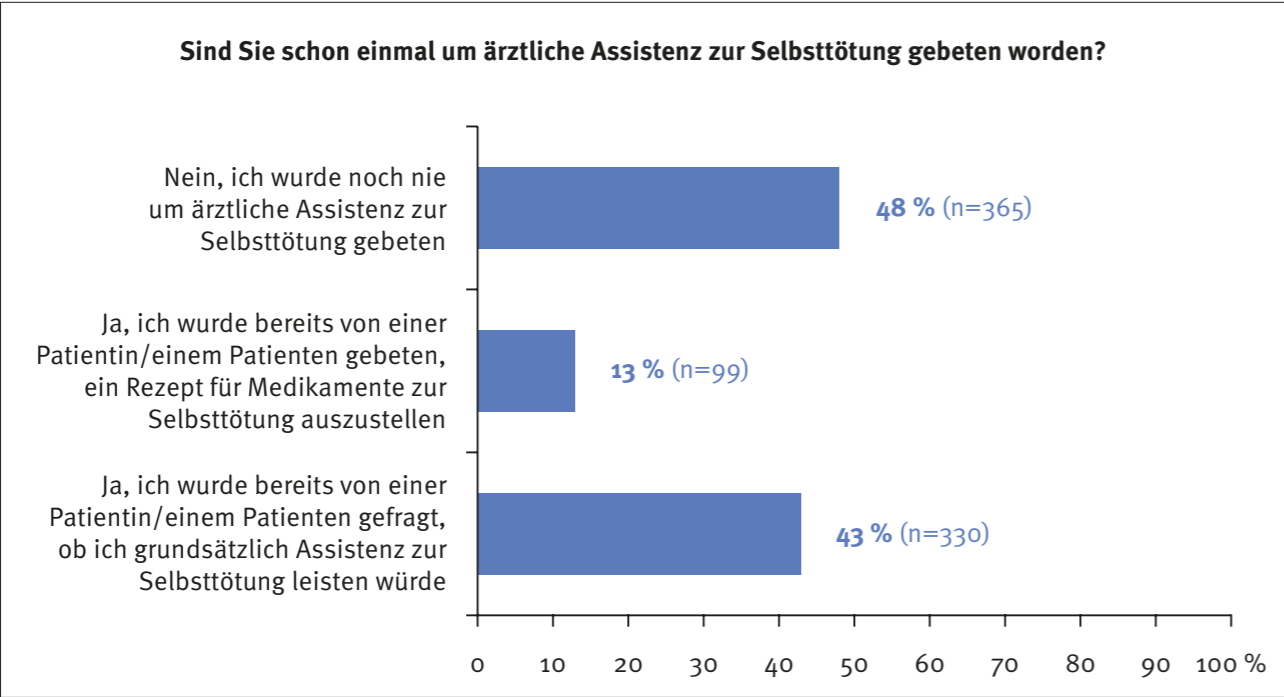


Abbildung 5: Sind Sie schon einmal um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten worden?

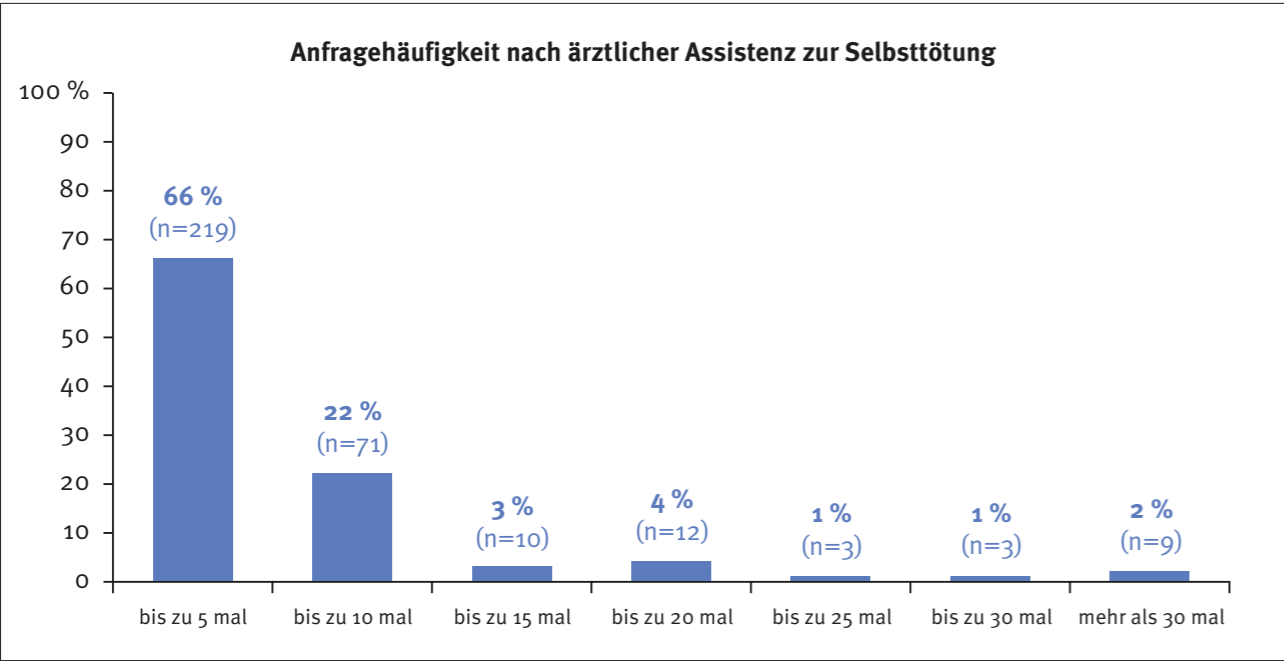


Abbildung 6: Anfragehäufigkeit nach ärztlicher Assistenz zur Selbsttötung

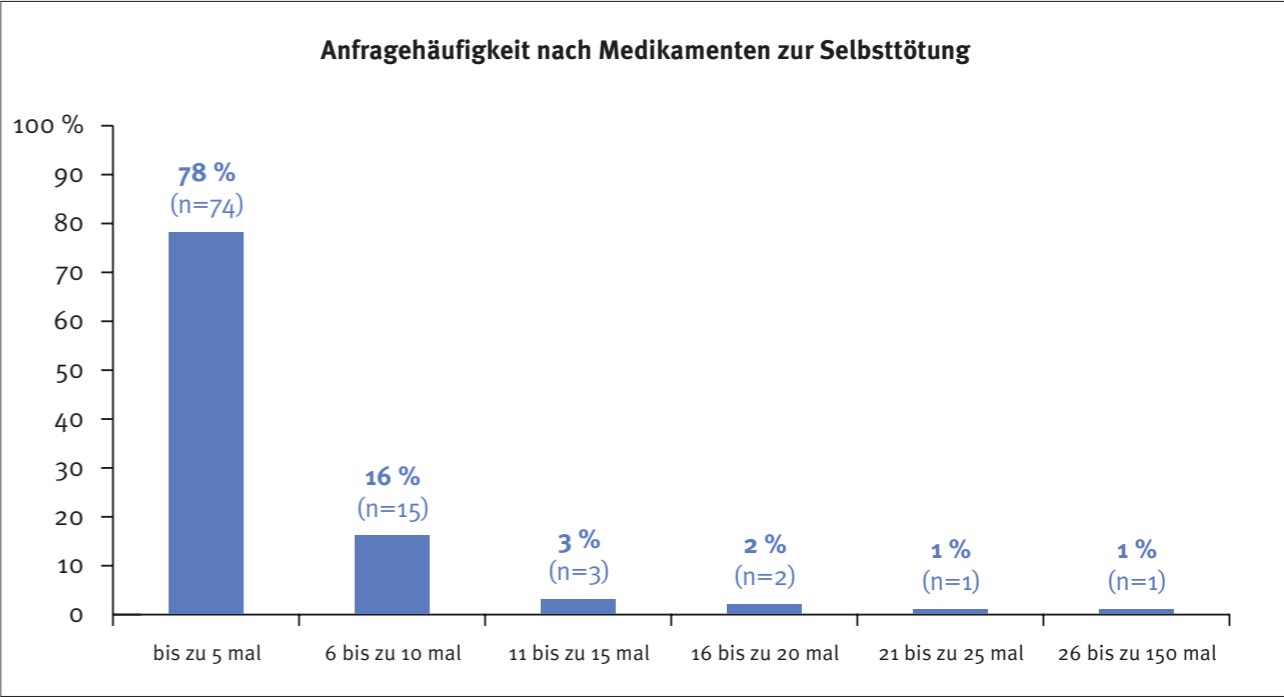


Abbildung 7: Wie häufig in Ihrem Berufsleben wurden Sie um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten? (Gesamtzahl der Antwortenden n=96)

Die Ärzte, die bereits von Patienten auf die ÄAS angesprochen wurden, hatten die Möglichkeit, die Anfragen verschiedenen klinischen Situationen zuzuordnen. Tabelle 2 fasst die entsprechenden Antworten der befragten Ärzte zusammen.

Tabelle 2: In welcher Situation befand sich die Patientin/der Patient als sie/er um ärztlich assistierte Selbsttötung bat?

	Nein	Ja	n
Diagnosestellung	242	114	n=356
	65 %	30 %	
Kritische Situationen während der Tumorspezifischen Therapie (z. B. schwerwiegende Symptome oder lebensbedrohliche Komplikationen)	148	209	n=357
	40 %	56 %	
Palliativ, aber mit Optionen einer Tumorspezifischen Therapie, die eine Chance auf Lebenszeitverlängerung bietet	113	238	n=351
	30 %	64 %	
Palliativ, mit Beschränkung auf supportive Maßnahmen (z. B. nach Ausschöpfen von Tumorspezifischer Therapie)	32	323	n=355
	9 %	86 %	
Andere Situation (Freitextkommentare siehe Anhang)	56	67	n=113
	15 %	14 %	

22 (3%) der befragten Mitglieder der DGHO geben an, im Verlauf ihrer onkologischen Tätigkeit bereits bei einer Selbsttötung assistiert zu haben. 15 der Befragten gaben an, Assistenz in Form von Übermittlung relevanter Informationen geleistet zu haben. Tabelle 3 fasst die weiteren Ergebnisse zur Art der Assistenz zusammen (Mehrfachantwort möglich).

Tabelle 3: In welcher Form/wodurch haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert?

Durch Information	Durch Rezeptieren von Medikamenten zur Selbsttötung	Durch eine andere Form der Assistenz (bitte benennen)	Nennungen	
15	8	9	<ul style="list-style-type: none">• Medikamentengabe (1)• Pers. Beistand mit schriftl. Unterlagen (1)• „EXIT“ (2)• Toleranz des Suizids (1)	N
2 %	1 %	1 %		

Persönliche Einstellung und Bewertung eines berufsrechtlichen Verbotes

Für 57% der Befragten (n=422) käme es unter keinen Bedingungen in Frage, einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, indem sie ihm tödliche Medikamente zur Verfügung stellen. 34% der Befragten (n=249) können sich dies unter bestimmten Bedingungen vorstellen, 9% (n=68) sind unentschieden (Abbildung 8).

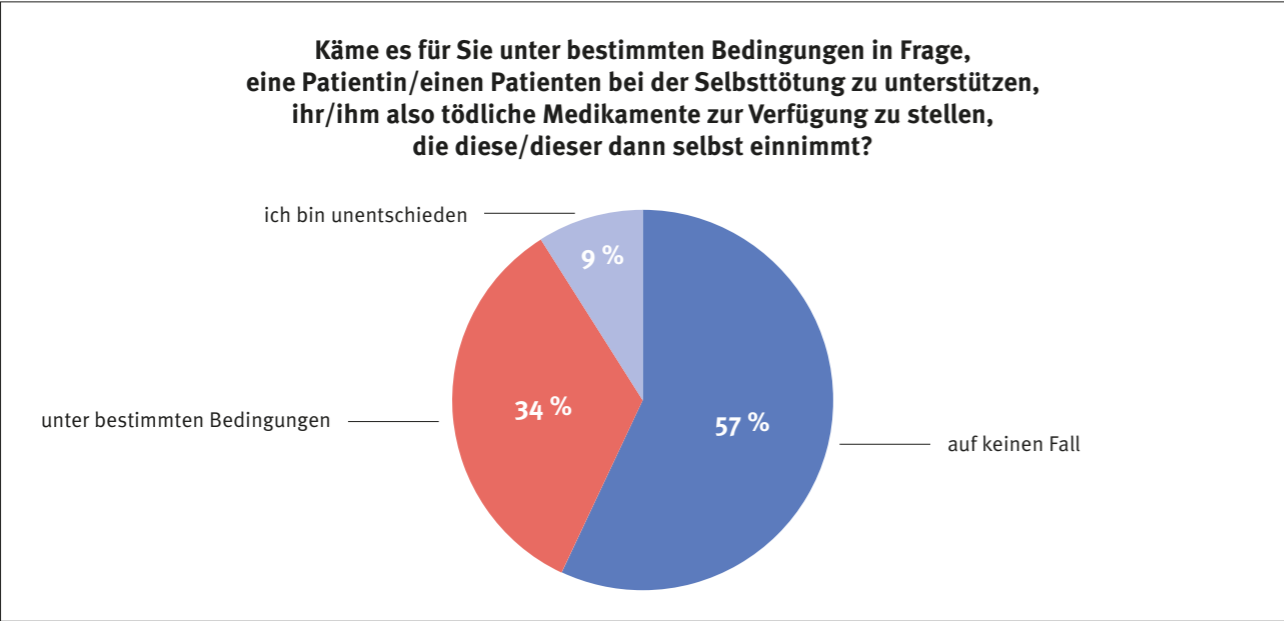


Abbildung 8: Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, eine Patientin/einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, ihr/ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die diese/dieser dann selbst einnimmt?

Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung wird von 41% befürwortet, Abbildung 9 gibt das Antwortverhalten zur Bewertung des standesrechtlichen Rahmens wieder

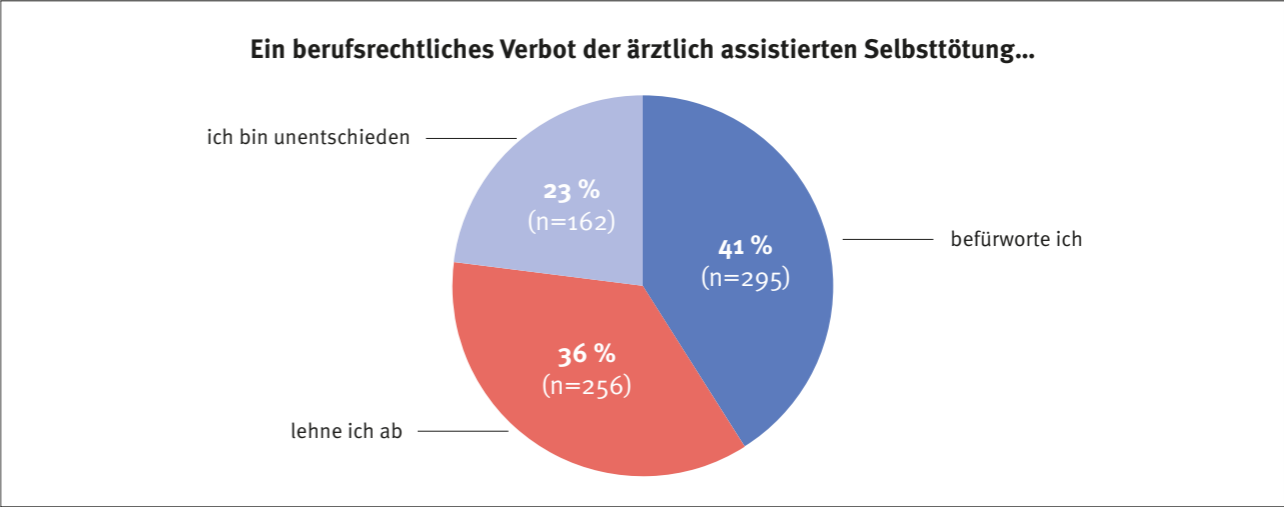


Abbildung 9: Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung...

Diskussion

In dieser Arbeit werden nach Kenntnis der Autoren erstmals Ergebnisse einer Umfrage unter Mitgliedern einer deutschen Fachgesellschaft von hämatologisch/onkologisch tätigen Ärzten zur ÄAS zusammengefasst. Bei der Diskussion muss berücksichtigt werden, dass lediglich 27,52% aller Mitglieder der DGHO an der Umfrage teilgenommen haben. Der innerhalb von 7 Tagen erreichte Rücklauf, ist höher als bei vergleichbaren Online-Umfragen unter Mitgliedern der DGHO (Vergleiche z.B. Krause et al. 2013 und Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, Band 5. 2014). Wir werten dies als Zeichen dafür, dass das aktuell gesellschaftliche und politisch viel diskutierte Thema der ÄAS auch für die Mitglieder der DGHO von Relevanz ist. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Befragung, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Debatte über (standes-)rechtliche Regelungen und einen professionsethischen Rahmen diskutiert.

Erfahrungen mit Anfragen zur ärztlich assistierten Selbsttötung und Handlungspraxis

22 von 706 Ärzten (3%) geben an, ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung in ihrem bisherigen Berufsleben geleistet zu haben. Während die Mehrheit dieser Ärzte (n=15/ 2%) Assistenz durch Information geleistet hat, geben acht Ärzte (1%) an, Medikation zur Selbsttötung rezeptiert zu haben.

In einer bereits 1996 durchgeführten Befragung von Kirschner und Elkeles (1998) berichten drei von 282 niedergelassenen Ärzten in Deutschland, dem Wunsch nach „Hilfe zum Selbstmord“ (Kirschner und Elkeles 1998, S. 251) entsprochen zu haben. In zwei Untersuchungen, in denen zufällig ausgewählte Ärzte aus fünf Landesärztekammern (Schildmann et al. 2014) beziehungsweise Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Schildmann et al. 2010) zu ihren Handlungen bei dem zuletzt verstorbenen Patienten befragt wurden, gaben 0,3% beziehungsweise 0,1% der befragten Ärzte an, dass sie Assistenz zur Selbsttötung bei dem zuletzt verstorbenen Patienten geleistet hatten. Aufgrund der methodisch unterschiedlichen Herangehensweise können diese Zahlen allerdings nicht mit dem vorliegenden Untersuchungsergebnis verglichen werden.

Bei der Interpretation der vorliegenden Daten ist weiterhin zu bedenken, dass die Differenzierung unterschiedlicher Formen der Assistenz zur Selbsttötung (z. B. Übermittlung von Informationen oder Rezeptieren von Medikamenten) erst im Anschluss an eine Filterfrage zur Assistenz bei der Selbsttötung erfolgte (siehe Fragebogen im Anhang). Nur wenn Ärzte die Frage, ob Sie bereits ÄAS geleistet haben, bejahten, konnten weitere Fragen zu unterschiedlichen Formen der ÄAS beantwortet werden. Es ist möglich, dass ein Teil der Befragten, die Information über Möglichkeiten der Selbsttötung nicht als „Assistenz“ aufgefasst hat, so dass der Anteil der befragten Ärzte, der ÄAS geleistet hat, höher sein könnte. Das Spektrum der Handlungen, die von den Befragten in den Freitextangaben mit ÄAS assoziiert werden (z. B. „Toleranz des Suizid“, „Pers. Beistand mit schriftl. Unterlagen“ siehe Tabelle 3) legt nahe, dass bei jeglicher Regelung der ÄAS das Konzept von „Assistenz“ erläutert, beziehungsweise definiert werden muss.

43% der Ärzte wurden von Patienten gefragt, ob sie grundsätzlich Assistenz zur Selbsttötung leisten würden. In der bereits zitierten Studie von Kirschner und Elkeles (1998) berichten 11% der Krankenhausärzte (Gesamtstichprobe N=184) und 15% der niedergelassenen Ärzte (Gesamtstichprobe N=282) um „Hilfe zum Selbstmord gegeben worden zu sein“ (S. 251). Unter den onkologisch tätigen Krankenhausärzten waren es 19,5%. In der 2010 von der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführten Repräsentativbefragung von 527 Ärzten in Deutschland gaben 34% an bereits nach ÄAS gefragt worden zu sein (Bundesärztekammer 2010).

Notwendigkeit von Fortbildungsangeboten und weiteren Unterstützungsangeboten

Es stellt sich die Frage, ob onkologisch tätige Ärzte angemessen ausgebildet sind, um mit Anfragen nach ÄAS von Patienten professionell umgehen zu können. Die Erfahrungen der Autoren in freiwilligen interdisziplinären Aus- und Fortbildungsangeboten zur Entscheidungsfindung am Lebensende deuten darauf hin, dass sich viele Ärzte in den entsprechenden Situationen nicht kompetent fühlen.

Die Vermittlung von Kenntnissen bezüglich des standesrechtlichen Rahmens, ethischer Aspekte sowie die Durchführung praktischer Übungen zur Gesprächsführung in diesen Situationen sind, nach Erfahrung aus Sicht der Autoren, geeignete Maßnahmen um Ärzte auf diese schwierigen Situationen vorzubereiten.

In Ergänzung zur Aus- und Weiterbildung individueller Kompetenzen für den professionellen Umgang bei Anfragen nach ÄAS sollte auch geprüft werden, ob und in welcher Form auf der Ebene von standesethischen Empfehlungen Ärzten Hilfestellungen gegeben werden kann. Ein konkretes Beispiel sind die standesethischen Richtlinien der Schweizer Akademie für Medizinische Wissenschaften zur „Beihilfe zum Suizid“ (SAMW 2004, aktualisiert 2012, Kapitel 4.1). Vergleichbar den Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer (2011) wird zunächst festgestellt, dass die ÄAS keine ärztliche Aufgabe ist. Allerdings enthalten die SAMW-Richtlinien für Ärzte, die sich in Dilemmasituationen und der Notwendigkeit einer persönlichen Gewissensentscheidungen bezüglich einer möglichen Assistenz bei der Selbsttötung befinden, Informationen zu konkreten Voraussetzungen, die in einer solchen Situation vom Arzt überprüft werden müssen:

„Die Rolle des Arztes besteht bei Patienten am Lebensende darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben. In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.“

In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trägt er die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden.“

(SAMW 2004, aktualisiert 2013, Kapitel 4.1).

Persönliche Einstellungen und Bewertung standesrechtlicher Regelungen

Die ÄAS wird auch von den Mitgliedern der DGHO kontrovers bewertet. Für 57% der Befragten (n=422) käme es unter keinen Umständen in Frage, einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, indem sie ihm tödliche Medikamente zur Verfügung stellen. Dagegen ist diese Form der Assistenz der Selbsttötung für 34% vorstellbar.

Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Antwortverhalten auf die gleichlautende Frage in der bereits zitierten Umfrage der Bundesärztekammer mit dem Institut für Demoskopie Allensbach (Bundesärztekammer 2010). Hier konnten sich 61% eine Mitwirkung an der Selbsttötung nicht vorstellen, während 37% sich diese unter bestimmten Bedingungen vorstellen konnten. In einer ebenfalls unter Verwendung der gleichlautenden Frage durchgeführten Umfrage von Ärzten aus fünf Landesärztekammern konnten sich 40,2% eine Mitwirkung bei der ÄAS vorstellen, während 41,7% dies für sich persönlich ablehnten (Schildmann et al. 2014).

Im Vergleich zur persönlichen Ablehnung der ärztlich assistierten Selbsttötung (57%) fällt die Befürwortung eines standesrechtlichen Verbotes, wie dies seit 2011 in der Musterberufsordnung festgeschrieben wurde, mit 41%, deutlich geringer aus.

Eine entsprechende Differenzierung zwischen persönlicher Einstellung und der Bewertung standesrechtlicher Rahmenbedingungen konnte auch in der Befragung von Ärzten aus fünf Landesärztekammern festgestellt werden (Schildmann et al. 2014). Lediglich 25% der befragten Ärzte befürworteten in dieser Untersuchung ein berufsrechtliches Verbot.

Die vorstehenden Ergebnisse machen deutlich, dass auch innerhalb der Gruppe onkologisch tätiger Ärzte, als einer mit der Thematik wahrscheinlich vergleichsweise häufig konfrontierten Gruppe der Ärzteschaft, die ÄAS ethisch kontrovers bewertet wird. Die Ergebnisse stehen im Gegensatz zur öffentlichen Darstellung der Bundesärztekammer als Repräsentanten der deutschen Ärzteschaften, die wiederholt und mit bemerkenswertem Aufwand¹¹ versucht in der Öffentlichkeit ein Bild der Einmütigkeit der Ärzteschaft in der Frage der ÄAS zu vermitteln (Richter-Kuhlmann 2014). Insbesondere die vergleichsweise geringe Befürwortung eines berufsrechtlichen Verbotes der ÄAS sollte nach Einschätzung der Autoren zum Anlass für eine Diskussion über einen angemessenen standesethischen und standesrechtlichen Rahmen innerhalb der Ärzteschaft genommen werden.

¹¹ Am 12. Dezember versammelten sich Präsidenten der Landesärztekammern (beziehungsweise deren Vertreter) für eine gemeinsame Stellungnahme zur ÄAS <http://www.bundesaeztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerzte-leisten-hilfe-beim-sterben-aber-nicht-zum-sterben/> (Zugriff 7.5.2015). In ihrem Beitrag auf Seite 1 des Deutschen Ärzteblattes 51-52, 2014 verweist die politische Redakteurin Eva Richter-Kuhlmann darauf, dass es bis zu diesem Zeitpunkt noch nie ein gleichzeitiges Pressestatement von allen 17 Kammerpräsidenten gegeben habe.

Angesichts des Vertrauens der Gesellschaft in die ärztliche Profession sollte die Ärzteschaft deutlich machen, dass sie sich ethisch kontroversen Sachverhalten in einem differenzierten und offenen Diskurs stellt. Es gilt einen standesethischen und berufsrechtlichen Rahmen zu finden, der den seltenen aber schwierigen Umständen, in denen Ärzte von Patienten auf die ÄAS angesprochen werden, Rechnung trägt.

Empirische Untersuchungen zur ÄAS können keine Antwort darauf geben, wie sich Ärzte in diesen Situationen verhalten sollen. Die Autoren hoffen allerdings, dass die Veröffentlichung der Umfrage einen Beitrag zur empirischen Fundierung und Förderung eines konstruktiven und kritischen Diskurses über standesethische und rechtliche Aspekte der ÄAS leistet.

Limitationen

Konzeption, Durchführung, Umsetzung und Auswertung der Umfrage erfolgten angesichts der aktuellen gesellschaftlichen und politischen Diskussion innerhalb eines sehr eng gesteckten zeitlichen Rahmens. Weiterhin standen für die Umfrage keine zusätzlichen personellen oder finanziellen Mittel zur Verfügung. Aus diesen Gründen mussten auf methodischer Ebene teilweise erhebliche Einschränkungen in Kauf genommen werden. Angesichts des Mangels an empirischen Daten in Deutschland und der Einschätzung, dass die Qualität der erhobenen Daten ausreicht, um einen Beitrag zur empirischen Fundierung der aktuellen Debatte leisten zu können, haben wir uns entschieden, die Ergebnisse der Umfrage in dieser Form zu veröffentlichen. Wesentliche methodische Limitierungen sollen im Folgenden transparent gemacht werden.

Die Formulierung der Fragen zu Einstellungen und Handlungspraxis am Lebensende beeinflusst nachweislich das Antwortverhalten (Hagelin et al. 2014). Während durch die Vermeidung vager oder missverständlicher Formulierungen (z. B. Sterbehilfe) eine Verbesserung der Qualität erreicht werden kann, ist eine von allen Befragten als neutral wahrgenommene Formulierung bei moralisch kontrovers beurteilten Themenstellungen kaum möglich. Aus zeitlichen Gründen konnte kein Pre-Test beziehungsweise eine Validierung des Fragebogens vorgenommen werden. Wo es möglich war, haben wir – auch aus Gründen der Vergleichbarkeit – versucht, bereits erprobte Fragen zu verwenden. Wir haben zur Nachvollziehbarkeit und Einordnung der Ergebnisse uns entschieden, alle Fragen sowie Antwortmöglichkeiten im Anhang zu diesem Beitrag zu publizieren. Weiterhin gibt ein Teil der ebenfalls im Anhang publizierten Freitextantworten der Studienteilnehmer einen Einblick auf die Wahrnehmungen und Bewertungen des Fragebogens durch die Studienteilnehmer.

Als weiterer Verzerrungsfaktor muss die Selektion der Teilnehmenden benannt werden. Mitglieder der DGHO sind nicht repräsentativ für die deutsche Ärzteschaft und auch nicht für onkologisch tätige Ärzte in Deutschland. Aufgrund der Rücklaufquote von 27% und der fehlenden Möglichkeit einer Non-Responder Analyse ist es möglich, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ für die Mitglieder der DGHO sind. Es ist zum Beispiel denkbar, dass sich insbesondere Mitglieder, die das Thema im klinischen Alltag betrifft, oder die sich mit dem Thema aus anderen Gründen näher befassen, auf die Umfrage geantwortet haben.

Schließlich müssen auch die soziale Erwünschtheit und die Furcht vor rechtlichen Konsequenzen als mögliche Verzerrungsfaktoren berücksichtigt werden. Den Teilnehmern wurde eine anonyme Auswertung zugesagt. Dennoch kann es sein, dass ein Teil der Befragten sich in Bezug auf die eigene Handlungspraxis nicht offen geäußert hat. Als ein weiterer Verzerrungsfaktor müssen Filterfragen im Online-Formular bedacht werden.

Literatur

- Battin MP/van der Heide A/Ganzini L/van der Wal G/Onwuteaka-Philipsen BD: *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in „vulnerable“ groups*. J Med Ethics. 2007, 33:591-7
- Beller EM/van Driel ML/McGregor L/Truong S/Mitchell G: *Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults*. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 2;1:CD010206. doi: 10.1002/14651858.CD010206.pub2.
- Bundesärztekammer: *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* Dtsch Ärztebl 2004, 95:A2366-7
- Bundesärztekammer: *Ärztliche begleiteter Selbsttötung und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft 2010*. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf (2010, Zugriff 29.4.2015)
- Bundesärztekammer: *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Dtsch Ärztebl 2011, 108:A346–348
- Deutscher Ethikrat: *Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention 2014*
- Gavela K: *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Springer, Berlin Heidelberg 2013
- Hagelin J/Nilstun T/Hau J/Carlsson HE: *Surveys on attitudes towards legislation of euthanasia: importance of question framing*. J Med Ethics 2004, 30: 521-523
- 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
- Kirschner R/Elkeles T: *Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland*. Gesundheitswesen 1998, 60: 247-253
- Krause S/Schildmann J/Lotze C/Winkler E: *Rationing Cancer Care: A Survey among the Members of the German Society of Hematology and Oncology (DGHO)* JNCCN 2013, 11:658–665
- Koranyi J/Verrel T: *Die straf- und standesrechtliche Bewertung ärztlicher Selbsttötungbeihilfe. 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
- Müller-Busch HC/Oduncu FS/Woskanjan S/Klaschik E: *Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation—a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine*. Med Health Care Philos 2004, 7:333-9
- Nationaler Ethikrat: *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf> (2006) (Zugriff am 29.4.2015)
- Richter Kuhlmann E: *Gemeinsames Bekenntnis der Kammern: Helfen, aber nicht töten*. Dtsch. Ärztebl 2014, 111: A-2247

- Salloch S/Vollmann J/Schildmann J: *Ethics by opinion poll? – The functions of attitudes research for normative deliberations in medical ethics*. Journal of Medical Ethics 2014, 40:597-602
- Schildmann J/Vollmann J: *Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte*. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2006, 131:1405-1408
- 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*. Palliative Medicine 2010, 24:820–827
- Schildmann J/Dahm B/ Vollmann J: *Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnitts-umfrage unter Ärzten in Deutschland*. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2014, DOI 10.1055/s-0034-1387410
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* (2004, aktualisiert 2012). www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf (Zugriff am 29.4.2015).
- Sykes N/Thorns A: *The use of opioids and sedatives at the end of life*. Lancet Oncology 2003, 4:312-318
- Vollmann J/Henking T/Gather J: *Den Wertepluralismus anerkennen*. Dtsch. Arztebl 2014, 111:A314-315
- Vollmann J: *Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid. Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte*. In: ten Have H, editor. Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Medizin und Philosophie, Bd. 5. Stuttgart-Bad Cannstatt: Froman-Hitzboog 2000, 31-70.

Anhang

I FRAGEBOGEN

DGHO

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

0% ausgefüllt

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Umfrage Zeit nehmen!

Die ärztlich assistierte Selbsttötung steht aktuell im Fokus der gesellschaftlichen und politischen Diskussion.

Ziel dieser anonymen Umfrage ist es, einen Einblick zur Handlungspraxis und Einstellung von Mitgliedern der DGHO zu gewinnen.

Auf diese Weise soll die aktuelle Diskussion, um die Perspektive von Ärzten mit einem klinischen Schwerpunkt in der Hämatologie und Onkologie ergänzt werden.

Weiter

Kristin Wunsch, DGHO e.V. 2015

31



10% ausgefüllt

Zu Beginn unserer Umfrage bitten wir um Ihre Einstellung zum Thema ärztlich assistierte Selbsttötung.

Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, eine Patientin / einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, ihr / ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die diese / dieser dann selbst einnimmt, oder käme dies für Sie auf gar keinen Fall in Frage?

- ☐ auf keinen Fall
- ☐ unter bestimmten Bedingungen
- ☐ ich bin unentschieden

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

[Zurück](#)

Weiter

Kristin Wünsch, DGHO e.V. 2015



20% ausgefüllt

Sind Sie schon einmal um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten worden?

Mehrfachantwort möglich.

- ☐ Ja, ich wurde bereits von einer Patientin / einem Patienten gefragt, ob ich grundsätzlich Assistenz zur Selbsttötung leisten würde
- ☐ Ja, ich wurde bereits von einer Patientin / einem Patienten gebeten, ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung auszustellen
- ☐ Nein, ich wurde noch nie um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

[Zurück](#)

Weiter

Kristin Wünsch, DGHO e.V. 2015



30% ausgefüllt

Wie häufig wurden Sie um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung in Ihrem Berufsleben gebeten?

Ich wurde bisher mal in meinem Berufsleben von einer Patientin / einem Patienten gefragt, ob ich grundsätzlich Assistenz zur Selbsttötung leisten würde.

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

Zurück

Weiter

Kristin Wunsch, DGHO e.V. 2015



40% ausgefüllt

Wie häufig in Ihrem Berufsleben wurden Sie um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten?

Ich wurde bisher mal in meinem Berufsleben um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten.

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

Zurück

Weiter

Kristin Wunsch, DGHO e.V. 2015

DGHO

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

50% ausgefüllt

In welcher Situation befand sich die Patientin / der Patient als sie / er um ärztlich assistierte Selbsttötung bat?

Mehrfachauswahl mit Angabe der Häufigkeit.

Diagnosestellung

nie

selten

häufig

stets

Kritische Situationen während der Tumorspezifischen Therapie (z.B. schwerwiegende Symptome oder lebensbedrohliche Komplikationen)

nie

selten

häufig

stets

Palliativ, aber mit Optionen einer Tumorspezifischen Therapie, die eine Chance auf Lebenszeitverlängerung bietet

nie

selten

häufig

stets

Palliativ, mit Beschränkung auf supportive Maßnahmen (z.B. nach Ausschöpfen von Tumorspezifischer Therapie)

nie

selten

häufig

stets

andere Situation (bitte benennen)

nie

selten

häufig

stets

andere Situation (bitte benennen)

nie

selten

häufig

stets

andere Situation (bitte benennen)

nie

selten

häufig

stets

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

Zurück

Weiter

Kristin Wünsch, DGHO e.V. 2015

DGHO

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

60% ausgefüllt

Haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Form / wodurch haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert?

Mehrfachantwort möglich

durch Information

durch Rezeptieren von Medikamenten zur Selbsttötung

durch eine andere Form der Assistenz (bitte benennen)

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

Zurück

Weiter

Kristin Wünsch, DGHO e.V. 2015

37

70% ausgefüllt

Die ärztlich assistierte Selbsttötung ist in Deutschland nicht strafbar. Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2011 nach kontroverser Diskussion mehrheitlich beschlossen, die ärztlich assistierte Selbsttötung erstmals berufsrechtlich zu verbieten.

Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung

- ☐ befürworte ich
- ☐ lehne ich ab
- ☐ ich bin unentschieden

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

Zurück

Weiter

Kristin Wunsch, DGHO e.V. 2015

80% ausgefüllt

Nun folgen Fragen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit.

In welchem Versorgungsbereich sind Sie tätig?

Bitte wählen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Antwort aus.

- ☐ Klinik
- ☐ universitäre Einrichtung
- ☐ Praxis / Gemeinschaftspraxis
- ☐ MVZ
- ☐ ich bin nicht in der Patientenversorgung tätig
- ☐ anderes

Wieviele Berufsjahre sind Sie onkologisch tätig?

 Jahre

Verfügen Sie über klinische Kompetenzen bei der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten?

- ☐ ja
- ☐ nein

Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie dies im nachfolgenden Freitextfeld ausführen.

Zurück

Weiter

Kristin Wunsch, DGHO e.V. 2015

DGHO

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

90% ausgefüllt

Abschließend bitten wir Sie um soziodemographische Angaben.

Geschlecht

zutreffendes bitte ankreuzen

☐ weiblich

☐ männlich

Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

(in Jahren)

☐ <30

☐ <35

☐ <40

☐ <45

☐ <50

☐ <55

☐ <60

☐ <65

☐ 65 und älter

Zurück

Weiter

Kristin Wünsch, DGHO e.V. 2015

DGHO

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Kristin Wünsch, DGHO e.V. 2015

40

ANHANG

II FREITEXTANTWORTEN

Um die Authentizität der Aussagen zu wahren, wurden Orthografie, Grammatik und Interpunktion nicht korrigiert. Darüber hinaus wurden personenbezogene Daten unkenntlich gemacht.

Zur Frage:

Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, eine Patientin / einen Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen, ihr / ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die diese / dieser dann selbst einnimmt, oder käme dies für Sie auf gar keinen Fall in Frage?

Anmerkungen und Kommentare:

- » Als Katholik auf keinen Fall, jedoch habe ich als Palliativmediziner sehr großes Verständnis für einen entsprechenden Patientenwunsch. Ein Suizid kann ja auch als freie Willensentscheidung gewertet werden.
- » als Onkologen müssen wir uns bewusst sein, dass selbst die Verordnung von Opiaten i.R. des BtMG, den Tatbestand eines assistierten Suizids erfüllen kann, wahrscheinlich ist die Dunkelziffer von uns unbekannten Suiziden in diesem Rahmen höher als wir annehmen
- » Auf keinen Fall deshalb, weil ich auf den weiteren Ausbau der Palliativmedizin und der Hospize setze.
- » Aus meiner persönlichen Überzeugung heraus will ich so etwas nicht tun. Ich bin jedoch in dieser Frage sehr, ob die Grundlage meiner Entscheidung und meines Handelns meine Überzeugung sein darf oder ob ich hier eine andere Haltung des Patienten / der Gesellschaft berücksichtigen muss. Wir brauchen hier viel Diskussion auch innerhalb der Ärzteschaft
- » Bedingungen sind „unheilbares Leiden“ mit der Betonung auf Leiden. Persönliche Betreuung der Betroffenen bzw. des Betroffenen. Beschränkung auf die Bereitstellung bzw. Verschreibung der Medikamente. Die Handlung selbst muss durch die Betroffene bzw. den Betroffenen eigenständig erfolgen können. Keine Maßnahmen bei Menschen, die hierzu nicht mehr in der Lage sind.
- » Bei der Fragestellung bleibt leider unberücksichtigt, ob sich die Antwort auf die persönliche Einstellung oder die berufsrechtliche Zulässigkeit bezieht. man sollte nicht davon ausgehen, dass allen Ärzten die Position der BÄK klar ist: PAS ist keine ärztliche Aufgabe.
- » Bei unheilbaren Kranken zum Beispiel würde ich ihren Entschluss respektieren und ihnen beistehen.
- » bezogen auf Patienten mit hämatologisch-onkologischen oder internistischen Grunderkrankungen
- » Das wäre ein Freischein für eine Eskalation / ethisch für mich nicht vertretbar
- » der ärztlich assistierte Suizid ist keine ärztliche Aufgabe!
- » der Wunsch für Unterstützung bei der Selbsttötung würde mir gegenüber nur extrem selten geäußert, obwohl ich viele Palliativpatienten habe. Eigentlich kann ich mir nicht vorstellen den Wunsch aktiv zu unterstützen, wobei ich extreme Situationen, die dies sinnvoll erscheinen lassen mir vorstellen kann.
- » die Abgrenzung gegenüber terminaler Sedierung (die ich für palliativmedizinisch im Einzelfall zu rechtfertigen sehe) könnte im Einzelfall schwierig sein
- » die ärztliche Ethik verbietet eine ass. Tötung !!! dies würde das Versagen der ärztlichen Kosten dokumentieren. Palliativstation ist immer möglich.
- » Die Bedingungen sollten eindeutig geregelt sein...
- » Die Bedingungen müssen schon ein extremes Maß erfüllen – sehr, sehr enge Indikationsstellung

41

- » die Breitstellung tödlicher Medikamente ist in meinen Augen keine ärztliche Aufgabe. Der Arzt ist der Garant für das Leben. Das bedeutet nicht, dass nicht zahlreiche Maßnahmen unterlassen werden, die bei unerträglichem Leiden das Leben verlängern. Dies schließt auch nicht eine terminale Sedierung im Fall unerträglichen Leidens aus.
- » Die Frage ist nicht gut gestellt. Natürlich kann kein Mensch etwas „auf keinen Fall“ aus- oder einschließen. Ärzte sollten aber auf keinen Fall gesetzlich ausdrücklich – unter welchen Einschränkungen auch immer – zur Unterstützung beim Suizid legitimiert werden.
- » Diese Bedingungen sind für mich außerordentlich eng gestellt und selten.
- » Dieses Thema wird m.E. auch eher hochgespielt. Betrieben wird diese Diskussion hauptsächlich von gesunden Menschen mit einem Spleen, die z.T. schwer kranke Menschen als Einzelfälle instrumentalisieren, um eine Meinung zu transportieren. Die überwältigende Mehrheit von schwerstkranken Patienten, welche ich tagtäglich erlebe, verspürt überhaupt keinen Drang nach Selbsttötung!
- » Ein assistierter Suizid käme nie in Frage, aber wir stellen täglich Patienten potentiell tödliche Medikamente (Analgetika, Morphine etc.) zur Verfügung, erklären deren Handhabung und Einnahme und beantworten die adäquaten Fragen der Patienten, was passiert, wenn man davon zu viel oder mehr als vorgeschrieben einnimmt. Das ist kein ärztlich assistierter Suizid und keine Anleitung, aber Alltag. Und entgegen aller Medienberichte kenne ich keinen Patienten, der diese Option (die z.B. Opiate bieten) genutzt hätte.
- » Eine aktive Maßnahme zur Sterbeeinleitung kommt für mich nicht in Frage.
- » eine effektive Palliation hat Vorrang
- » Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass, wenngleich allmählich, solche Regelungen doch einen Dambruch darstellen
- » Erst nach längerem Kontakt, mehrfacher klarer Äußerung und für mich nachvollziehbaren Gründen
- » Es gibt Leiden, da ist der Tod ein Segen!
- » Es gibt nicht therapiebare und/oder nicht lebenswürdige Situationen
- » Es kann immer nur die individuelle Entscheidung sein, dass ist für mich klar. Ich müsste die Person sein mit der der Patient diese Frage auch besprechen will. Ich könnte so etwas nicht als rein institutioneller Helfer tun. Es müsste schon ein besonderes Verhältnis zum Pat. sein und ich würde es nur zusammen mit anderen engen Sozialpartnern gemeinsam unterstützen, wobei ich mich dann natürlich für das „Medizinische“ verantwortlich sehen würde. - Ich habe solche Entscheidungen bisher nur in der eigenen Familie erlebt.
- » Es wären „Extrembedingungen“ notwendig, unter denen ich ein – prinzipiell von mir befürwortetes Verbot einer Abgabe von „Suizidgiften“ – unter Inkaufnahme einer evtl. strafrechtlichen Untersuchung – überschreiten könnte... Eine daraufhin notwendige strafrechtliche Untersuchung sollte dann aber auch – gesetzlich fundiert – die Möglichkeit haben, auf ein aus ethischen Gründen nicht strafwürdiges Verhalten erkennen zu können.
- » Gleichzeitig bin ich der Meinung, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist. Ich bin strikt gegen eine gesetzliche Regelung, würde aber sehr befürworten, wenn die derzeitige unklare berufsrechtliche Situation geklärt würde (am besten im Sinne der Formulierung der Landesärztekammer Berlin: Ärzte sollen keine Beihilfe zum Suizid leisten.
- » Heutzutage steht viele supportive Therapie zur Verfügung, die Patientenleiden lindern kann. daher finde aktive Sterbehilfe nicht notwendig
- » Ich bin seit ca. 20 Jahren nicht mehr ärztlich tätig und kann deshalb keine für Sie relevante Antwort geben.
- » Ich denke, dies sollte ähnlich gehandhabt werden wie früher eine Abtreibung: 2. Meinung und Durchführung durch einen anderen Arzt
- » Ich könnte mir die Vermittlung an eine zentrale Stelle vorstellen
- » ich müsste den Patienten, seine Erkrankung mit Prognose, seine persönlichen Umstände und seine Psychische Verfassung sehr genau kennen!
- » Ich sehe für mich unter eng definierten Bedingungen den Suizid nicht als „Sünde“, insofern sehe ich es auch als Recht des Patienten an, unter eng definierten Bedingungen einen Suizid zu begehen.

- » Ich verweise auf meinen Artikel im Hamburger Ärzteblatt 02/15 vom 10. 02. 2015
- » Ich würde dies auch für mich selbst wünschen.
- » Ich würde versuchen, die Ursache für das Suizidbegehren zu diagnostizieren und eine kausale Therapie anzuregen: z.B. professionelle Behandlung quälender Symptome, psychotherapeutische Behandlung und Begleitung, gesellschaftliche Unterstützung, ,
- » In der pädiatrischen Onkologie ist der ärztlich assistierte Suizid offenbar keine Option: Jedenfalls ist mir in 42 Dienstjahren, davon 35 Jahre in leitender Tätigkeit, diese Problematik nie an mich herangetragen worden. Die finale Krankheitsphase eines kranken Kindes bzw. Jugendlichen wird grundsätzlich in engster Zusammenarbeit mit den Eltern und ggf. dem jugendlichen Patienten abgestimmt. Nie wird gegen den Willen von Eltern oder Patienten agiert. Für mich und meine Patientengruppe kommt meines Erachtens diese Art der Beendigung des Lebens nicht in Frage.
- » in extremen Situationen bei genauer Kenntnis der Gesamtsituation und des Patienten und schwerem organischen Leiden
- » individuelle Entscheidung; kein formeller (gesetzlicher) Anspruch/Regelung
- » Intuitive Antwort: Auf keinen Fall! Aber es sind sehr seltene Bedingungen denkbar, unter denen ich nicht ausschließen könnte, davon abzuweichen.
- » Jedoch Versorgung mit Schmerzmitteln und Anxiolytika und ähnlichem auch wenn dies ggfs. atemsuppressiv wirkt.
- » Kann mir u.U. vorstellen einen freiwilligen Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zur begleiten
- » katholischer Onkologe, der es ernst nimmt mit seinem Glauben
- » Leiden zu lindern ist grundlegende Pflicht des Arztseins (ggf. auch dann, falls mit dieser Handlung die zwar nicht beabsichtigte, aber möglicherweise rascher eintretende Wahrscheinlichkeit des Todes Eintritts gegeben ist als ohne die gewählten Therapiemaßnahmen), Durchführen oder Beihilfe für eine gezielte Tötungshandlung zu leisten, ist in keiner Weise mit ärztlichem Beistehen und Handeln vereinbar.
- » nach Ausschöpfung aller palliativmedizinischen Möglichkeiten und nur in der Finalphase
- » nicht alleine
- » nicht unter den aktuellen rechtlichen Bedingungen. Bei geänderter Rechtslage Event. in Ausnahmefällen mit strengster Indikationsstellung und Beteiligung eines Ethikrats
- » Noch nie gemacht. Nur für Patienten die ich lange selbst begleitet habe, i.S. eines Bilanzsuizides, nur bei Unmöglichkeit das Leid erträglich zu machen
- » nur bei final kranken Patienten, deren Lebenserwartung unter heftigsten Qualen absehbar Tage sind!
- » nur bei intensiver Kenntnis des Patienten, vorherigem psychoonkolog./psychiatr. Konsil, eindeutiger schriftl. Patientenverfügung
- » nur in extrem seltenen Fällen für mich vorstellbar
- » nur in extremem Ausnahmefall
- » Nur wenn die entsprechenden rechtlichen und berufsstandesrechtlichen Vorschriften dies zulassen
- » Ob eine letzte Lebensphase lebenswert oder nicht lebenswert erscheint, unterliegt einer willkürlichen Sicht, die vor allem – im negativen Fall – von Angst geprägt ist. Angst ist immer ein schlechter Berater, insbesondere zum Lebensende. Ärztliche Aufgabe ist es durch vertrauensbildenden Umgang mit dem Patienten, der ihm die Gewissheit gibt, dass er bis zum Schluss von uns begleitet und nicht alleine gelassen wird. Erhielte der Patient schon vor dem Wunsch nach Suizid diese Hilfestellung, würde derselbe zur Rarität.
- » Optimierung des häuslichen Umfeldes, adäquate Schmerztherapie, Best supportive care, Multidisziplinäre palliativmedizinische Betreuung im Vordergrund stehend
- » Patient sollte dies selbst ohne Anwesenheit eines Arztes tun können

- » sehr individuelle Abwägung, nur in Gegenwart von Vertrauensperson /Pfarrer
- » selbstverständlich käme eine ärztlich assistierte Selbsttötung für mich in Frage
- » Unter Ausschöpfung aller palliativen Mittel war ich in fast 25 J. kein Mal in der Situation.
- » unter bestimmten sehr eingeschränkten Bedingungen nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten der Palliativtherapie
- » Unterstützung eines Suizids ist mit der ärztlichen Ethik unvereinbar
- » vermutlich wirklich sehr selten
- » Viele Patienten haben jedoch so viele Opiate zu Hause, dass es für eine Selbsttötung reichen würde. Aber diese Medikamente dienen in erster Linie der Schmerztherapie und werden nicht zur Selbsttötung überlassen.
- » Warum soll das ärztliche Aufgabe sein?
- » Wenn das Leid im Rahmen der fortgeschrittenen Grunderkrankung für einen Patienten nicht mehr erträglich sein sollte, würde ich alle Anstrengungen unternehmen, ihn zum Beispiel durch symptomkontrollierende Maßnahmen auf der Palliativstation in einen für ihn erträglich Zustand zu bringen. Es sollte Einvernehmen über das Behandlungsziel erreicht werden, d.h. der Patient muss definieren, was er für noch erträglich hält, der Arzt muss einschätzen ob ein solches Ziel realistisch erreicht werden kann. Grundsätzlich würde ich ihm keine Medikamente zum Suizid verordnen, könnte mir aber extreme Situationen vorstellen, in dem eine Symptomkontrolle nicht erreicht werden kann. Als Beispiel hierfür berichte ich von einem jungen Mann, internistisch gesund, gute Organfunktionen, somit nicht absehbar vital bedroht, aber durch ein metastasiertes Weichteilsarkom extrem entsetzt mit progredientem Zerfressen des Gesichtes. Es war mir verständlich, dass hier der Wunsch zum Suizid nach offensichtlichem therapierefraktärem Verlauf geäußert wurde. Wir haben ihm bei starken Schmerzen zur Schmerztherapie die Analgosedierung auf der Palliativstation angeboten und einvernehmlich bei höheren Dosen ein mögliche Lebensverkürzung akzeptiert. Der Pat. hat daraufhin dies angenommen und seinen Wunsch nach Suizid aufgegeben. So würde ich in einem ähnlichen Fall wieder vorgehen.
- » wenn ich klar überblicken kann, dass es eine fundierte Entscheidung ist - infauste Prognose, reife Überlegung, keine sachfremden Aspekte in der Entscheidung
- » Wenn ich über eine längere Zeit die Schwere der Erkrankung und den Krankheitsverlauf kenne
- » widerspräche meinen beruflichen Selbstverständnis und meiner religiösen Einstellung
- » widerspricht meiner Einstellung als Ärztin. Palliative Maßnahmen zur Nichtverlängerung einer Leidenszeit ja.
- » Würdevolles Sterben sagt sich oft viel leichter als getan. Denke aber dass es Situationen geben kann wo diese Maßnahme indiziert erscheint. Jedoch äußerst selten

Zur Frage:

Sind Sie schon einmal um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung gebeten worden?

Anmerkungen und Kommentare:

- » 1. Ehemann (Richter a.D.)möchte, dass ich seine Frau „erlöse“. Die zustimmungsfähige Patientin möchte dies nicht.2. Patient verlangt im stat. Bereich das Einstellen der Pflege/Überwachung, da er sich etwas besorgt habe. Keine Zustimmung- Pat. in der Nacht in Anwesenheit der Familie(2 Ärzte) gestorben.
- » aber gefragt wurde schon ob es möglich sei
- » aber schon sehr oft darum, dass ICH den Patienten töte (arbeite viel in der Palliativmedizin)!
- » Aber: Geben Sie mir doch bitte die (!) „Pille“, höre ich schon hin und wieder.
- » Allerdings wurde ich im Gespräch mit den Patienten darauf angesprochen und meine Meinung dazu erfragt
- » Assistenz im Sinne eines ärztlichen Zeugnis
- » Auch von Freunden und Bekannten
- » Aufgrund meiner häufigen Kontakte zu Palliativpatienten und Sterbenden ist dies ein häufiges Thema.
- » Bei meiner Tätigkeit als Onkologe und Palliativmediziner mit dem Schwerpunkt der Symptomlinderung war die Bitte um die „erlösende Spritze“ eher selten
- » bei unmenschlicher Leidensverlängerung ohne jegliche LQ, nach Ausschöpfung aller pall. Maßnahmen
- » Dagegen des Öfteren um aktive Sterbehilfe!
- » das muss in den allermeisten Fällen als dringlichste Aufforderung zur Verbesserung der Palliativmaßnahmen gesehen werden
- » Dies kam in meiner gesamten ärztlichen Tätigkeit erst einmal vor.
- » Dieses Anliegen wird jedoch äußerst selten geäußert. Selbst auf der Palliativstation habe ich selten Äußerungen gehört.
- » es ging bisher eher so in die Richtung: Haben Sie nicht eine Spritze für mich, was dann Anlass zu Gesprächen über Ängste und Möglichkeiten der Hilfe in auswegloser Situation incl. terminaler Sedierung als Ultima Ratio ich
- » Es handelte sich um den über 80 jährigen Ehemann einer moribunden Patientin. Sie seien 60 Jahre zusammengewesen, und wollen zusammen gehen.
- » Fragen/Bitten der Patienten erschienen meist eher als Hilferuf, und nicht als endgültige, reife Entscheidung.
- » Ich finde es für mich entlastend, mich nicht auf eine ethisch-religiöse Grundsatzdiskussion einzulassen, warum ich dies ablehne, sondern mich schlicht darauf berufen kann, dass dies in Deutschland verboten ist.
- » Ich habe mit Krebskranken zu tun. Wenn das Leiden unerträglich wird, sollte ihr Wunsch zur Erlösung von Schmerzen respektiert werden.
- » Ich hatte aber immer eher den Eindruck, dass mehr um Anteilnahme geworben wurde, denn um wirklich ein Rezept.
- » Ich wurde bisher nicht eindeutig direkt um die Ausstellung eines Medikamentes gebeten, aber ein Patient hat versucht eine sehr hohe Morphindosis für eine Suizid von mir zu bekommen
- » Ich wurde gefragt, ob ich nicht etwas tun könnte, dass es schneller vorbei ist!?
- » Ich wurde persönlich von meinem Vater danach gefragt, hatte damals (2005) große Probleme damit.
- » Ich wurde von Patienten bereits gefragt, ob Ihnen bereits zur Verfügung stehende Medikamente (Opiate) für einen Suizid ausreichen würden

- » In der Regel wird das mit „ich weiß, was ich zu tun habe, gehe dann in die Schweiz“ angesprochen
- » in jedem Fall war es aber durch Gespräche und symptomlindernde und andere unterstützende Maßnahmen möglich diese Situation aufzulösen
- » indirektes Fragen zum Antesten, ob ich darauf eingehen würde, gab es aber schon, direkte konkrete Bitten aber nicht
- » keine konkrete Anfrage, eher unspezifischen Wunsch ausgedrückt
- » Mir fehlt eine weitere Antwortmöglichkeit: die meisten Patienten, die sich mir diesbezüglich anvertrauen, fragen nicht allgemein, ob ich grundsätzlich dazu bereit wäre, sondern bitten ganz konkret darum - bisher war dies immer eine appellative Frage, und durch Begleitung all der Sorgen und Beantwortung all der Fragen dieser Patienten in existentieller Not, wollte keiner meiner Patienten sich tatsächlich selbst töten, sondern so gut wie möglich leben bis zuletzt und seine Leiden gelindert wissen. Dafür müssen wir nicht helfen zu töten, sondern Sterbende begleiten.
- » Nur im Affekt der Verzweiflung.
- » Nur sehr vage, keine konkrete Bitte
- » Patienten haben mich das noch nie gefragt. Eher sind es Angehörige, die fragen, „ob man da nichts tun könnte“, „das sei doch kein Leben mehr“, weil sie überfordert sind. Aber ich habe noch nie Patienten selbst darum bitten hören.
- » s. Kommentar bei der ersten Frage.
- » s.o.
- » sehr selten
- » sehr vereinzelte Anfragen von onkologischen Patienten in einer stabilen palliativmedizinischen Situation ohne große Symptomenlast, Anfragen zumeist vorsorglich mit Sinne einer potentiellen Option, falls sich Krankheits-situation verschlimmern sollte
- » wir haben uns auf eine gute Palliativversorgung geeinigt, der Patient war später sehr zufrieden
- » wurde ersucht, Tötung auf Verlangen umzusetzen
- » Wurde jedoch schon gefragt Pat fit und feiertäglich für die Schweiz zu bekommen

Zur Frage:

Wie häufig wurden Sie um ärztliche Assistenz zur Selbsttötung in Ihrem Berufsleben gebeten?

Anmerkungen und Kommentare

- » „Berufsleben“ bedeutet bei mir 25 Jahre onkolog. Tätigkeit
- » 1x wirklich ernsthaft, mit vielen ausführlichen Gesprächen gemeinsam mit der Familie, Patientin ist dann in die Schweiz gefahren. Mehrfach schon Gespräche über den Wunsch etwas verschrieben zu bekommen, nicht sicher wie ernsthaft dies dann letztlich gemeint war
- » 40 Berufsjahre
- » 40 Jahre Berufsleben
- » allerdings nie eindringliche Aufforderung dazu
- » als Palliativmedizinerin bin ich oft mit der Frage nach Hilfe zur Selbsttötung konfrontiert, ich bin davon überzeugt, dass die Schmerztherapie auch mit in Ausnahmefällen die tiefe Analgosedierung Möglichkeiten für einen kontrollierten Sterbeprozess bietet.
- » Angabe nach Erinnerung, Mindestangabe
- » Auch von Angehörigen.
- » circa Angaben !
- » das genau zu beziffern ist schwierig über die Jahre eben nicht gezählt, das ist ca. die Zahl der mehr oder weniger intensiven Anfragen
- » die Frage kann ich nicht beantworten, da ich es nicht mehr so genau weiß!
- » Die Frage wird oft nicht direkt gestellt. Der Pat/ die Pat. Äußert den Wunsch oder erwähnt die Schweiz oder Holland wo es erlaubt ist
- » dies ist eine ca. Angabe
- » Diese Frage ist sehr unscharf – als Hämato-Onkologe kommt sehr oft die Frage, ob ich denn nicht Schluss machen könnte; ernst sind diese Fragen aber in den allerwenigsten Fällen.
- » Frage kam eher im Affekt und nicht gezielt
- » geschätzt, bin im Gespräch dann auf die supportive Medikation eingegangen; bin also nicht sicher, wie ernst es gemeint war
- » Grobe Schätzung. Extrem selten bei vielen Tausend behandelten Patienten.
- » Ich arbeite im Schwerpunkt in der Palliativmedizin.
- » Ich bin jetzt seit 40 Jahren ärztlich tätig. Es handelt sich also um ein extrem seltenes Ereignis.
- » Ich bin selten gefragt worden. Allerdings könnte dies aufgrund der aktuellen Regelungen so selten erfolgt sein. Meine Patienten wissen ja, dass es deutschen Ärzten untersagt ist, die Selbsttötung zu unterstützen.
- » Ich habe auf die Frage bisher nie mit einem eindeutigen Nein geantwortet. Trotzdem kam in über 20 Jahren bisher nie eine konkrete Frage von den Patienten. Es sind eher die Angehörigen die nachfragen. Wir betreuen alle unsere Patienten persönlich auch im Hospiz oder zu Hause weiter, so dass ich glaube, es hilft den Patienten zu wissen, dass sie nicht leiden müssen und jederzeit jemand erreichbar ist.
- » ich lebe und arbeite in der Schweiz, wo eine ärztlich unterstützte Selbsttötung i.R. der EXIT Organisation erlaubt ist.
- » ich werde ca. 1-2 mal pro Jahr von Patienten gebeten Ihnen tödliche Medikamente zu verordnen oder zu verabreichen. Nach Darstellung von palliativmedizinischen Alternativen. gehen die Patienten darauf ein.

- » Ich wurde schon wiederholt kurz gefragt, eindringlicher und ernsthafter thematisiert wurde die Frage bisher von einer Patientin
- » im Einzelnen nur an bestimmte Situationen/Patienten erinnerlich, zu lange her
- » Im Rahmen der Tätigkeit auf einer Palliativstation, alle Pat, haben in der Folge vom Suizidwunsch Abstand genommen.
- » in 30 Berufsjahren
- » Insgesamt wurde ich nach mehr als 25 Jahren Berufserfahrung nur 1-2 x danach gefragt.
- » Je nach Persönlichkeit des Patienten ist dies ein durchaus gestellte Frage, ob der Arzt bereit ist dem Patienten während seines gesamten Leidensweges beizustehen
- » mehrere Patienten haben mich darauf angesprochen, sicher > 5
- » mehrfach, keine sichere Angabe möglich
- » meist keine dezidierte Frage nach Assistenz zur Selbsttötung, sondern Bitte um Hilfe, nicht mehr leben zu müssen bei schwerster belastender Erkrankung
- » Meist nicht konkret, eher allgemein, eher appellativ
- » oft fragen zudem Angehörige
- » Pat. tasten sich meist vorsichtig an, so dass es selten zu der konkreten Frage kommt.
- » s. Vorantwort, keine Anfrage in Akutsituationen mit hoher Tumorlast, allenfalls Selbsttötung als theoretische Option
- » s. auch obige Frage
- » sehr selten
- » siehe oben, nur bei mir langjährig bekannten Pat.
- » ungefähr
- » ungefähre Angabe, die Fragen reichten von „unverbindliche Anfrage“ (deutlich >) bis völlig konkret
- » Ungefährwert – Alle Anfragen von Pat. waren nach weiterem Gespräch stets Bitten um ein Ende von Leiden, nicht primär Ende von Leben.
- » von den 5x war 3x in den letzten 3 Monaten – seitdem das Thema in den Medien diskutiert wird
- » wirklich wenige Fälle

Zur Frage:

Wie häufig in Ihrem Berufsleben wurden Sie um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten?

Anmerkungen und Kommentare:

- » wie oben
- » Grobe Schätzung. Extrem selten, bei vielen Tausend behandelten Patienten.
- » gelegentlich kommt die Bitte: geben Sie mir doch die Spritze. Das ist nochmal anders, als die Bitte nach einem Rezept zur Selbsttötung. Es ist eine bewusstere Frage.
- » die Pat. bitten nicht um Rezept, die bitten um Hilfe beim Suizid

Zur Frage:

In welcher Situation befand sich die Patientin / der Patient als sie / er um ärztlich assistierte Selbsttötung bat?

Benannte andere Situationen:

- » vor Therapie Abklärung der ärztlichen Einstellung dazu
- » viele der Maßnahme der pall. Medizin haben versagt, entstellende Erkrankung
- » verzweifelte Therapiesituation ohne Alternativen, insbesondere bei jungen Patienten
- » Verlust der Eigenständigkeit - Selbstständigkeit, so dass auch mögliche palliativ intendierte palliative Therapie abgelehnt wurden
- » unzureichende Symptomkontrolle trotz Ausschöpfung aller Maßnahmen
- » Unverträglichkeit von Opiaten und starken Schmerzen
- » unfallbedingte Querschnittslähmung im hohen Alter
- » unerträgliche Schmerzen
- » Überforderung des Umfeldes
- » Sterbephase
- » stabile palliative Situation
- » Stabile Krankheitsphase. M.E. in der Regel im Rahmen einer Depression.
- » soziale Vereinsamung
- » Sorge sich als Belastung für Familie/Sozialsysteme/Kassen zu erleben
- » schwerwiegende Einschränkung der Autonomie ohne Aussicht auf Änderung
- » Schwere Depression und Unvermögen, die onkologische Situation zu verstehen.
- » schwere Depression
- » schwer erträgliche Schmerzen, Entstellungen durch einen weiter wachsenden Tumor
- » Schmerzsituationen
- » Schmerzen
- » psychosoziale Probleme
- » psychische Dekompensation
- » Patienten mit nicht-onkologischen, aber dennoch lebensverkürzende Erkrankungen (ALS, Lungenfibrose, COPD, chron. Herzinsuffizienz)
- » Patienten in schlechter palliativer Versorgung
- » Patient/in lebt alleine ,ist sozial isoliert
- » Paraneoplastische Paraplegie, absolute Bewegungsunfähigkeit, palliative Situation
- » palliative Therapie bei nichtonkologischer Patientin
- » Palliativ, keine suffiziente supportive Therapie
- » Palliativ, aber noch mit Aussicht auf sinnhafte Therapien, die Frage wurde grundsätzlich am Anfang der Therapie im Hinblick auf mögliche Szenarien in der Zukunft gestellt

- » ohne lebenslimitierende Erkrankung, „nur“ Alter, als Lebensbilanz
- » moribund
- » massive Beschwerden trotz palliativer Therapie ohne spez. Therapieoptionen
- » lebens-müde Patientin mit 95 Jahren, ohne konkrete, limitierende Erkrankung
- » lebensmüde Menschen
- » langdauernde palliative Therapie mit tumorspezifischen Maßnahmen ohne Aussicht auf wesentliche Besserung
- » kurativ bei Komplikationen durch HSCT (CMV, GvHD) mit völlig unzureichender, bzw. fehlendem psychologischem Support
- » Krebserkrankung führte für eine Patientin zur Scheidung, zum Partnerverlust
- » krankheitsbedingter Verlust der Dinge, die das Leben lebenswert machen ohne Perspektive für die Zukunft
- » Kombination palliative Tumorthherapie und vorbestehenden Suchtleiden
- » kaum beherrschbare tumorspezifische Symptome
- » Ineffektivität jeglicher pall. Maßnahmen, unwürdiges Leiden mit Autonomieverlust
- » Hospiz
- » hohes Alter, blind und fast taub
- » Hohes Alter (94) mit gravierender Einschränkung von Sehen, Hören, Schmecken, schmerzhaftem Gehen
- » Grundsätzliche Frage des/der Patient/in im Laufe der Behandlung für die jeweilige Lebensplanung
- » große ÄNGSTE vor ungenügender Unterstützung
- » Fortgeschrittene Krebserkrankung und keine schwerwiegenden Symptome
- » Fortgeschrittene COPD
- » Finalphase
- » exulzierender Tumor, Bedrohung durch Verbluten durch Tumor-Gefäßinfiltration
- » Existentielle Krise, nicht direkt tumorbedingt
- » Entlassung in die Häuslichkeit (Wunsch des Patienten) war aus Gründen hohen Hilfebedarfs nicht mehr möglich.
- » Eintritt Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von Hilfe
- » Einsamkeit
- » Eher theoretische Überlegung und Abfrage seitens des Patienten in einer frühen palliativen Situation mit noch > 6 Monaten Lebenserwartung
- » depressive Phase bei chronischer Tumorerkrankung
- » chronische Therapie, stabile Erkrankung, Nebenwirkungen der Therapie nehmen zu
- » Bitte um Abkürzung der präfinalen Leidenszeit
- » Bevorstehendes absehbares Lebensende wollte aktiv formatiert werden quasi als letzter „Ich“-Ausdruck
- » ausgeprägte Schmerzsymptomatik bei bisher unzureichender Symptomkontrolle!!!
- » Alter > 90
- » akute Belastung zur chronischen Erkrankung
- » unzureichende Symptomkontrolle

- » Unsicherheit wo und wie das Sterben denn in Würde verlaufen kann, und daher der Wunsch dies abzukürzen
- » Unerträglicher Leidensdruck durch ulcerierende Tumore im Kopf-Hals Bereich
- » Terminale HIV-Erkrankung
- » schwere COPD
- » Psychische Dekompensation
- » Phasen starker schlecht behandelter sehr starker Schmerzen
- » Palliativsituation mit für den Patienten inakzeptablen Einschränkungen seiner Autonomie
- » Palliativ, mangelnde Angebote durch den Onkologen („kann nichts mehr für Sie tun“)
- » Menschen, die das Gefühl haben, die Situation nicht mehr aushalten zu können
- » Einsamkeit
- » Depression
- » Bitte eines 84-jährigen um palliative Sedierung nach therapieresistentem Rezidiv einer AML
- » verjauchende Tumore im Urogenitalbereich, chronische Ileusituation
- » unerwartete Komplikationen, z.B. hoher Querschnitt
- » nach Mitteilung „austherapiert“ (die ärztlichste aller Aussagen!!!)
- » Demenzerkrankung. Keine onkologische oder hämatologische Diagnose.
- » Affekt
- » spezielle Pat. hat Chemotherapie generell abgelehnt, wollte selbstbestimmtes Leben, nur Supportivmaßnahmen bei ausgedehnter Peritonealkarzinose
- » Patient mit austherapiertem Burkitt-Lymphom und Liquorbefall mit Hirnnervenlähmung
- » Patient befand sich in einer ‚best supportive care‘ Situation nach Ausschöpfung sinnvoller palliativer Chemotherapieoptionen
- » Mit der oben angegebenen Auswahl von nie – stets kann ich nichts anfangen. Es waren Patienten im Endstadium einer onkologischen Erkrankung, die selbst entscheiden wollten über den Zeitpunkt ihres Sterbens. Schmerzen waren nicht das Problem, sondern der gefürchtete Verlust der Autonomie.
- » Insgesamt halte ich eine solche Frage des Patienten für einen Hinweis auf eine unzureichende palliativmediz. Versorgung. Das bedeutet in solchen Fällen ausführliche Gespräche und eine Optimierung der palliativen Maßnahmen entsprechend den Bedürfnissen des Patienten. Danach habe ich es nicht mehr erlebt, dass der Sterbewunsch ernsthaft persistiert (außer bei Depressionen, deren Behandlung ja oft länger dauert)
- » Ich erkenne keinen Zusammenhang zwischen Krankheitsstadium/Symptomlast und Sterbewunsch. Die Frage kommt meist präventiv, „wenn es dann mal so ist...“
- » Eigentlich war nur eine Patientin bislang nicht durch die Information über die Möglichkeiten und die Orte an denen Palliative Versorgung möglich ist von dem Entschluss zum Suizid abzubringen.
- » diese Fragen sind alle so gestellt, dass sie einen hohen Suggestivcharakter haben und die Antwort eine gefilterte ist.
- » Die Fragen waren fast immer zu Behandlungsbeginn und unabhängig von der Prognose
- » Die Anfragen kamen eher nach vorausgegangener Therapie, d.h. im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung.
- » das eine Mal war es unter einer funktionierenden Erstlinie
- » „häufig“/“stets“ wird der Seltenheit der tatsächlich angefragten Suizidassistenz-Situation nicht gerecht
- » „Erfahrung“: N=2

Zur Frage:

Haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert? Wenn ja, in welcher Form / wodurch haben Sie bereits bei einer Selbsttötung assistiert?

Anmerkungen und Kommentare

- » unter ausreichender Symptomkontrolle bzw. Erläuterung und Verfügung von Bedarfsmedikation (für Durchbruchschmerz, anfallsartige Dyspnoe) stand die Frage der Selbsttötung für die betreffenden 3 Patienten nicht mehr zur Diskussion!
- » Patient hatte angekündigt sich selbst zu töten, wenn eine bestimmte Progression der Erkrankung erreicht sei. Hat sich nach dem Gespräch mit mir zu Hause erschossen.
- » Patient hat sich Insulin und Diazepam besorgt bzw. aufgehoben
- » palliative Sedierung habe ich angeboten und durchgeführt
- » indirekt durch Aufklärung über potentiell tödliche Nebenwirkungen z.B. von Opiaten
- » in der Regel mit Transparenz und Einschaltung der Polizei
- » Ihre Umfrage verkürzt diese Problematik in nicht statthafter Weise. Vergl. InFoOnkologie Februar 2015
- » Ich würde auch nie assistieren, noch nicht einmal bei mir selbst!
- » Hätte aber Rezept in bestimmten Situationen bei altbekannten Patienten ausgestellt
- » die obige Antwort ist wahrheitsgetreu – aber kommt ein „Ja“ bei dieser Frage bei der derzeitigen Rechtslage nicht einer Selbstanzeige gleich?!
- » Als Katholik kommt eine Assistenz bei einer Selbsttötung nicht in Frage.
- » alle SAPV-Patienten und sicher die meisten onkologischen Patienten haben ausreichend Opiate für eine Selbsttötung zuhause. Informationen zu diesem Sachverhalt gebe ich den Patienten, wenn diese um Informationen bitten. Bisher hat aber (soweit ich das weiß), niemand diese Option genutzt.
- » aber durch Inkaufnehmen von Nebenwirkungen bei der Palliativtherapie, z.B. konsequente Schmerz- und Atemnotlinderung auch bei tendenziell zu hoher Opiatdosis

Zur Frage:

Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung...

Anmerkungen und Kommentare

- » Wir wollen und sollten kein Verein von legalisierten, pseudoethischen Hobby-Mördern mit zweifelhafter Motivation sein. Wir sind Ärzte. Die helfen (anders).
- » Wir sollten nicht alles juristisch festklopfen
- » weil in extremen Einzelfällen zumindest zu erwägen
- » Was sie schrieben, ist so nicht richtig: die Umsetzung in den LÄK ist uneinheitlich. Der Text lautet „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“
- » Verbot verhindert Unterstützung der Selbstbestimmung der Patienten
- » unter ganz eng begrenzten Auflagen und nach eigener Gewissensentscheidung sollte es möglich sein
- » Siehe Frage 1: Verbot prinzipiell notwendig, aber Option der Straffreiheit unter Würdigung der Gründe/Situation, die im konkreten Fall zur Überschreitung des Verbotes führten.
- » schwierig sind Grenzbereiche wie einer terminalen Sedierung bei Dyspnoe
- » schizophrene Situation, ich lehne sog. Sterbe-Doktoren kategorisch ab, aber die ärztliche Begleitung am Ende des Lebens muss umfassend sein. Die armselige finanzielle Situation der Palliativmedizin treibt die Diskussion in diese Ecke
- » Regelung sollte einheitlich sein
- » Prinzipiell bin ich gegen eine ärztlich assistierte Selbsttötung, möchte aber auch nicht, dass Patientin hierfür ins Ausland reisen müssen
- » Notsituationen treten in der Regel durch unzureichende Symptomkontrolle (Schmerz, Dyspnoe) auf, besonders wenn der Patient keinen Zugriff auf eine Bedarfstherapie hat!
- » mir stellt sich der Gedanke in den Mittelpunkt, dass der Dammbbruch vermieden werden muss. Die Garantenfunktion des behandelnden Arztes, Ehrfurcht vor dem Leben zu wahren, ist hochrangig. (Ich bin dennoch kein Abtreibungsgegner und weiß um die Inkonsistenzen eigener Entscheidungen); Palliativpatienten in Not, die den Tod wollen, können nach meiner Erfahrung im Regelfall ausreichend versorgt werden.
- » meine aber, dass die Wörter „Recht“ und „Verbot“ zu dieser Fragestellung falsch sind - denn es sind gegenwärtig ja nur besondere seltene Fälle, daher sollen verantwortungsbewusste Menschen und schon auch Ärzte für den medizinischen Part selbst entscheiden, was sie tun wollen. Recht und Verbote brauchen wir doch nur, wenn Unklarheiten zu einem Problem immer wieder Regelfall werden – dass Problem sehe ich hier zum jetzigen Zeitpunkt nicht.
- » man sollte die Latte hoch hängen – um Gottes Willen nicht in Form eines Genehmigungsverfahrens o.ä.! – aber ein Verbot betrachte ich ebenso als eine unzulässige Einmischung in meinen Gewissensprozess wie eine Verpflichtung dazu - beides lehne ich ab.
- » Lasst die Verantwortung bei den Betroffenen und deren Ärztinnen und Ärzte. Gesetzgeber sollte nur die Rahmenbedingungen festlegen.
- » In meinen Augen gehört zur ärztl. onkologischen Betreuung in letzter Konsequenz auch, einen würdigen Tod zu ermöglichen. Sich dieser Verantwortung zu entziehen bzw. entziehen zu müssen, halte ich für verlogen. Eine finale „Hyperanalgesie“ mit tiefer Sedierung ist auch nichts anderes, nur weniger konsequent.
- » in erster Linie sollte das Angebot hoch qualif. palliativmed. Versorgung flächendeckend zur Verfügung stehen
- » ich sehe da keinen Regelungsbedarf
- » Ich kann eine Ablehnung aus ethischen Gründen verstehen – eine berufsrechtliche „Genehmigung“ könnte zu Druck auf den individuellen Arzt oder auch auf die Ärzteschaft insgesamt führen.

- » Ich halte es nicht für sinnvoll, eine Diskrepanz zwischen Zivil-/Strafrecht und „Berufsrecht“ entstehen zu lassen.
- » Ich fordere dringend die Einrichtung einer von der Öffentlichkeit kontrollierten und uneigennützigen Stelle, die nach einem ärztlichen Gutachten (Ausschluss einer Depression, Feststellung eines Endstadiums und Ausschluss von Fremdinteressen) eine tödlich wirkende Substanz ausgibt.
- » Ich denke, dass kann jeder nur für sich selbst entscheiden, als ärztliche Aufgabe sehe ich es nicht an.
- » Groteske Vorstellung, nur denkbar für ontologisch tätige Ärztinnen und Ärzte, die Palliativmedizin nicht verstanden haben oder ablehnen bzw. nach Ende der tumorspezifischen Therapie nichts mehr anbieten wollen.
- » Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist.
- » Gewissensentscheidung des Einzelnen, die rechtl. Möglichkeit sollte erhalten bleiben, deshalb kein Verbot!
- » für mich lehne ich ab, Bevormundung ärztlicher Kollegen liegt mir fern
- » Für den Fall, dass die Situation von mindestens 2 kompetenten Ärzten als aussichtslos betrachtet wird.
- » Es wird der klinischen Situation und einer beträchtlichen Anzahl von Patienten nicht gerecht. Allerdings muss die Regelung einer solchen Handlung auch das Selbstbestimmungsrecht des Arztes berücksichtigen.
- » Es sollte ein Arzt, der sich z. B. in einer Extremsituation dafür entscheidend, hierfür nicht kriminalisiert werden. Auch wenn ich persönlich gegen den assistierten Suizid bin.
- » Es muss eindeutig geregelt sein in welchen extrem begrenzten Fällen es möglich sein kann
- » Es käme ganz genau auf den Text an, weil wir uns m.E. in einem absoluten Grenzbereich bewegen
- » Es käme auf die genaue Regelung des Verfahrens an.
- » Es ist mitunter schier unerträglich, wie Patienten am Ende ihres Lebens leiden müssen. Und selbst die beste palliative Versorgung kann manchmal keine Linderung verschaffen. Ich wünsche keinem, dass er je in so eine Situation kommt. Aber wenn, sollte er die Möglichkeit haben, der Qual ein Ende zu setzen.
- » Es gibt hier keine juristische Grundlage. Irren die Holländer, Schweizer, Belgier??
- » es existieren jetzt schon unterschiedliche Arten des Umgangs mit diesem Verbot in den verschiedenen Länderkammern. Ich finde es problematisch, wenn als Arzt verboten ist, was als Bürger erlaubt ist.
- » erneut eine üble tendenzielle Fragestellung, die die vorliegenden Entwürfe nicht adäquat widerspiegelt.
- » Eine rationale Diskussion scheint in Deutschland anders als z.B. den Niederlanden nicht möglich, daher sollten wir uns als Berufsgruppe durch eine derartige grundsätzliche Regelung schützen
- » Ein Verbot sollte sich an den gesetzlichen Rahmenbedingungen orientieren. Auch sollte geklärt sein, in wie fern ein ärztlicher Kollege gezwungen oder genötigt werden darf einen entsprechenden Patientenwunsch zu erfüllen
- » Die Möglichkeit zu schaffen, bedeutet automatisch einen Druck zu schaffen: wieso tue ich es als Arzt - (in diesem Fall) nicht? Wieso falle ich - als Patient - meiner Familie.. weiter zur Last? usw.
- » Die Aufgabe der „Stärkeren“ wird es immer sein, den Schwächeren beizustehen.
- » Da in vielen Ländern ein Umdenken eingesetzt hat
- » Begründete Ausnahmen im Einzelfall sollten möglich sein.
- » Befürworte öffentliche (staatliche) Instanz, die nach Doppel - Begutachtung dem Suizidwilligen PB aushändigt
- » bei Nicht-Strafbarkeit einer Assistenz zur Selbsttötung muss eben jeder für sich selber entscheiden
- » Aus meiner Sicht ist die Abgrenzung zu Patienten in Pflegeheimen, Straftätern in auswegloser Situation unmöglich
- » andernfalls ist es unvermeidlich, dass einem „sozial gewünschten Ableben“ Vorschub geleistet wird
- » allgemeine juristische Vorgabe für die Bevölkerung ist ausreichend
- » Ablehnung führt nur dazu, dass die Dunkelziffer sich erhöht
- » aber die Bedingungen, unter denen sie akzeptiert wird, müssen genau benannt werden

Zur Frage:

Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“?

Anmerkungen und Kommentare:

- » strebe die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin an!
- » Sollte verpflichtend werden für alle „H/O“-s
- » Siehe Artikel Hamburger Ärzteblatt 02/15
- » Palliativmedizin hat auch ihre Grenzen, ist sehr sinnvoll, aber für manches Leiden unzureichend.
- » OÄ mit Zusatzbezeichnung ‚Palliativmedizin‘, pall. Komplexbehandlungen anerkannt, SAPV amb.
- » Noch nicht, den Palliativmediziner werde ich noch dieses Jahr machen
- » nicht mehr onkologisch tätig. Die ass. Selbsttötung ist eine sehr individuelle Entscheidung und erfordert eine lange Betreuung des Patienten.
- » Leite ein SAPV Team und eine Palliativstation und Onkolog Praxis mit 30 Belegbetten, davon 8 Palliativbetten
- » Klinik verfügt über integrierte Palliativmedizin, Eigenes Zentrum für Palliativmedizin mit SAPV
- » Jenseits des Richtig oder Falsch gibt es einen Garten. Dort werden wir uns treffen. Dschalal ad-Din ar-Rumi (1207 – 1273) persischer Mystiker
- » Ich war in meiner beruflichen Tätigkeit alle 35 Jahre stat. und amb. (bis 400 Pat.) tätig, jetzt Rentner
- » ich war bis 2014 in einer Gemeinschaftspraxis tätig und bin noch „ehrenhalber“ regelmäßiger Teilnehmer bei Tumorkonferenzen eines Tumorzentrums
- » Ich unterstütze die aktuelle Berufsordnung ausdrücklich, die sowohl vor Irrtümern in der Beurteilung Depression versus real ausweglose Lage schützt als auch klarstellt, dass es nicht ärztliche Aufgabe ist, die Schwelle zum Suizid zu senken, indem er vereinfacht wird, sondern den Grund für den Wunsch nach einem Suizid so gut es geht zu behandeln.
- » Ich habe an den Kursen „Palliativmedizin“ teilgenommen
- » Ich bin zur Tötung auf Verlangen aber nicht zur Hilfe bei der Selbsttötung angesprochen worden
- » Ich bin verschiedentlich als Dozent bei Kursen zur Erreichung der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ tätig gewesen.
- » Ich bin Patient-Advokat – folglich immer auf der Seite der Patienten.
- » Ich bin Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft f. Palliativmedizin
- » Ich bin der Meinung, dass die Palliativmedizin genügend Optionen bietet, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen
- » Habe die Übergangsregelung verpasst, aber alle Sonderprüfungen und Schulungen absolviert.
- » gibt es in der CH noch nicht
- » Eine Rolle bei der Frage des Suizids spielt, dass ich bekennender evangelischer Christ bin.
- » Der Beruf des Arztes ist nicht mit dem Beruf des Henkers kombinierbar. Wenn die Patienten nicht mehr wissen, ob sie einen Heiler oder einen Henker vor sich haben bzw. sich das im Behandlungsverlauf wechselt, kann keine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung entstehen.
- » Demnächst Palliativmedizin
- » Das Terminieren des Lebens sollte auf Wunsch des Patienten möglich gemacht werden, allerdings sollte so eine Entscheidung von einem Team getragen werden

» Bin Mitglied in der DGP

» Berufsrechtlich kann man heute sowohl in Klinik wie in der Praxis tätig sein. Das kann man oben nicht ankreuzen. Ist mir schon oft bei Umfragen aufgefallen. Ich bin als Praxisinhaberin auch Teilzeit auch in der Klinik als Sektionsleiterin Onkologie angestellt und darüber hinaus in die regelmäßigen Visiten auf der Palliativstation einbezogen. Diese strukturierte Vernetzung bietet schon Möglichkeiten der Versorgung von Patienten, die sich akut ein Weiterleben mit der Erkrankung zunächst nicht vorstellen können.

» Befinde mich in der Weiterbildung zum Palliativmediziner

» aktuell in Weiterbildung Palliativmedizin

» „anderes“ meint: ich bin jetzt im Ruhestand. Vorher Chefarzt einer Inneren Abteilung und einer onkologischen Ambulanz.

