

Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe? Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende

Oorschot, Birgitt van; Simon, Alfred

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Oorschot, B. v., & Simon, A. (2008). Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe? Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 32(2/3), 39-53. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325704>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Birgitt van Oorschot & Alfred Simon

Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe?

**Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten
und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende**

In der Debatte um ärztliche Entscheidungen am Lebensende wird zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe unterschieden. Diese Unterscheidung entstammt der Rechtssprechung und wird aktuell kontrovers diskutiert. Wir befragten 1557 deutsche Ärzte und 1254 deutsche Vormundschaftsrichter mittels Fragebogen zu Entscheidungen am Lebensende und baten sie, verschiedene medizinische Maßnahmen den genannten Formen der Sterbehilfe zuzuordnen. Die Antworten waren sehr heterogen. Dies lässt darauf schließen, dass das Konzept der verschiedenen Sterbehilfeformen nicht konsensfähig ist. Es sollte durch die international übliche Klassifikation medizinischer Entscheidungen am Lebensende abgelöst werden, wie sie von der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) vorgeschlagen wird. Dabei müssen regionale und kulturelle Aspekte berücksichtigt werden.

Schlüsselbegriffe: Sterbehilfe, medizinische Entscheidungsfindung, Lebensende

Hintergrund

Im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende unterscheidet man in Deutschland zwischen der ›aktiven‹, der ›passiven‹ und der ›indirekten Sterbehilfe‹. Während aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) strafbar ist, sind indirekte Sterbehilfe (Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen mit möglicherweise lebensverkürzender Wirkung) und passive Sterbehilfe (Nichteinleitung bzw. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen) entsprechend der deutschen Rechtssprechung erlaubt bzw. im Einzelfall geboten (vgl. Birnbacher, 1995; Bishop, 2006; Melltorp & Nilstun, 1997; Rachels, 1985; Ulsenheimer, 2000). Wegen der semantischen Unschärfe und der Konfusion von normativen und handlungsrelevanten Aspekten ist diese – in erster Linie juristische Unterscheidung – zunehmend umstritten (vgl. Gesang, 2007; Hopkins, 1997; Leppert et al., 2005; Nationaler Ethikrat, 2006;

Sahm & Rittner-Sahm, 2004; van Oorschot et al., 2005). Die Gleichsetzung von Behandlungsverzicht bei sterbenden oder unheilbar kranken Patienten und Therapieabbruch, wie z. B. das (aktive) Abschalten einer Beatmungsmaschine bei der passiven Sterbehilfe, ist immer wieder Kritikpunkt (vgl. Schöne-Seifert, 1989). Die *European Association for Palliative Care* (EAPC) *Ethics Task Force* schlägt vor, den Begriff ›Sterbehilfe‹ (*euthanasia*) nur für ›Tötung auf Verlangen‹ zu verwenden. Der Verzicht auf oder der Abbruch von aussichtslosen medizinischen Maßnahmen sollte demnach nicht als Sterbehilfe deklariert werden (vgl. Materstvedt et al., 2003). In internationalen empirischen Studien zu ärztlichen Entscheidungen am Lebensende haben sich die Begriffe *non-treatment decisions (withhold/withdrawal of treatment)* und *alleviation of pain and symptoms with possible life-shortening effect* als Alternativen zur passiven und indirekten Sterbehilfe etabliert (vgl. Dickenson, 2000; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; Sprung et al., 2003; van der Heide et al., 2003).

In den Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (vgl. Bundesärztekammer, 2004) wird diese Unterscheidung bewusst vermieden. Die Bundesärztekammer spricht sich gegen jede absichtsvoll lebensverkürzende Maßnahme aus. Zugleich wird in den Grundsätzen betont, dass in bestimmten Situationen – bei Sterbenden und Patienten mit infauster Prognose – eine Änderung des Therapieziels möglich oder auch geboten ist. Behandlungsbegrenzung und palliativmedizinische Versorgung sollen sich am Patientenwillen orientieren. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebensverlängernde Therapien künstlich verlängert werden und bei der Entscheidungsfindung soll der für die individuelle Entscheidung verantwortliche Arzt mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern den Konsens suchen (vgl. ebd.).

Wertorientierungen und Einstellungen von Ärzten, die möglicherweise ebenfalls den Prozess ärztlicher Entscheidungsfindung beeinflussen, wurden bisher kaum berücksichtigt. In empirischen Studien hat sich gezeigt, dass die meisten deutschen Ärzte aktive Sterbehilfe zwar ablehnen, dass aber gleichzeitig eine große Unsicherheit und Variabilität hinsichtlich der Bewertung ärztlicher Entscheidungen am Lebensende besteht (vgl. Borasio et al., 2004; Csef & Heindl, 1998; Dornberg, 1997;

Kirschner & Elkeles, 1996; Müller-Busch & Woskanjan, 2003; Reiter-Theil et al., 2003; Rittner et al., 2001; Schöne-Seifert & Eickhoff, 1996; Weber & Kutzer, 2002; Wehkamp, 1998). Während die Einstellungen von Ärzten und Pflegenden in Studien untersucht wurden, ist bisher nichts über die Einstellungen von Vormundschaftsrichterinnen und -richtern bekannt. Dies ist umso erstaunlicher, da dieser Berufsgruppe bei der medizinischen Entscheidungsfindung am Lebensende eine wichtige Bedeutung zukommt. So hat der Bundesgerichtshof 2003 entschieden, dass die Ablehnung einer vom Arzt angebotenen lebenserhaltenden Maßnahme durch den Betreuer oder Bevollmächtigten des Patienten der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf.

Vor diesem Hintergrund haben wir die Einstellungen von Richtern und Ärzten zur Sterbehilfe und zu medizinischen Maßnahmen am Lebensende vergleichend untersucht. Um die individuellen Bewertungen der Befragten zu erfassen, wurde auf Vorabdefinitionen verzichtet. Der Fokus des Beitrags liegt auf folgenden Fragestellungen:

1. Wie bewerten Vormundschaftsrichter und Ärzte medizinische Maßnahmen am Lebensende in Bezug auf die juristischen Definitionen von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe?
2. Übernehmen beide Gruppen die rechtliche Gleichbewertung der Nichteinleitung und der Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen?
3. Lassen sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen im Hinblick auf die Bewertung medizinischer Maßnahmen am Lebensende finden?

Methode

Die Fragebogenentwicklung erfolgte expertengestützt, wobei verschiedenen Berufsgruppen (Rechtsexperten, Ärzte, Ethiker und Pflegepersonal) an der Entwicklung der Items beteiligt waren. Die befragten Studienteilnehmer sollten medizinische Maßnahmen am Lebensende den verschiedenen Formen der Sterbehilfe – aktiv, passiv oder indirekt – zuordnen (vgl. Fragebogen zu den Sterbehilfe-Items in Tabelle 1).

	aktive Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	indirekte Sterbehilfe	nicht sicher
Ärztlich indizierte Schmerzlinderung unter Inkaufnahme evtl. Lebensverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf die Gabe von herz- und kreislaufstabilisierenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung der Gabe von herz- und kreislaufstabilisierenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf eine Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung einer Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf eine künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung einer künstlichen Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr über die Vene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung einer Flüssigkeitszufuhr über die Vene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf Nahrungszufuhr über eine Sonde (z. B. PEG) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung der Nahrungszufuhr über eine Sonde (z. B. PEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 1: Items zur Sterbehilfe: »Wie würden Sie die nachfolgenden Maßnahmen zuordnen, die auf Wunsch des Patienten erfolgen?« (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Nach geltender Rechtsprechung handelt es sich bei der ersten Maßnahme um indirekte Sterbehilfe, bei den weiteren um passive Sterbehilfe. Die

soziodemografischen Items wurden der *Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften* (ALLBUS, 2002) entnommen.

Im Herbst 2003 fand zunächst die Befragung der Vormundschaftsrichter statt. Da diese nicht zentral registriert sind, wurden die Fragebögen nicht direkt, sondern – im Einverständnis mit den jeweiligen Landesministerien – über die Direktoren bzw. Präsidenten der Amtsgerichte versandt, die zuvor nach der Anzahl der an ihrem Gericht tätigen Vormundschaftsrichter gefragt worden waren. Insgesamt nahmen 80% der deutschen Amtsgerichte teil; 1254 Fragebögen wurden versandt; der Rücklauf betrug 38% (479 vollständig ausgefüllte Fragebögen).

Für die Erfassung der Einstellungen der Ärzte wurde der gleiche Fragebogen verwendet. Die Ärztebefragung fand in drei Bundesländern statt (Bayern, Nordrhein-Westfalen und Thüringen). Die Einschränkung auf drei Bundesländer sollte regionale Effekte minimieren.

Aus den öffentlich zugänglichen Weiterbildungsverzeichnissen der drei Ärztekammern wurden 1557 weiterbildungsermächtigte Ärzte nach einem Zufallsverfahren ausgewählt (jeder 3. Arzt wurde befragt). In die schriftliche Befragung wurden 419 Anästhesisten und Intensivmediziner, 497 Internisten und Onkologen sowie 641 Allgemeinmediziner einbezogen. Die Datenerhebung fand im Februar und März 2004 mit Zustimmung der zuständigen Landesärztekammern statt. Sechs Wochen später wurde ein Erinnerungsschreiben versandt. Insgesamt wurden 727 vollständig ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt (47%).

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS (Version 11). Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

In beiden Teilstichproben (Ärzte und Richter) waren, wie nach der Geschlechterverteilung in den beiden Berufsgruppe zu erwarten war, mehr Männer als Frauen vertreten. Die überwiegende Mehrheit der Befragten war älter als 50 Jahre. Die Mehrheit der Ärzte verfügte über mehr als 20

Jahre berufspraktische Erfahrung. Beinahe die Hälfte der Vormundschaftsrichter war weniger als 5 Jahre in diesem Bereich tätig.

		Ärzte (%)	Richter (%)
<i>Geschlecht</i>	männlich	78,6	72,0
	weiblich	21,4	28,0
<i>Alter</i>	unter 50 Jahre	31,2	28,0
	51-60 Jahre	38,8	30,1
	über 60 Jahre	20,5	7,1
<i>Berufspraxis*</i>	bis 5 Jahre	0,3	48,1
	5-10 Jahre	3,7	24,0
	11-20 Jahre	24,1	25,3**
	mehr als 20 Jahre	69,6	
<i>Medizinisches Fachgebiet</i>	Internisten	39,1	
	Anästhesisten	28,0	
	Allgemeinmediziner	31,9	

Tabelle 2: Übersicht über die Soziodemographie; * Richter: Berufspraxis als Vormundschaftsrichter; ** inkl.: über 20 Jahre, in dem Richterfragebogen wurde nur nach Berufserfahrung länger als 10 Jahre gefragt; Angaben in %

Einstellungen zur Schmerzlinderung mit potenziell lebensverkürzender Wirkung

Bei der Schmerzlinderung mit potenziell lebensverkürzender Wirkung handelt es sich entsprechend der offiziellen Rechtsprechung um indirekte Sterbehilfe. Ein Fünftel der Befragungsteilnehmer ordnete diese Maßnahme jedoch der passiven Sterbehilfe zu. Im Gegensatz zu den Medizinern entsprachen die Einschätzungen der Richter signifikant häufiger der offiziellen Rechtsprechung und -praxis.

	aktive Sterbehilfe	indirekte Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	nicht sicher
Ärzte	1,9	66,5	25,3	6,3
Richter	2,1	78,0	14,6	5,1
Gesamt	2,0	68,0	21,1	5,1

Tabelle 3: Angaben in %, $p < .01$ im Bezug auf die beiden Berufsgruppen

Einstellung zur Behandlungsbegrenzung

Die Einstellung zur Behandlungsbegrenzung wurde über 10 Items mit Bezug zu verschiedenen medizinischen Maßnahmen abgefragt.

	aktive Sterbehilfe			indirekte Sterbehilfe			passive Sterbehilfe		
	to	Är	Ri	to	Är	Ri	to	Är	Ri
Verzicht auf die Gabe von herz- und kreislaufstabilisierenden Medikamenten*	3,9	4,0	3,7	37,5	33,3	43,9	58,7	62,7	52,4
Beendigung der Gabe von herz- und kreislaufstabilisierenden Medikamenten*	15,1	12,6	18,8	31,1	32,2	29,4	53,8	55,1	51,8
Verzicht auf eine Chemotherapie	2,3	2,6	1,9	48,4	47,7	49,4	49,3	49,7	48,7
Beendigung einer Chemotherapie*	9,9	5,7	15,7	41,0	44,9	35,7	49,1	49,5	48,6
Verzicht auf eine künstliche Beatmung	9,8	10,9	8,2	29,7	28,5	31,5	60,5	60,6	60,3
Beendigung einer künstlichen Beatmung*	39,8	42,1	36,1	18,7	17,9	20,0	41,5	40,0	43,7
Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr über Vene	12,0	12,7	10,9	32,5	32,8	32,1	55,5	54,4	56,9
Beendigung einer Flüssigkeitszufuhr über Vene	31,0	26,6	37,4	25,1	29,2	19,0	43,9	44,2	43,5
Verzicht auf Nahrungszufuhr über eine Sonde (z. B. PEG)	8,7	8,6	9,0	35,5	37,3	33,0	55,7	54,1	58,1
Beendigung der Nahrungszufuhr über eine Sonde (z. B. PEG)	26,7	21,7	33,9	27,6	32,9	20,0	45,7	45,5	46,1

Tabelle 4: Angaben in %; * = signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen; to = total, Är = Ärzte, Ri = Richter

Bei allen genannten Situationen handelt es sich entsprechend der juristischen Terminologie um Maßnahmen der passiven Sterbehilfe. Zwischen 38% und 55% der Befragungsteilnehmer ordneten die genannten Maßnahmen tatsächlich auch der passiven Sterbehilfe zu. Beinahe 50% der Befragten gaben an, der Verzicht auf eine Chemotherapie sei eine Form der indirekten Sterbehilfe und 39% hielten den Abbruch einer künstlichen Beatmung für aktive Sterbehilfe. Zwischen den beiden Berufsgruppen zeigen sich hierbei signifikante Unterschiede. Während Richter den Verzicht auf herz-kreislaufstabilisierende Medikamente signifikant häufiger der indirekten Sterbehilfe zuordneten, tendierten die Ärzte hier eher zum Rechtsterminus der passiven Sterbehilfe ($p = .002$). Dagegen ordneten die Richter den Abbruch der Behandlung mit kardiovaskulären Medikamenten eher der aktiven Sterbehilfe zu als Ärzte ($p = .019$). Ebenso wurde der Abbruch einer Chemotherapie von den Richtern häufiger als aktive Sterbehilfe gewertet, während die Ärzte hier eher zu indirekter Sterbehilfe tendierten. Ein vergleichbares Muster zeigt sich bei den Items zum Abbruch intravenöser oder parenteraler Flüssigkeitszufuhr sowie hinsichtlich des Abbruchs einer künstlichen Ernährung (alle $p < .01$).

Einstellungen zu Verzicht oder Abbruch

Juristisch korrekt handelt es sich sowohl beim Therapieverzicht als auch bei der Beendigung der genannten Maßnahmen um passive Sterbehilfe. Die Befragten sahen dies vielfach anders. Ein Behandlungsabbruch wird signifikant häufiger der aktiven Sterbehilfe zugeordnet als ein Verzicht auf die Behandlung ($p < .01$ für alle Behandlungsarten). Deutliche Unterschiede zeigten sich auch zwischen den beiden Berufsgruppen. Insbesondere beim Abbruch von künstlicher Beatmung, Flüssigkeitszufuhr und Ernährung fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Ärzten und Richtern. Die Richter ordneten alle drei Maßnahmen in etwa gleich häufig der aktiven Sterbehilfe zu (zwischen 34% und 37%), während die Ärzte eher den Abbruch der Beatmung als die anderen beiden Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe zuordneten (42% verglichen mit 27% und 22%).

Diskussion

Die Ergebnisse unserer Studie machen die Begriffsverwirrung und Meinungsvielfalt im Bezug auf medizinische Maßnahmen am Lebensende deutlich. Angesichts der bereits vorliegenden Untersuchungen überrascht das Ergebnis der Ärztebefragung nicht. Eine ähnliche Meinungsvielfalt bei den Vormundschaftsrichtern wurde erstmals empirisch nachgewiesen. Aufgrund der geringen Rücklaufquoten, die – sofern überhaupt vergleichbare Daten vorhanden sind – denen anderer Befragungen entsprechen (vgl. Borasio, 2004), sind zwar Verzerrungen der Ergebnisse nicht ausgeschlossen. Auch regionale Besonderheiten schränken die Generalisierbarkeit möglicherweise ein. Da aber in der Regel diejenigen an Umfragen teilnehmen, die sich für das erfragte Thema besonders interessieren, gehen wir davon aus, dass unsere Ergebnisse das eigentliche Ausmaß an Unsicherheit und Missverständnissen eher unter- als überschätzen

Insgesamt sind unsere Ergebnisse konsistent mit denen ähnlicher Untersuchungen im medizinischen Kontext. In einer Studie mit 152 Neurologen, die in Bezug auf Patienten mit einer nicht gezielt behandelbaren, chronisch fortschreitenden und zum Tode führenden neurologischen Erkrankung (Amyotrophe Lateralsklerose) befragt wurden, meinte jeder zweite Befragte, dass ein Verzicht auf künstliche Beatmung (51% Zustimmung) und der Verzicht auf eine Magensonde (57% Zustimmung) eine Tötungshandlung darstelle (vgl. Borasio, 2004). In einer weiteren Studie an 427 Ärzten aus Rheinland-Pfalz, die in Palliativmedizin fortgebildet wurden, klassifizierten 48% der Teilnehmer den Abbruch der Beatmung als aktive Sterbehilfe; der Abbruch künstlicher intravenöser Flüssigkeitszufuhr, parenteraler Ernährung und der Verzicht auf Antibiotika im Falle einer Lungenentzündung wurden ebenfalls mit 26%, 13%, and 7%, der aktiven Sterbehilfe zugeordnet (vgl. Rittner et al., 2001). In einer Studie an 85 Medizinstudenten stellte sich heraus, dass 40% bis 45% der Teilnehmer den Abbruch künstlicher Beatmung, intravenöser Flüssigkeitszufuhr oder künstlicher Ernährung als aktive Sterbehilfe betrachten (vgl. Schildmann et al., 2004). Nur eine Minderheit der Ärzte, die an einer Studie von Dickenson teilnahmen, stimmten der Aussage zu,

dass es keinen ethischen Unterschied mache, generell auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten oder diese – nachdem sie einmal begonnen wurden – einzustellen (20% britische Krankenschwestern; 27% US-amerikanische Krankenschwestern; 43% US-amerikanische Internisten; 38% US-amerikanische chirurgisch behandelnde Ärzte; bei 1915 Teilnehmern; vgl. Dickenson, 2000).

Obwohl in unserer Studie nach dem subjektiven Verständnis der teilnehmenden Ärzte und Richter und nicht nach den rechtlichen Definitionen gefragt wurde, muss angenommen werden – vor allem wegen der häufigen Gleichsetzung ›aktiv = verboten/strafbar‹ und ›passiv = erlaubt/legal‹ –, dass ein Arzt, der die Beendigung einer künstlicher Beatmung als aktive Sterbehilfe bewertet, weniger bereit sein wird, diese Maßnahme anzuwenden. Ebenso ist davon auszugehen, dass ein Richter mit gleicher Einstellung den von einem Bevollmächtigten vorgebrachten Wunsch auf Beendigung der Maßnahme eher nicht genehmigen wird. Dies bedeutet, dass Behandlungsbegrenzungen, die rechtlich legal wären, in der Praxis mitunter nicht durchgeführt werden, weil der verantwortliche Arzt oder Richter fälschlicherweise der Meinung ist, es handle sich hierbei um (verbotene) aktive Sterbehilfe.

Ein plausibler Grund für die Unsicherheit und die Divergenz von begrifflichen und praktischen Aspekten mag in der mangelhaften Kenntnis der rechtlichen Vorschriften liegen (vgl. Rittner et al., 2001). Der Umstand allerdings, dass 42% der Ärzte und 36% der Richter die Beendigung der künstlichen Beatmung als aktive Sterbehilfe klassifizieren, ist mit Wissensdefiziten nicht ausreichend erklärbar. Es liegt nahe, dass die moralischen Bewertungen und emotionalen Aspekte hierbei stärker ins Gewicht fallen. Da Ärzte das Sterben der Patienten erleben, kann eine größere emotionale Nähe angenommen werden, die wiederum Einfluss auf Einstellungen und Bewertungen haben kann. Wenn Patienten kurz nach dem Abstellen der Beatmung sterben, dann liegt es nahe, eine kausale Verbindung zwischen der eigenen ärztlichen Handlung und dem Tod des Patienten herzustellen – und somit Schuldgefühle zu entwickeln. Dieser Eindruck ist jedoch in Situationen des Abbruchs von künstlicher Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr weniger dominant, denn der Patient

stirbt erst Tage oder Wochen später. Richter haben – im Gegensatz zu den Ärzten – keine unmittelbare Erfahrung mit Sterbeprozessen nach Therapiebeendigungen – insofern spielt es für sie möglicherweise eine untergeordnete Rolle, *welche* lebensverlängernde Maßnahme eingestellt wird.

Diese Sichtweise ermöglicht Schlussfolgerungen im Bezug auf die Art und Weise, wie Ärzte und Richter in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt und wie die Qualität der ärztlichen und richterlichen Entscheidungen verbessert werden kann. Unsicherheit erzeugende Wissenslücken könnten durch Aufklärung und Information geschlossen werden. Diese Angebote sind jedoch unwirksam, wenn die Entscheidungen in erster Linie durch subjektive moralische Bewertungen und/oder durch die Vermeidung von emotional unangenehmen Entscheidungen beeinflusst werden. Hinzu kommen mögliche Interaktionen innerhalb des hierarchisch ausgerichteten Medizinsystems. Insofern sind neue Zugänge zu medizinischen Entscheidungsprozessen erforderlich, die den Betroffenen Raum geben, die eigenen Fähigkeiten, Erfahrungen, Einstellungen und Ängste zu reflektieren, ohne dass in der Entscheidungsfindung die rechtlichen und die ethischen Aspekte vernachlässigt werden. Ein solcher Zugang wird auch von der Bundesärztekammer empfohlen. In den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: »Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten [...]. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. [...] Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen« (Bundesärztekammer, 2004). In der klinischen Praxis können multidisziplinäre Ethikkonsile einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess auf struktureller Ebene begleiten.

Ein weiterer Grund für die Verunsicherung bei solchen Entscheidungen ist sicherlich in der irreführenden Sterbehilfeterminologie selbst begründet. Insofern unterstützen wir die Empfehlungen der EAPC und des Deutschen Nationalen Ethikrates, die beide dafür plädieren, die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe durch eine adäquatere Terminologie zu ersetzen. Doch halten wir den Vorschlag des Ethikrates – ›Tötung auf Verlangen‹, ›Sterben lassen‹ und ›Therapien am Lebensende‹

noch für zu ungenau. Für uns ist insbesondere die Formulierung ›Sterben lassen‹ in zweierlei Hinsicht problematisch: Zum einen kann sie in dem Sinne missverstanden werden, dass sich der Arzt in der Sterbebegleitung ganz zurückzieht, was jedoch im Widerspruch zu seiner Aufgabe der Sterbebegleitung steht (vgl. Bundesärztekammer, 2004). Zum anderen verschleiert sie – ähnlich wie der Begriff der passiven Sterbehilfe –, dass damit nicht nur das ›passive‹ Hinnehmen des Sterbens, sondern auch die ›aktive‹ Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen (z. B. das Abschalten eines Beatmungsgerätes) auf Wunsch des Patienten gemeint sein kann. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, die im internationalen Diskurs gebrauchte Terminologie – ›Tötung auf Verlangen‹, ›Nichteinleitung bzw. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen‹ und ›Symptomlinderung mit möglicherweise lebensverkürzender Wirkung‹ zu übernehmen. Die Nutzung der international gebräuchlichen Terminologie würde einen internationalen Diskurs ermöglichen und Kooperationen im Hinblick auf die Erforschung der Einstellungen zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende erleichtern.

► Anmerkungen

- 1 PEG = Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist ein angelegter direkter Zugang zum Magen durch die Bauchwand, der die künstliche Ernährung über lange Zeit ermöglicht.

► Literatur

Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Bevölkerungswissenschaften – ALLBUS (2002). *Codebuch mit Methodenbericht und Vergleichsdaten, ZA Studie 3451*. Mannheim: Zentralarchiv für empirische Sozialforschung Köln, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA),

Birnbacher, Dieter (1995). *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam.

Bishop, Jeffrey. P. (2006). Euthanasia, efficiency, and the historical distinction between killing a patient and allowing a patient to die. *Journal of Medical Ethics*, 32, 220-224.

Borasio, Gian D., Weltermann, Birgitta, Voltz, Reymond, Reichmann & Heinz, Zierz, Stephan (2004). Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Le-

- bensphase. Eine Umfrage bei neurologischen Chefärzten. *Der Nervenarzt*, 75 (12), 1187-1193.
- Bundesärztekammer (2004). Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 19, A1298-1299.
- Csef, Herbert & Heindl, Bernhard. (1998). Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten. *Deutsch Medizinische Wochenschrift*, 123, 1501-1506.
- Dickenson, Donna L. (2000). Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. *Journal of Medical Ethics*, 26, 254-260.
- Dornberg, Martin (1997). *Sterbehilfe. Behandlungsverzicht und Sterbehilfe aus Sicht internistischer Krankenhausärzte*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Gesang, Bernward (2007) Passive and active euthanasia: What is the difference? *Medicine, Health Care and Philosophy*. Online-Publikation: <http://www.springerlink.com/content/05m0411613917846> (Stand: 01.08.2008).
- Hopkins, Patrick D. (1997). Why does removing machines count as passive euthanasia. *Hastings Center Report*, 27, 29-37.
- Kirschner, Renate & Elkeles, Thomas (1996). Handlungsmuster und Einstellungen von Ärzten zur Sterbehilfe. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 8 (4), 223-229.
- Leppert, Karena, Hausmann, Christopher, Dye, Louise, van Oorschot, Birgitt, Köhler, Norbert, Schweitzer, Susanne, Steinbach, Kerstin, Anselm, Reiner & Strauß, Bernhard (2005). Zwischen Selbstbestimmung und Rollenverzicht: Einstellungen zum Sterben und zur Sterbehilfe – Ergebnisse einer Befragung von palliativbehandelten Tumorpatienten in Thüringen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55 (6), 291-297.
- Materstvedt, Lars J., Clark, David, Ellershaw, John, Førde, Reidun, Boeck Gravgard, Anne-Marie, Müller-Busch, Christof, Porta i Sales, Josep & Rapin, Charles-Henri (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17, 97-101.
- Melltorp, Gunilla & Nilstun, Tore (1997). The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Journal of Intensive Care Medicine*, 23, 1264-1267.
- Müller-Busch, Christof & Woskanjan, Susanne (2003). Euthanasie bei unerträglichem Leid? Ergebnisse und Erkenntnisse der DGP-Mitgliederbefragung im Mai 2002. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 4, 75-84.
- Nationaler Ethikrat (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*. Online-Publikation: <http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/>

pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fürsorge_am_Lebensende.pdf
(Stand: 01.08.2008).

Onwuteaka-Philipsen, Bregje D., van der Heide, Agnes, Koper, Dirk, Keij-Deerenberg, Ingeborg, Rietjens, Judith A. C., Rurup, Mette L., Vrakking, Astrid M., Georges, Jean Jacques, Muller, Martien T., van der Wal, Gerrit & van der Maas, Paul J. (2003) Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *The Lancet*, 362 (2), 395-399.

Rachels, James (1985). Active and passive euthanasia. In Tom L. Beauchamp & Leroy Walters (Eds.), *Contemporary Issues in Bioethics* (pp. 439-442). Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Reiter-Theil, Stella, Träbert, Sabine, Lange, Dorothee. & Hiddemann, Wolfgang (2003). Sterben und Sterbehilfe. Problemwahrnehmungen von Ärzten und Pflegenden in der Onkologie – Ergebnisse einer Interviewstudie. *Der Onkologe*, 9, 153-161.

Rittner, Christian, Weber, Martin, Stiehl, Michael, Reiter, Johannes (2001). Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A3184-3188.

Sahm, Stephan & Ritter-Sahm, Angela (2004). Therapie am Lebensende – Widersprüchliche Konzepte in Judikatur und medizinischer Praxis. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 13, 11-15.

Schildmann, Jan, Herrmann, Eva, Burchardi, Nicole, Schwantes, Ulrich & Vollmann, Jochen (2004). Sterbehilfe. Kenntnisse und Einstellungen Berliner Medizinstudenten. *Ethik in der Medizin*, 16, 123-132.

Schöne-Seifert, Bettina (1989). Verzicht auf Lebenserhalt: offene Fragen. *Ethik in der Medizin*, 1, 143-161.

Schöne-Seifert, Bettina & Eickhoff, Clemens (1996). Behandlungsverzicht bei Schwerkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? *Ethik in der Medizin*, 8, 183-216.

Sprung, Charles L., Cohen, Simon L., Sjøkvist, Peter, Baras, Mario, Bulow, Hans-Henrik, Hovilehto, Seppo, Ledoux, Didier, Loppert, Anne, Maia, Paulo, Phelan, Dermot, Schobersberger, Wolfgang, Wennberg, Elisabet & Woodcock, Tom (2003). End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *Journal of the American Medical Association*, 290 (6), 790-797.

Ulsenheimer, Klaus (2000). Aktive und passive Sterbehilfe aus Sicht der Rechtsprechung. *Der Internist*, 41, 648-653.

van der Heide, Agnes, Deliens, Luc, Faisst, Karin, Nilstun, Tore, Norup, Michael, Paci, Eugenio, van der Wal, Gerrit & van der Maas, Paul J. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*

(about 6 pages). Online-Publikation: <http://image.thelancet.com/extras/03art-3298web.pdf> (Stand: 01.08.2008).

van Oorschot, Birgitt, Lipp, Volker, Tietze, Andrea, Nickel, Nicole & Simon, Alfred (2005). Attitudes on euthanasia and medical advance directives: results of a survey by questionnaire among 727 physicians. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130, 261-265.

Weber, Martin & Kutzer, Klaus (2002). Ethical decisions at the end of life: principles, uncertainties, perspectives. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127, 2689-2693.

Wehkamp, Karl-Heinz (1998). *Sterben und Töten. Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie*. Dortmund: Humanitas Verlag.