

Ärztlich assistierte Selbsttötung. Empirische Daten und ethische Überlegungen zur Gestaltung eines professionellen Handlungsrahmens

Frankfurt 13.4.2015

PD Dr. med. Jan Schildmann, M.A.

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

Gliederung

- Assistierte Selbsttötung als Teil ärztlicher Handlungspraxis.
Empirische Daten
- Empirische Daten und ihre Relevanz für die ethische Diskussion
- Festsetzung eines Handlungsrahmen bei ethisch kontroversen Fragestellungen. Professionsethische Überlegungen

Handlungen am Lebensende: Begriffsbestimmung

Handlungen am Lebensende: Begriffsbestimmung

Passive Sterbehilfe – Begrenzung medizinischer Maßnahmen

Indirekte Sterbehilfe – Symptomlinderung (mit unterschiedlichen Auswirkungen auf Lebenszeit)

Handlungen am Lebensende: Begriffsbestimmung

Aktive Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen

Ärztlich assistierte Selbsttötung – „Tatherrschaft“ bei Patient/in

Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

Ziele

- Erfassung unterschiedlicher Handlungen am Lebensende bei einer Zufallsstichprobe von Ärztinnen/Ärzten aller Landesärztekammern in Deutschland
- Erfassung von Einstellungen gegenüber der ärztlich assistierten Selbsttötung (ÄAS) und möglichen Assoziationsfaktoren

Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

Teilnehmende und Methoden

- Anonyme postalische Umfrage (Seale 2006, Palliative Medicine)
- Modifizierte und ergänzte dt. Fassung des Fragebogens des EURELD consortium (van der Heide et al. 2003, Lancet)

Rückmeldungen der Ärztekammern auf Anfrage zur Kooperation bei Stichprobenziehung



Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

Ergebnisse

- Rücklauf 734 von 1.988 = 36,9%
- 438 (59.7%) hatten in den letzten 12 Monaten einen verstorbenen Patienten versorgt

Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

	No.	%
Untersuchte Fälle (≥ 18 Jahre)	403	100,0
– Symptomlinderung	299	86,7
– Begrenzung medizinischer Maßnahmen	216	53,6
– Sedierung bis zum Tod	105	30,8
– Tötung	2	0,6
– Ärztlich assistierte Selbsttötung	1	0,3

Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

	No.	%
Untersuchte Fälle (≥ 18 Jahre)	403	100,0
– Symptomlinderung	299	86,7
– Begrenzung medizinischer Maßnahmen	216	53,6
– Sedierung bis zum Tod	105	30,8
– Tötung	2	0,6
– Ärztlich assistierte Selbsttötung	1	0,3

Einstellungen und Handlungspraxis: Empirisch-ethische Untersuchungen

N = 734

Erfahrungen mit Bitte um ÄAS	20,7%
Assistenz bei Selbsttötung vorstellbar	41,7%
Assistenz bei Selbsttötung nicht vorstellbar	40,2%
<u>Berufsrechtliche Verbot der ÄAS</u>	
Befürwortung	25,0%
Ablehnung	33,7%
Unentschieden	41,4%

Empirische Daten und ihre Relevanz für die ethische Diskussion

Ethische Argumentation

ÄAS und Respekt vor Patientenselbstbestimmung

+

ÄAS und ethisches Prinzip der Benefizienz

Menschenwürde (in Abhängigkeit von Definition)

ÄAS und Grenzen der Selbstbestimmung

Akzeptanz von ÄAS und Argument der schiefen Ebene

Schildmann und Vollmann 2006

Empirische Daten und ihre Relevanz für die ethische Diskussion

Empirische Daten sind relevant für „moralpragmatische“ Überlegungen

Beispiele

1. Welchen standesethischen Handlungsrahmen soll die Ärzteschaft sich setzen **angesichts kontroverser moralischer Bewertung** der ÄAS **innerhalb der Ärzteschaft**?
2. Professioneller Umgang mit den, **empirisch belegten seltenen** Anfragen zu ÄAS von Patienten



Professionsethische Fragen

Professionsethische Aspekte

Professionsethische Aspekte

Negierung von moralischer Kontroverse



Deutsches Ärzteblatt online 12.12.2014

Professionsethische Aspekte

Verwischung des Fokus der Debatte

„Eine fürsorgliche Gesellschaft sollte palliativmedizinische Angebote zur Norm machen.“

Pressemitteilung Lehrstuhlinhaber Palliativmedizin 9.10.2014

Professionsethische Aspekte

Verwischung des Fokus der Debatte

- Palliativmedizin ist von großer Bedeutung für die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase. Die Sterbewünsche vieler/ der meisten Patienten „verschwinden“ bei guter palliativmedizinischer Versorgung.

Aber

- Es gibt (wenige) Menschen, die es vorziehen sich selbst zu töten anstatt in der letzten Lebensphase sediert zu werden.
(*Abweichung von „palliativmedizinischer Norm“*)

Professionsethische Aspekte

Differenzierte Stellungnahme bei ethisch kontroversen Sachverhalten (Standesethische Grundsätze)

.... keine ärztliche Aufgabe“ („Grundsätze“ 2/2011)

Es werden „die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt [...]. (Bundesärztekammer 2011).

„Diese Grundsätze sollen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden geben, auch wenn sie die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen können.“ (Bundesärztekammer 2011).

Professionsethische Aspekte

Differenzierte Stellungnahme bei ethisch kontroversen Sachverhalten (Standesethische Grundsätze)

.... keine ärztliche Aufgabe“ („Grundsätze“ 2/2011)

§ 16 Beistand für Sterbende [Ärztinnen und Ärzte]... dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. (MBO 2011)

Es werden „die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt [...]. (Bundesärztekammer 2011).

„Diese Grundsätze sollen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden geben, auch wenn sie die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen können.“ (Bundesärztekammer 2011).

Professionsethische Aspekte

Differenzierte Stellungnahme bei ethisch kontroversen Sachverhalten

Mögliche Ergänzung:

Kriterien für professionelles Verhalten bei Anfragen nach ärztlich assistierter Selbsttötung

Beispiele:

- Konkrete Hilfestellungen für Exploration der Gründe
- Kollegiale Fallbesprechung
- Konsultation bei palliativmedizinischen Zentren

....

Zusammenfassung

1. Die ÄAS ist Teil der Handlungspraxis am Lebensende in Deutschland.
2. Es gibt empirische Hinweise darauf, dass sich wenige Patienten Assistenz bei der Selbsttötung auch bei guter palliativmedizinischer Versorgung wünschen.
3. Die ÄAS wird sowohl in der medizinethischen Diskussion als auch in der Ärzteschaft kontrovers bewertet.
4. Die Ärzteschaft sollte den Handlungsspielraum einer Profession für eine konstruktive Diskussion über angemessene standesethische und berufsrechtliche Rahmenbedingungen am Lebensende nutzen.