

Erforschen Umfragen die Wahrheit?

Kritische Bemerkungen zu «End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study» [1]

M. Geiser

Umfragen sind seit vielen Jahren Mode: vor und nach Wahlen und Abstimmungen und als Mittel der Marktforschung. Neuerdings versuchen Universitätsinstitute, die Wahrheit mit Hilfe von Fragebogen zu erforschen, obwohl diese Methode die Anforderungen von Wissenschaftlichkeit (Reproduzier- und Kontrollierbarkeit) nicht erfüllt und den gesunden Menschenverstand nicht ersetzen kann.

Die Sicherstellung der Anonymität der Befragten beseitigt die Schwachstellen nicht.

Die Schwachstellen der Fragebogenstudien

Sie sind bekannt: kleine Zahl der Befragten, Verallgemeinerung der Antworten, Beeinflussbarkeit der Antwort durch die Fragestellung, variable Interpretierbarkeit der Fragen. Beeinflussung der Nichtbefragten und fehlende Kontrollierbarkeit.

Die Schwachstellen sind auch in der End-of-life-decision-making-Studie [1] unübersehbar:

- Beantwortung der Fragen bei weniger als 10% der Todesfälle in sechs Ländern [1].
- Befragung in der Schweiz, Belgien und Italien nur in einem Landesteil und keine Befragung in den gewichtigen Ländern Europas (Deutschland, Frankreich und England).
- Fragwürdigkeit der Todesursachenstatistik [2]: bei hochbetagten Menschen mit mehreren pathologischen Veränderungen kommen mehrere Krankheiten oder keine als Todesursache in Frage. Viele Menschen sterben bei und nicht wegen Krankheiten. Die Angabe der Todesursache stützt sich nur bei einem Drittel auf eine Obduktion oder Operation. Bei zwei Dritteln der Todesfälle ist die Ursachenangabe mit der Unsicherheit der ärztlichen Diagnose belastet [2].
- Unterschiedliche Interpretierbarkeit der Frage nach der Möglichkeit und Sicherheit, dass durch Verzicht oder Abbruch der Behandlung oder durch Schmerzlinderung der Todeseintritt beschleunigt oder absichtlich beschleunigt wurde.

- Willkürliche Schätzung der Lebensverkürzung durch Verzicht auf Behandlung, Hilfe zum Suizid und Tötung, da die Voraussage des genetisch oder durch Krankheit bedingten Todes unsicher ist.
- Propagierung eines neuen Ziels der modernen Medizin: «pursuit of a peaceful death» [1,3] durch neuorientierte Leistungserbringer.

Beeinflussung der nichtbefragten Mehrheit durch das Umfrageergebnis

Für die Beurteilung des Hintergrundes und möglicher Absichten einer Umfragestudie kann die Kenntnisnahme der Autorschaft hilfreich sein. Die Absender der Studie über das «end-of-life-decision-making» sind die Institutes of Public Health, of Medical Sociology, of Social- und Preventive Medicine, of Medical Ethics, of Medical Philosophy and Clinical Theory, die Centres of Study and Prevention of Cancer, of Social Medicine and for Research in Extramural Medicine. Ambulant und klinisch tätige Ärzte und biomedizinische Forscher fehlen bei den Autoren.

Die Autoren der in der Deutschschweiz durchgeführten Studie [4] werten dieselbe als Beitrag zur aktuellen gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzung im Umgang mit Sterben und Tod. Der Präsident der SAMW betrachtet die Umfragedaten als «entscheidend für eine sachliche Auseinandersetzung», bezeichnet jedoch die Aussagen der Fragebögen als «nicht leicht interpretierbar» [5]. Hat er Zweifel an der Aussagekraft der Studie? Diese ist nach meiner Beurteilung nicht grösser als diejenige anderer Fragebogenstudien. Die Gefahr, dass das Ergebnis der Umfrage die Meinung der Nichtbefragten und der Entscheidungsträger gewollt oder ungewollt beeinflusst, ist zu bedenken.

Das Ziel der modernen Medizin

Es stellt sich die Frage nach den Motiven, die die SAMW dazu bewegen, die medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Max Geiser
Gossetstrasse 49
CH-3084 Wabern

sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten [6] zu überarbeiten. Ist das Ergebnis einer fragwürdigen, mit den erwähnten Schwachstellen belasteten Fragebogenstudie bedeutsam genug, um nicht besonders alte Richtlinien zu überarbeiten? Abgesehen davon ist für mich die Begleitung sterbender Menschen nicht in erster Linie ein ethisches Problem der Forschung und der Medizin als Wissenschaft, sondern eine persönliche Angelegenheit des Patienten, seiner Angehörigen und seiner ärztlichen und nichtärztlichen Betreuer. Ich erachte es als abwegig, den auch beim Menschen natürlichen Vorgang des Sterbens zu medikalisieren und von den Ärzten mehr zu verlangen, als Krankheiten und Verletzungen zu verhüten oder zu heilen, sterbende Menschen zu pflegen, Leiden zu mildern und verzweifelte Patienten zu trösten und aufzurichten.

Das Sterben mit Hilfe der Beschleunigung des Todeseintritts «würdig» zu gestalten und zu einem neuen Ziel der modernen Medizin, d.h. zu einer neuen Aufgabe der «Leistungserbringer» zu machen, entspricht einer Abweichung vom bisherigen Weg und Ziel der noch jungen wissenschaftlich fundierten Medizin und von den Anforderungen an zivilisierte Ärzte. Denn das Ziel der noch jungen wissenschaftlich fundierten Medizin umfasst nicht die Lebensverlängerung über die individuell genetisch gesteuerte Lebensdauer hinaus. Ihr Ziel besteht in der Verhütung und Ausmerzung von Krankheiten, damit der Mensch bis zum genetisch vorgesehenen Lebensende leben und friedlich unvermutet sterben kann, wenn aus dem Homo sapiens schliesslich idealerweise «someday a disease-free species» [7] geworden ist.

Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt

Die bereits seit vielen Jahren stattfindende Zänkerie um das «Sterben in Würde» unter Verwendung von tendenziösen Begriffsdefinitionen trägt weder zur Gelassenheit des Menschen dem Unvermeidlichen gegenüber noch zum Vertrauen des Patienten in die Natur bei, die dank den «Endorphinen» in der Sterbestunde gnädig funktioniert [8]. Nichts spricht dagegen, dass Patienten den Ärzten, Pflegenden und Angehörigen vertrauen, wenn sie Gewissheit haben, dass diese sie, wie es sich für zivilisierte Menschen gehört,

nie im Stich lassen und sich um ihr Wohl bemühen, aber nicht töten. Menschen, für die die «Gesellschaft» aus Individuen und Familien besteht und die sich nicht von progressivistischen Forderungen, das Leben planmässig, kostensparend und würdig zu beenden, beeindrucken lassen, verlangen nichts anderes als einen natürlichen mitmenschlichen Umgang, um in Frieden sterben zu können, ohne durch einen «gesellschaftliche» Leistung erbringenden anmassend auftretenden Sterbebeschleuniger behelligt zu werden. Die vom respektierten Kliniker W. Löffler gemachte Feststellung [9] ist immer noch gültig, wonach das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt auf dem Arztgeheimnis, der unabhängigen Persönlichkeit des Arztes und auf der Gewissheit aller beruht, dass der Arzt nicht tötet, auch auf Verlangen nicht.

Begünstigung des Euthanasietrends durch tendenziöse Sterbehilfedefinitionen

Die Sterbebegleitung und das Waltenlassen der Natur als Sterbehilfe (passive und indirekt aktive) zu definieren und damit den Übergang zur vorzeitigen Beendigung des Lebens (durch Förderung des Suizids und der geplanten Tötung) sprachlich als fliessend darzustellen, begünstigt die Euthanasieneigung der verwöhnten, bereits von einer respektablen Zahl von Krankheiten befreiten Europäer. Widerstand gegen die offensichtlich von Soziologen, Philosophen und Ethikern unterstützten Euthanasietendenzen stützt die Ärzte, die bei ihrer Arbeit an der Patientenfront, dem Ziel der noch jungen wissenschaftlich fundierten Medizin und dem gesunden Menschenverstand treu bleiben. Sie gehen zur Geschichte der Medizin und der Ideologien nicht auf Distanz, um die Zukunft mit einer fragwürdigen Neuorientierung zu meistern. Deutschland will die von Ärzten und Juristen massgeblich unterstützten Ungeister der Vergangenheit nicht wieder beleben und beobachtet gemäss einer Fernsehsendung die Überarbeitung der Richtlinien der SAMW für die Betreuung Sterbender mit Unbehagen. Während in den Niederlanden die Schwelle zur Euthanasie niedriger zu werden scheint [10], wirkt die Geschichte in Deutschland [11] hemmend gegen Euthanasiegedanken. Die Ärzte in Deutschland und Österreich wurden nicht in die Umfrage einbezogen.

Zusammenfassung

Die in sechs Ländern bei 20480 von insgesamt etwa 300000 Todesfällen im Zeitraum zwischen Juni 2001 und Februar 2002 durchgeführte Umfrage über die ärztlichen Entscheide am Lebensende mit Hilfe von Fragebogen leidet wie alle Umfragen an Schwachstellen, die bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht nahelegen. Die Gefahr, mit dem Ergebnis einer solchen Umfrage bei einer Minderheit von weniger als 10% die Mehrheit der Nichtbefragten und die Entscheidungsträger zu beeinflussen, ist vorhanden. Wenn in drei von sechs Ländern nur ein Landesteil und die grossen Länder wie Deutschland, Frankreich und Grossbritannien nicht in die Umfrage einbezogen wurden, ist die Repräsentativität für drei untersuchte Länder (darunter die Schweiz) und für Europa unzureichend.

Weder die Lebensverlängerung über die individuell unterschiedliche Lebensdauer hinaus noch die beabsichtigte Beschleunigung des Todesintritts sind Ziele der Medizin als Wissenschaft oder des ärztlichen Auftrags. Die von den Sterbehelfern verwendeten Begriffsdefinitionen (passive und indirekt aktive Sterbehilfe) verleiten zur Annahme, die aktive Sterbehilfe sei bereits etabliert und akzeptiert. Die «Forschung» mit Hilfe von Fragebogen hat bedenkliche Schwachstellen.

Literatur

- 1 van der Heide A, et al. End-of-life decision making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;36:345-50.
- 2 Geiser M. Todesursachenstatistik und Gesundheitspolitik. *Schweiz Ärztezeitung* 1990;71:1887-90.
- 3 Callahan D. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. *Hastings Center Report. Special supplement*. New York: The Hastings Center; 1996.
- 4 Faisst K. et al. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern. Erste Ergebnisse. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84:1676-8.
- 5 Stauffacher W. Erste Ergebnisse der MELS-Studie (Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz). *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84:1691.
- 6 SAMW. Medizinische-ethische Richtlinien für die Betreuung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten. *Schweiz Ärztezeitung* 1995;76:1223-5.
- 7 Thomas L. The Deacon's Masterpiece. In: Thomas L. *The Medusa and the Snail*. New York: The Viking Press; 1979. S. 130-41.
- 8 Thomas L. On Natural Death. In: Thomas L. *The Medusa and the Snail*. New York: The Viking Press; 1979. S. 102-5.
- 9 Löffler W. Unser Ärztestand am Scheideweg zwischen freiheitlicher Verantwortung und Zwang. *Zeitfragen der Schweizer Wirtschaft und Politik* 1963;81:1-19.
- 10 Twycross RG. Euthanasia: going Dutch? *J R Soc Med* 1996;89:61-3.
- 11 Bastian T. *Furchtbare Ärzte – Medizinische Verbrechen im Dritten Reich*. München: Beck-Verlag; 1995.