

Aus der Klinik für Palliativmedizin
(Prof. Dr. med. F. Nauck)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Einstellung und Wissen von
Studierenden der Medizin und der
Rechtswissenschaften zum Thema
ärztlich assistierter Suizid**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Aric Benjamin Keller

aus

Seeheim-Jugendheim

Göttingen 2021

Dekan: Prof. Dr. Wolfgang Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer: Prof. Dr. med. F. Nauck

Ko-Betreuer: Prof. Dr. phil. A. Simon

Prüfungskommission

Referent Prof. Dr. med. F. Nauck

Ko-Referent/in: PD Dr. med. D. Fitzner

Drittreferent/in: Prof. Dr. hum. biol. M. Schön

Datum der mündlichen Prüfung: 07.09.2022

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Einstellung und Wissen von Studierenden der Medizin und der Rechtswissenschaften zum Thema ärztlich assistierter Suizid" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Heidelberg, den

.....

(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungsverzeichnis.....	IV
II.	Tabellenverzeichnis	V
III.	Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1	Einleitung	1
1.1	Begriffliche Einordnung.....	1
1.2	Internationale rechtliche Situation.....	3
1.3	Rechtliche Situation in Deutschland	6
1.4	Rechtliche Situation in Deutschland bezogen auf den Arztberuf	8
1.5	Berufsrechtliche Regelung der Ärzteschaft	10
1.6	Aktueller Forschungsstand zu Einstellungen zum assistierten Suizid	11
1.6.1	Bevölkerungsbefragungen.....	12
1.6.2	Befragungen unter Ärzten.....	14
1.6.3	Befragungen unter Studierenden	15
1.6.4	Fragestellung und Ziel der Arbeit	16
2	Material und Methoden	18
2.1	Fragebogenkonstruktion	18
2.2	Fragebogaufbau	19
2.2.1	Einstieg mit Fallbeispiel.....	19
2.2.2	Handlungen von Ärzten.....	20
2.2.3	Sterbewunsch	20
2.2.4	Freiverantwortlichkeit.....	21
2.2.5	Gesetzeslage	22
2.2.6	Kriterien	23
2.2.7	Recht/Musterberufsordnung.....	25
2.2.8	Palliativmedizin.....	25
2.2.9	Meinungsänderung.....	26
2.2.10	Erfahrungen	26
2.2.11	Soziodemographische Angaben	26
2.2.12	Pilotierung.....	26
2.3	Datenerhebung	27
2.3.1	Stichprobe.....	27
2.3.2	Durchführung	27
2.3.3	Datenauswertung.....	28
2.3.4	Ethische Aspekte und Datenschutz	28
3	Ergebnisse.....	29
3.1	Teilnehmer.....	29

3.2	Soziodemografische Angaben	30
3.3	Ergebnisse der inhaltlichen Fragen.....	31
3.3.1	Bewertung des Fallbeispiels	31
3.3.2	Bewertung von Handlungen bezüglich ärztlicher Suizidassistenz.....	32
3.3.3	Bewertung von Aussagen zu Sterbewünschen	33
3.3.4	Enttabuisierung.....	36
3.3.5	Freiverantwortlichkeit.....	36
3.3.6	Bewertung der Gesetzeslage	37
3.3.7	Verständnis des Gesetzestextes zum § 217 StGB	39
3.3.8	Welche gesetzliche Regelung sollte gelten?	40
3.3.9	Kriterien	42
3.3.10	Meldepflicht.....	43
3.3.11	Persönliche Beteiligung (nur Medizinstudierende)	44
3.3.12	Bedingungen für eigene Beteiligung beziehungsweise bei Jurastudierenden: Faktoren für Bewertung von ÄAS:.....	44
3.3.13	Musterberufsordnung	46
3.3.14	Einfluss palliativmedizinischer Versorgung	47
3.3.15	Meinungsänderung	48
3.3.16	Kontakt mit Thema Sterbewunsch.....	49
3.3.17	Vorbereitung auf den Umgang mit Sterbewünschen	51
3.3.18	Relevanz der Befragung:.....	52
3.4	Einflussfaktoren.....	53
3.4.1	Persönliche Beteiligung nach Geschlecht.....	53
3.4.1	Persönliche Beteiligung und Bewertung des Fallbeispiels mit Gesetzestext.....	53
4	Diskussion.....	55
4.1	Fallbeispiel	55
4.2	Handlungen von Ärzten.....	57
4.3	Sterbewünsche	58
4.4	Die Folgen einer Enttabuisierung.....	60
4.5	Einstellungen zur Gesetzeslage	60
4.6	Kriterien für die Zulässigkeit des ÄAS	63
4.7	Persönliche Beteiligung	64
4.8	Meinungsänderung.....	64
4.9	Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch, gefühlte Vorbereitung auf Sterbewünsche im Berufsleben.....	65
4.10	Zustimmung zur Musterberufsordnung für Ärzte.....	66
4.11	Verständnis des Gesetzestextes zum § 217 StGB und aktuelle Entwicklungen	67
4.12	Limitationen	68
4.13	Schlussfolgerungen.....	69
5	Zusammenfassung.....	72
6	Anhang	74

6.1	Ethikvotum.....	74
6.2	Freitextantworten	75
6.2.1	Formanpassungen	75
6.2.2	Wenn nicht mit aktueller gesetzlicher Regel zustimmend, welche Regelung sollte gelten?.....	75
6.2.3	Welche Bedingungen müssten für eine persönliche Beteiligung an ÄAS erfüllt sein?	76
6.2.4	Kriterien für die Zulässigkeit von ÄAS	78
6.2.5	Wenn eine Meinungsänderung stattgefunden hat: Was hat zu dieser geführt?	79
6.2.6	Gefühlte Vorbereitung auf Sterbewünsche durch das Studium	83
6.2.7	Fachsemester.....	83
6.2.8	Religiosität	84
6.2.9	Berufserfahrung.....	84
6.2.10	Geschlecht	85
6.2.11	Alter	85
6.2.12	Bewertung der Befragung.....	86
6.2.1	Dauer der Befragung.....	86
6.2.2	Kommentare der Teilnehmer	86
7	Literaturverzeichnis	90

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der öffentlichen Unterstützung für TAV in Europa 1981-2008, mit freundlicher Genehmigung von Emanuel EJ et al. (2016).....	12
Abbildung 2: Bewertung des Fallbeispiels mit und ohne Vorlage des Gesetzestextes.....	32
Abbildung 3 Welche Handlungen von Ärzten fallen unabhängig von der Strafbarkeit in die Kategorie ÄAS?.....	33
Abbildung 4 Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zum Thema Sterbewünsche.....	35
Abbildung 5 Eine Enttabuisierung des ärztlich assistierten Suizids würde dazu führen, dass sich Menschen um ärztlich assistierten Suizid bemühen, weil sie sich als Belastung für Familie und/oder Gesellschaft fühlen. Zustimmung	36
Abbildung 6 Wie stehen Sie zu den jeweiligen Aussagen bezüglich Freiverantwortlichkeit und ÄAS?	37
Abbildung 7 Zustimmung zu dem im November 2015 beschlossenen Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung.....	38
Abbildung 8 Der aktuellen Gesetzeslage kann ich entnehmen, wann ein Arzt gegen das Gesetz verstößt und wann nicht.....	40
Abbildung 9 Würden Sie eine Meldepflicht von ärztlich assistiertem Suizid inklusive der Dokumentation gegebenenfalls vorgeschriebener Kriterien gutheißen?	43
Abbildung 10 Können Sie sich eine persönliche Beteiligung bei ÄAS als zukünftiger Arzt vorstellen?	44
Abbildung 11 Welche Bedingungen müssten für eine persönliche Beteiligung an ÄAS erfüllt sein? (Medizin), Als wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Bezug auf die Bewertung, ob ein ÄAS strafbar ist? (Jura).....	45
Abbildung 12 Einstellung der Befragten zu der Formulierung „...(Ärzte) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer.....	47
Abbildung 13 Bei einem flächendeckenden, bedarfsgerechten palliativmedizinischen Angebot würden weniger Menschen den Wunsch nach ärztlicher Hilfe bei der Selbsttötung äußern. Zustimmung.....	48
Abbildung 14 Meinungsänderung bezüglich ÄAS im Verlauf des Studiums	49
Abbildung 15 Bereits Kontakt mit dem Thema Sterbewünsche gehabt?.....	50
Abbildung 16 Wie wichtig finden Sie diese Befragung?.....	52
Abbildung 17 Ist eine persönliche Beteiligung bei ÄAS als zukünftige Ärztin/Arzt vorstellbar? Aufgetragen nach Geschlecht.....	53
Abbildung 18 Ist eine persönliche Beteiligung an ÄAS vorstellbar? Antworten aufgetragen gegen die gegebenen Antworten bezüglich der Strafbarkeit in dem Fallbeispiel (mit Gesetzestext). Befragung nur Medizinstudierender	54
Abbildung 19 Ethikvotum vom 08.08.2016.....	74
Abbildung 20 Bewertung der Befragung.....	86

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht über rechtliche Regelungen des assistierten Suizids ausgewählter Staaten, modifiziert, ins Deutsche übersetzt und mit freundlicher Genehmigung (Emanuel EJ et al. 2016).....	5
Tabelle 2 Bei "Nichtzustimmung" zu dem Verbot der geschäftsmäßig ausgeübten Suizidassistenz nach § 217 StGB, welche rechtlichen Vorschriften sollten Ihrer Einschätzung nach gelten?	39
Tabelle 3 Welche gesetzliche Regelung sollte gelten? Freitextantworten zusammengefasst in inhaltliche Kategorien	39
Tabelle 4 Auswahl aus verschiedenen Aussagen zu ÄAS, die am ehesten die Meinung widerspiegelt.	41
Tabelle 5 Freitextantworten; Eigene Meinung zum Thema ÄAS.....	41
Tabelle 6 Welche Umstände sollten Ihrer Meinung nach Kriterium für die Zulässigkeit von ärztlich assistiertem Suizid sein? Mehrfachantworten möglich	42
Tabelle 7: Welche Umstände sollten Ihrer Meinung nach Kriterium für die Zulässigkeit von ärztlich assistiertem Suizid sein? Freitextantworten	43
Tabelle 8 Welche Bedingungen müssten für eine persönliche Beteiligung an ÄAS erfüllt sein? (Medizin), Als wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Bezug auf die Bewertung, ob ein ÄAS strafbar ist? (Jura) Freitextantworten; in sinnähnliche Kategorien sortiert.....	46
Tabelle 9 Gründe für die Meinungsänderungen zum Thema ÄAS im Verlauf des Studiums	49
Tabelle 10: Wo fand der Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch statt?.....	50
Tabelle 11 Wo fand der Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch statt? Freitextantworten.....	51
Tabelle 12 Gefühlte Vorbereitung auf den Umgang mit Sterbewünschen, Freitextantworten, nur Medizinstudenten im 6. Klinischen Semester.....	52
Tabelle 13 Gefühlte Vorbereitung auf Sterbewünsche durch das Studium, Frage erschien nur, wenn Teilnehmender angab im 6. klinischen Semester zu studieren;	83
Tabelle 14 Fachsemester der Teilnehmenden.....	83
Tabelle 15 Religiosität und Glaubensrichtung	84
Tabelle 16 Wenn eine Glaubensrichtung angegeben wurde: Um welche handelt es sich?.....	84
Tabelle 17 Besteht Berufserfahrung?.....	84
Tabelle 18 Besteht Berufserfahrung im medizinischen Bereich?.....	85
Tabelle 19 Geschlecht der Teilnehmenden.....	85
Tabelle 20 Alter der Teilnehmenden.....	85
Tabelle 21 Dauer der Befragung	86

III. Abkürzungsverzeichnis

ÄAS	Ärztlich assistierter Suizid
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BO	Berufsordnung
BGHSt	Bundesgerichtshof in Strafsachen
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (Schweiz)
FDP	Freie Demokratische Partei
J	Jurastudierende
KEK	Klinisches Ethik-Komitee
LÄK	Landesärztekammer
MBO	Musterberufsordnung
M	Medizinstudierende
NaP	Natrium-Pentobarbital
OLG	Oberlandesgericht
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
TAV	Tötung auf Verlangen

1 Einleitung

Der Wunsch, über den Zeitpunkt des eigenen Todes entscheiden zu können, ist ein hoch aktuelles Thema und die Frage welche Rolle die Medizin hierbei spielen sollte, ist viel diskutiert und hat in den vergangenen Jahrzehnten nicht an Aktualität verloren. Die Thematik stellt ein komplexes Gefüge aus medizinischen, ethischen, gesellschaftlichen, religiösen und juristischen Aspekten dar. Im Zentrum dieser Debatte stehen neben dem Menschen, der sein Leben beenden möchte, alle, die Einfluss auf den Suizid nehmen. Eine besondere Rolle spielt in diesem Zusammenhang die ärztliche Tätigkeit, da der Lebensabschnitt des Sterbens in unserer Zeit in den meisten Fällen mit einer ärztlichen Behandlung einhergeht.

1.1 Begriffliche Einordnung

Zunächst soll eine kurze Differenzierung der verschiedenen Formen der vorzeitigen Beendigung eines Lebens vorgenommen werden um eine klare begriffliche Abgrenzung zu gewährleisten. Eingegangen wird auf jene, in welchen der Sterbende eine aktive Rolle einnimmt.

Bei der „Tötung auf Verlangen (TAV)“ (früher auch „aktive Sterbehilfe“ genannt) erfolgt die Tötung durch eine andere Person, die jedoch der „ausdrücklichen“ und „ernstlichen“ Aufforderung des Getöteten folgt. Diese Form der Tötung sowie der Versuch sind in Deutschland nach § 216 StGB strafbar. Im medizinischen Kontext entspräche dies beispielsweise der Applikation eines tödlichen Medikamentes durch den Arzt* im Auftrag des Patienten. Die Beendigung einer lebenserhaltenden Therapie (beispielsweise einer Beatmung), aufgrund einer fehlenden medizinischen Indikation oder auf Wunsch des Patienten, die zum Tode des Patienten führt, fällt nicht in diese Kategorie. Man spricht hier von einer „Therapiezieländerung“ oder „Therapiebegrenzung“ weg von einer Lebenserhaltung hin zu einer Begleitung des Sterbeprozesses. Der Begriff „Behandlungsabbruch“ oder „Therapieabbruch“ sollte vermieden werden, da er eine Beendigung jeglicher Therapie nahelegt. Eine Symptomkontrolle wird freilich auch nach der Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme fortgeführt (Nauck et al. 2014). Auch ein

* Im Text wurde die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter und beinhaltet keine Wertung.

beschleunigter Todeseintritt durch medizinische Therapien, die im Rahmen der Symptomkontrolle notwendig werden, ist nicht als „Hilfe zum Sterben“ zu werten, sondern vielmehr als „Hilfe beim Sterben“ (Nauck et al. 2014). Der Tod wird in diesem Fall also als Nebenwirkung der Therapie verstanden, deren Ziel die Verbesserung der Lebensqualität ist. Wichtig ist hierbei, dass die Priorität auf der Symptomkontrolle liegt und nicht auf der Verkürzung des Lebens. Der Nationale Ethikrat schlägt die Formulierung des „Sterbenlassens“ vor (Nationaler Ethikrat 2006). Alternativ kann von „Sterben zulassen“ gesprochen werden (Nauck und Jaspers 2019).

Der Suizid (aus dem lateinischen, *sui* „seiner(selbst)“; *caedere* „töten, erschlagen“) beschreibt die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens. In den meisten Fällen erfolgt dies aktiv (z. B. durch Einnahme von Medikamenten). Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als passiver Suizid gewertet werden sollte wird kontrovers diskutiert (Birnbacher 2015; Alt-Epping 2018; Simon 2018; Tolmein 2018).

Spielt eine weitere Person im Laufe der Planung oder Durchführung des Suizides eine unterstützende oder ermöglichende Rolle, so wird dies „Suizidteilnahme“ genannt. Ein solcher assistierter Suizid fußt auf der Unterstützung einer anderen Person (Nationaler Ethikrat 2006). Der Gesetzgeber beschreibt die Suizidassistenz als die Gewährung, Verschaffung und Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung, mit dem Ziel sie zu fördern (nach § 217 StGB). Mitunter ist es schwierig im Einzelfall einzuordnen, ob eine Suizidassistenz oder eine TAV vorlag. Dies wird z. B. am sogenannten Gisela-Fall deutlich. Dieser arbeitete einen versuchten Doppelsuizid auf, in welchem einer der beiden Suizidenten ungewollt überlebte. Schlussendlich erfolgte die Verurteilung nach § 216 StGB (also TAV), mit der Begründung, dass der Überlebende die Tatherrschaft über das todbringende Geschehen hatte (BGH 1963).

Aus dieser Debatte können für die Differenzierung zwischen TAV und Suizidassistenz zwei Hauptkriterien festgehalten werden: Zum einen sei eine TAV ausgeschlossen, wenn der Gestorbene sich freiverantwortlich suizidiert hat. Zum anderen wird betrachtet, wer im „point of no return“ die Entscheidungsmacht und Letztbefugnis hat, also „wer über den Erfolg des Todesvollzugs als letzter entschieden hat“ (Gavela 2013). Wenn also die letzte zum Tod führende Handlung nicht durch den Getöteten selbst, sondern eine andere Person erfolgt, liegt keine Beihilfe zum Suizid, sondern eine Tötung vor. Zur weiteren Einordnung bedarf es der Beurteilung, ob eben jene TAV erfolgte oder nicht.

1.2 Internationale rechtliche Situation

Während in vielen Ländern die Suizidbeihilfe nicht klar geregelt ist oder unter Strafe steht, soll im Folgenden exemplarisch auf einige Staaten eingegangen werden, die liberale Gesetze oder Praktiken bezüglich der Suizidassistenz aufweisen. Eine gute Übersicht bieten Emanuel et al. in der Veröffentlichung „Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe“ (2016). Eine tabellarische Zusammenstellung aus dieser Veröffentlichung ist in modifizierter Form in Tabelle 1 zu finden.

Die Schweiz ist in diesem Kontext international insbesondere dafür bekannt, dass sie vergleichsweise offen gegenüber der Assistenz zur Selbsttötung ist. Dies äußert sich auch in dem Vorhandensein von Sterbehilfeorganisationen wie z. B. „EXIT“ oder „Dignitas“. Auch in der Schweiz wurde eine intensive Debatte bezüglich dieser Thematik geführt. Grundlage ist das in Artikel 8 der europäischen Menschenrechtskonvention verfassungsrechtlich verbürgte Selbstbestimmungsrecht (Europäische Menschenrechtskonvention 1950), welches „auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden“ einschließt (BGE CH 2006). Das bedeutet, dass die Selbsttötung keine Straftat ist. Auch die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz keine Straftat, solange keine „selbstsüchtigen Motive“, wie beispielsweise die Beendigung eines Pflegezustandes oder die Hoffnung auf ein Erbe nachgewiesen werden. Die Freiheit, über den Zeitpunkt und die Art des eigenen Todes entscheiden zu dürfen, schließt aber nicht das Recht ein, entsprechende Medikamente vom Staat zur Verfügung gestellt zu bekommen. Das häufig verwendete NaP (Natrium-Pentobarbital) darf jedoch von Ärzten zum Zwecke des Suizids verschrieben werden (BGE CH 2006). Der Bundesrat beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) mit der Erstellung eines Berichtes zur „vertieften Abklärung von Handlungsoptionen und -bedarfes des Bundesgesetzgebers“ zur organisierten Suizidhilfe. Es wurden verschiedene Sorgfaltskriterien erarbeitet, beispielsweise eine verpflichtende Feststellung der Urteilsfähigkeit des Suizidenten durch zwei organisationsunabhängige Fachärzte (EJPD 2009). Im Juni 2011 verzichtete der Schweizer Bundesrat jedoch explizit auf die gesetzliche Neuregelung der organisierten Sterbehilfe, da bereits mit der aktuellen Strafbarkeit bei selbstsüchtigen Motiven eine Kommerzialisierung verhindert werden könne, und eine weitere Regelung Suizidhilfeorganisationen staatlich legitimieren würde (Schweizer Bundesrat 2011).

Aufgrund der weiterhin nicht expliziten Regelung und der Notwendigkeit einer ärztlichen Rezeptierung des todbringenden Medikaments hat das Standesrecht der Ärzte in der Schweiz

entscheidende Bedeutung. Basierend auf den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), wird festgehalten, dass die Suizidbeihilfe keine ärztliche Aufgabe, jedoch im Einzelfall in Grenzsituationen zu respektieren sei (SAMW 2018). In der Praxis werden beispielsweise bei „Dignitas“ die Medikamente (meist NaP) häufig von „mit Dignitas kooperierenden, unabhängigen Ärzten“ verschrieben (Dignitas 2014).

Die Niederlande gelten als Land mit den liberalsten Regelungen bezüglich der Sterbehilfe. Insbesondere die TAV, „Euthanasie“, aber auch die Suizidbeihilfe ist in den Niederlanden durch Ärzte unter bestimmten Bedingungen straffrei möglich. Insbesondere bezüglich der TAV unterscheiden sich die Niederlande von vielen anderen Ländern. So auch von Deutschland, wo nach § 216 StGB TAV mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft wird. Die Straffreiheit in den Niederlanden setzt voraus, dass verschiedene Sorgfaltskriterien eingehalten wurden. Diese orientieren sich an den sogenannten „Rotterdammer Richtlinien“, welche im Rahmen eines Strafprozesses in den achtziger Jahren erarbeitet wurden. Sie sollten festhalten, unter welchen Bedingungen die ärztliche Suizidassistenz und Euthanasie straffrei bleiben sollte. Interessant ist, dass die königlich niederländische Ärztesgesellschaft im Jahr 1983 trotz des noch geltenden gesetzlichen Verbots der Beihilfe zum Suizid Richtlinien für die ärztliche Beihilfe zum Suizid erarbeitete. Eine gesetzliche Grundlage erhielt die Praxis aber erst im Jahr 1994 durch eine Ergänzung des Bestattungsgesetzes. Nach einer Überarbeitung im Jahr 1998 ist es nun Aufgabe einer regionalen interdisziplinären Prüfungskommission, zu überprüfen, ob der Arzt, der den Suizid begleitet bzw. die TAV durchgeführt hat, die festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat (Gavela 2013).

Tabelle 1 Übersicht über rechtliche Regelungen des assistierten Suizids ausgewählter Staaten, modifiziert, ins Deutsche übersetzt und mit freundlicher Genehmigung (Emanuel EJ et al. 2016)

Staat	TAV	ÄAS	Mindestalter	Behandlungssituation	Voraussetzung bezüglich des Zustandes des Patienten
Oregon	Illegal	Legal	18	Endstadium, Lebenserwartung <6 Monate	„capable“ - Entscheidungsfähig
Washington	Illegal	Legal	18	Endstadium, Lebenserwartung <6 Monate	„competent“ - Entscheidungsfähig
Montana	Illegal	Legal	Keine gesonderte Regelung	Endstadium, Lebenserwartung <6 Monate	Keine gesonderte Regelung
Vermont	Illegal	Legal	18	Endstadium, Lebenserwartung <6 Monate	„capable“ - Entscheidungsfähig
Kalifornien	Illegal	Legal	18	Endstadium, Lebenserwartung <6 Monate	„Fähigkeit, medizinische Entscheidungen zu treffen“
Schweiz	Illegal	Legal	Keine gesonderte Regelung	Keine	Keine gesonderte Regelung
Kolumbien	Legal	Legal	18	Endstadium	Endstadium
Belgien	Legal	Legal	Keine	<u>Keine (Erwachsene)</u> Endstadium (Kinder)	Medizinisch aussichtsloser Zustand konstanten und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens
Niederlande	Legal	Legal	12	Keine	Das Leiden der Patienten ist unerträglich, und es besteht keine Aussicht auf Besserung
Luxemburg	Legal	Legal	18	Keine	Unheilbare medizinische Situation mit ständigen und unerträglichen körperlichen oder geistigen Leiden ohne Aussicht auf Besserung
Kanada	Legal	Legal	18	Keine	„Schwerwiegender und unheilbarer medizinischer Zustand, der dauerhaftes und unerträgliches Leiden verursacht“

1.3 Rechtliche Situation in Deutschland

Grundsätzlich ist die Tötung eines anderen Menschen in Deutschland strafbar. Das Strafmaß wird im Einzelfall anhand der Paragraphen 211 bis 222 StGB festgelegt. Der Sachverhalt der TAV ist in § 216 StGB geregelt. Demnach ist sie wie auch ihr Versuch mit sechs Monaten bis fünf Jahren Freiheitsstrafe belegt. Der Arztberuf erhält diesbezüglich keine gesonderte Erwähnung.

Weder ein Suizidversuch noch der erfolgreiche Suizid ist in Deutschland eine Straftat. Bei der Suizidassistenz ist die rechtliche Situation komplizierter. Dies spiegelt sich in zahlreichen, seit Jahrzehnten bestehenden, Debatten wider.

Da die vorliegende Arbeit Einstellungen zu ärztlich assistiertem Suizid (ÄAS) untersucht, sei vorweggenommen, dass diese Debatte keineswegs ein Ende gefunden hat. Wie weiter unten ausgeführt, wurde im Jahr 2015 mit der Erarbeitung und Verabschiedung des Gesetzes § 217 StGB der Versuch unternommen einen rechtlichen Rahmen zu schaffen und zu definieren welche Form des assistierten Suizids in Deutschland erlaubt sein soll und welche nicht. Während des Verfassens der Arbeit erklärte im Februar 2020 das Bundesverfassungsgericht eben dieses Gesetz (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und forderte den Gesetzgeber zu einer Neuregelung auf (BVerfG 2020; Nauck und Simon 2021). Dies illustriert die Komplexität der Thematik und wirft für alle Beteiligten zahlreiche neue Fragen auf. Zunächst soll die rechtliche Situation in Deutschland im Allgemeinen besprochen und später auf aktuelle Aspekte und Entwicklungen eingegangen werden.

Eine zentrale Rolle in der Diskussion um die Suizidteilnahme spielt die Frage der Freiverantwortlichkeit. Drei häufige Meinungen zu diesem Thema werden im Folgenden kurz dargestellt.

Vertreter der „Krankheitsthese“ ordnen jeden Suizidwillen als medizinisch krank ein. Folglich stelle der Suizidwille selbst die Freiverantwortlichkeit infrage (Ringel 1989). Tatsächlich leidet ein großer Teil der Suizidenten zum Todeszeitpunkt an einer (nach internationalen Regeln diagnostizierbaren) psychischen Störung oder Erkrankung (Andersen et al. 2000).

Die Schuld- oder Exkulpationslösung nutzt die Kriterien, die bei einer Fremdschädigung zum Ausschluss der strafrechtlichen Verantwortlichkeit führen, zum Ausschluss der Freiverantwortlichkeit (Schneider 2017). Praktisch würde die Freiverantwortlichkeit also nur bei Kindern, unreifen Jugendlichen, Geisteskranken, seelisch schwer Gestörten oder bei

unter Notstandsvoraussetzungen (§ 35 StGB) handelnden Lebensmüden ausgeschlossen (Gavela 2013).

Aktuell bevorzugt ist die sogenannte „Einwilligungslösung“. Diese prüft das Vorliegen der Freiverantwortlichkeit vor allem anhand der Einsichtsfähigkeit des Suizidenten bezüglich der Tragweite und Unwiderruflichkeit der Selbsttötung sowie des Urteils- und Hemmvermögens (Gavela 2013).

Der deutsche Juristentag nahm diesbezüglich im Jahr 2006 wie folgt Stellung:

„a) die Freiverantwortlichkeit des Suizids ist nach den Maßstäben der §§ 20, 21 StGB zu bestimmen und setzt eine ausdrückliche oder sich aus den Umständen ergebende ernstliche, nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruhende Entscheidung voraus. b) bei Suizidenten unter 18 Jahren darf grundsätzlich nicht von einer freiverantwortlichen Entscheidung ausgegangen werden“
(Deutscher Juristen Tag 2006)

Wie oben bereits erwähnt, wird also ein Großteil der Suizide nicht als freiverantwortlich gewertet werden können. In diesem Falle ist die Suizidassistenz strafbar. Man ginge von einer Tötung in mittelbarer Täterschaft aus (Gavela 2013).

Ist wiederum von einer freiverantwortlichen Entscheidung zum Suizid auszugehen, war bislang anzunehmen, dass die Teilnahme straffrei ist. Dies begründet sich auf dem Prinzip der limitierten Akzessorietät, welches besagt, dass die Teilnahme an einer Straftat eine Straftat als Haupttat voraussetzt (Joecks und Scheinfeld 2020). Demnach wäre, solange der Suizidwillige die Tatherrschaft über den todbringenden Moment innehat, die Suizidbeihilfe keine Straftat. Ein vielbeachtetes Beispiel hierfür ist der von Dr. Hackethal begleitete Suizid von Hermy, E. Mitte der achtziger Jahre, bei dem explizit auf die Auslösung des Todeseintrittes durch den Suizidwilligen geachtet wurde (Der Spiegel 1984; OLG München 1988). Ethische, juristische und gesellschaftliche Bedenken führten jedoch zu vielen öffentlich und medienwirksam geführten Debatten. Kritische Punkte waren vor allem die Frage, ob ein „Suizidhelfer“ mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten sich der unterlassenen Hilfeleistung strafbar mache (§ 323c StGB). Ob wiederum der hierin beschriebene „Unglücksfall“ einen freiverantwortlichen Suizid einschließen würde, war jedoch umstritten. Den Zustand fasste Gavela im Jahr 2013 wie folgt zusammen:

„Aufgrund kontroverser Meinungen zwischen Literatur und Rechtsprechung ist bislang nicht hinreichend geklärt, ob in Deutschland ein Suizid von den ersten Vorbereitungshandlungen bis zum Versterben des Suizidenten rechtmäßig begleitet werden kann und, wenn ja, in welcher Form und durch welche Personen.“ (Gavela 2013)

In Deutschland wurde die Notwendigkeit für eine spezifischere gesetzliche Regelung zunehmend deutlich, als die Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ im September 2005 eine deutsche Sektion in Hannover eröffnete (Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag 2014). Aufgrund der Regularien dieser Institutionen, welche streng darauf achten, dass die Tatherrschaft des letzten Schrittes beim Sterbewilligen liegt, wird der Tatbestand der TAV umgangen. Es folgte eine ausgiebige Auseinandersetzung mit dem Thema, an dem sich die Politik, die Bundesärztekammer, die Kirchen und verschiedene andere Institutionen beteiligten. Ergebnis waren fünf Gesetzesvorschläge, über die am 06.11.2015 entschieden wurden. Durchsetzen konnte sich eine Regelung, die die „geschäftsmäßige“ Suizidassistenten explizit adressiert. Am 10.12.2015 trat § 217 StGB, das Gesetz bezüglich der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ in Kraft:

„(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

Ziel des Gesetzgebers war es, die organisierte Suizidbeihilfe z. B. im Rahmen von Suizidhilfevereinen (z. B. EXIT, Dignitas) zu verhindern (Bundesärztekammer 2017). Diese Form der Suizidbeihilfe wurde also kriminalisiert. Explizit straffrei bleiben sollten jedoch jene, welche sie nicht „geschäftsmäßig“ betrieben. Die Definition der Geschäftsmäßigkeit stellte sich als nicht einfach heraus. Insbesondere die Frage, ob Mediziner grundsätzlich geschäftsmäßig handeln, bleibt umstritten.

1.4 Rechtliche Situation in Deutschland bezogen auf den Arztberuf

Im Zusammenhang mit dem Lebensende eines Menschen spielen Ärzte oft eine wichtige Rolle. Diese kann darin bestehen Schmerzen zu lindern, den Umgang mit psychischen Belastungen zu unterstützen und Angehörige zu betreuen. Umstritten ist jedoch, welche Rolle Ärzte bei Suiziden spielen dürfen und sollten. Rechtlich betrachtet bestand diesbezüglich lange Ungewissheit. Wie oben ausgeführt war Suizid und die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid bis 2015 nicht explizit strafbar. Im Falle der Arzt-Patienten Beziehung wurde jedoch der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB diskutiert, da ein Arzt mit Behandlungsannahme als Beschützergarant fungiert (Ulsenheimer 2008). Insbesondere, wenn er während des Sterbeprozesses anwesend ist, erlangt er im Moment der Bewusstlosigkeit des Patienten Tatherrschaft. Jedoch muss einschränkend

festgehalten werden, dass ein Patient diese Behandlung jederzeit aufkündigen kann und dass der Patientenwille auch bei Unfähigkeit diesen mitzuteilen, bindend ist. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der Tatsache, dass die Beendigung einer lebenserhaltenden Therapie, wenn vom Patienten gewünscht, straffrei ist und auch nach Eintritt der Bewusstlosigkeit keine lebensrettenden Maßnahmen eingeleitet werden dürfen (BGH 1957; Giesen 1990). Im Rahmen des Hackethal-Falls entschied das OLG München, dass auch ein Arzt straflos bleibt, „soweit er sich lediglich als Gehilfe aktiv in einer freiverantwortlich verwirklichten Selbsttötung beteiligt. Der Kreis der potentiellen Sterbehelfer wird [. . .] vom Gesetz weder umgrenzt noch differenziert“ (OLG München 1988). Mit Verabschiedung des § 217 StGB im Jahr 2015 änderte sich dies. Der Tatbestand der „geschäftsmäßigen“ Suizidbeihilfe wurde eingeführt. Diese Neuerung von Teilbereichen der Suizidbeihilfe brachten laut dem Juristen Hilgendorf „erhebliche Strafbarkeitsrisiken für Ärzte und Pflegekräfte in Hospizen und Palliativeinrichtungen und darüber hinaus letztlich für jeden, der regelmäßig mit Sterbenden zu tun hat“ (Hilgendorf 2015b) mit sich. Es herrsche beispielsweise Unklarheit darüber, ob Ärzte grundsätzlich „geschäftsmäßig“ handeln. Auch die Formulierungen des „gewähren, verschaffen oder vermitteln“ verunsicherten manche. Ist die Duldung eines Suizids durch Beendigung der Nahrungsmittel- und Flüssigkeitsaufnahme im stationären Umfeld bereits eine „Gewährung“ und damit Förderung? Begibt sich ein Arzt bereits durch das regelmäßige Gespräch über Sterbewünsche in einen rechtlich problematischen Bereich? Würde sich ein Mediziner schon durch den Satz „Dafür müssten Sie in die Schweiz gehen“ strafbar machen? Zumindest ist festzuhalten, dass Geschäftsmäßigkeit unabhängig von Gewerbsmäßigkeit oder Vergütung zu betrachten ist. Es bedeutet vielmehr, dass die Suizidförderung auf Wiederholung ausgerichtet ist. Jedoch kann die Strafbarkeit auch bei einmaligem Tatbestand gegeben sein, wenn die Ausrichtung auf Wiederholung besteht. (Hilgendorf 2015a; Tolmein 2016). Hoven kommentiert hierzu im Jahr 2016:

„Für Ärzte hat dies die Konsequenz, dass sie sich auch durch eine nur im Einzelfall erfolgende und indirekte Unterstützung eines Suizids – etwa den Hinweis auf die Möglichkeit des assistierten Suizids durch einen ‚geschäftsmäßig‘ handelnden Kollegen – dem Risiko einer Strafbarkeit aussetzen. Wie Systematik und Entstehungsgeschichte zeigen, gilt der in § 217 Abs. 2 StGB formulierte Strafausschlussgrund für den Mediziner gerade nicht.“ (Hoven 2016)

Im Februar 2017 veröffentlichte die Bundesärztekammer auf Empfehlung des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der BÄK ein Dokument „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis“. Es umfasst einige Erläuterungen und Fallbeispiele die den Gesetzestext für praktizierende Ärzte besser verständlich und anwendbar machen

sollen (Bundesärztekammer 2017). Es statuiert, dass Einrichtungen, die regelhaft mit Sterbenden arbeiten, nicht grundsätzlich geschäftsmäßige Suizidförderung betreiben. Endgültige Sicherheit war diesbezüglich ist jedoch nicht vorhanden, da es keine Präzedenzfälle gab.

Neben der für Ärzte rechtlichen Einschränkung der Suizidbeihilfe darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass die Verschreibung eines Medikaments zum Suizid unter Umständen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verstößt. Ein häufig für den Suizid verwendetes Medikament ist Pentobarbital und seine Salze, dessen Abgabe durch das BtMG reguliert ist. Dieses Gesetz erlaubt es Ärzten jene regulierten Medikamente nur in begründeten Fällen zu verschreiben (vgl. § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG). Die amtliche Erläuterung zum BtMG, welches zum „Schutz der menschlichen Gesundheit“, der Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung sowie der Missbrauchsverhinderung beim Umgang mit Betäubungsmitteln geschaffen wurde, legt nahe, dass eine Suizidbeihilfe nicht dieser Begründetheit entspricht (Feldmann 2009). Damit ist die straffreie Verschreibung von Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung in Deutschland nicht möglich. Auch in diesem Zusammenhang wird die rechtliche Situation aktuell kontrovers diskutiert. Besondere Wichtigkeit kommt diesbezüglich dem sogenannten "Koch-Fall" zu. Zusammengefasst handelt er von einer schwerkranken Patientin, deren Antrag auf Erlaubnis zum Erwerb eines Betäubungsmittels in tödlicher Dosis im Jahr 2004 abgelehnt wurde. Die Patientin beendete 2005 mit Unterstützung eines Sterbehilfevereins in der Schweiz ihr Leben. Der Ehemann zweifelte die Rechtmäßigkeit der Ablehnung des BfArM an und klagte. Nach initialem Abweisen der Klage erklärte das BVerwG im Rahmen einer Revision 2017 den Versagungsbescheid durch das BfArM für rechtswidrig, da das allgemeine Persönlichkeitsrecht in extremen Ausnahmefällen den Erwerb von Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung ermöglichen müsse (BVerwG 2017). In diesen Ausnahmefällen, im Rahmen einer schweren und unheilbaren Erkrankung stände eine Erlaubniserteilung durch das BfArM dem BtMG nicht entgegen (Orbach 2020).

1.5 Berufsrechtliche Regelung der Ärzteschaft

Auch die Ärzteschaft selbst führt eine intensive Diskussion bezüglich der Frage, ob Suizidbeihilfe Teil ärztlichen Handelns sein sollte. Innerhalb des gesetzlichen Rahmens reguliert das Standesrecht das ärztliche Handeln. Diese Berufsordnungen sind bindend, als berufsrechtswidrig gelten „Handlungen, welche gegen die Pflichten verstoßen, die einem Mitglied der einzelnen Kammer zur Wahrung des Ansehens seines Berufs obliegen“ (HBKG

BW 1995). Verstöße können durch Berufsgerichte verfolgt werden. Während die Bundesärztekammer eine „Musterberufsordnung“ (MBO) erstellt, sind die Berufsordnungen der Landesärztekammern für die Ärzte des jeweiligen Bundeslandes bindend. Die im Jahr 2015 auf dem 118. Ärztetag verabschiedete MBO bestätigte die 2011 beschlossene Formulierung, welche in § 16 statuiert: „[Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ (Bundesärztekammer 2015) Damit distanziert sich die deutsche Ärzteschaft klar von der Suizidbeihilfe als ärztliche Aufgabe.

Die Uneinigkeit der Ärzteschaft spiegelt sich jedoch in der Tatsache wider, dass die einzelnen Landesärztekammern diesen Absatz uneinheitlich übernommen, abgeändert oder gestrichen haben (Nauck et al. 2014). Etwa die Hälfte der Landesärztekammern übernahm die Formulierung der MBO. Die Berufsordnung (BO) in Westfalen-Lippe besagt, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten sollen (Hervorhebung des Autors). In Sachsen-Anhalt gilt: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“ Die Berufsordnung Bayerns und Baden-Württemberg beschränken sich auf den Satz: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen.“ Auch die Berliner Landesärztekammer erwähnt die Beihilfe zum Suizid nicht explizit. Jedoch wird in § 1 Abs. 2 festgehalten: „Ärztliche Aufgabe ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten.“ Diese Spannweite der Regelungen zeigt nicht nur das unterschiedliche Selbstverständnis, sondern kann auch zu einer starken Verunsicherung der praktizierenden Ärzte führen. Es verschafft dem Einzelnen einen großen Interpretationsspielraum. Dieser kann helfen, den individuellen Situationen einzelner Patienten gerecht zu werden, führt aber auch dazu, dass sich Ärzte mit berufsrechtlichen Konsequenzen konfrontiert sehen können, auch wenn sie der eigenen Ansicht nach „im Sinne des Patienten“ handeln und die Beihilfe zum Suizid ethisch vertretbar scheint (Nauck et al. 2014).

1.6 Aktueller Forschungsstand zu Einstellungen zum assistierten Suizid

Die skizzierte Kontroverse wurde von verschiedenen Institutionen, beispielsweise den Kirchen und Ärzteverbänden, sowie von Einzelpersonen geprägt. Auch wurden zahlreiche Befragungen durchgeführt, um das Stimmungsbild bezüglich des ÄAS in der Bevölkerung, bei den Patienten, in der Ärzteschaft und anderen im medizinischen Bereich tätigen Fachkräften zu erforschen.

1.6.1 Bevölkerungsbefragungen

In einem großen Review wertete Emanuel EJ et al. (2016) zahlreiche Befragungen zum Thema ÄAS und TAV aus. Abbildung 1 stellt diese Entwicklung bezogen auf TAV graphisch dar, die folgende Beschreibung der Grafik wurde modifiziert und ins Deutsche übersetzt (mit freundlicher Genehmigung von Emanuel EJ et al.):

„Die öffentliche Unterstützung wurde mit der Frage 'Bitte sagen Sie, ob Sie glauben, dass Euthanasie (die das Leben unheilbar Kranker beendet) immer gerechtfertigt sein kann, niemals gerechtfertigt ist oder etwas dazwischenliegt. Bewertet auf einer Skala von 1 (nie gerechtfertigt) bis 10 (immer gerechtfertigt)'. Alle Umfragen wurden bei Erwachsenen in bestimmten Ländern durchgeführt. Die Stichprobengröße betrug 102 701 in allen 23 Ländern und 4 Umfragen (1981, 1990, 1999, 2008). Braune Kurven zeigen Länder mit legalisierter Euthanasie an (Niederlande, Belgien); blau zeigt Länder ohne legalisierte Euthanasie an (Frankreich, Spanien, Großbritannien, Deutschland); gestrichelte orange Linien zeigen regionale Durchschnittswerte an (Westeuropa, Mittel-/Osteuropa). Nur Länder mit mehr als 10 000 000 Einwohnern wurden in die Grafik aufgenommen. Die Daten für Deutschland betreffen Westdeutschland und das gleiche geographische Gebiet in den Erhebungsjahren nach der Wiedervereinigung Deutschlands.“

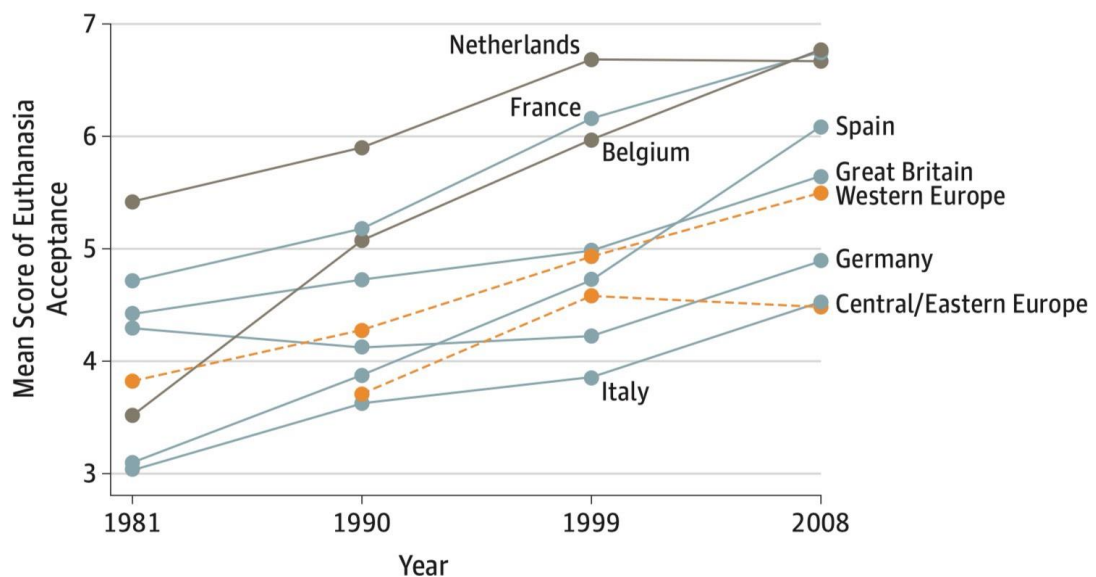


Abbildung 1: Entwicklung der öffentlichen Unterstützung für TAV in Europa 1981-2008, mit freundlicher Genehmigung von Emanuel EJ et al. (2016).

In der europäischen Bevölkerung zeichnet sich ab, dass in den westeuropäischen Ländern zwischen 1999 und 2008 die Zustimmung zu ÄAS und TAV zugenommen hat. In Mittel- und Osteuropa jedoch nahm die Zustimmung in diesem Zeitraum ab. Eine mögliche

Erklärung ist die Abnahme der Religiosität in den westeuropäischen Ländern, während in den post-kommunistischen Ländern die Religiosität eher zunahm.

In Deutschland kann eine Zunahme der Zustimmung zu ÄAS und TAV beobachtet werden. Im Kurzbericht des Allensbacher Instituts für Demoskopie wurden Befragungen der Bevölkerung zu diesem Thema zu verschiedenen Zeitpunkten verglichen. Während sich im Jahr 2008 noch 58% der Menschen für die legale Möglichkeit der „aktiven Sterbehilfe“, also TAV, aussprachen, taten dies im Jahr 2014 bereits 67%. Auffällig war, dass die Zustimmung weitgehend unabhängig von Alter und Bildung war. Auch das Geschlecht spielte nur eine begrenzte Rolle, so befürworteten 70% der Männer und 65% der Frauen die Legalisierung von TAV. Während die Konfessionszugehörigkeit keinen großen Einfluss auf die Meinung zu haben schien, war der „regelmäßige Kirchgang“, also die starke Verbundenheit mit der Kirche, mit geringerer Zustimmung assoziiert. In dieser Gruppe befürworteten nur 39% eine Legalisierung von TAV, 33% waren dagegen (Institut für Demoskopie Allensbach 2014). Gleiches ließ sich auch in einer Befragung in den USA zum Thema „Euthanasia“ (im anglo-amerikanischen Raum bezeichnet dieser Begriff die TAV) beobachten. Hier befürworteten 48% der wöchentlich die Kirche Aufsuchenden im Jahr 2014 die Legalisierung der TAV. Menschen die seltener als einmal pro Monat in die Kirche gingen, stimmten zu 82% zu (Gallup 2014).

Eine Umfrage der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) zum Thema „Beihilfe zum Suizid“ zeigte, dass ältere Menschen in Deutschland eher ablehnend, jüngere eher zustimmend der Beihilfe zu Suizid gegenüberstehen. Unter den Suizidbeihilfebefürwortern war außerdem die Angst vor einem langen Sterbeprozess und davor, den Angehörigen zur Last zu fallen, signifikant größer (Ahrens und Wegner 2015).

Einschränkend muss gesagt werden, dass die Wortwahl der Fragestellungen in Bevölkerungsbefragungen zu diesem Thema entscheidenden Einfluss auf das Antwortverhalten hat (Magelssen et al. 2016). In den USA beispielsweise fiel die Zustimmung deutlich ab, wenn das Wort „Suizid“ in der Fragestellung zu „ärztlich assistiertem Sterben“ vorkam (Gallup 2014).

Allerdings stellt Ralph Jox in einer Auswertung bislang erfolgter Befragungen zutreffend fest, dass trotz der Unterschiede innerhalb der Fragestellungen eine „stabile Mehrheit“ der deutschen Bevölkerung für die Legalisierung des assistierten Suizid ist (Jox 2017).

Im Vorfeld der Diskussion um das Gesetz gegen die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) wurde die Bevölkerung auch befragt, ob private

Sterbehilfvereine, wie sie in der Schweiz existieren, erlaubt werden sollten. Während nur 20% der Befragten dies ablehnten, befürworteten 60% die Erlaubnis der Sterbehilfvereine (Institut für Demoskopie Allensbach 2014). Wie oben beschrieben, entschied sich der Gesetzgeber 2015 dennoch für den Gesetzesentwurf, der explizit diese Vereine verhindern sollte. Im Februar 2020 wiederum erklärte das Bundesverfassungsgericht den § 217 StGB für verfassungswidrig, so dass die gesetzliche Regelung weiterhin kontrovers diskutiert wird und zahlreiche neue Fragen aufwirft.

1.6.2 Befragungen unter Ärzten

Nach Auswertung zahlreicher Befragungen unter Ärzten hält Emanuel et al. fest, dass Framing-Effekte durch die Formulierung der Fragen und Auswahl der Symptome sowie Hintergrundinformationen zu den Fällen in den Fragestellungen auch hier auftreten. Außerdem seien häufig die Gesamtzahl der Befragten und die Response-Rate niedrig. Auch die Auswahl der Teilnehmer sei wenig repräsentativ. Insgesamt zeichne sich international ab, dass Ärzte die ärztliche Beihilfe zum Suizid und die TAV im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kritischer sehen (Emanuel EJ et al. 2016). Im Jahr 2014 veröffentlichte Medscape eine Befragung unter Medizinern in den USA, sowie in ausgewählten Ländern Europas (Deutschland, UK, Italien, Frankreich und Spanien). Die Frage, ob ÄAS erlaubt sein sollte, beantworteten 54% der amerikanischen Ärzte mit „Ja“. Damit waren sie im Vergleich am positivsten eingestellt. In Deutschland (47%), UK (47%), Italien (42%), Frankreich (30%) und Spanien (36%) befürworteten jeweils weniger als die Hälfte die Möglichkeit der ärztlichen Suizidunterstützung. Weiterhin stellten Emanuel et al. in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass Ärzte im Gegensatz zur amerikanischen Allgemeinbevölkerung eher der Legalisierung des ÄAS zustimmen als der Legalisierung der TAV. Dies zeige sich auch in Befragungen in Australien und in europäischen Ländern, in denen beide Formen der Sterbehilfe nicht erlaubt sind. In den Niederlanden und in Belgien ist der Anteil der Ärzte, die die TAV und ÄAS befürworten, deutlich höher (Emanuel EJ et al. 2016). McCormack et al. veröffentlichten einen Review über 15 Befragungen unter Ärzten Großbritanniens im Zeitraum von 1990 und 2010. Ein Großteil der befragten Ärzte lehnte ÄAS und TAV ab. Stärkster Einflussfaktor war die Religiosität der Teilnehmer (McCormack et al. 2012).

Jansky et al. führten 2015 vor der Verabschiedung des § 217 StGB eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin durch, 48,5% der Teilnehmer waren Ärzte. In dieser Befragung lehnten 56% der Ärzte ÄAS grundsätzlich ab und 34,5% konnten sich eine Teilnahme grundsätzlich vorstellen. 74% der Ärzte waren schon um ÄAS

gebeten worden. Bei diesen Daten muss jedoch bedacht werden, dass es sich um eine Auswahl von Ärzten handelt, welche regelmäßigen Kontakt mit Sterbenden und Todkranken hat (Jansky et al. 2017).

Eine der ersten veröffentlichten Meinungsbefragungen von Ärzten und Pflegenden, nach Verabschiedung des neuen Gesetzes ergab, dass etwa 40% das neue Gesetz nicht als sinnvoll erachteten. Durchgeführt wurde die Befragung unter Teilnehmern eines Palliativ-Kongresses. Hauptkritikpunkte der Teilnehmer am Gesetz waren die unpräzise Formulierung und unzureichende Rechtssicherheit. Mehr als 50% der Teilnehmer gaben an, dem Gesetz nicht sicher entnehmen zu können, welche Handlungen in Zukunft erlaubt sein werden und welche nicht (Zenz et al. 2017).

1.6.3 Befragungen unter Studierenden

In Anbetracht der Tatsache, dass die Einstellungen gegenüber der Einflussnahme auf den Todeszeitpunkt sich in der nahen Vergangenheit derart dynamisch gezeigt haben (Jox 2015; Anneser et al. 2016), drängt sich die Frage auf, wie sich diese Entwicklung fortsetzen wird. Während das zukünftige Stimmungsbild in der Allgemeinbevölkerung schwierig vorherzusagen ist, können die Blickwinkel zukünftiger Entscheidungsträger, nämlich aktueller Medizinstudierenden, evaluiert werden, um so einen Eindruck zu gewinnen, wie sich die Praxis in mittelfristiger Zukunft darstellen könnte. Im internationalen Kontext gibt es bereits einzelne Untersuchungen der Einstellungen von Medizinstudierenden gegenüber ÄAS. In einer norwegischen Studie wurden Studierende der Medizin im fünften und sechsten Studienjahr zu ihrer Einstellung bezüglich der Legalisierung von TAV und ÄAS befragt. Insgesamt war die Mehrheit gegen die Legalisierung von TAV und ÄAS. Am höchsten war die Befürwortung bei Vorliegen einer Erkrankung im Endstadium. Unter diesen Umständen sprachen sich 19% der Studierenden für eine Legalisierung der TAV aus. 31% befürworteten die Legalisierung eines ÄAS in diesem Falle. 28% gaben an unsicher zu sein. Auch hier war die Einstellung mit der Religiosität der Teilnehmer assoziiert. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede waren festzustellen. Frauen standen der Legalisierung eher ablehnend gegenüber (Nordstrand et al. 2013).

Auch in Deutschland existieren einzelne Befragungen bei Studierenden. Im Juli 2015, kurz vor der Abstimmung über die vorliegenden Gesetzesentwürfe im November, wurden an der TU München Medizinstudierende im siebten und achten Semester bezüglich ihres Wissens und ihrer Einstellungen zu den Themen palliative Sedierung, ÄAS und TAV befragt. 51,2% der befragten Studierenden hielten ÄAS für ethisch vertretbar, wobei eine Mehrheit der

Studienteilnehmer irrtümlicherweise der Meinung war, dass dieser in Deutschland zu diesem Zeitpunkt verboten gewesen wäre. Weder Geschlecht noch Alter korrelierten in dieser Studie mit Befürwortung oder Ablehnung des ÄAS. Diese Studie untersuchte außerdem, ob sich die Einschätzung im Falle seelischen Leidens und körperlichen Leidens unterschied. Diesbezüglich wurde bei ÄAS und TAV kein signifikanter Unterschied festgestellt. Das Ergebnis dieser Studie illustriert jedoch, wie wichtig nicht nur die Einstellung, sondern auch der Wissensstand der Studierenden ist (Anneser et al. 2016). Im Jahr 2006 wurde an der Universität Köln eine Pilotstudie durchgeführt, welche eruieren sollte, inwiefern das Studienfach Einfluss auf die Einstellung bezüglich Entscheidungen am Lebensende nehmen kann. Eingeschlossen wurden Studierende der Fächer Medizin, Rechtswissenschaften und Theologie. Zur Erfassung wurden den Teilnehmern neun Szenarien präsentiert, bei denen die Zustimmung oder Ablehnung auf einer Ordinalskala angegeben werden sollte. In Bezug auf den zum damaligen Zeitpunkt nicht gesetzlich verbotenen ÄAS konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilnehmern der verschiedenen Studienfächer festgestellt werden. Etwa 64-66% der Teilnehmer stimmten zu, dass im Falle einer unheilbaren Erkrankung die legale Möglichkeit des ÄAS bestehen sollte. Dass die Medizinstudierenden mehrheitlich eine legale Möglichkeit des ÄAS unterstützten, ist insofern beachtlich, als die Ärzteschaft in zahlreichen Befragungen deutlich weniger positiv eingestellt war (Simon 2010; Stiel et al. 2011) (s. o.).

1.6.4 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die erhobenen Meinungen zum Thema ÄAS sehr stark variieren. Es wird auch deutlich, dass in vergangenen Befragungen die Faktoren Alter, Geschlecht, Religion und Haupttätigkeitsfeld starken Einfluss auf die Einstellung hatten. Insbesondere der Generationsunterschied, ein sich änderndes öffentliches Meinungsbild und der schwierige rechtliche Rahmen führen dazu, dass die Entwicklung schwer abzuschätzen ist. Bezüglich der gesetzlichen Regelung befinden wir uns außerdem aktuell in einer Art Findungsphase, in welcher die zukünftige Praxis geformt wird. Die nächste Generation der Ärzte und Juristen wird möglicherweise neue Aspekte in diesen Prozess einbringen. In jedem Fall werden ihre Interpretationen und ihre Einstellungen die zukünftige Debatte und Praxis entscheidend prägen.

Daher sollen in der vorliegenden Arbeit mittels einer Befragung von Studierenden der Medizin und Jura folgende Fragestellungen untersucht werden:

- Welche Einstellungen und welches Wissen haben aktuell Studierende dieser Fachbereiche, die am Startpunkt ihres Wirkens stehen zum Thema ärztlich assistierter Suizid und

unterscheiden sich diese von den älteren Generationen?

- Wie bewerten sie einzelne Verhaltensweisen von Mediziner*innen?
- Welche Erfahrungen haben sie bereits in diesem Bereich gemacht? Würden sie persönlich einem Suizidenten assistieren?
- Wie bewerten sie die rechtliche und standesrechtliche Situation?

Aktuell ist die regelmäßige Evaluation des gesellschaftlichen, rechtlichen und praktischen Geschehens von großer Bedeutung, bei der die folgenden Generationen ganz besonderes Gewicht haben. Die vorliegende Arbeit möchte einen Teil dazu beitragen diesen Prozess wissenschaftlich zu begleiten und kann einen Ausblick geben, welche Aspekte in Zukunft an Bedeutung gewinnen könnten.

2 Material und Methoden

2.1 Fragebogenkonstruktion

Grundlage war ein durch Jansky et al. (2017) erarbeiteter Fragebogen, der im Rahmen einer Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2015 vor Verabschiedung des Gesetzesentwurfs zum Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe zum Thema „Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid“ verwendet wurde. Erstellte wurde er auf Basis einer systematischen Literaturrecherche einschließlich „grauer Literatur“.

Folgende Themenkomplexe waren enthalten:

1. Einstellungen zu Sterbewünschen sowie ÄAS und seinen gesellschaftlichen Auswirkungen,
2. Erfahrungen mit Sterbewünschen und ÄAS in der eigenen Praxis (getrennt befragt für Ärzte und andere patientennah arbeitende Mitglieder der DGP),
3. Zustimmung zu rechtlichen und standesrechtlichen Regelungen sowie zu von der DGP veröffentlichten Stellungnahmen,
4. soziodemografische Daten.

Die Antworten erfolgten überwiegend auf einer fünf-stufigen Skala (stimme voll zu – stimme überhaupt nicht zu), als Checkliste oder als Freitext.

Für die vorliegende Arbeit wurde der Fragebogen mit folgenden Zielen überarbeitet:

- Minimierung des zeitlichen Aufwands: Der Anteil der Teilnehmer, die die DGP-Umfrage nicht bis zum Ende ausfüllten, war mit 20,4% relativ groß. Vermutlich lag dies auch am großen zeitlichen Aufwand, der mit der Beantwortung der Fragen einherging. Daher war ein Ziel der Überarbeitung die deutliche Kürzung, um so die Beantwortung weniger aufwändig zu gestalten und möglichst viele vollständige Bögen zu erhalten. Ein häufiger frühzeitiger Ausstiegspunkt im DGP Fragebogen waren die berufsgruppenspezifischen Fragen zur eigenen Beteiligung an ÄAS. Durch kritische Betrachtung der Themenkomplexe und einzelner Items bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf und Relevanz für die Fragestellungen und die Situation von Studierenden sowie durch Modifikationen und Kürzungen in Formulierungen, konnte der Umfang des Fragebogens auf 42 (56 im vorherigen Fragebogen) Items und eine geschätzte Bearbeitungsdauer von 15 min verringert werden.
- Präzisierung der Formulierungen im Fragebogen: Die einzelnen Items wurden eingehend geprüft, ob sie mehrdeutige Interpretationen zulassen. War dies der Fall, erfolgte eine Abänderung in eindeutige, eher polarisierende Aussagen, die durch graduelle Zustimmung oder Ablehnung die Meinung der Antwortenden besser erfassen können.

- Einführung in das Thema: Um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen wurden die Begrifflichkeiten des ÄAS, Sterbehilfe (aktiv/passiv), Therapiebeendigung und TAV erläutert. Während im Rahmen der DGP Befragung unterstellt werden konnte, dass die Teilnehmer bereits in Kontakt mit dem Thema Sterben gekommen waren und man von medizinischen Grundkenntnissen ausgehen konnte, war durch die Teilnahme der Jura-Studenten dieser Umstand nicht gegeben. Praktisch berücksichtigt wurde dies, indem von medizinisch komplexen Fallbeispielen abgesehen wurde und eher allgemeine Grundprinzipien erfragt wurden.

Im Fokus der vorliegenden Befragung sollten das rechtliche Vorwissen, die Einstellungen der Teilnehmer zu ÄAS sowie zum § 217 StGB stehen. Des Weiteren sollte der Einfluss von Studium und professionellen oder privaten Erfahrungen erfasst werden.

2.2 Fragebogenaufbau

Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Im Folgenden soll auf die einzelnen Abschnitte der Befragung eingegangen werden.

2.2.1 Einstieg mit Fallbeispiel

Nach erfolgter Teilnahme Einwilligung wurde den Teilnehmern zunächst ein Fallbeispiel präsentiert, in welchem beurteilt werden sollte, ob ein Arzt sich im entsprechenden Szenario strafbar macht oder nicht.

Fallbeispiel: Eine 76-jährige Patientin mit weit fortgeschrittenem Brustkrebs und einer Lebenszeit Prognose von etwa 6 Monaten äußert einem niedergelassenen Allgemeinmediziner gegenüber den Wunsch zu sterben und bittet ihn, ihr ein Medikament zu verschreiben, mit dem sie sich selbst "mit Würde" suizidieren kann. Er verschreibt ihr ein stark wirksames Medikament, welches in niedrigen Dosen ihre Symptome lindert, in hoher Dosierung jedoch tödliche Wirkung hat. Er erläutert ihr, bei welcher Dosis sie mit hoher Wahrscheinlichkeit versterben wird. Der Allgemeinmediziner betreut viele schwerkranke Patienten, so dass es in den vergangenen Jahren schon mehrfach zu vergleichbaren Situationen gekommen ist, in denen er sich entsprechend verhalten hat.

Es bestanden die Antwortmöglichkeiten „Auf jeden Fall strafbar“, „Eher strafbar“, „Eher nicht strafbar“, „Auf keinen Fall strafbar“ und „Ich bin mir nicht sicher“. Nach einer ersten Beantwortung der Einschätzung des Fallbeispiels wurde der Gesetzestext des § 217 StGB eingeblendet. Anschließend sollte das Fallbeispiel erneut beurteilt werden. Durch dieses Vorgehen sollte zum einen den Teilnehmern beispielhaft veranschaulicht werden von

welchen praktischen Situationen die Umfrage handeln soll. Zum anderen sollte so erfasst werden, welches rechtliche Vorwissen bestand. Des Weiteren sollte die erneute Bewertung des Fallbeispiels nach Kenntnis des Gesetzestextes erfassen, wie das Gesetz verstanden wird und ob große Unterschiede im Verständnis zwischen den Studenten der verschiedenen Fächer bestehen. Das Fallbeispiel wurde bewusst so gewählt, dass die als problematisch beschriebenen Elemente des § 217 StGB, also der wiederholte Umgang mit Patienten mit Sterbewunsch und die Verschreibung potentiell tödlicher Medikamente durch den Arzt, Berücksichtigung finden.

2.2.2 Handlungen von Ärzten

In diesem Abschnitt sollten die Befragten einschätzen, ob ihrer Ansicht nach verschiedene Handlungen von Medizinern in die Kategorie ÄAS fallen (Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Unentschieden“, „Ich möchte keine Angaben machen“). Dieser Itemkomplex existierte bereits im ursprünglichen Fragebogen und umfasste 9 Items. Ich spezifizierte in der Fragestellung, dass die Einschätzung unabhängig von der Strafbarkeit erfolgen sollte, da bei den vorliegenden Ergebnissen aus der DGP Befragung nicht klar entnommen werden konnte, ob die Befragten die Strafbarkeit der Handlungen oder die persönliche Einordnung der Handlungen als ÄAS einschätzten. Außerdem verringerte ich die Anzahl der Items auf vier. Während in der DGP-Befragung sehr detaillierte Handlungen beschrieben wurden, die möglicherweise nur von Personen verstanden werden, die regelmäßig professionellen Kontakt zu Sterbenden haben, sollten bei der Befragung der Studenten vier Kategorien beurteilt werden: Verschreibung von Substanzen, Beratung zur Anwendung von Substanzen, Anwesend sein während ein Patient Suizid begeht, Beratung zu Suizid durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Diese Items erfordern keine medizinischen Vorkenntnisse und stellen Situationen dar, die jedem Menschen im Laufe seines Lebens begegnen können.

2.2.3 Sterbewunsch

Die Domäne „Sterbewunsch“ umfasste 6 Items (Vorherige Version: 10). Ziel dieser Fragen war zu eruieren, wie Sterbewünsche eingeordnet werden und welcher Umgang nach Ansicht der Befragten richtig ist. Dieser Itemkomplex existierte auch in der vorherigen Version des Fragebogens. Die Formulierungen wurden überarbeitet, da sie in der DGP-Befragung schwer auswertbar waren. So änderte ich beispielsweise die Formulierung „Schwerkranke Menschen, die den Wunsch nach Suizidhilfe äußern, wünschen nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod, sondern oftmals das Ende einer unerträglichen Situation.“ in

„Schwerkranke Menschen, die den Wunsch nach Suizidhilfe äußern, wünschen sich eher das Ende einer unerträglichen Situation als den sofortigen Tod.“ Durch die Entfernung der relativierenden Worte „nicht zwingend“ und „oftmals“, konnte das Maß der Zustimmung der Befragten durch die modifizierte Likert-Skala besser eruiert werden. Mit anderen Worten: um das ganze Spektrum der Meinungen darzustellen sollten die zu untersuchenden Aussagen nicht abgeschwächt sein. Die Abschwächung erfolgte seitens der Teilnehmenden über ein geringeres Maß an Zustimmung auf der Likert-Skala.

Die einzelnen Items (Antwortmöglichkeiten: „stimme voll zu, stimme eher zu, unentschieden, stimme eher nicht zu, stimme überhaupt nicht zu, Ich möchte hierzu keine Angaben machen“) lauteten wie folgt:

- Schwerkranke Menschen, die den Wunsch nach Suizidhilfe äußern, wünschen sich eher das Ende einer unerträglichen Situation als den sofortigen Tod.
- Der Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid ist in Einzelfällen nachvollziehbar.
- Das Ersuchen eines Gespräches über ärztlich assistierten Suizid kann als Zeichen des Vertrauens gegenüber dem behandelnden Arzt gewertet werden.
- Das Gespräch über den Sterbewunsch ist in der Regel eine Belastung für die Beziehung zwischen Arzt und Patient.
- Der Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid ist in der Regel ein lang gereifter und wohldurchdachter Wunsch.
- Eine Enttabuisierung des ärztlich assistierten Suizids würde dazu führen, dass sich Menschen um ärztlich assistierten Suizid bemühen, weil sie sich als Belastung für Familie und/oder Gesellschaft fühlen.

2.2.4 Freiverantwortlichkeit

Zum Thema Freiverantwortlichkeit wurden 2 Fragen gestellt. Zuerst wurden die Teilnehmer gebeten, zu der Aussage Stellung zu nehmen, dass Freiverantwortlichkeit des Suizidenten grundsätzlich möglich ist (Antwortmöglichkeiten: stimme voll zu – stimme überhaupt nicht zu; 5-stufige Skala). Stimmte der Befragte voll oder eher zu, sollte dies auch für Menschen unter 18 Jahren beurteilt werden. Im Vorfragebogen wurde diese Frage noch allen Teilnehmern gestellt, wodurch auch Befragte, die bereits angegeben hatten, Freiverantwortlichkeit für nicht möglich zu halten, dies für Minderjährige bestätigen sollten. Dies ist im Vergleich der Ergebnisse zu beachten.

Bei der Formulierung der Fragestellung nahm ich folgende Veränderungen vor: Im Vergleich zum Fragebogen der DGP-Befragung fragte ich nicht, ob ein freiverantwortlicher Suizid grundsätzlich möglich sei, sondern es wurde die Aussage getroffen, dass jeder Suizid Ausdruck einer Krankheit sei und es keinen freiverantwortlichen Suizid gäbe. So kann aus der Antwort besser entnommen werden, ob der Grund für die mangelnde Freiverantwortlichkeit der Suizidwille selber ist, wie es die „Krankheitsthese“ (siehe Einleitung) besagt. Zum anderen war die Aussage so absolut gewählt und die Abstufung der Meinungen konnte in der Antwortskala erfolgen.

Des Weiteren stellte ich der Frage eine kurze Erklärung der juristischen Definition von Freiverantwortlichkeit voran. Sie lautete:

„Im Rahmen der Argumentationen um den ärztlich assistierten Suizid spielt der Begriff der Freiverantwortlichkeit des Suizidenten eine große Rolle. Diese Freiverantwortlichkeit besteht juristisch gesehen aus der ‚Einsichtsfähigkeit‘ und ‚Steuerungsfähigkeit‘. Ein freiverantwortlich Entscheidender ist also geistig in der Lage die Entscheidungstragweite zu erfassen.“

Im DGP-Fragebogen wurde ebenfalls ein Kurztext vorangestellt. Er lautete:

„Nach den Beschlüssen des 66. Deutschen Juristentages gilt als Voraussetzung für Freiverantwortlichkeit des Suizidenten ‘eine ausdrückliche oder sich aus den Umständen ergebende ernstliche, nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruhende Entscheidung‘ (Deutscher Juristen Tag 2006).“

Ich hielt eine Abänderung für notwendig, da lediglich die Beschreibung von juristischen Voraussetzungen, nicht jedoch eine Definition des Freiverantwortlichkeitsbegriffes selbst enthalten war.

2.2.5 Gesetzeslage

Intention dieser Frage war das Verständnis und die alltägliche Anwendbarkeit des Gesetzestextes zu erfragen.

Zuerst wurde gefragt, ob dem neuen Gesetz in seiner Form zugestimmt würde (Ja/Nein). Hierzu wurde der Gesetzestext im Wortlaut eingeblendet. Wenn nicht zugestimmt wurde, erschien die Frage, welche rechtliche Regelung in den Augen des Befragten gelten solle. Zur Auswahl standen:

- Assistierter Suizid, im Sinne von einer Dienstleistung, sollte von Organisationen angeboten werden dürfen, wie es beispielsweise in der Schweiz der Fall ist.
- Jede Form der Hilfe zur Selbsttötung sollte gesetzlich verboten werden.
- Sonstige (Freitext).

Anschließend folgte für alle Teilnehmer die Frage, ob sie dem Gesetzestext entnehmen können, wann ein Arzt gegen das Gesetz verstößt und wann nicht. Der § 217 StGB wurde zu diesem Zweck wieder eingeblendet. Die Antwortmöglichkeiten waren „Ja“ und „Nein“.

Dieser Abschnitt zur aktuellen Gesetzeslage wurde im Vergleich zum Ausgangsfragebogen ergänzt, da zwischen den beiden Befragungen die Verabschiedung des neuen § 217 StGB lag (November 2015).

2.2.6 Kriterien

Der sechste Abschnitt erfragte mögliche Kriterien für die Zulässigkeit von ÄAS. Zuerst wurden die Teilnehmer gebeten, aus sechs Aussagen diejenige auszuwählen, welche ihre Meinung am ehesten widerspiegelt. Die Antwortmöglichkeiten waren:

- Ich lehne ÄAS grundsätzlich ab.
- Das Gewissen des betreuenden Arztes sollte Hauptkriterium für Einzelfallentscheidungen über ÄAS sein.
- Der Wunsch des Patienten sollte das Hauptkriterium und der ÄAS eine wählbare ärztliche Leistung sein (Ärzte werden dazu verpflichtet).
- Der Wunsch des Patienten sollte das Hauptkriterium sein und der ÄAS eine wählbare ärztliche Leistung (Ärzte dürfen diesen freiwillig anbieten).
- Es sollten objektiv überprüfbare Kriterien festgelegt werden, nach denen entschieden wird, ob ÄAS geleistet werden darf.
- ÄAS sollte nicht erlaubt sein, in Dilemmasituationen sollte aber die Gewissensentscheidung eines Arztes, einen Patienten beim Suizid zu unterstützen, respektiert werden und die Unterstützung straffrei bleiben.
- Sonstige (Freitext).

Das folgende Item (nur für Teilnehmer sichtbar, die vorher ÄAS nicht grundsätzlich abgelehnt hatten) erfragte für sechs Umstände, ob sie als Kriterium für die Zulässigkeit von ÄAS gelten sollten (Mehrfachantworten möglich). Sie lauteten:

- Unheilbare chronische körperliche Erkrankung, hoher Leidensdruck.
- Unheilbare akute Erkrankung, kurze Lebenszeit-Prognose.

- Chronische psychische Erkrankungen (therapieresistent, lange bestehend, keine Aussicht auf Besserung).
- Verlust körperlicher Fähigkeiten im Rahmen einer unheilbaren Erkrankung (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose).
- Fortschreitende Degeneration kognitiver Fähigkeiten (z. B. Demenz) Patient aber zum Zeitpunkt des Suizids noch einwilligungsfähig.
- Präferenz des Patienten, z. B. Angst vor Verlust der Selbstständigkeit.
- Sonstige.

Eine Angabe war nicht verpflichtend.

Im Vergleich zum Vorfragebogen wurden die Kriterien von 19 auf fünf reduziert. Ziel war von spezifischen Alltagssituationen, die bei DGP Mitgliedern häufig zum Arbeitsalltag gehören, zu allgemeineren Kategorien zu gelangen, die auch für Studienteilnehmer, die wenig oder keine Erfahrung im Umgang mit Sterbenden haben, verständlich sind.

Anschließend wurde bei denjenigen, die ÄAS nicht grundsätzlich ablehnten, nach der Haltung zu einer gesetzlichen Meldepflicht von ÄAS-Fällen (einschließlich Dokumentation ggf. vorgeschriebener Kriterien) gefragt (Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein/Unentschieden/Keine Angabe).

Für Medizinstudierende folgte die Frage, ob für sie eine persönliche Beteiligung bei ÄAS im Rahmen der zukünftigen ärztlichen Tätigkeit vorstellbar wäre. Neben der Ablehnung und der Zustimmung (unter den im Fragebogen genannten Kriterien), konnte angegeben werden, dass es persönlich nicht vorstellbar wäre, es jedoch Situationen gebe, in denen ÄAS (durch einen anderen Arzt) moralisch vertretbar wäre.

Wenn nicht angegeben wurde, dass ÄAS grundsätzlich abgelehnt würde, folgte ein vierteiliger Itemkomplex zu Voraussetzungen für die persönliche Teilnahme an ÄAS.

Im DGP Fragebogen widmete sich dieser Abschnitt der Praxis der Befragten, beispielsweise wurde gefragt, ob schon Patienten mit ÄAS-Wunsch an sie herangetreten waren, oder auch welche Form genau für den Studienteilnehmer vorstellbar wäre (beispielsweise Tabletten verschreiben vs. Beratung zur Einnahme von Medikamenten). Auf diese Items wurde wegen der begrenzten Praxiserfahrung der Medizinstudierenden verzichtet. Die Medizinstudenten sollten angeben, wie wichtig ihnen die entsprechende Voraussetzung für die persönliche Teilnahme an einem ÄAS wäre. Die Jurastudenten sollten hypothetisch einordnen, wie wichtig ihnen die Erfüllung dieser Voraussetzungen in Bezug auf die Strafbarkeit des an ÄAS

Beteiligten wäre (5-stufige Skala: sehr wichtig – sehr unwichtig; Keine Angabe). Die vier erfragten Bedingungen waren:

- Lange Arzt-Patientenbeziehung.
- Gesicherte medizinische Information über Schweregrad der Erkrankung.
- vorhergehende Information an engste Angehörige.
- Begleitung des ÄAS durch eine Person, der der Patient vertraut.

Des Weiteren konnten in einem Textfeld weitere Voraussetzungen genannt werden.

Im DGP Fragebogen schloss sich ein Abschnitt zum Thema Organisierte Suizidhilfe (Beispiel: Dignitas in der Schweiz) an. Dieser wurde entfernt, da diese Form der Suizidbeihilfe im aktuellen Gesetz explizit ausgeschlossen wird. Ob der Befragte diesem Verbot zustimmt wird im Teil „aktuelle Gesetzeslage“ erfragt.

2.2.7 **Recht/Musterberufsordnung**

Im siebten Abschnitt wurde die Zustimmung (5-stufige Skala: Stimme voll zu – stimme überhaupt nicht zu, Keine Angabe) zum ÄAS-Verbot in der (Muster-)Berufsordnung erfragt.

Anschließend sollten die Teilnehmer einschätzen, wie eine Lockerung des ÄAS-Verbotes in der MBO sich auf folgende Umstände auswirken würde:

- Druck auf Patienten ÄAS in Anspruch zu nehmen.
- Druck auf Ärzte ÄAS zu leisten.
- Vertrauen in die Ärzteschaft.
- Vertrauen in das Gesundheitssystem.

Antwortmöglichkeiten: (5 Stufen, würde sicher steigen – würde sicher sinken, Keine Angabe)

Im Vergleich zur DGP Befragung wurde zur Vereinfachung die Differenzierung von Bundesärztekammer und Landesärztekammer nicht unternommen. Zwar ist dieses Gefüge ein wichtiger Faktor im Selbstverständnis der Ärzteschaft, setzt jedoch eine gewisse Vorkenntnis voraus, die von den Studenten zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet werden konnte.

2.2.8 **Palliativmedizin**

Im Abschnitt „Palliativmedizin“ wurde zunächst eine Definition dieser Fachrichtung gegeben. Es sollte eingeordnet werden, ob ÄAS den Grundprinzipien der Palliativmedizin widerspricht. Außerdem sollte angegeben werden, ob der Aussage, dass bei einem

flächendeckenden palliativmedizinischen Angebot weniger Patientenwünsche nach ÄAS geäußert würden, zugestimmt wird (5 Stufen, stimme voll zu – stimme überhaupt nicht zu; Keine Angabe).

2.2.9 Meinungsänderung

Während dieser Abschnitt in der DGP Befragung allgemein nach einer Meinungsänderung in den vergangenen 10 Jahren fragte, bezog sich der hier verwendete Fragebogen auf den Verlauf des Studiums. Daher wurde bei der Stichprobe darauf geachtet, dass Studenten verschiedener Semester befragt wurden. Bei Angabe einer Meinungsänderung, sollte diese genauer angegeben werden. Zuerst sollte die Meinung zu Beginn des Studiums angegeben werden („grundsätzlich zustimmend – grundsätzlich ablehnend“).

Die gleichen Antwortmöglichkeiten wurden auch für die Angabe der Meinung zum aktuellen Zeitpunkt angeboten. So können die Meinungen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten nachvollzogen werden.

Des Weiteren wurde darum gebeten in einem Textfeld Gründe für eine Änderung anzugeben.

2.2.10 Erfahrungen

Da die Studenten unterschiedliche Studienfächer und Vorerfahrungen hatten, ergänzte ich die Frage, ob das Thema Sterbewunsch den Befragten bereits begegnet war. Bei positiver Antwort folgte die Frage in welchem Kontext dies geschehen war (theoretisch im Unterricht, während praktischer Tätigkeit, im privaten Umfeld, sonstiges).

2.2.11 Soziodemographische Angaben

Im letzten Teil wurden soziodemographische Angaben erfragt. Neben Studienfach und Fachsemester wurden Alter, Religiosität und eventuelle berufliche Vorerfahrungen, insbesondere im medizinischen Bereich, erfragt.

Außerdem wurden die Medizinstudenten im 6. Klinischen Semester befragt, ob sie sich im Umgang mit Sterbewünschen gut vorbereitet fühlen.

2.2.12 Pilotierung

Es erfolgte eine Pilotbefragung im Zuge der Fragebogenentwicklung. Diese umfasste 9 Teilnehmer. Darunter waren Jura- und Medizinstudierende, sowie Ärzte, eine Psychologin

und ein Theologe. Die Teilnehmer konnten Anmerkungen zu den einzelnen Textbausteinen und Formulierungen geben.

Durch die frühzeitige Miteinbeziehung von sowohl Medizinstudenten als auch Jurastudenten in die Optimierung der Fragestellungen erhoffte ich mir eine Minimierung von Falschantworten durch Missverständnisse.

Im Anschluss wurden einzelne Fragestellungen vereinfacht und die Definitionen (beispielsweise von „Palliativmedizin“) zum besseren Verständnis optimiert.

2.3 Datenerhebung

2.3.1 Stichprobe

Zielgruppe der Befragung waren Medizin- und Jurastudierende der Universität Göttingen.

Da im Verlauf des Medizinstudiums das Wissen bezüglich Tod, Sterben, der Rolle des Arztes am Lebensende und das Maß an praktischer Erfahrung (z. B. in Form von Famulaturen) stark variiert, sollte die Befragung unter Studenten verschiedener Semester erfolgen.

Teilnehmen sollten Studierende des ersten klinischen Abschnittes des Medizinstudiums (3. Klinisches Semester) sowie Studenten, die sich am Ende des klinischen Abschnittes beziehungsweise im praktischen Jahr befanden. Bei den Jurastudenten sollte bezüglich der Fachsemester keine Einschränkung erfolgen.

2.3.2 Durchführung

Der Fragebogen wurde über das Online Umfrage-Tool „Limesurvey“ bereitgestellt. Das Programm erlaubte die Anpassung des Fragebogens, in Abhängigkeit von bereits gegebenen Antworten. So wurde beispielsweise im Falle der Angabe „Ich lehne ÄAS grundsätzlich ab“ die Frage nach Kriterien für eine persönliche Beteiligung nicht eingeblendet.

Die Einladung zur Teilnahme an der Befragung erfolgte per E-Mail. Diese enthielt eine kurze Vorstellung des Projektes, sowie einen Link, der zum Fragebogen führte. Um mehrfache Teilnahme einer Person zu verhindern, wurden die Befragten zu Beginn gebeten einen individuellen Code aus Initialen und Geburtsdaten ihrer Eltern zu generieren. Dies erlaubte eine Identifikation doppelter Eingaben. In den Ergebnissen kam es zu keiner Doppelung der Codes. Es kann freilich nicht überprüft werden, ob die Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden. Um keine Teilnehmer aufgrund von Datenschutzbedenken zu verlieren, stellte ich

die Codegenerierung frei, das heißt der Fragebogen konnte weiter beantwortet werden, auch ohne Angabe dieser Daten.

Um die oben beschriebene Stichprobe zu erreichen, wurden die Semesterverteiler und Semestergruppen auf Facebook der Medizinstudierenden des zweiten und sechsten klinischen Semesters verwendet.

Um die Jurastudenten zu erreichen wurde der Fragebogen über einen Informations-E-Mail-Verteiler der juristischen Fakultät versendet. Außerdem wurde eine E-Mail-Liste der Vorlesungsreihe „Medizinrecht“ verwendet.

2.3.3 Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte statistisch deskriptiv mittels IBM® SPSS® Version 24 und 25. Die Freitextfelder wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (Mayring 2010). Entsprechend wurde zunächst die Kernaussage der Freitextantwort bestmöglich präzisiert und im Anschluss Kategorien erstellt, die ähnliche Aussagen zusammenfassen. So konnte die große Menge an Freitextaussagen übersichtlich analysiert werden. Zur Analyse wurden die teilnehmenden Studierenden in Gruppen nach Studienfach geteilt und nebeneinander dargestellt. Auf inferenzstatistische Verfahren wurde aufgrund des explorativen Designs verzichtet.

2.3.4 Ethische Aspekte und Datenschutz

Die Teilnehmer wurden vorab gebeten, der Teilnahme explizit zuzustimmen. Der Link zur Umfrage war nicht personalisiert, so dass die einzige Möglichkeit der Identifikation der von den Teilnehmern erstellte Identifikationscode war. Die Auswertung erfolgte ausschließlich auf Grundlage der anonymisierten Daten. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen nicht als bewertungspflichtige medizinische Forschung am Menschen eingeordnet und als unbedenklich eingestuft (Auftragsnummer: DOK_113_2016).

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt. Zunächst werden die soziodemographischen Angaben beschrieben. Im Anschluss werden die Fragekomplexe entsprechend der Reihenfolge im Fragebogen dargelegt.

3.1 Teilnehmer

Durch zahlreiche Semesterwechsel im Rahmen von Frei-, Urlaubs- und Dissertationssemestern erreichen die eigentlich semesterspezifischen Verteilerlisten oft Studenten aus verschiedenen Semestern, so dass die Teilnehmer nicht wie ursprünglich angenommen nur aus den ausgewählten Semestern stammten, sondern das Spektrum der Studiensemester umfassen. Durch die Angabe des Fachsemesters im Fragebogen (Frage 31) lässt sich dies nachvollziehen. Um die Teilnehmeranzahl zu erhöhen wurde zusätzlich in den entsprechenden Facebook-Semestergruppen zur Teilnahme eingeladen (Diese sind geschlossen, so dass Mitglieder durch die Administratoren aktiv aufgenommen werden müssen). Auch die Weiterleitung zwischen den Kommilitonen untereinander war möglich, da es keine vorgenerierten Zugangscodes gab, sondern jeder Teilnehmer seinen eigenen Code erstellen konnte. Dementsprechend kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass der Fragebogen an Außenstehende weitergeleitet wurde.

Um die Jurastudenten zu erreichen wurde der Fragebogen über einen Informations-E-Mail-Verteiler der juristischen Fakultät versendet. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Erreichbarkeit der Studenten deutlich besser war, wenn man eine vorlesungsspezifische E-Mail-Liste verwendete. Im Rahmen einer Vorlesungsreihe zum Thema Medizinrecht konnte das Projekt kurz präsentiert werden. Anschließend wurde der Link zur Befragung über die Vorlesungs-E-Mail-Liste versendet.

Insgesamt gingen 355 teilweise oder vollständig ausgefüllte Fragebögen ein. Sechs Teilnehmer gaben an nicht mit der Befragung einverstanden zu sein. 25 weitere Teilnehmer stimmten lediglich der Teilnahme zu, beantworteten jedoch keine inhaltliche Frage. Zudem wurden zwei Datensätze gelöscht, da der vom Teilnehmer erstellte anonyme Identifizierungscode, sowie soziodemographische Angaben gleich waren und mit einem dritten Bogen übereinstimmten. Die drei Bögen unterschieden sich lediglich durch die Menge der beantworteten Fragen. Ein Bogen der drei war vollständig, die anderen Beiden waren nur teilweise ausgefüllt und wurden gelöscht. 305 Teilnehmer beantworteten mindestens die erste inhaltliche Frage, welche die „spontane“ Einschätzung eines Fallbeispiels war. Von diesen Teilnehmern wurden durchschnittlich 15,34 der 17

Fragebogenseiten ausgefüllt ($SD = 4,03$). 259 Teilnehmer füllten den Fragebogen bis zu Seite 17 aus.

Die soziodemographischen Angaben wie „Studiengang“ oder „Semester“ wurden auf Seite 17 erfragt. Ohne diese Informationen erscheint eine Auswertung schwierig, so dass nur jene vollständig ausgefüllten Fragebögen miteinbezogen wurden.

3.2 Soziodemografische Angaben

Bei 259 Altersangaben war das Durchschnittsalter 24,56 Jahre (Median: 24; $SD = 4,20$). Der älteste Teilnehmer war 42, der jüngste 18 Jahre alt.

Von diesen 259 Teilnehmern waren 161 weiblich (62,2%) und 98 männlich (37,8%).

Von 259 Teilnehmern waren 172 Medizinstudierende und 87 Studierende der Rechtswissenschaften.

Die Medizinstudenten teilten sich in 106 weibliche und 66 männliche Teilnehmer. Es wurden Fachsemester von 1 bis 14 angegeben ($M = 6,27$; $SD = 3,03$). Diese Daten sind jedoch nur eingeschränkt verlässlich, da sie nahelegen, dass der Hinweis die Semesterzahl als klinische und nicht Fachsemester anzugeben nicht von allen Teilnehmern beachtet wurde. Das Durchschnittsalter der Medizinstudierenden betrug 25,73 Jahre ($SD = 3,51$; $min = 21$, $max = 41$)

Von den Jurastudenten waren 55 weiblich und 32 männlich. Die angegebene Fachsemesteranzahl der Jurastudenten reichte von 1 bis 15 ($M = 4,92$; $SD = 2,90$). Im Durchschnitt waren sie 22,23 Jahre alt ($SD = 4,49$; $min = 18$; $max = 42$).

Die mittlere Religiosität wurde mit Hilfe einer numerischen Rating Skala von 0-10 ermittelt (0 = gar nicht religiös, 10 = sehr religiös). Die Beantwortung dieser Frage war den Teilnehmern freigestellt. Von den 254 getroffenen Angaben (Fünf Teilnehmer machten keine Angabe, $MD = 5$) lag der Durchschnitt bei 3,22 ($SD = 2,89$). Die Medizinstudenten gaben durchschnittlich eine Religiosität von 3,23 an ($SD = 2,94$), die Jurastudenten durchschnittlich 3,19 ($SD = 2,79$). Auf die Frage, ob sich die Teilnehmer einer religiösen Gemeinschaft zugehörig fühlen, antworteten 247 Teilnehmer ($MD = 12$). Diese Frage konnte unabhängig von der vorherigen Antwort bezüglich der Religiosität beantwortet werden und war nicht verpflichtend. Hintergrund war die Überlegung, dass auch eine Person die sich einer Religionsgemeinschaft zugehörig fühlt sich als wenig religiös einordnen könnte, und umgekehrt. 130 Teilnehmer, davon 83 Mediziner und 47 Juristen gaben an, sich einer Religionsgemeinschaft zugehörig zu fühlen. Insgesamt 129 Befragte spezifizierten diese

Glaubensgemeinschaft. 59,7% gaben an evangelisch zu sein, 33,3% katholisch und 0,8% muslimisch. In der möglichen Freitexteingabe wurden des Weiteren zweimal „christlich-orthodox“, einmal „Hindu“, sowie fünfmal „christlich“ oder „ökumenisch“ angegeben.

128 Teilnehmer hatten bereits Berufserfahrung, davon 102 Mediziner und 26 Juristen. Bei 99 der Mediziner und 3 der Juristen war diese Berufserfahrung im medizinischen Bereich. Die auf Seite 17 gestellte Frage der Beantwortungsdauer wurde von 234 Teilnehmern beantwortet. Der Großteil der Antworten bewegte sich zwischen 5 und 30 Minuten, eine einzelne Person gab an 300 Minuten gebraucht zu haben. Ein Tippfehler ist hierbei nicht auszuschließen. Die zweitlängste Zeitangabe lautet 30 Minuten. Durchschnittlich wurden 13,66 Minuten angegeben (SD = 19,25), der Median betrug 10 Minuten.

3.3 Ergebnisse der inhaltlichen Fragen

Die Ergebnisse zu den inhaltlichen Fragekomplexen: Bewertung des Fallbeispiels, Handlungen von Ärzten, Sterbenswunsch, Freiverantwortlichkeit, aktuelle Gesetzeslage, Kriterien, persönliche Beteiligung, Musterberufsordnung, Meinungsänderung im Verlauf des Studiums und Kontakt mit Sterbewünschen sollen im Folgenden dargestellt werden.

3.3.1 Bewertung des Fallbeispiels

Das zu Beginn einzuschätzende Fallbeispiel enthielt ein Szenario, in dem ein Allgemeinmediziner einer sterbenskranken Patientin ein suizidgeeignetes Medikament verschreibt und erläutert (siehe Kapitel [2.1.1](#)). Es geht hervor, dass der Arzt viele Patienten betreut und ähnliche Situationen bereits mehrfach vorgekommen sind. Von den Befragten sollte eingeschätzt werden, ob die Handlung des Mediziners strafbar wäre. Die Einschätzung wurde einmal ohne, danach mit Einblendung des Gesetzestextes § 217 StGB durchgeführt.

Ohne die vorherige Einblendung des Gesetzestextes waren 48,8% der Mediziner und 58,6% der Jurastudenten der Meinung, dass die Handlung auf keinen Fall oder eher nicht strafbar wäre (siehe Abbildung 2). Mit Vorlage des Gesetzestextes sank dieser Anteil bei den Mediziner auf 32,5% und auf 34,4% bei den Juristen. Für auf jeden Fall oder eher strafbar hielten vor Einblendung des Gesetzestextes 44,1% der Medizinstudenten und 39% der Jurastudenten die Handlung des Arztes. Der Anteil der Teilnehmer, die angaben sich unsicher zu sein, nahm mit Vorlage des Gesetzestextes ab (siehe Abbildung 2).

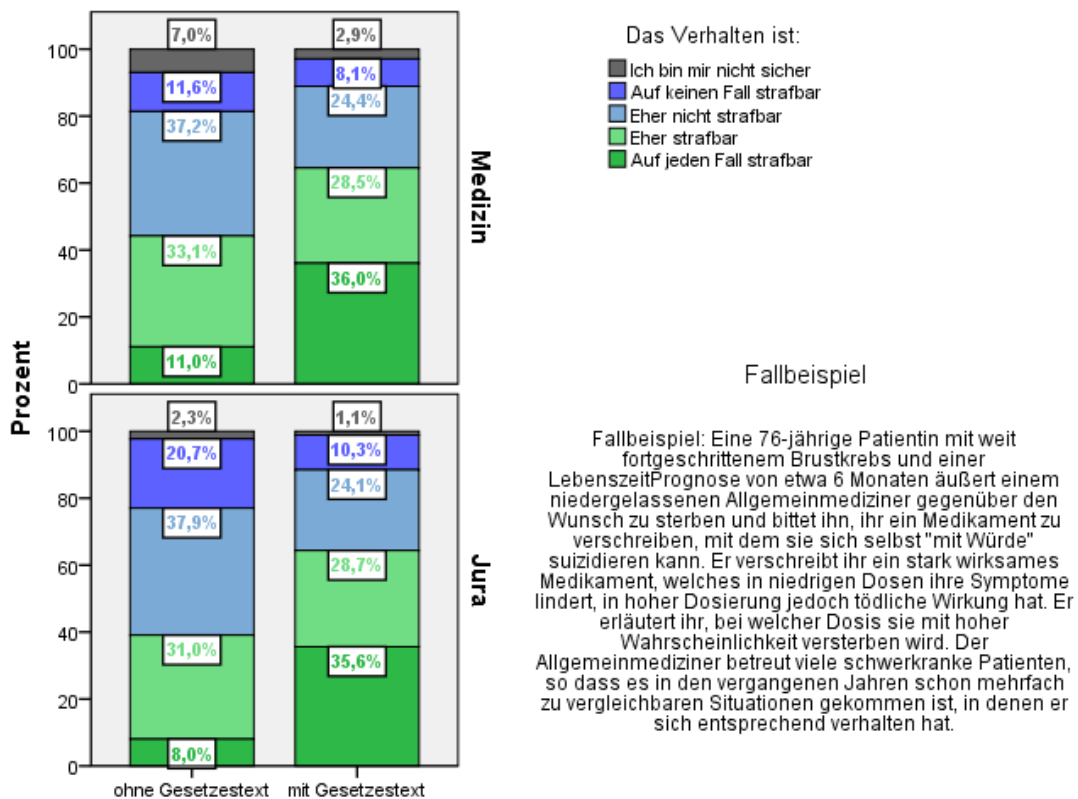


Abbildung 2: Bewertung des Fallbeispiels mit und ohne Vorlage des Gesetzestextes, in Prozent; Jurastudierende (J): n = 87; Medizinstudierende (M): n = 172

3.3.2 Bewertung von Handlungen bezüglich ärztlicher Suizidassistenz

Im folgenden Abschnitt wurden verschiedene Handlungen beschrieben. Die Studenten sollten jede Handlung dahingehend bewerten, ob sie ihrer Ansicht nach ärztliche Suizidassistenz darstellt. Diese Einordnung sollte unabhängig von der Strafbarkeit erfolgen.

Die Verschreibung von Substanzen zum Zweck des Suizids wird von 76,7% der Mediziner und 73,6% der Juristen als ärztliche Suizidassistenz eingeordnet (vgl. Abbildung 3). Dagegen würden 13,4% beziehungsweise 20,7% dies nicht als ÄAS bewerten. Etwas niedriger war der Anteil der Studierenden, die bereits die Beratung zur Anwendung von Substanzen für einen Suizid als ÄAS bezeichnen würden. Unter den Medizinstudenten lag hierfür der Anteil bei 68%, bei den Jurastudenten waren es 51,7%. Ein relativ großer Anteil war bei dieser Frage unsicher (Mediziner: 14%, Juristen: 19,5%). Die Anwesenheit eines Arztes während eines Suizides ordneten 73,8% der Medizinstudenten und 66,7% der Jurastudenten als Beihilfe zum Suizid ein. Die Beratung zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zum Zweck der Selbsttötung sahen nur 32,6% der Medizinstudenten als ÄAS an. 52,9% dagegen

würden darin keine Suizidassistenten sehen. Bei den Jurastudenten waren 44,8% der Meinung, dass diese Handlung ÄAS sei, 39,1% verneinten dies.

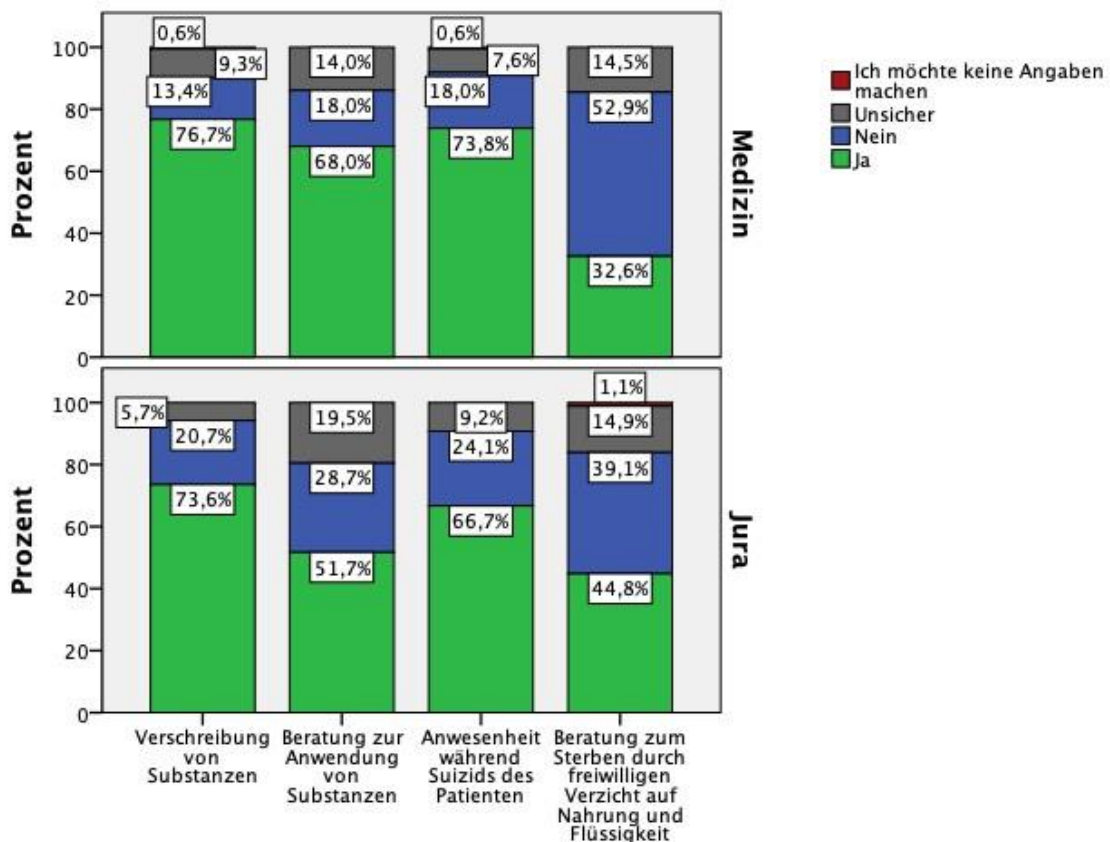


Abbildung 3 Welche Handlungen von Ärzten fallen unabhängig von der Strafbarkeit in die Kategorie ÄAS?; $n(M) = 172$, $n(J) = 87$, jeder Teilnehmer bewertete jede Handlung.

3.3.3 Bewertung von Aussagen zu Sterbewünschen

Zum Thema Sterbewunsch wurden den Teilnehmern verschiedene Aussagen vorgelegt, bei denen sie jeweils angeben sollten, in welchem Maße sie diesen zustimmten.

Der Aussage, dass das Ersuchen eines Gesprächs über ÄAS durch einen Patienten als Zeichen des Vertrauens gewertet werden kann, stimmten 94,2% der Mediziner und 87,4% der Juristen voll oder eher zu (vgl. Abbildung 4). Ob das Gespräch über den Sterbewunsch eine Belastung für die Arzt-Patientenbeziehung ist, wurde unterschiedlich beurteilt. Der größere Anteil jedoch war unter beiden Studentengruppen der Meinung, dass es eher nicht, oder überhaupt keine Belastung sei (Mediziner: 74,4%, Jurastudenten: 44,8%). Unentschieden waren 10,5% der Medizinstudenten und 23,0% der Juristen. „Voll“ oder „Eher“ für eine Belastung hielten es 15,1% der Mediziner und 32,2% der Jurastudenten. Dass Sterbewünsche in Einzelfällen nachvollziehbar sind meinten („eher“ oder „voll“)

96,5% der Mediziner und 93,1% der Studierenden der Rechtswissenschaften. Der Aussage, dass diese Sterbewünsche in der Regel wohldurchdacht und lange gereift sind, stimmten 50% der Mediziner eher oder voll zu. Ähnlich hoch war die Zustimmung unter den Jurastudenten (52,9%). In beiden Gruppen war etwa ein Drittel unentschieden (Mediziner: 34,9%, Juristen 32,2%). „Eher nicht“ stimmten 12,8% der Medizinstudenten und 12,6% der Jurastudenten zu.

Des Weiteren sollte die Aussage, dass sterbenskranke Menschen sich eher das Ende einer unerträglichen Situation, als den sofortigen Tod wünschen, eingeordnet werden. Beide Studentengruppen gaben mehrheitlich an dieser Aussage „eher“ oder „voll“ zuzustimmen (M: 87,2%; J: 77,0%). Unentschieden waren 5,8% der Mediziner und 9,2% der Juristen, eher ablehnend 5,8% (M) beziehungsweise 11,5% (J).

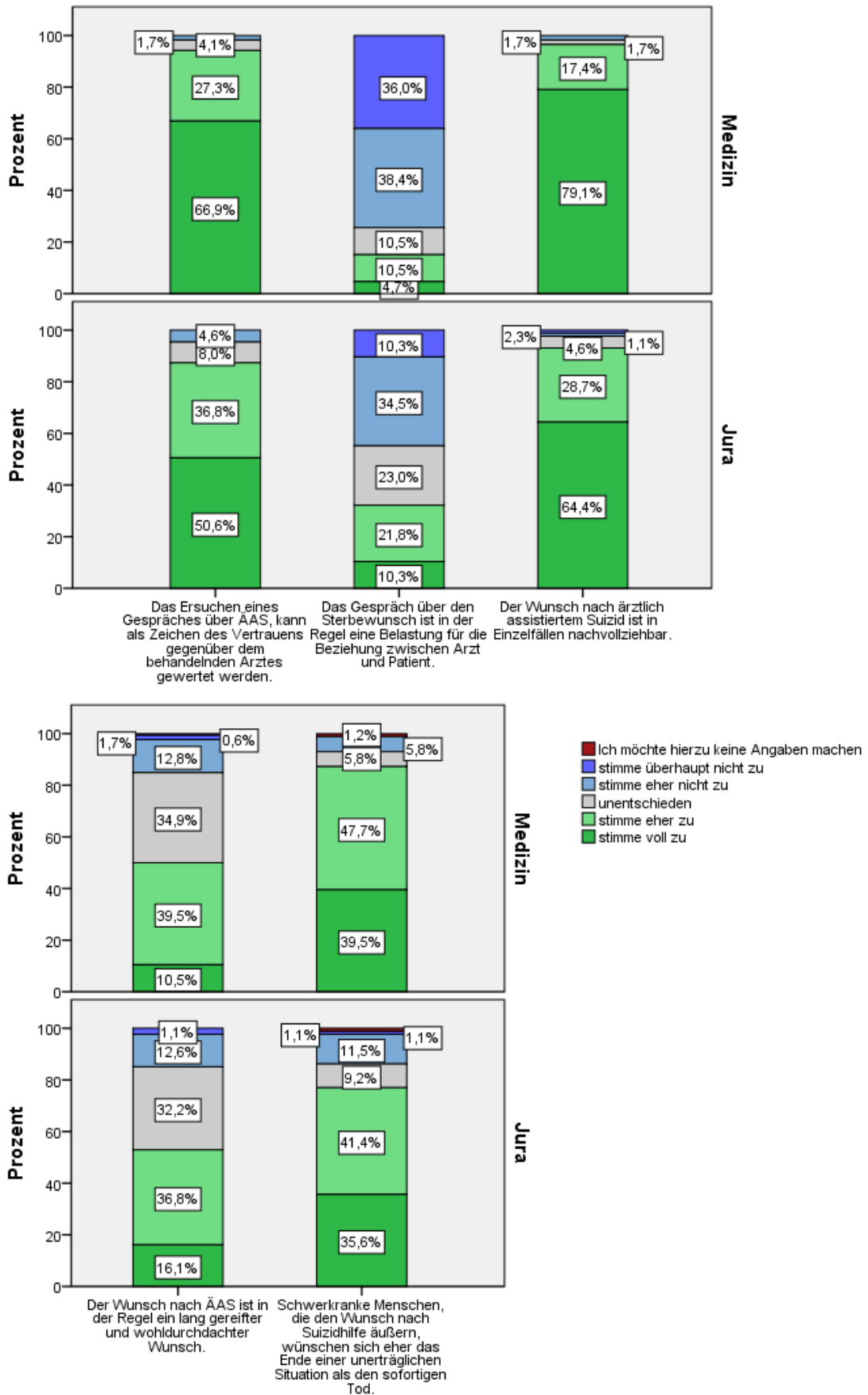


Abbildung 4 Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zum Thema Sterbewünsche; n(M) = 172, n(J) = 87

3.3.4 Enttabuisierung

Bei der Frage, ob eine Enttabuisierung des ÄAS dazu führen würde, dass sich mehr Menschen darum bemühen würden, weil sie sich als eine Belastung für ihre Familie oder die Gesellschaft fühlen, waren die Antworten heterogen. „Voll- oder Eher“ stimmten dieser Aussage 32,5% der Mediziner und 45,9% der Juristen zu. „Eher nicht oder überhaupt nicht“ zuzustimmen gaben 41,3% der Mediziner und 35,6% der Juristen an. Unentschieden waren 25,6% der Studierenden der Medizin und 17,2% der Rechtswissenschaftsstudenten (vgl. Abbildung 5).

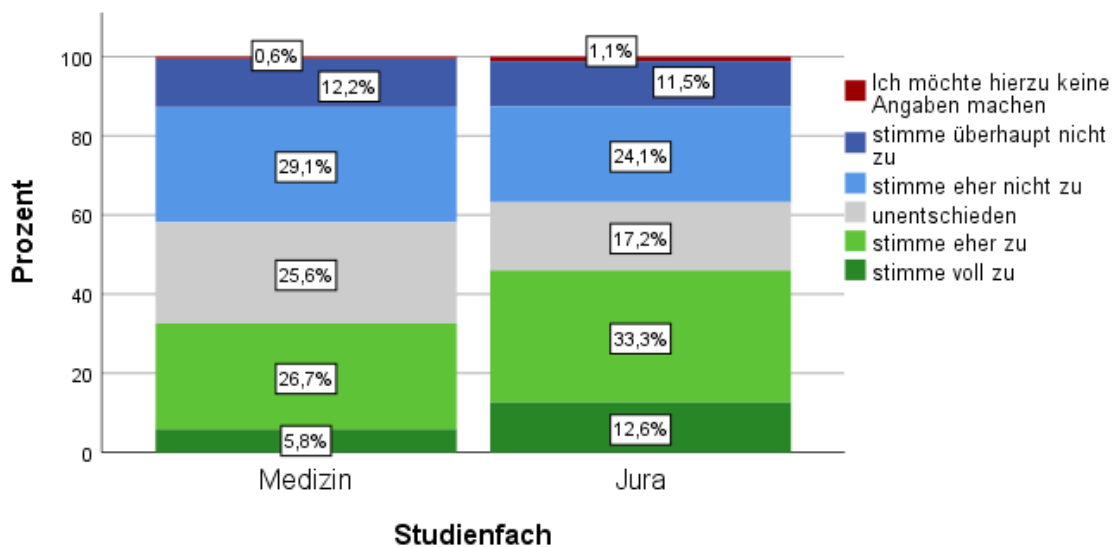


Abbildung 5 Eine Enttabuisierung des ärztlich assistierten Suizids würde dazu führen, dass sich Menschen um ärztlich assistierten Suizid bemühen, weil sie sich als Belastung für Familie und/oder Gesellschaft fühlen. Zustimmung; $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

3.3.5 Freiverantwortlichkeit

Einen freiverantwortlichen Suizid hielt der größere Teil beider Studierendengruppen für möglich. So stimmten 82,6% der Medizinstudierenden und 63,2% der Jurastudenten der Aussage, dass ein Suizid grundsätzlich Ausdruck einer Erkrankung ist und es keinen freiverantwortlichen Suizid gibt, „Eher nicht“ oder „Überhaupt nicht“ zu (vgl. Abbildung 6). 8,2% (M), beziehungsweise 28,7% (J) stimmten der Aussage „Eher“ oder „Voll“ zu. Auch war mehr als die Hälfte beider Gruppen (M: 68,2; J: 65,4%) der Meinung, dass es auch minderjährige, freiverantwortliche Suizidenten geben kann.

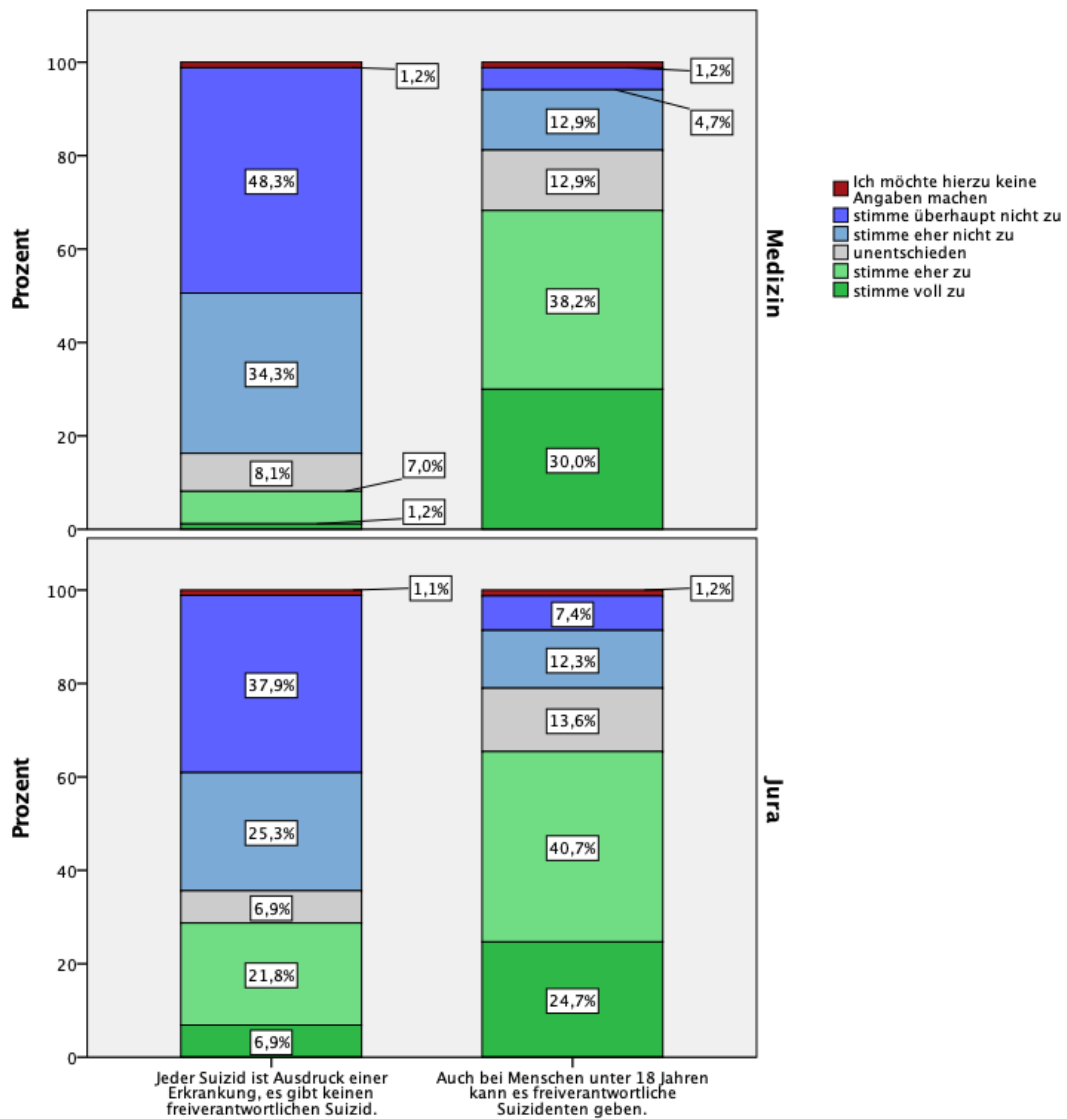


Abbildung 6 Wie stehen Sie zu den jeweiligen Aussagen bezüglich Freiverantwortlichkeit und ÄAS? $n(\text{Frage1, M}) = 172$, $n(\text{Frage1, J}) = 87$; $n(\text{Frage2, M}) = 170$, $n(\text{Frage2, J}) = 81$ (Wer im ersten Teil Freiverantwortlichkeit grundsätzlich ausschloss, bekam die zweite Frage nicht eingeblendet, weshalb n dort kleiner ist)

3.3.6 Bewertung der Gesetzeslage

Die Zustimmung zum im November 2015 beschlossenen Gesetz (§ 217 StGB) war sehr heterogen. 219 Teilnehmer antworteten auf diese optionale Frage. Bezogen auf diese 219 Teilnehmer gaben 48,63% der Mediziner und 47,95% der Jurastudenten an, dem Gesetz in dieser Form zuzustimmen. Entsprechend 51,37% der Medizinstudenten und 52,05% der

Juristen stimmten nicht zu (vgl. Abbildung 7).

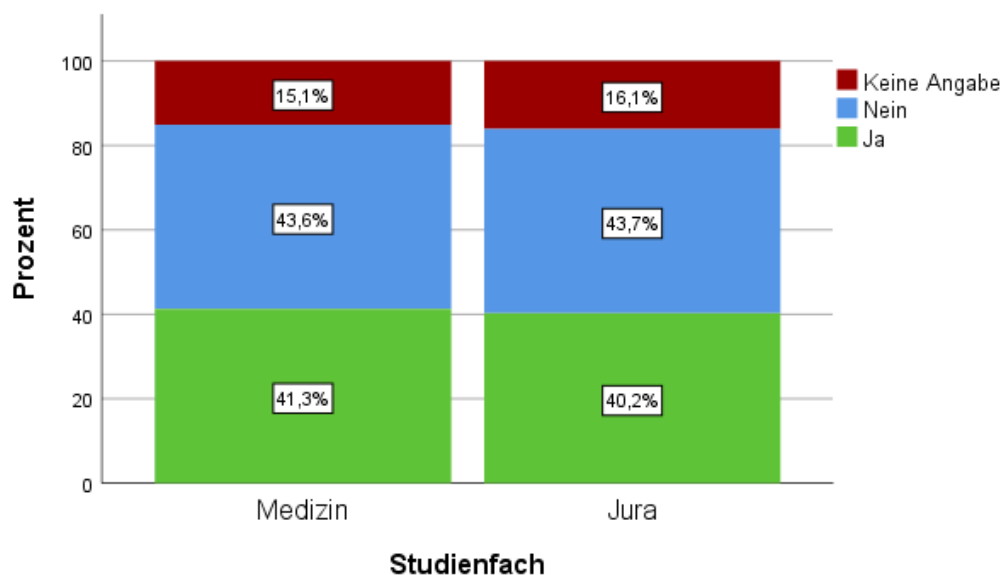


Abbildung 7 Zustimmung zu dem im November 2015 beschlossenen Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, freiwillige Angabe; $n = 259$, $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

Diejenigen Studierenden, die angaben, nicht zuzustimmen, konnten in einer Folgefrage spezifizieren, ob sie anstatt der aktuellen Regelung eine Öffnung des assistierten Suizids auch für Organisationen wie Sterbehilfevereine bevorzugen würden, oder ob jede Form der Hilfe zum Suizid gesetzlich verboten werden sollte (Tabelle 2). Des Weiteren konnten sonstige Angaben in einem Freitextfeld gemacht werden. 113 Befragte stimmten im ersten Teil der Frage der gesetzlichen Regelung nach § 217 StGB nicht zu. 92 von ihnen würden eine Erlaubnis von Sterbehilfevereinen befürworten, 1 Student gab an, für ein Verbot jeglicher Hilfe zum Suizid zu sein. Somit waren insgesamt 37,2% der 172 Medizinstudenten und 34,1% der 87 Jurastudenten für eine Legalisierung von Sterbehilfeorganisationen. 20 Studenten gaben Freitextantworten (siehe Tabelle 3).

Tabelle 2 Bei "Nichtzustimmung" zu dem Verbot der geschäftsmäßig ausgeübten Suizidassistenz nach § 217 StGB, welche rechtlichen Vorschriften sollten Ihrer Einschätzung nach gelten? n = 93

	M		J	
	n	Prozent	n	Prozent
Assistierter Suizid, im Sinne von einer Dienstleistung, sollte von Organisationen angeboten werden dürfen, wie es beispielsweise in der Schweiz der Fall ist.	64	100%	28	96,6%
Jede Form der Hilfe zur Selbsttötung sollte gesetzlich verboten werden.	0	0%	1	3,4%

Tabelle 3 Welche gesetzliche Regelung sollte gelten? Freitextantworten zusammengefasst in inhaltliche Kategorien; n = 20; ausführliche Freitextantworten im Anhang

Kategorie	n
(nur) Ärzte sollten assistierten Suizid leisten dürfen	5
Hinzuziehen von Außenstehenden (Psychologen)	4
Wunsch nach klarerer Formulierung („Geschäftsmäßigkeit“, dem Patienten „nahestehend“)	3
Sonstige (Organisationen unter staatlicher Kontrolle, Entscheidung des Patienten, Beratung und Vermittlung geeigneter Medikamente durch Arzt, Erlaubnis wenn nicht kommerziell oder niedere Beweggründe, keine Angabe)	8

3.3.7 Verständnis des Gesetzestextes zum § 217 StGB

Anschließend wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie der aktuellen Gesetzeslage (zum Zeitpunkt der Befragung „aktuell“) entnehmen können, wann ein Arzt gegen das Gesetz verstößt und wann nicht. Sowohl unter den Medizinstudenten, als auch unter den Jurastudenten gaben mehr als die Hälfte der Teilnehmer an, dies nicht entnehmen zu können (M: 66,9%; J: 58,6%; vgl. Abbildung 8).

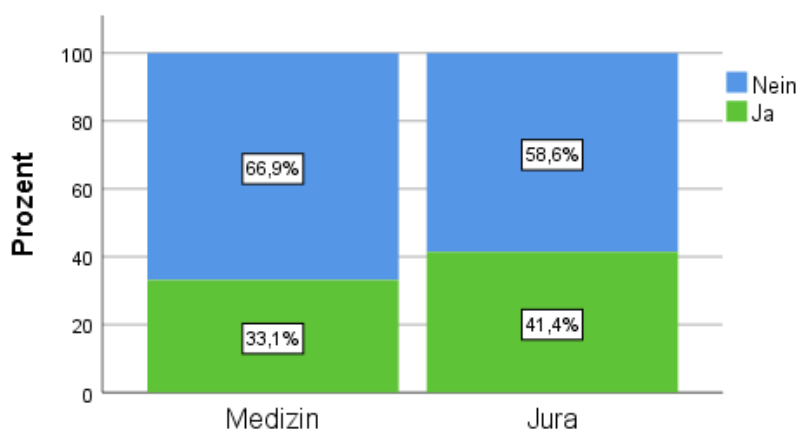


Abbildung 8 Der aktuellen Gesetzeslage kann ich entnehmen, wann ein Arzt gegen das Gesetz verstößt und wann nicht. $n = 259$, $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

3.3.8 Welche gesetzliche Regelung sollte gelten?

Die Teilnehmer bekamen im Anschluss die Möglichkeit aus sechs verschiedenen Aussagen bezüglich ÄAS eine auszuwählen die am ehesten der eigenen Meinung entspricht (vgl. Tabelle 4). Auch die Möglichkeit „Sonstiges“ mit Freitextoption bestand. Von dieser Möglichkeit machten fünf Studierende Gebrauch (siehe Tabelle 5).

Der größte Anteil beider Studentengruppen war der Meinung, dass das Hauptkriterium der Zulässigkeit der Wunsch des Patienten sein sollte und Ärzte ÄAS freiwillig anbieten können sollten (M: 38,1%; J: 36,5%). Die in beiden Studiengruppen am zweithäufigsten gewählte Aussage war, dass objektiv überprüfbare Kriterien festgelegt werden sollten, nach denen entschieden wird, ob ÄAS geleistet werden darf. Von den Medizinstudenten wählten diese Aussage 34,5%, von den Jurastudierenden 34,1%. Die am dritthäufigsten ausgewählte Variante war in beiden Gruppen jene, welche ÄAS nicht erlaubt, jedoch die Gewissensentscheidung eines Arztes, einen Patienten beim Suizid zu unterstützen respektiert und die Unterstützung nicht bestraft. 14,3% der Jurastudenten und 18,2% der Medizinstudenten gaben dies als am ehesten zutreffend an. Grundsätzlich ablehnend gegenüber ÄAS waren 7,1% der Jurastudenten und 5,9% der Medizinstudenten. Die mit 1,2% unter Jurastudenten am seltensten gewählte Aussage war, dass das Gewissen des behandelnden Arztes das Hauptkriterium für Einzelfallentscheidungen über ÄAS sein sollte. 4,7% der Medizinstudenten wählten diese Aussage. Die Studierenden der Medizin wiederum gaben mit 0,6% am seltensten an, dass der Wunsch des Patienten Hauptkriterium und der ÄAS eine wählbare Leistung sein sollte zu dem Ärzte verpflichtet werden könnten. Unter den Jurastudenten wählten 4,8% diese Aussage.

Tabelle 4 Auswahl aus verschiedenen Aussagen zu ÄAS, die am ehesten die Meinung widerspiegelt. n = 259; n(M) = 172; n(J) = 87

	M		J	
	n	Prozent	n	Prozent
Ich lehne ÄAS grundsätzlich ab.	10	5,8	6	6,9
Das Gewissen des betreuenden Arztes sollte Hauptkriterium für Einzelfallentscheidungen über ÄAS sein.	8	4,7	1	1,1
Der Wunsch des Patienten sollte das Hauptkriterium und der ÄAS eine wählbare ärztliche Leistung sein. (Ärzte werden dazu verpflichtet)	1	0,6	4	4,6
Der Wunsch des Patienten sollte das Hauptkriterium sein und der ÄAS eine wählbare ärztliche Leistung. (Ärzte dürfen diesen freiwillig anbieten)	62	36	32	36,8
Es sollten objektiv überprüfbare Kriterien festgelegt werden, nach den entschieden wird, ob ÄAS geleistet werden darf.	58	33,7	29	33,3
ÄAS sollte nicht erlaubt sein, in Dilemmasituationen sollte aber die Gewissensentscheidung eines Arztes, einen Patienten beim Suizid zu unterstützen, respektiert werden und die Unterstützung straffrei bleiben.	31	18	12	13,8
Freitext (siehe unten)	2	1,2	3	3,4

Tabelle 5 Freitextantworten; Eigene Meinung zum Thema ÄAS , n = 5

Sowohl der Wunsch des Patienten, als auch objektive überprüfbare Kriterien wie best. Erkrankungen

Der Wunsch des Patienten sollte das Hauptkriterium sein, jedoch sollte ein Arzt dies nicht freiwillig anbieten.

Der Wunsch des Patienten sollte das Hauptkriterium sein, besonders geschulte Ärzte dürfen die ÄAS nach nochmaliger Beratung durchführen

Der ärztlich assistierte Suizid könnte juristisch analog zum Schwangerschaftsabbruch gestellt werden, der zwar nicht rechtmäßig, aber unter bestimmten Voraussetzungen straffrei ist.

ÄAS nur in Form von Beratung denkbar

3.3.9 Kriterien

Anschließend wurden den Teilnehmern, die angegeben hatten ÄAS nicht grundsätzlich abzulehnen, sechs verschiedene mögliche Kriterien präsentiert, bei denen sie angeben sollten, ob diese eine Zulässigkeit von ÄAS nach sich ziehen sollten (siehe Tabelle 6). Es bestand auch die Möglichkeit ein Freitextfeld zu nutzen und andere Kriterien als Voraussetzung für die Zulässigkeit anzugeben. (siehe Tabelle 7).

Tabelle 6 Welche Umstände sollten Ihrer Meinung nach Kriterium für die Zulässigkeit von ärztlich assistiertem Suizid sein? Mehrfachantworten möglich; n = 243, n(M): 162, n(J): 81 (16 Teilnehmenden die ÄAS grundsätzlich ablehnten, wurde diese Frage nicht angezeigt)

	M		J	
	n	Prozent	n	Prozent
Unheilbare chronische körperliche Erkrankung, hoher Leidensdruck	144	88,90%	64	79,00%
Verlust körperlicher Fähigkeiten im Rahmen einer unheilbaren Erkrankung (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose)	123	75,90%	44	54,30%
Unheilbare akute Erkrankung, kurze Lebenszeit-Prognose	92	56,80%	57	70,40%
Fortschreitende Degeneration kognitiver Fähigkeiten (z. B. Demenz), Patient aber zum Zeitpunkt des Suizids noch einwilligungsfähig.	81	50,00%	39	48,10%
Chronische psychische Erkrankungen (therapieresistent, lange bestehend, keine Aussicht auf Besserung)	43	26,50%	22	27,20%
Präferenz des Patienten, z. B. Angst vor Verlust der Selbstständigkeit	28	17,30%	12	14,80%

Tabelle 7: Welche Umstände sollten Ihrer Meinung nach Kriterium für die Zulässigkeit von ärztlich assistiertem Suizid sein? Freitextantworten; n = 19, Zusammengefasst in Kategorien, ausführliche Antworten siehe Anhang

Kategorie	n
Kriterien nicht sinnvoll/möglich	3
Hoher Leidensdruck (trotz maximaler Therapie)	3
Präferenz des Patienten	3
Involvierung Dritter	1
Einzelfallentscheidung	2
Sonstige	7

3.3.10 Meldepflicht

Allen Teilnehmern, die nicht vorher angegeben hatten, dass sie ÄAS grundsätzlich ablehnen, wurde anschließend die Frage gestellt, ob es eine Meldepflicht einschließlich der Dokumentation gegebenenfalls vorgeschriebener Kriterien geben sollte. Die Antworten dieser 243 Teilnehmenden sind unten aufgeführt.

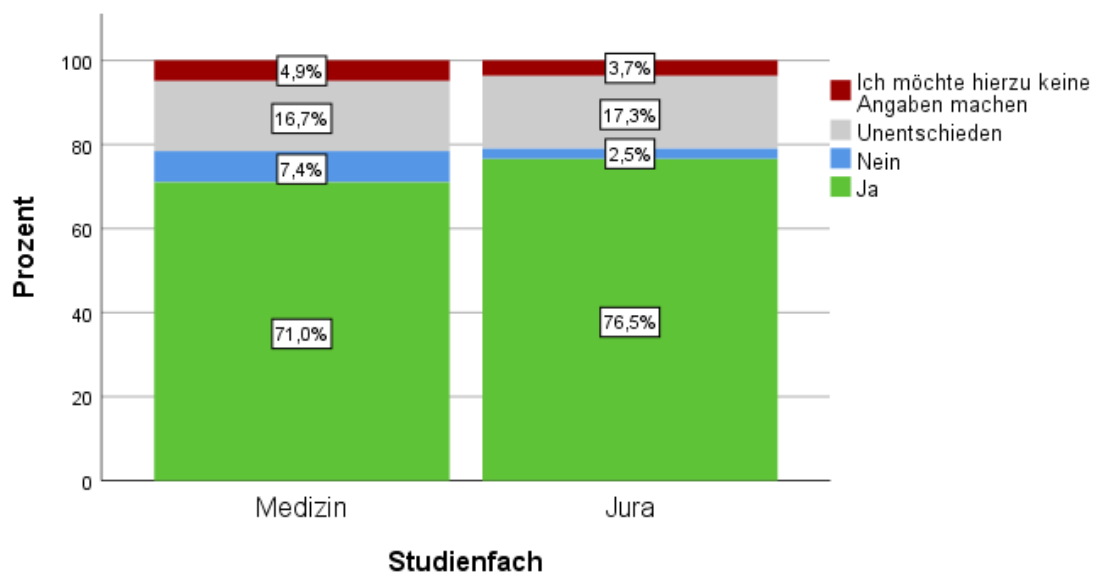


Abbildung 9 Würden Sie eine Meldepflicht von ärztlich assistiertem Suizid inklusive der Dokumentation gegebenenfalls vorgeschriebener Kriterien gutheißen? n = 243

3.3.11 Persönliche Beteiligung (nur Medizinstudierende)

Die Frage, ob eine persönliche Beteiligung an einem ÄAS für den Befragten vorstellbar wäre, richtete sich in diesem Fragebogen ausschließlich an die Medizinstudenten. Durch ein technisches Problem wurde diese Frage nur bei 121 der 172 Studierenden der Medizin eingeblendet. Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 10 dargestellt. Von dieser Teilstichprobe können sich 72,5%, unter den von ihnen in der Befragung angegebenen Bedingungen, eine persönliche Beteiligung an ÄAS vorstellen. 14,1% gaben an, sich eine persönliche Beteiligung nicht vorstellen zu können, aber der Meinung zu sein, dass es Situationen gäbe, in denen ÄAS durch einen anderen Arzt moralisch vertretbar wäre. Grundsätzliche Ablehnung von ÄAS gaben 5,8% an und 5% machten keine Angabe.

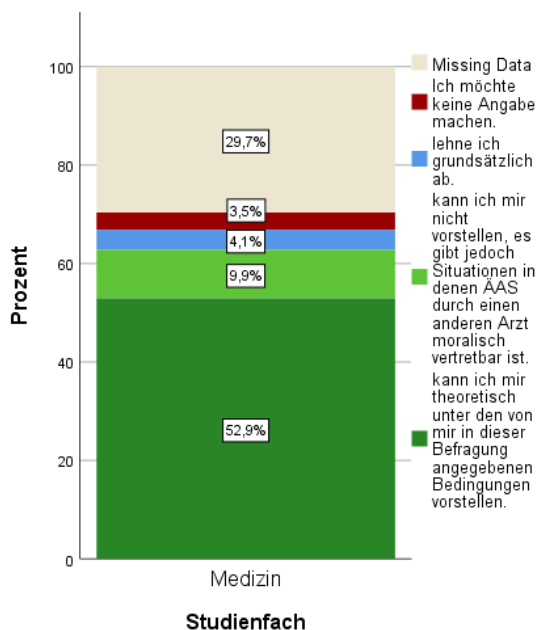


Abbildung 10 Können Sie sich eine persönliche Beteiligung bei ÄAS als zukünftiger Arzt vorstellen? n = 172

3.3.12 Bedingungen für eigene Beteiligung beziehungsweise bei Jurastudierenden: Faktoren für Bewertung von ÄAS:

Die befragten Mediziner sollten des Weiteren angeben, wie wichtig ihnen die Erfüllung verschiedener Bedingungen für eine persönliche Beteiligung an ÄAS wäre. Die Jurastudenten erhielten eine leicht abgeänderte Form dieser Frage. Sie sollten angeben, als wie wichtig sie die einzelnen Aspekte einordnen, um die Strafbarkeit eines ÄAS zu bewerten. Die Aspekte entsprachen dabei den aufgeführten Bedingungen für die Mediziner. Eine lange Arzt-Patienten-Beziehung ordneten 92,7% der Medizinstudenten als „Sehr wichtig“ oder „Eher

wichtig“ ein. Unter den Jurastudenten machten diese Angabe 69%. Die ausreichende medizinische Fachkenntnis stuften 98,2% der Medizinstudenten und 95,4% der Jurastudenten als „Sehr wichtig“ oder „Eher wichtig“ ein. Das Informieren Angehöriger oder enger Bezugspersonen wäre für 72,1% der Mediziner und 66,6% der Juristen „Sehr wichtig“ oder „Eher wichtig“. „Eher unwichtig“ oder „Sehr unwichtig“ fanden dies 12,1% der Mediziner und 21,8% der Jurastudierenden. Die Betreuung des geplanten Suizids durch eine Person, welcher der Patient vertraut, stuften 75,7% der Medizinstudierenden und 70,1% der Juristen als „Sehr“ oder „Eher wichtig“ ein. Des Weiteren bestand die Möglichkeit einer Freitextantwort, um andere Bedingungen, die dem Befragten wichtig wären anzugeben. Von dieser Möglichkeit machten 37 der Befragten Gebrauch.

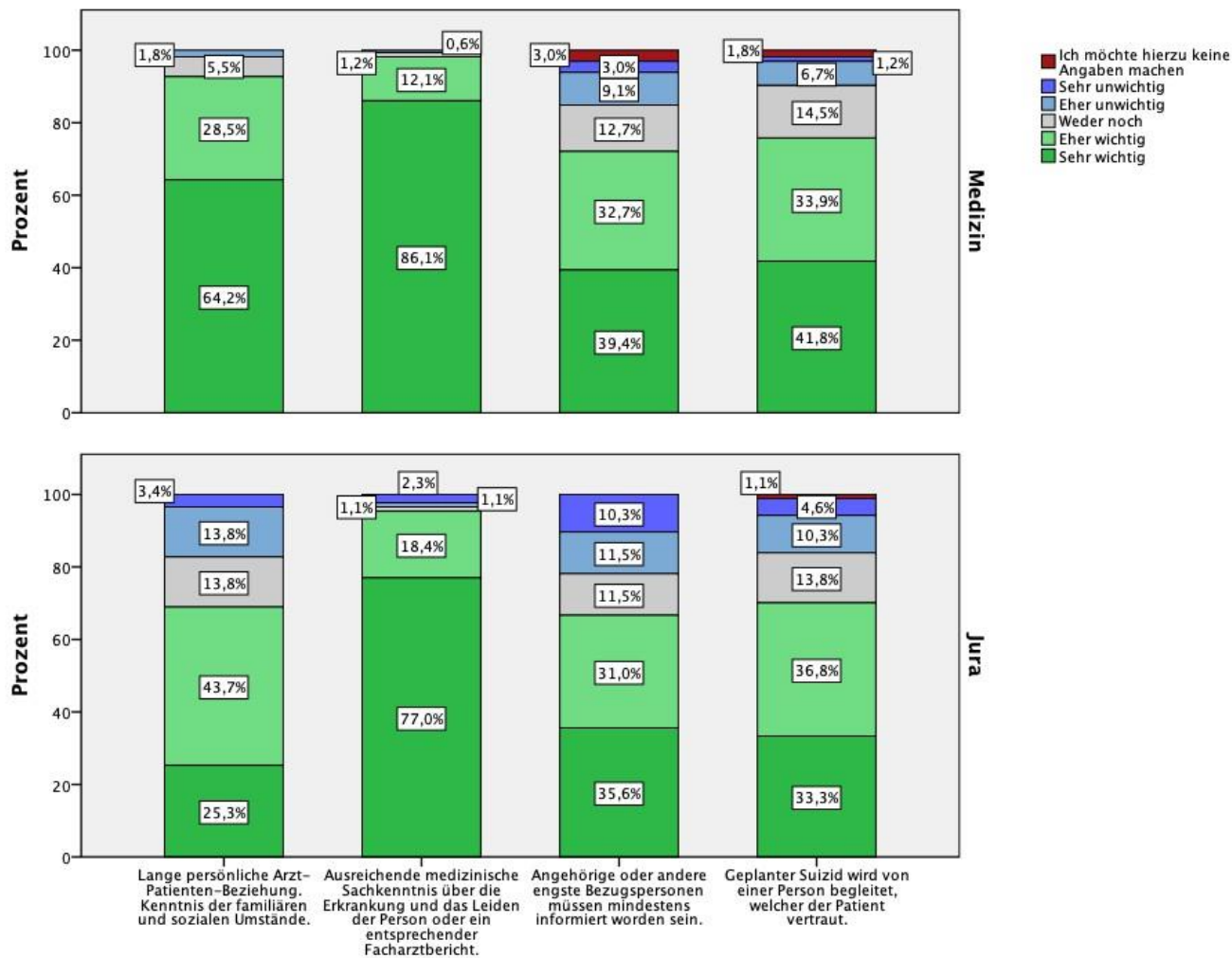


Abbildung 11 Welche Bedingungen müssten für eine persönliche Beteiligung an ÄAS erfüllt sein? (Medizin), Als wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Bezug auf die Bewertung, ob ein ÄAS strafbar ist? (Jura), $n = 259$, $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

Tabelle 8 Welche Bedingungen müssten für eine persönliche Beteiligung an ÄAS erfüllt sein? (Medizin), Als wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Bezug auf die Bewertung, ob ein ÄAS strafbar ist? (Jura) Freitextantworten; in sinnähnliche Kategorien sortiert; n = 37; n(M) = 29; n(J) = 8; Ausführliche Freitextantworten im Anhang

Kategorie	n(M)	n(J)
Zweitmeinung	9	2
Rechtssicherheit	3	-
Kein Profit für Arzt	1	1
Sicherstellung der Ernsthaftigkeit des Sterbewunsches und der Freiverantwortlichkeit, sowie der Unabhängigkeit der Entscheidung	10	2
Aufklärung über Alternativen	2	-
Schwere Prognose, keine Besserung durch Therapie	2	1
Präferenz des Patienten	1	2
Sonstige	1	-

3.3.13 Musterberufsordnung

Anschließend wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie dem Verbot der Suizidbeihilfe in der Musterberufsordnung der deutschen Ärztekammer zustimmen. Unter den Medizinstudenten stimmten 70,3% der Aussage „Gar nicht“ oder „eher nicht“ zu. Die Jurastudenten machten diese Angaben zu 54%. „Voll“ oder „Eher“ stimmten 12,2% der Mediziner und 27,5% der Juristen zu. Unentschieden waren 15,7% (M) und 17,2% (J).

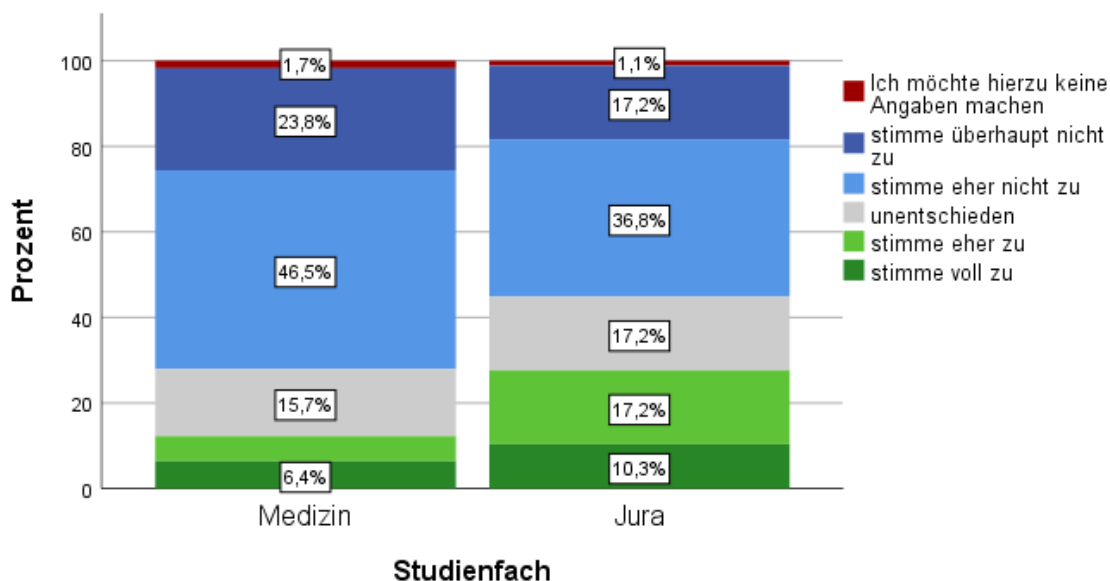


Abbildung 12 Einstellung der Befragten zu der Formulierung „...(Ärzte) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer. $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

3.3.14 Einfluss palliativmedizinischer Versorgung

In dem nachfolgenden Item sollte angegeben werden, in welchem Maß die Befragten der Aussage

„Bei einem flächendeckenden, bedarfsgerechten palliativmedizinischen Angebot würden weniger Menschen den Wunsch nach ärztlicher Hilfe bei der Selbsttötung äußern“

zustimmten. 72,7% der Medizinstudierenden stimmten „voll“ oder „eher“ zu. Unter den Jurastudierenden waren es 49,4%. Unentschieden waren 11% der Medizin- und 23% der Jurastudenten. „Eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ stimmten dieser Aussage 23,8% (M) bzw. 25,3% (J) zu.

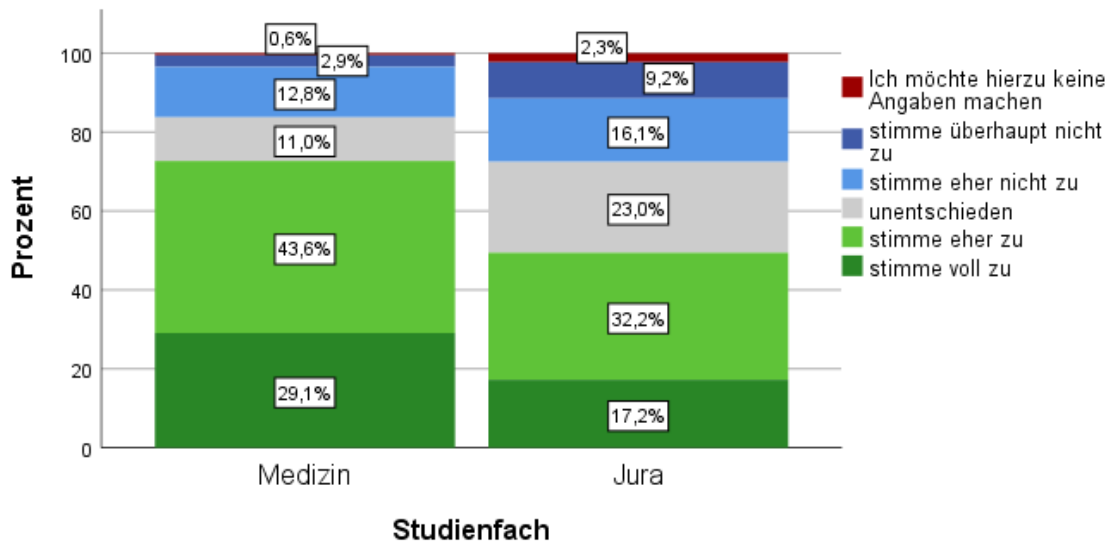


Abbildung 13 Bei einem flächendeckenden, bedarfsgerechten palliativmedizinischen Angebot würden weniger Menschen den Wunsch nach ärztlicher Hilfe bei der Selbsttötung äußern. Zustimmung; $n(M) = 159$, $n(J) = 87$

3.3.15 Meinungsänderung

Anschließend wurde erfragt, ob sich die Einstellung der Befragten zum Thema ÄAS als medizinische Maßnahme im Verlauf ihres Studiums verändert hat. 80 der 259 Teilnehmer gaben eine Meinungsänderung an. Jene 80 konnten anschließend genauer angeben in welche Richtung die Änderung stattfand. Zur Auswertung wurden „Eher Zustimmend“ und „Zustimmend“ als zustimmende Gruppe und „Eher ablehnend“ und „Ablehnend“ als ablehnende Gruppe zusammengefasst. Des Weiteren wurde die Gruppe „Unentschieden“ belassen. 54 Medizinstudierende und 17 Jurastudierende änderten im Verlauf des Studiums ihre Gruppe. In beiden Gruppen war der größte Anteil der Meinungsänderung von der ablehnenden oder unentschiedenen Gruppe hin zur zustimmenden Gruppe (M: 72,9%; J: 52,4). Ein Wechsel von der zustimmenden oder unentschiedenen Gruppe hin zur ablehnenden Gruppe gaben 13,6% der Medizinstudenten und 19,0% der Jurastudierenden an.

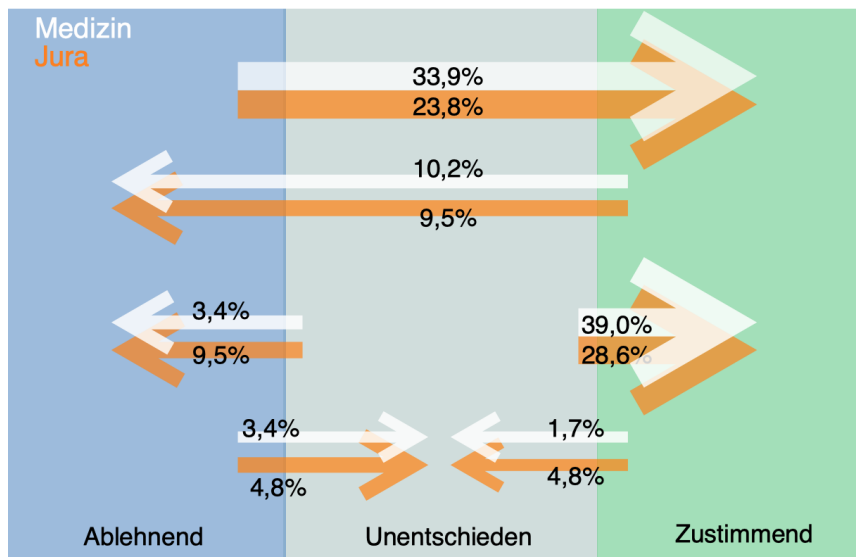


Abbildung 14 Meinungsänderung bezüglich ÄAS im Verlauf des Studiums; $n(M) = 59$; $n(J) = 21$

Es folgte eine Freitextfrage zum Grund der Meinungsänderung. Bei dieser machten 43 Befragte Angaben. In Tabelle 9 sind 45 Antworten aufgeführt, da zwei Teilnehmende Angaben machten, die in jeweils zwei Kategorien passten.

Tabelle 9 Gründe für die Meinungsänderungen zum Thema ÄAS im Verlauf des Studiums, $n = 43$, ausführliche Antworten im Anhang

Kategorien	n
Sachliche Beschäftigung mit dem Thema im Studium oder Selbststudium	15
Erfahrungen im Krankenhaus mit Erkrankungen und Patienten	20
Änderung im Rahmen religiöser Einstellungen	3
Persönliche Erfahrungen	3
Andere Gründe	4

3.3.16 Kontakt mit Thema Sterbewunsch

Anschließend wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie bereits Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch hatten. Bei 127 Medizinstudierenden und 45 Jurastudierenden war dies der

Fall. Es hatten also insgesamt 172 Studierende bereits Kontakt mit dem Thema Sterbewünsche.

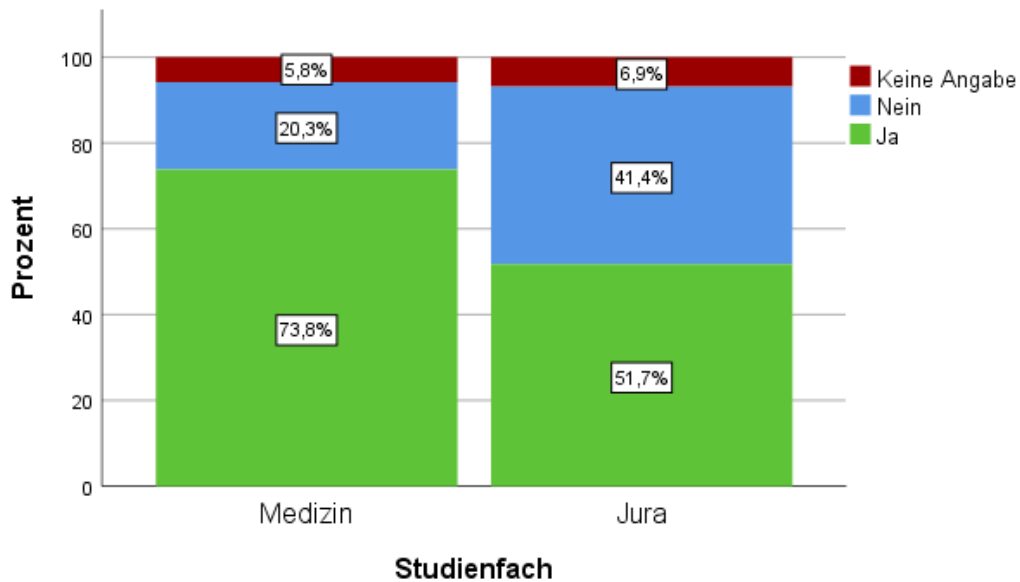


Abbildung 15 Bereits Kontakt mit dem Thema Sterbewünsche gehabt? $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

Es folgte für diese 127 Medizin- und 45 Jurastudierenden die Möglichkeit anzugeben, in welchem Kontext dieser Kontakt stattgefunden hatte. Einer dieser Studierenden wollte keine Angabe machen ($MD = 1$), 168 Teilnehmer wählten mindestens eine der vorgegebenen Aussagen, 8 machten sonstige Angaben (siehe Tabelle 11).

Tabelle 10: Wo fand der Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch statt?

$n = 168$, $n(M) = 124$, $n(J) = 44$, Häufigkeiten, Mehrfachantworten möglich

Ort des Kontakts	M		J	
	n	Prozent	n	Prozent
Während praktischer Tätigkeit	98	79,0%	5	11,4%
Theoretisch im Unterricht	70	56,5%	26	59,1%
Im privaten Umfeld	45	36,3%	28	63,6%

Tabelle 11 Wo fand der Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch statt? Freitextantworten, n = 8

Über die Medien und prominente Fälle (J)
Theoretisch im Gespräch (J)
Seminararbeit zum Thema (J)
Selber zweimal maligne erkrankt. Wenn jemand keine Lust mehr hat, kann ich denjenigen verstehen. (M)
Referatsthema (M)
Durch eigene Erkrankung an einem Hirntumor, der starke Schmerzen hervorgerufen hat. Aus eigener Sicht bin ich, auf Grund meiner Heilung, jedoch froh, dass es kein ÄAS gab. (J)
Beruf (J)
Ausarbeitung, Praktikum in der Schweiz, Politik (M)

3.3.17 Vorbereitung auf den Umgang mit Sterbewünschen

Allen Studenten, die im 6. Klinischen Semester studierten (n = 55), also am Ende des klinischen Studienabschnitts standen, wurde die Frage gestellt, wie gut sie sich auf den Umgang mit Sterbewünschen vorbereitet fühlen. 80% der Befragten gaben an, dass das Thema einen höheren Stellenwert haben sollte. Gut vorbereitet fühlten sich 16,4%. Fünfmal wurde mit Freitext geantwortet. Zwei gaben an, keine Meinung zu haben. Dieses Ergebnis ist jedoch aufgrund der in Kapitel 3.1 beschriebenen Problematik der Fachsemesterangabe eingeschränkt auswertbar.

Fünf Studierende machten außerdem von der Freitextoption Gebrauch (siehe Tabelle 12). Davon waren drei der Meinung, dass eine gute Vorbereitung auf dieses Thema durch das Studium nur begrenzt oder nicht möglich sei, zwei waren der Meinung gut vorbereitet zu sein, eine Person sah dies jedoch nicht ausschließlich in der Lehre des Studiums begründet.

Tabelle 12 Gefühlte Vorbereitung auf den Umgang mit Sterbewünschen, Freitextantworten, nur Medizinstudenten im 6. Klinischen Semester; n = 5

Ich halte Sterbewünsche für äußerst individuell zu betrachten, und den Umgang mit ihnen letztlich erst im Beruf erlernbar.
Ich glaube nicht, dass irgendwer sich gut vorbereitet auf den Wunsch nach Suizid ist, egal wieviel Schulungen man besucht oder Sterbewünsche einem gegenüber geäußert wurden.
Ich fühle mich nicht besonders gut vorbereitet, was aber u.a. an der eigenen Persönlichkeit liegt und nicht unbedingt am Lehrkonzept.
Ich fühle mich gut vorbereitet für den Umgang mit Sterbewünschen.
Ich fühle mich für den Umgang mit Sterbewünschen gut vorbereitet, aber nicht alleine durch das Studium.

3.3.18 Relevanz der Befragung:

Die Teilnehmer wurden gebeten die Relevanz der durchgeführten Befragung zum Thema ÄAS einzuordnen. 94,2% der Medizinstudierenden und 93,1% der Jurastudierenden hielten die Befragung für „sehr wichtig“ oder „wichtig“.

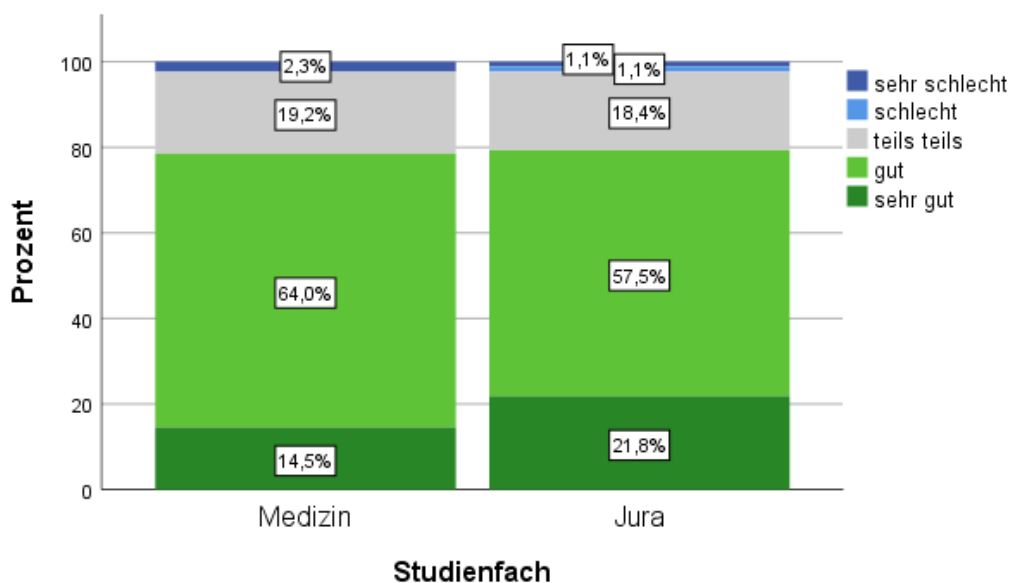


Abbildung 16 Wie wichtig finden Sie diese Befragung? n(M) = 172, n(J) = 87

3.4 Einflussfaktoren

3.4.1 Persönliche Beteiligung nach Geschlecht

Unter den Medizinstudierenden konnten sich 80,0% der männlichen und 72,4% der weiblichen Teilnehmer eine persönliche Beteiligung an ÄAS vorstellen. Grundsätzlich ablehnend standen 8,9% der männlichen u. 3,9% der weiblichen Teilnehmenden ÄAS gegenüber (jeweils Prozent der gültigen Antworten).

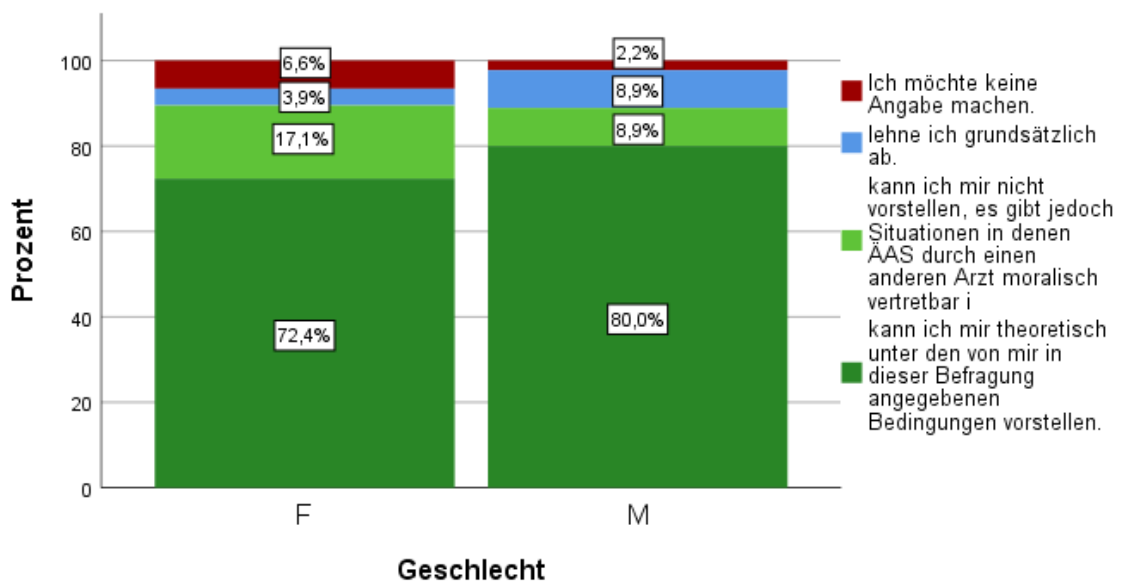
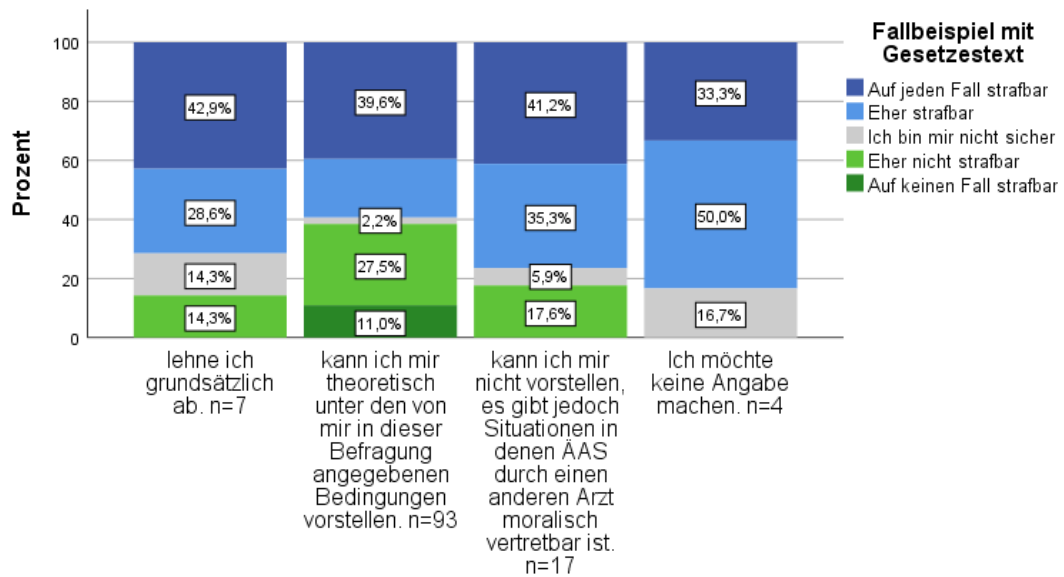


Abbildung 17 Ist eine persönliche Beteiligung bei ÄAS als zukünftige Ärztin/Arzt vorstellbar? Aufgetragen nach Geschlecht; n = 121; n(weiblich) = 76; n(männlich) = 45; MD = 51 (in Diagramm nicht berücksichtigt)

3.4.1 Persönliche Beteiligung und Bewertung des Fallbeispiels mit Gesetzestext

Jene Befragte, welche angaben, ÄAS grundsätzlich abzulehnen, waren zu 71,5% der Meinung, dass die Handlung im Fallbeispiel (Frage 1) „eher“ oder „auf jeden Fall“ strafbar wäre. Keiner dieser Gruppe gab an, die Handlung sei „auf keinen Fall strafbar“. Jene Befragte, die sich eine eigene Beteiligung grundsätzlich unter bestimmten Umständen vorstellen konnten, meinten zu 59,4%, dass die Handlung im Fallbeispiel „eher“ oder „auf jeden Fall“ strafbar“ wäre. Aus dieser Gruppe hielten 10 Studierende die Handlung für „auf keinen Fall strafbar“.



Persönliche Beteiligung bei ÄAS als zukünftige(r) Ärztin/Arzt..

Abbildung 18 Ist eine persönliche Beteiligung an ÄAS vorstellbar? Antworten aufgetragen gegen die gegebenen Antworten bezüglich der Strafbarkeit in dem Fallbeispiel (mit Gesetzestext). Befragung nur Medizinstudierender; n = 121; MD = 51 (in Diagramm nicht berücksichtigt)

4 Diskussion

Bislang wurden bezüglich der Einstellung zum Thema ÄAS zahlreiche Befragungen unter Ärzten und anderen im medizinischen Kontext arbeitenden Personengruppen durchgeführt. Befragungen von Medizinstudierenden gibt es dagegen bisher nur wenige. Die Einstellungen von Studierenden der Rechtswissenschaften sind in der Literatur ebenfalls nur selten erfasst (Stiel et al. 2011).

In Deutschland wurde ÄAS auch von juristischer Seite kontrovers diskutiert. Die Debatte veranschaulicht, dass das Thema des ÄAS nicht ohne Betrachtung der juristischen Perspektive behandelt werden kann. Insbesondere in der mittelfristigen Zukunft wird die nachfolgende Juristen-Generation Einfluss darauf haben, in welchem gesetzlichen Rahmen ÄAS Bestandteil des ärztlichen Handelns werden wird.

In der vorliegenden Arbeit wurde das Hintergrundwissen und die persönliche Haltung von Medizin- und Jurastudierenden zum Thema ÄAS untersucht.

Die Befragung erfolgte im zweiten Halbjahr 2016, also im Anschluss an die Verabschiedung des § 217 StGB im November 2015. Wie bereits oben beschrieben erklärte das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 den § 217 StGB für verfassungswidrig, wodurch sich erneut das Umfeld der Diskussion geändert hat.

Im Folgenden sollen die erhobenen Daten in den Kontext der aktuellen rechtlichen, medizinischen und ethischen Diskussion eingeordnet und die Fragenkomplexe diesbezüglich anhand der Literatur und aktuellen Situation diskutiert werden.

4.1 Fallbeispiel

Die Bewertung des Fallbeispiels zu Beginn der Befragung hat in dieser Hinsicht besonders große Bedeutung. Da das Fallbeispiel den Einstieg in den Fragebogen markiert, wurden die Studierenden ohne vorherige Einführung mit dem Thema konfrontiert. Es liegt daher nahe, dass die Einschätzungen der Befragten in einer realen beruflichen Situation ähnlich erfolgt wären. Insofern ist unter der Voraussetzung der Repräsentativität dieser Studie zu vermuten, dass auch andere Medizin- und Jurastudierende der gleichen Generation ähnliche Einschätzungen getroffen hätten. Beurteilt wurde die Handlung eines Allgemeinmediziners, der einer krebskranken, suizidwilligen Patientin ein potentiell tödliches Medikament verschreibt und die nötige Dosis für einen Suizid erläutert. Dies habe er in der Vergangenheit in vergleichbaren Situationen bereits mehrfach getan. Die Auswertung der Antworten zeigt, dass die Handlungen über beide Studiengruppen hinweg sehr unterschiedlich bewertet wurden. Etwa die Hälfte beider Studiengänge war ohne Einblendung des Gesetzestextes der Meinung, der Arzt mache sich eher nicht oder auf keinen Fall strafbar. Gleichzeitig meinten doch immerhin 44,1% der Medizinstudierenden und 39% der Jurastudierenden, dass eine Strafbarkeit eher oder auf jeden Fall vorläge. Dies legt nahe, dass die individuelle Bewertung,

auch unabhängig vom § 217 StGB, variiert. Unklar ist in diesem Zusammenhang, wie viele der Befragten bereits Kenntnis über den Gesetzestext hatten. Für eine bessere Auswertbarkeit wäre es sinnvoll gewesen, zu erfragen, ob der Gesetzestext bereits bekannt war. Ein Vergleich zwischen Befragten, die das Gesetz bereits kannten und jenen die keine Kenntnis darüber hatten, wäre so aus wissenschaftlicher Sicht akkurater.

Nach Einblendung des § 217 StGB veränderte sich die Einschätzung in beiden Gruppen jedoch deutlich: Der Anteil derer, die die Handlungen als eher oder auf jeden Fall strafbar hielten, stieg unter den Jurastudierenden um über 20% und unter den Medizinstudierenden um circa 20% auf jeweils etwa 65%. Das heißt, dass etwa zwei Drittel beider Studiengänge eine Strafbarkeit nach § 217 StGB im vorliegenden Fall sehen würden. Auffällig ist, dass mit Kenntnis des Gesetzestextes die Einschätzung der beiden Gruppen sehr ähnlich ist. Auch der Anteil derer, die angaben, sich nicht sicher zu sein, war mit weniger als 5% in beiden Gruppen sehr gering. Dies suggeriert eine gute Anwendbarkeit des Gesetzes auf den vorliegenden Fall. Würde eine Strafbarkeit der Suizidbeihilfe für vergleichbare Fälle vorliegen, könnte dies eine starke Verunsicherung für praktizierende Ärzte bedeuten. Das Fallbeispiel wurde so gewählt, dass ähnliche Szenarien im ärztlichen Alltag durchaus vorstellbar sind und somit ein Teil der praktizierenden Ärzte sich im Rahmen ihrer Praxis mit der Frage konfrontiert sehen, ob ihr Handeln strafbar sein könnte.

In jedem Fall wird das Handeln des Einzelnen durch das Wissen um die rechtliche Regelung beeinflusst sein. Die jüngere Vergangenheit zeigt, dass auch juristische Rahmenbedingungen Veränderungen unterliegen können. Die Tatsache, dass sich die Einschätzung der Strafbarkeit in beiden Studierendengruppen vor- und nach Einblendung des Gesetzestextes deutlich änderte legt nahe, dass zuvor ein großer Teil der Teilnehmenden keine gute Kenntnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen hatte. Ein ähnliches Bild zeigte sich in einer Befragung unter Medizinstudierenden, welche vor der Verabschiedung des § 217 StGB erfolgte. Dort nahmen 72,6% der Teilnehmenden an, dass der ÄAS strafbar wäre. Zu diesem Zeitpunkt war dieser jedoch von juristischer Seite straffrei möglich. Auch hier zeigte sich demnach eine Wissenslücke unter den Medizinstudierenden (Anneser et al. 2016).

Hinzu kommt, dass in dieser Befragung die Antwortmöglichkeit "Ich bin mir nicht sicher" nur von sehr wenigen Teilnehmern gewählt wurde. Das zeigt, dass, so unterschiedlich die Strafbarkeit von den Teilnehmenden bewertet wurde, sie sich in ihrer Bewertung relativ sicher waren. Im Kontext der ärztlichen Praxis kann dies dazu führen, dass eine weitergehende Recherche nicht erfolgt, beziehungsweise kein juristischer Rat eingeholt wird. Erschwert wird diese Situation gewiss durch Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Wie oben ausgeführt erklärte das Bundesverfassungsgericht am 26.02.2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz für verfassungswidrig. Insofern liegt nach aktuellem Stand keine Strafbarkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid vor. Die Berufsordnung der Bundesärztekammer verbietet jedoch die Beihilfe zum Suizid und erklärt, die Beteiligung am Suizid sei keine ärztliche Aufgabe (Nauck und Simon 2021). Ende der

Diskussion bezüglich der Regelung ärztlichen Handelns und Suizidbeihilfe ist jedoch keineswegs abschbar.

4.2 Handlungen von Ärzten

Im Vergleich zu der Bewertung der Strafbarkeit im Fallbeispiel, sollte im anschließenden Teil angegeben werden, was für die Befragten als ÄAS - unabhängig von der Strafbarkeit - eingeordnet wird. Wie bereits im Methodik-Teil ([Kapitel 2.1](#)) der vorliegenden Arbeit ausgeführt, wurde eine ähnliche Befragung unter den Mitgliedern der DGP durchgeführt, bei denen es sich überwiegend um palliativmedizinisch tätige Berufsgruppen handelt (Jansky et al. 2017). Die Ergebnisse sind nur in Teilen vergleichbar, da zum Zeitpunkt der DGP-Befragung der § 217 StGB nicht existierte und daher nicht Gegenstand der Studie war.

Die Verschreibung von Substanzen zum Zweck des Suizids wurde sehr ähnlich in allen Gruppen von etwa dreiviertel der Teilnehmer als ÄAS eingeordnet (M: 76,7%; J: 73,6%; DGP-Mitglieder: 77,2%). Die Beratung zur suizidalen Anwendung von Substanzen deuteten die Medizinstudierenden mit 68,0% deutlich häufiger als ÄAS als die DGP-Mitglieder mit 54,9% (J: 51,7%).

Bezüglich der Anwesenheit während eines Suizids war die Bewertung unterschiedlich. Während die DGP-Mitglieder dies zu 52,2% als ÄAS werteten, waren es unter den Medizinstudenten 73,8% (J: 66,7%). Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz könnte sein, dass DGP-Mitglieder oftmals Erfahrungen in der Begleitung von Sterbenden haben und gegebenenfalls bereits mit ähnlichen Situationen konfrontiert waren. Möglicherweise bedeutet in den Augen der „Erfahrenen“ die Verweigerung der Anwesenheit während des Suizids eher ein Alleinlassen des Patienten, während die Studierenden unabhängig von der Vorgeschichte die reine Anwesenheit bewerteten. Wenn bereits eine persönliche Beziehung mit einem Sterbenden aufgebaut wurde, kann die Anwesenheit unter Umständen eher als „nicht alleine lassen“ und nicht als „Hilfe beim Suizid“ verstanden werden, oder als „Hilfe beim Sterben“, jedoch „keine Hilfe zum Sterben“ beurteilt werden (Nauck et al. 2014). Auch beachtet werden sollte, dass nur ein Teil der DGP-Mitglieder Ärzte sind. Möglicherweise spielt im Antwortverhalten eine Rolle, ob die Kontroverse um die ärztliche Garantenpflicht den Befragten geläufig war.

Ob die Beratung zum Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als ÄAS gewertet werden sollte, wurde ebenfalls sehr unterschiedlich eingeordnet. Während 32,6% der Medizinstudenten und 44,8% der Jurastudenten dies als ÄAS einordneten, taten dies nur 16,3% der DGP-Mitglieder. Die Frage ist auch insofern interessant, als dass kontrovers diskutiert wird, ob der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeiten überhaupt als Suizid gewertet werden sollte (Alt-Epping 2018; Simon 2018). Möglichweise ist das Wissen um diese Debatte ausschlaggebend für die unterschiedliche Einordnung, da die Beihilfe zu einer Praktik, die keinen Suizid darstellt, auch keine Beihilfe zum Suizid sein kann. Andererseits kann möglicherweise die Erfahrung in der Suizidbegleitung bedeuten, dass

Einblick in eine Situation gewährt wird, in der der Patient sich der Krankheit und den zugehörigen Umständen ausgeliefert fühlt und im Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit das Gefühl einer gewissen Selbstwirksamkeit erlangen kann. Der Verlust der Selbstbestimmung ist eine häufig genannte Sorge in Bezug auf das Lebensende (Ohnsorge et al. 2015; Jansky et al. 2017), insofern erscheint es plausibel, dass im Umgang mit Sterbenden eine Sensibilität für dieses Bedürfnis am Lebensende entsteht. Des Weiteren hat möglicherweise die Konfrontation mit Todkranken, für die eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eine große Belastung darstellen kann, zur Folge, dass der Verzicht nicht als Suizidwille, sondern als Akzeptanz einer Krankheitsphase und Erleichterung für manche Patienten wahrgenommen wird.

4.3 Sterbewünsche

Da der Itemkomplex zum Thema ‚Sterbewünsche‘ auch im Fragebogen der DGP enthalten ist, liegt es nahe, auch hier Vergleiche zwischen den Studierenden und den Mitgliedern der DGP zu ziehen. Wie im Methodik-Teil ausgeführt, wurden auch diese Items für die vorliegende Befragung überarbeitet. Durch die Modifikation war zu erwarten, dass der Anteil der Zustimmung geringer ausfallen würde, da die Aussagen polarisierender formuliert wurden. Daher ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse der Befragungen nur eingeschränkt möglich; es können allenfalls Tendenzen ausgemacht werden. Dass Suizidwille eher das Ende einer unerträglichen Situation als den sofortigen Tod wünschen, wurde von der Mehrheit aller Studiengruppen bejaht (DGP-Mitglieder: 97,0%; M: 87,2%; J: 77,1%). Dennoch ist eine Abstufung der Zustimmung zwischen den Studiengruppen zu beobachten. Möglicherweise resultiert diese aus den unterschiedlichen Wissensständen über die Behandlungsmöglichkeiten verschiedener Leiden. So kann beispielsweise ein Mitglied der DGP bereits die Erfahrung gemacht haben, dass eine adäquate Schmerztherapie zu einer Minderung des Suizidwunsches führen kann. Auch (Göttinger) Medizinstudenten befassen sich im Rahmen von Lehrveranstaltungen ausführlich mit palliativen, symptomlindernden Therapiemöglichkeiten.

Ob der Wunsch nach ÄAS in der Regel wohlgedacht und lange gereift sei, beurteilten die Studiengruppen ebenfalls unterschiedlich. Während die Medizin- und Jurastudenten in etwa der Hälfte der Fälle „voll“ oder „eher“ zustimmten, waren es unter den DGP-Mitgliedern nur 21,1%. Entsprechend gaben in der DGP-Befragung 46,4% an „eher“, oder „überhaupt nicht“ zuzustimmen (M: 12,79%; J: 12,64%). Die Ergebnisse legen nahe, dass der Umgang mit Sterbenden und die Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben zur Folge hat, dass eine Endgültigkeit des Sterbewunsches angezweifelt wird. Dies wiederum stellt die Freiverantwortlichkeit infrage, welche entsprechend der Definition des 66. Deutschen Juristentages eine „nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruhende Entscheidung voraus [setzt]“ (Deutscher Juristen Tag 2006). Zu dem Schluss, dass der Wunsch nach dem baldigen Tod bei Sterbenden einer deutlichen Dynamik

unterliegen kann, kommt auch Ohnesorge in einer Studie, welche Sterbewünsche terminaler Krebspatienten prospektiv untersuchte (Ohnsorge et al. 2015). Es ist also denkbar, dass das Miterleben von Patientengeschichten in verschiedenen emotionalen Stadien, und einer Dynamik des Wunsches nach dem Tod Einfluss auf die Einstellungen der Befragten haben kann.

Zu der Endgültigkeit eines Sterbewunsches sollte auch nicht außer Acht gelassen werden, dass die (oben ausgeführte) Krankheitshypothese, also die Annahme, dass der Wunsch nach dem Tod selbst bereits ein Zeichen für eine Erkrankung ist, möglicherweise einen wichtigen Aspekt in sich trägt. Nämlich, dass die Wahrnehmung einer aussichtslosen Situation durch viele Faktoren, wie beispielsweise Schmerzen, Einsamkeit und Angst vor Abhängigkeit von Anderen, beeinflusst wird. Eine deutliche Mehrheit der Befragten gab an, dass sich Suizidwillige eher das Ende einer unerträglichen Situation, als den sofortigen Tod wünschten. Trotzdem hielt die Mehrheit beider Studiengänge einen freiverantwortlichen Suizid für möglich. Dies ist nur scheinbar ein Widerspruch, denn es zeigt auf, dass in unerträglichen Situationen Sterbewünsche aufkommen können. 90% der Studierenden hielten Sterbewünsche in Einzelfällen für nachvollziehbar. Praktisch muss aber immer die Frage gestellt werden, inwiefern der Wunsch durch die Verbesserung von faktischen Umständen - also beispielsweise der Optimierung einer Schmerztherapie, oder sogar nur durch das Ansprechen von Ängsten der Betroffenen - veränderbar und somit die Endgültigkeit des Sterbewunsches in Frage gestellt ist. Es erscheint offensichtlich, dass in diesen Fällen nicht die Unterstützung des Sterbewilligen bei der Planung des Suizids, sondern die Optimierung der Begleitumstände der primäre Ansatzpunkt sein sollte.

Dass diese Einschätzung unter den Medizinstudierenden verbreitet ist, lässt sich auch indirekt daraus ablesen, dass etwa drei Viertel angaben, dass eine adäquate palliativmedizinische Versorgung zu weniger Ersuchen von ÄAS führen würde. Damit ist der Anteil sogar größer, als bei den Mitgliedern der DGP (67,6%). Unter den Jurastudierenden war etwa die Hälfte dieser Meinung. Es ist möglich, dass Medizinstudierende das im Studium Gelernte mit großem Optimismus verinnerlichen, jedoch weniger Erfahrung mit schwierigen Patientengeschichten haben, in denen die palliativmedizinischen Therapiemöglichkeiten ausgereizt wurden und die Sterbewünsche des Patienten bestehen blieben. Auf der anderen Seite haben die Studenten der Rechtswissenschaften im Rahmen ihres Studiums keinerlei Kontakt mit den modernen palliativmedizinischen Therapiekonzepten und schätzen daher möglicherweise den Nutzen geringer ein. Geht man davon aus, dass diese unterschiedlichen Einschätzungen auf den variierenden Wissensständen zum Thema Palliativmedizin beruhen, liegt es nahe, dass Menschen in der Normalbevölkerung dazu neigen die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung zu unterschätzen. Im Falle einer schweren Erkrankung sind sie somit auf die Aufklärung durch Ärzte und andere Mitarbeiter im medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Bereich angewiesen. Das Wissen um Möglichkeiten der

Linderung - auch ohne kurative Absicht - kann unter Umständen Hoffnung auf ein würdiges Lebensende geben, wodurch Sterbewünsche überkommen werden können.

4.4 Die Folgen einer Enttabuisierung

Eine mögliche Sorge bezüglich der Enttabuisierung des ÄAS ist, dass sich mehr Menschen darum bemühen würden, weil sie sich als eine Belastung für ihre Familie/Gesellschaft fühlten. Dies wurde von den verschiedenen Gruppen unterschiedlich eingeordnet. 32,5% der Medizinstudenten und 45,9% der Jurastudenten stimmten der Aussage, dass eine Enttabuisierung dies zur Folge hätte „voll“ oder „eher“ zu. Die DGP-Mitglieder gaben dies zu 73,6% an. Dieser hohe Anteil ist bemerkenswert, da angenommen werden kann, dass viele DGP-Mitglieder Erfahrung im Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen haben. Er legt nahe, dass für sie der Eindruck entstanden ist, dass Patienten möglicherweise einen Suizid „für andere“ begehen würden und aus ebendiesen Gründen Sterbewünsche äußern. Dies deckte sich mit einer Befragung der deutschen Bevölkerung aus dem Jahr 2009, in der 89% der Befragten glaubten, dass die Legalisierung von ÄAS dazu führen würde, dass dieser vermehrt aus Angst eine Belastung für andere zu sein ersucht werden würde (Institut für Demoskopie Allensbach 2009). Auch arbeiteten Ohnsorg und Kollegen in ihrer Analyse von 30 final krebserkrankten Patienten heraus, dass dies ein Grund für das Äußern von Sterbewünschen sein kann (Ohnsorge et al. 2015). Möglicherweise liefert diese Erkenntnis eine Erklärung für die wiederholt beobachtete größere Ablehnung von ÄAS unter „Professionellen“, also regelmäßig mit Sterbenden Arbeitenden. Warum diese Sorge unter den Medizinstudenten deutlich weniger besteht, sogar erheblich weniger als bei den Jurastudenten ist auffällig, aber nicht leicht zu erklären. Ob dieser Unterschied ausschließlich auf die unterschiedliche Erfahrung zurückzuführen ist, oder es sich hierbei auch um unterschiedliche Einstellungen der verschiedenen Generationen handelt ist schwierig zu eruieren. Nicht von der Hand zu weisen ist jedoch, dass aus Sicht des Patienten das soziale Umfeld eine Rolle bei der Entscheidungsfindung für oder gegen ÄAS spielt. In einer Befragung der EKD im Jahr 2015 wurde von 53,8% der befragten Bürgern „eher-“ oder „voll zutreffend“ angegeben, dass in Bezug auf ihr eigenes Sterben die Angst bestehe, ihren Angehörigen oder anderen Bezugspersonen zur Last zu fallen (Ahrens und Wegner 2015). Aus ärztlicher Sicht ist das Wissen um diese Tatsache von großer Bedeutung, da bereits bei Äußerung eines Sterbewunsches durch einen Patienten eruiert werden sollte, worin dieser begründet ist. Wenn die Angst dem sozialen Umfeld zur Last zu fallen der Grund für den Wunsch nach ÄAS ist, muss primär versucht werden, dem Patienten diese Angst zu nehmen, bevor der unumkehrbare Schritt des Suizids in Betracht gezogen wird.

4.5 Einstellungen zur Gesetzeslage

Die Einstellungen von Studierenden zum § 217 StGB wurden bislang nicht untersucht, daher kommt dieser Frage besondere Bedeutung in dieser Studie zu. Es fällt auf, dass sowohl bei

Jura- als auch Medizinstudenten diesbezüglich sehr unterschiedlicher Ansicht bestehen. In beiden Gruppen stimmte etwas mehr als die Hälfte dieser gesetzlichen Regelung nicht zu (M: 51,4%, J: 52,1%). Jeweils eine knappe Hälfte stimmte zu. Da die Frage nicht verpflichtend war, muss beachtet werden, dass nur 219 der 259 Teilnehmer eine Antwort gaben. Aus den gegebenen Antworten geht aber deutlich hervor, dass der § 217 StGB durchaus kontrovers beurteilt wird. Wenn nicht zugestimmt wurde, sollte anschließend spezifiziert werden, warum nicht zugestimmt wurde. Nur einer dieser 113 Teilnehmer stimmte dem Gesetz nicht zu, weil er der Meinung war, dass jede Form der Hilfe zur Selbsttötung verboten sein sollte. 92 stimmten der gesetzlichen Regelung nicht zu, weil sie der Meinung waren, dass der assistierte Suizid legal von Organisationen angeboten werden dürfen sollte. Bezogen auf die Gesamtzahl der Teilnehmer waren 37,2% der Medizinstudenten und 34,1% der Jurastudenten für eine Legalisierung von Sterbehilfeorganisationen. Im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung ist dieser Anteil gering. Vor Verabschiedung des § 217 StGB gaben 60% der befragten deutschen Bürger an, die Legalität von Sterbehilfevereinen zu befürworten (Institut für Demoskopie Allensbach 2014). Durch die Auswertung der Freitextantworten wird deutlich, dass sich einige Teilnehmer wünschen, dass der assistierte Suizid als Leistung von Ärzten angeboten werden darf, jedoch nicht von Organisationen. Auch das Hinzuziehen von außenstehenden Psychologen und der Ausschluss von kommerziellen und niederen Motiven wurden mehrfach genannt. Insgesamt scheint die Mehrheit der Studierenden, die den § 217 StGB nicht gutheißen, die grundsätzliche Möglichkeit von (insbesondere ärztlich) assistiertem Suizid zu befürworten.

Dies wird auch deutlich, wenn man die genaueren Angaben, der Studenten betrachtet. Nur insgesamt 16 Teilnehmer lehnten ÄAS grundsätzlich ab (M: 7,1%; J: 5,9%). In einer vergleichbaren Befragung unter Medizin-, Jura- und Theologiestudenten aus dem Jahr 2011 lag der Anteil derjenigen Medizinstudierenden, die „eher gegen“ oder „gegen“ eine Regelung waren, die einem Arzt eine Suizidassistenz erlauben würde bei 34% (J: 32,6%) (Stiel et al. 2011). Schon damals war zwischen den Studiengängen bezüglich dieser Frage kein großer Unterschied auszumachen. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil der ÄAS Ablehnenden in der aktuellen Studie deutlich kleiner ist. Auch wenn keine vollständige Vergleichbarkeit gegeben ist, da die Fragestellungen nicht identisch waren, kann eine klare Tendenz ausgemacht werden. Dies wird untermauert von der Untersuchung von Anneser et al., welche im Juli 2015, also noch kurz vor der Verabschiedung des § 217 StGB, Medizinstudenten der Universität München befragte. Es zeigte sich, dass in den präsentierten Fallbeispielen ca. 22% der Befragten einen ÄAS für ethisch nicht vertretbar hielten. Da sich diese Zahl auf ein spezifisches Szenario bezieht, ist es möglich, dass der Anteil der ÄAS grundsätzlich ablehnt noch kleiner ist. Dass zwischen verschiedenen Generationen von Ärzten unterschiedliche Einstellungen bezüglich des ÄAS bestehen, wurde oben bereits diskutiert. Jedoch liegen zwischen den beiden Befragungen wenige Jahre, so dass kaum von einer anderen Generation gesprochen werden kann. Auch der von Stiel et al. angeführte Einfluss der deutschen

Geschichte bezüglich Euthanasie kann die Unterschiede kaum erklären (Stiel et al. 2011). Ein weiterer möglicher Einflussfaktor ist der öffentliche Diskurs über den ÄAS, der im Vorfeld der Verabschiedung des § 217 StGB geführt wurde. Durch die Diskussion wurden möglicherweise mehr Menschen mit dem Thema konfrontiert. Die öffentliche Meinung war ja, wie oben erwähnt, durchaus für eine liberale gesetzliche Regelung. Möglicherweise nahmen die Studenten bezüglich der medialen Aufarbeitung eher die Rolle eines nicht-professionellen Bürgers ein. Verglichen mit der Ärzteschaft, welche den ÄAS 2010 zu 62% ablehnte und den Mitgliedern der DGP (Ablehnung 56,1% im Jahr 2015, vor Verabschiedung des § 217 StGB), lehnte also nur ein sehr kleiner Teil beider Studiengänge den ÄAS grundsätzlich ab (Institut für Demoskopie Allensbach 2009; Jansky et al. 2017).

Am häufigsten wurde von beiden Studiengängen genannt, dass der Wunsch des Patienten das Hauptkriterium sein sollte und Ärzte diesen freiwillig anbieten können sollten (M: 38,1%; J: 36,5%). Dies entspräche einer sehr liberalen Lösung, da der Patient sich um den ÄAS bemühen könnte und Ärzte diesen Wunsch straffrei erfüllen könnten. Am zweithäufigsten präferiert wurde die Festlegung von überprüfbaren Kriterien, welche über die Zulässigkeit des ÄAS entscheiden sollten. Für die Straffreiheit von Ärzten in Dilemmasituationen, ohne den ÄAS grundsätzlich zu erlauben, sprachen sich 18% der Medizinstudierenden und 14,3% der Jurastudierenden aus. Der etwas größere Anteil unter den Medizinstudierenden kommt möglicherweise dadurch zustande, dass diese Regelung für praktizierende Ärzte großen Ermessensspielraum ermöglicht.

Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, den § 217 StGB für verfassungswidrig zu erklären scheint somit nach dem StGB derzeit keine Strafbarkeit des ÄAS vorzuliegen. Diese Verfassungswidrigkeit liege darin begründet, dass das Verbot geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung „dem Einzelnen faktisch kein Raum für die Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt“ (BVerfG 2020). Im gleichen Zuge wird festgehalten, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten. Diese nun vorliegende Liberalität, die der Einstellung eines großen Teils der Befragten zu entsprechen scheint, schafft neue Rahmenbedingungen. Jedoch definiert das vom BVerfG angeführte Persönlichkeitsrecht nur, dass ein Verbot von Suizidhilfe nicht mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Die unterschiedlichen Antworten der Studierenden, welche gesetzliche Regelung gelten sollte, zeigen auf, dass der Sachverhalt nun keineswegs abschließend geklärt ist. In welcher Form genau eine Suizidhilfe in Zukunft erfolgen kann und sollte, wird Bestandteil weiterer Debatten sein. Da zunehmend auch nachfolgende Generationen von Ärzten und Juristen Teil dieser Diskussionen sein werden, liegt eine weitere Liberalisierung zumindest nahe.

4.6 Kriterien für die Zulässigkeit des ÄAS

Alle Teilnehmer, die nicht angegeben hatten, den ÄAS grundsätzlich abzulehnen wurden anschließend gefragt, welche Kriterien sie für die Zulässigkeit eines ÄAS befürworten würden.

Am häufigsten als zulässiges Kriterium wurde eine unheilbare chronische Erkrankung mit hohem Leidensdruck, am zweithäufigsten der Verlust körperlicher Fähigkeiten im Rahmen einer unheilbaren Erkrankung (z. B. amyotrophe Lateralsklerose) gewählt. Eine unheilbare Erkrankung mit kurzer Lebenszeitprognose ordneten knapp zwei Drittel als ausreichend für einen ÄAS ein. Etwa die Hälfte sah in einer fortschreitenden Degeneration kognitiver Fähigkeiten (z. B. Demenz) eine zulässige Voraussetzung für einen ÄAS. Eine therapieresistente chronische psychische Erkrankung, welche lange besteht und keine Aussicht auf Besserung verspricht hielten 27,0% als zulässig. Bei einer Befragung von Stiel et al. im Jahr 2006 war der Anteil von Medizin- und Jurastudierenden, der in diesem Fall einen ÄAS für „zulässig“ oder „eher zulässig“ hielt bei etwa 21% (Stiel et al. 2011). Die alleinige Präferenz des Patienten, z. B. Angst vor Verlust der Selbstständigkeit wurde von 16,7% der Frageteilnehmer gewählt. Dies legt nahe, dass zwar der ÄAS als wählbare Leistung befürwortet wird, die Präferenz des Patienten jedoch hierfür nicht ausreicht.

Auffällig war, dass im Freitextfeld häufig mitgeteilt wurde, dass es schwierig sei, generelle Aussagen zu treffen, und daher keine Angabe gemacht wurde. Dies zeigt auch ein zentrales Problem der Festlegung von Kriterien auf. Fest definierte Kriterien können keine individuellen Situationen beachten. So kann es sein, dass ein Patient alle Kriterien erfüllen würde, jedoch keinen Leidensdruck verspürt und gleichzeitig ein anderer Patient die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt, jedoch ein massiver persönlicher Leidensdruck besteht.

Des Weiteren ist davon auszugehen, dass in Zukunft die diagnostischen Möglichkeiten zur Früherkennung von degenerativen Erkrankungen zunehmen werden. Immerhin die Hälfte der Studierenden befürworteten die Zulässigkeit von ÄAS im Falle einer solchen Erkrankung. Ab wann das Kriterium „fortschreitende Degeneration kognitiver Fähigkeiten“ erfüllt ist, kann schwer festgelegt werden. Auch ist im Falle dieser chronischen Erkrankungen die Möglichkeit zu bedenken, dass unter Umständen in Zukunft eine effektive Therapie möglich sein wird. Ähnliches gilt auch in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen.

Während in einem gesetzlichen Kontext, der geschäftsmäßige Suizidhilfe verbietet, die Erarbeitung von Kriterien für die Zulässigkeit sinnvoll erscheint, muss mit der nun herrschenden Situation, dass der § 217 StGB verfassungswidrig ist, dies in Frage gestellt werden. Das Urteil stellt klar, dass Suizidwilligen durch das Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe der Raum zur Ausübung ihrer verfassungsrechtlich geschützten Freiheit eingeengt wird. Während ein Verbot von „für die Autonomie gefährlichen“ Formen der Suizidbeihilfe weiterhin möglich ist, muss im Einzelfall der Zugang zu Suizidassistenz „real eröffnet [bleiben]“ (BVerfG 2020). Somit rückt das Selbstbestimmungsrecht in das Zentrum

der Entscheidungsfindung. Eine Zulässigkeit nur bei Erfüllung von Kriterien erscheint daher unzulässig. Lediglich Kriterien die die Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen in Frage stellen oder die Autonomie gefährden dürfen einen ÄAS ausschließen. Insbesondere die „Präferenz des Patienten, z. B. Angst vor Verlust der Selbstständigkeit“ wurde von nur 16,7% der Befragten als Kriterium für die Zulässigkeit des ÄAS eingeordnet. In dieser Hinsicht zeigt sich eine starke Diskrepanz zwischen dem, was derzeit rechtlich möglich erscheint und dem, was die teilnehmenden Studierenden für sinnvoll erachteten.

4.7 Persönliche Beteiligung

Unabhängig von der gesetzlichen Regelung und insbesondere in einem liberalen rechtlichen Umfeld wird die Praxis rund um den ÄAS in Zukunft auch davon abhängig sein, ob Ärzte bereit sind diese Assistenz zu leisten. Zudem stellt der Beschluss des BVerfG klar, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten. In vergangenen Befragungen gab es meist einen Anteil der Befragten, der sich eine persönliche Beteiligung an einem ÄAS nicht vorstellen konnte (Jansky et al. 2017). 5,8% der Medizinstudenten lehnten in unserer Befragung diese Beteiligung grundsätzlich ab, weitere 14,1% konnten sich die persönliche Beteiligung nicht vorstellen, waren aber der Meinung, dass es Situationen gebe, in denen der ÄAS durch einen anderen Arzt moralisch vertretbar wäre. Immerhin 75% der befragten Medizinstudenten konnten sich eine persönliche Beteiligung unter den vorher jeweils angegebenen Voraussetzungen vorstellen. In der DGP-Befragung lehnten 56,1% der ärztlichen Teilnehmer den ÄAS grundsätzlich ab. 34,5% konnten sich eine persönliche Beteiligung grundsätzlich vorstellen. Dieser sehr deutliche Unterschied wirft die Frage auf, ob mit Eintreten der Befragten Studentengeneration ins Berufsleben eine drastische Veränderung der gängigen Praxis des ÄAS zu erwarten ist, insbesondere da das BVerfG die grundsätzliche Möglichkeit einer legalen Suizidhilfe vorsieht. Es bedarf jedoch der Anmerkung, dass in der Vergangenheit sich „Professionelle“, also mit Sterbenden arbeitende, dem ÄAS eher ablehnend gegenüberstanden (Müller-Busch et al. 2005; Zenz et al. 2015). Daher ist es gut möglich, dass der hohe Anteil angehender Ärzte, die sich eine Beteiligung an einem ÄAS aktuell vorstellen können, im Verlauf ihres Berufslebens abnehmen könnte.

4.8 Meinungsänderung

Einerseits beschreibt die Untersuchung die Einstellungen zum Thema ÄAS und versucht sie in die bereits bestehenden Erhebungen der Einstellungen anderer Generationen der gleichen Professionen einzuordnen. Zum anderen ist jedoch auch interessant, ob die Meinung der einzelnen Befragten sich im Verlauf der Zeit verändert hat. Insbesondere die Frage inwiefern das jeweilige Studium sich auf die Meinung ausgewirkt hat oder welche Erfahrungen zu einer Meinungsänderung geführt haben ist diesbezüglich von Interesse. Es zeigt exemplarisch, welche Faktoren die Meinungsentwicklung häufig beeinflussen. Durch die Freitextoption in dieser Frage konnten die Teilnehmer genau angeben, welche Umstände sie für die Änderung

ihrer Ansichten als wichtig einordnen. Die Analyse der Antworten zeigt, dass sehr häufig klinische Erfahrungen mit Erkrankungen und Patientenschicksalen zu einer Veränderung der Einstellung führten. Am zweithäufigsten wurde die Beschäftigung mit dem Thema allgemein, oder im Rahmen des Studiums als beeinflussender Faktor angegeben. Auch Änderungen der religiösen Überzeugungen und Erfahrungen im persönlichen Umfeld beeinflussten bei einigen Teilnehmern die Meinung. Die Tatsache, dass die klinischen Erfahrungen offensichtlich bei vielen Teilnehmern einen meinungsverändernden Effekt hatten, unterstützt die These, dass „Professionelle“ häufig eine andere Einstellung zum Thema des ÄAS zeigen als die Allgemeinbevölkerung oder auch Ärzte, die im Rahmen ihrer Tätigkeit selten mit Tod und Sterben konfrontiert sind. Allerdings suggerieren die Antworten, dass die Erfahrungen mit Schwerkranken auch zu einer Befürwortung von ÄAS führen können. In diesem Kontext wird in den Freitextantworten das Wort „Leid“ von mehreren Teilnehmern verwendet. Dies würde der Annahme widersprechen, dass die Arbeit mit Schwerkranken grundsätzlich zu einem vermehrten Ablehnen eines ÄAS führt. Demgegenüber gaben jedoch auch einige Teilnehmer an, dass die gewonnene Kenntnis über die Möglichkeiten der Palliativmedizin zu vermehrter Ablehnung des ÄAS geführt hätte.

Insgesamt kann gesagt werden, dass ein großer Teil der Teilnehmer, die ihre Meinung im Verlauf des Studiums veränderten, dies in Richtung einer Befürwortung des ÄAS taten. Dies deckt sich mit den vorherigen Untersuchungen, die eine Liberalisierungstendenz über die Zeit zeigten (Emanuel EJ et al. 2016).

4.9 Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch, gefühlte Vorbereitung auf Sterbewünsche im Berufsleben

Mehr als drei Viertel der befragten Medizin- und etwa die Hälfte der Jurastudierenden hatten bereits Kontakt mit dem Thema Sterbewunsch. Dieser Kontakt fand vor allem während praktischer Tätigkeit, theoretisch im Unterricht und im privaten Umfeld statt. Zwei Teilnehmer gaben an, selbst bereits maligne erkrankt gewesen zu sein. Etwas mehr als die Hälfte beider Studiengruppen gaben an, theoretischen Kontakt mit dem Thema im Unterricht gehabt zu haben. Aufgrund der unterschiedlichen Semester der Studierenden kann jedoch nicht geschlossen werden, dass der Kontakt im Rahmen des Studiums nicht stattfindet, da er unter Umständen noch bevorsteht.

Von den Befragten Medizinstudierenden im 6. Klinischen Semester gaben vier von fünf an, dass das Thema Umgang mit Sterbewünschen einen größeren Stellenwert im Studium haben sollte. Diese Aussage ist jedoch nur eingeschränkt auswertbar, da es Indizien dafür gibt, dass einige Teilnehmer missverständlicher Weise Fach- anstelle klinischer Semester angaben. Beispielsweise merkte ein Teilnehmer in dem Kommentarfeld zur Studie am Ende des Fragebogens an, dass er fälschlicherweise angegeben hatte im 12. klinischen Semester zu sein, jedoch im 6. Klinischen Semester studiere. Die Verteilung der Semesterangaben legt nahe, dass dieser Fehler mehrfach unterlief. Dies hätte zur Folge, dass die Teilnehmer im sechsten

Fachsemester, also zweiten klinischen Semester angaben, dass das Thema einen größeren Stellenwert haben sollte. Da ein großer Teil der palliativmedizinischen Lehre erst danach stattfindet, wäre diese Einschätzung nachvollziehbar.

Die Auswertung der fünf Freitextantworten legt nahe, dass aus Sicht der Befragten eine Vorbereitung durch das Studium nur begrenzt möglich ist und der eigene Charakter und die Berufserfahrung entscheidenden Einfluss haben, ob der Einzelne sich für den Umgang mit Sterbewünschen vorbereitet fühlt.

4.10 Zustimmung zur Musterberufsordnung für Ärzte

Wie in der Einleitung ausgeführt, ist die aktuelle Fassung der Musterberufsordnung bezüglich des ÄAS durchaus umstritten, so dass die Landesärztekammern unterschiedliche Versionen in ihre Berufsordnungen aufgenommen haben. Es geht hierbei nicht nur um das Selbstverständnis der Ärzteschaft und die Frage was Teil ärztlichen Handelns sein sollte und was nicht (Lipp und Simon 2011). Auch standesrechtliche Konsequenzen können bei Verstoß gegen die Berufsordnung drohen. Da mit dem Wegfall des § 217 StGB Ärzten die Suizidbeihilfe leisten zunächst keine strafrechtlichen Konsequenzen drohen, gewinnt die Haltung der Ärzteschaft an Bedeutung. Daher ist es von Vorteil, wenn sich ein großer Anteil der Ärzteschaft mit dieser Ausrichtung des ärztlichen Handelns identifizieren kann. Während in der Befragung der Mitglieder der DGP 30,6% angeben dem Satz „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ nicht zustimmten, war der Anteil unter den Medizinstudierenden mit 70,3% deutlich höher. Positiv standen dieser Aussage nur 12,2% der Medizinstudierenden gegenüber. Das ist ein sehr geringer Anteil, betrachtet man die Tatsache, dass dieser Satz Teil der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, der Repräsentation der deutschen Ärzteschaft ist. Man kann argumentieren, dass die Zustimmung zum ÄAS gegenüber grundsätzlich mit dem zunehmenden Alter der Befragten abnimmt, und daher die Studentenschaft dieses Verbot in der MBO eher ablehnt. Auch die Tatsache, dass „Professionelle“ im Bereich der Palliativmedizin sich schon häufiger kritischer gegenüber dem ÄAS gezeigt haben, kann möglicherweise einen Teil der unterschiedlichen Einstellungen erklären (Müller-Busch et al. 2005; Zenz et al. 2015). Des Weiteren sehen zukünftige Ärzte gegebenenfalls in dem Verbot eine Einschränkung von Entscheidungen in individuellen Krankheitssituationen und heißen daher das absolute Verbot nicht gut. Allerdings gaben auch 54% der Jurastudenten an, dem Verbot „Eher nicht“ oder „Gar nicht“ zuzustimmen. Möglicherweise lehnen Jurastudenten das absolute Verbot überwiegend ab, da Ängste rund ums Sterben in der Gesamtbevölkerung häufig sind und in ÄAS eine Art Ausweg aus den befürchteten Problemen wie einem langen Sterbeprozess und dem zur Last fallen für Angehörige gesehen wird. Entsprechend würde das Verbot dem Einzelnen oder seinen Angehörigen den Zugang zu ÄAS erschweren.

4.11 Verständnis des Gesetzestextes zum § 217 StGB und aktuelle Entwicklungen

Ein wichtiger Aspekt eines Gesetzes ist die Anwendbarkeit in realen Situationen. Daher ist die Frage, ob der Gesetzestext von jenen Menschen, deren berufliche Tätigkeit Sterbende involviert, verstanden wird, von großer Bedeutung. Auch das Verständnis von angehenden Juristen kann Tendenzen aufzeigen, wie ein Gesetz in Zukunft interpretiert werden wird. Die Befragung zeigt, dass ein großer Teil beider Gruppen den Eindruck hat, dem § 217 StGB nicht entnehmen zu können, wann ein Arzt sich strafbar machen würde und wann nicht (M: 66,9%; J: 58,6%). Dass unter den Medizinstudenten die Unsicherheit mit etwa zwei Dritteln größer ist, als bei den Jurastudenten erscheint plausibel, da zum einen der Umgang mit Gesetzestexten kein Teil der medizinischen Ausbildung ist und zum anderen möglicherweise der Druck sich unter Umständen im zukünftigen Arbeitsleben strafbar zu machen eine Unsicherheit der Interpretation begünstigt. Einschränkend muss gesagt werden, dass jedes Gesetz Raum für Interpretation lässt und häufig Experten um die richtige Auslegung debattieren. Im vorliegenden Fall jedoch war die Folge eine mögliche Verunsicherung einer Profession, die durch die bloße Ausübung ihres Berufes vor schwierige Situationen am Rande der Strafbarkeit gestellt wurde. Ähnliche Ergebnisse zeigte Zenz und Kollegen die auf einem Palliativkongress Ärzte und Pflegende aus dem Bereich der Palliativmedizin befragten, ob für sie aus dem Gesetz hervorgehe, welche Form der Suizidbeihilfe nach dem § 217 StGB erlaubt war und welche nicht. 54,3% gaben an, dass es „eher“ oder „bestimmt nicht“ aus dem Gesetz hervorginge (Zenz et al. 2017).

So überrascht es nicht, dass nach Verabschiedung des Gesetzes im Dezember 2015 eine mediale und juristische Debatte darüber geführt wurde, welche Konsequenzen dies für die ärztliche Praxis haben würde (Tolmein 2016; Bundesärztekammer 2017).

Unterstützend für Ärzte in vergleichbaren Situationen veröffentlichten Radbruch und Tolmein 2017 einen Artikel mit Fallbeispielen und einer Art Ampelsystem, welche die potentielle Strafbarkeit verschiedener Handlungen illustrieren (Tolmein und Radbruch 2017). Diese sicherlich in der klinischen Praxis hilfreichen Informationen waren jedoch symptomatisch für die Situation, in der sich Ärzte die Sterbende behandeln befanden. Schließlich wurde empfohlen, dass im Zweifel fragliche Entscheidungen nicht von einem Individuum erfolgen sollten, sondern unter Einbezug klinischer Strukturen der Ethikberatung, beispielsweise eines Klinischen Ethik Komitees (KEK).

Es folgten Verfassungsbeschwerden von Patienten, Ärzten und Sterbehilfvereinen, welche jedoch im Juli 2017 zunächst abgelehnt wurden (BVerfG 2017).

Zu Beginn der weiterführenden Verhandlungen im April 2019 dämpfte Andreas Voßkuhle, der Präsident, des Verfassungsgerichts die Erwartungen zum Auftakt der Verhandlung in Karlsruhe: Es gehe „nicht um die moralische oder politische Beurteilung der Selbsttötung und ihrer Folgen

für die Gesellschaft, (...) sondern allein um die Reichweite des Freiheitsraums, den das Grundgesetz einer staatlichen Strafdrohung entgegensetzt" (Deutsches Ärzteblatt 2019).

Im Februar 2020 erklärte das Verfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe für verfassungswidrig. Die Auswirkungen auf das ärztliche Handeln, die Muster-Berufsordnung und die Gesetzgebung sind zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht absehbar, jedoch steht fest, dass ein Ende der Debatte nicht abzusehen ist.

Die Vielschichtigkeit der Diskussion zeigt sich auch in der Tatsache, dass das Bundesverwaltungsgericht im März 2017 entschied, dass „der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine Selbsttötung mit dem Zweck des Gesetzes ausnahmsweise vereinbar ist, wenn sich der suizidwillige Erwerbende wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.“ Es gingen zahlreiche Anträge ein. Im Juli 2018 wies das Bundesgesundheitsministerium das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an, diese Anträge abzulehnen. Dies wertete die Fraktion der Freien Deutschen Demokraten (FDP) als Wertungswiderspruch zu der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (Osterloh 2019).

Zusammenfassend kann bezüglich der Praxis festgehalten werden, dass der § 217 StGB im Jahr 2015 keineswegs einen eindeutigen gesetzlichen Rahmen schuf. Zudem wurde der § 217 StGB bereits im Jahr 2020 für verfassungswidrig erklärt, so dass unter Berücksichtigung der Debatte um das BtMG und die MBO von Seiten der Ärzteschaft derzeit Unklarheit besteht, ob und in welcher Form der assistierter Suizid Teil ärztlichen Handels sein darf oder auch sein sollte.

4.12 Limitationen

Es handelt sich bei der Studie um eine Befragung unter Studierenden der Medizin und des Rechts der Universität Göttingen. Insofern ist das Ergebnis nicht ohne weiteres auf Studierende anderer Universitäten zu übertragen. Unterschiedliche Lehrveranstaltungen können Einfluss auf die Meinungsbildung des Einzelnen haben.

Um ausreichend Teilnehmer für die Auswertung der Befragung zu generieren, erfolgte die Rekrutierung nicht, wie initial geplant, streng innerhalb von Semestern. Durch die vielen Semestersprünge durch Freisemester und Auslandsaufenthalte befanden sich auch Studenten anderer Semester in den E-Mail-Listen und Facebook-Gruppen. Zudem war teils eine präzise Angabe des Fachsemesters der Medizinstudierenden nicht möglich, da die Angabe in „klinischen Semestern“ beziehungsweise „gesamten Fachsemestern“ erfolgte. So konnten nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die bereits erfolgte Lehre gezogen werden.

Retrospektiv wäre eine andere Formulierung der Fragestellung besser gewesen. Beispielsweise „vor wie vielen Semestern haben Sie das Physikum bestanden?“ oder „Wann werden Sie voraussichtlich am dritten Staatsexamen teilnehmen?“. Dies hätte den Vorteil, dass der Verwirrung von Fachsemestern und klinischen Semestern vorgebeugt wäre. Um den

Einfluss der Lehrveranstaltungen besser eruieren zu können hätte auch erfragt werden können, an welchen Lehrveranstaltungen der Palliativmedizin bereits teilgenommen wurde.

Eine akkuratere Aussage wäre zudem möglich gewesen, wenn alle Studierenden der Zielsemester teilgenommen hätten. Durch die Einladung via E-Mail nahmen möglicherweise anteilig viele Studenten teil, welche ohnehin an dem Thema interessiert waren, und gegebenenfalls überdurchschnittlich viel Wissen zu dem Thema hatten.

Des Weiteren handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine explorative Studie und eine deskriptive Auswertung. Es bedarf weiterer Untersuchungen, um die Einstellungen – insbesondere nach der erneuten rechtlichen Änderung durch den Entfall des § 217 StGB - von Studierenden zu erfassen. Zudem befindet sich das untersuchte Thema bezüglich der gesellschaftlichen, rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen im steten Wandel. Die vorliegende Arbeit kann dabei nur einen umschriebenen Zeitpunkt abbilden.

4.13 Schlussfolgerungen

Das Thema des ÄAS wird sowohl von den Jura-, als auch von den Medizinstudierenden als wichtig eingeschätzt. Die vorliegende Studie illustriert die sehr heterogenen Auffassungen zum Thema des ÄAS. Ein Bild das sich bereits bei der Befragung unter Mitgliedern der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zeigte (Jansky et al. 2017). Jedoch scheint nicht nur die persönliche Einstellung zu diesem Thema stark zu variieren, sondern auch das Verständnis, was im deutschen Rechtssystem erlaubt ist und was nicht. Immerhin zwei Drittel der Medizin- und über die Hälfte der Jurastudierenden gaben an, dem § 217 StGB nicht entnehmen zu können, welche Handlungen danach für einen Arzt in Bezug auf den ÄAS strafbar sind und welche nicht. Explizit erwähnt wurde die schwierige Definition des Wortes „geschäftsmäßig“ und der Frage, wer als „nahestehend“ gewertet werden darf. Zu Beginn der Befragung gaben bei der Konfrontation mit einem Fallbeispiel jedoch nur sehr wenige an, sich bezüglich der Strafbarkeit bei der Handlung des beschriebenen Arztes nicht sicher zu sein. Dies legt nahe, dass die Unsicherheit den Befragten primär nicht bewusst war.

Mit der Aufhebung des § 217 StGB durch das BVerfG im Februar 2020 erlangt diese Befragung der zukünftigen Mediziner- und Juristengeneration eine neue Bedeutung. Als Begründung für die Verfassungswidrigkeit wurde vor allem die Einschränkung des Persönlichkeitsrechts des Suizidwilligen angeführt (BVerfG 2020). Insofern werden zukünftige Regelungen diesen Aspekt achten müssen und Suizidassistentz nicht grundsätzlich ausschließen können. Unter entsprechend liberaleren gesetzlichen Regelungen gewinnen die Ansichten der Mediziner und Juristen erhebliche Bedeutung. Während das Gesetz dem ÄAS nun nicht mehr grundsätzlich den Riegel vorschiebt, bleiben die Bedenken trotz des Urteils des BVerfG bestehen, dass beispielsweise Sterbewünsche häufig nicht den sofortigen Tod, sondern das Ende einer unerträglichen Situation in sich tragen (Nauck et al. 2014). Eine Aussage die von einer großen Mehrheit der Befragten der DGP, der Medizinstudierenden und der Studierenden des Rechts getragen wird.

Mehr als die Hälfte beider Studiengruppen gaben an, dem § 217 StGB nicht zuzustimmen. Von diesen wünschte sich ein großer Teil die Legalität des assistierten Suizids durch Organisationen, welcher durch das Gesetz im Jahr 2015 explizit verhindert werden sollte. Außerdem wurde der Wunsch nach einer expliziten Erlaubnis der Suizidhilfe durch Ärzte geäußert. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass eine große Mehrheit, insbesondere der Medizinstudierenden, sich gegen ein Verbot des ÄAS in der Muster-Berufsordnung aussprach. Im Vergleich zu den im Vorfeld befragten Mitgliedern der DGP, sind die Medizinstudierende dem ÄAS gegenüber positiver eingestellt, viele können sich auch eine persönliche Beteiligung vorstellen.

Insbesondere bei Medizinerinnen ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit in Berührung mit Sterbewünschen kommen (Schildmann et al. 2014). Es ist erforderlich, dass sie auf diese Situationen vorbereitet werden.

Bei genauerer Betrachtung umfasst dies unterschiedliche Aspekte. Zum einen das Gefüge aus rechtlichen, berufsrechtlichen, ethischen und gesellschaftlichen Faktoren. Insbesondere die Wichtigkeit der Vorbereitung auf das rechtliche Umfeld zeigt sich in der vorliegenden Befragung. Dies umfasst nicht nur das Wissen um die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen, sondern auch eine Sensibilisierung für die Vielschichtigkeit der Bewertung einzelner Situationen von juristischer Seite. Insbesondere in Anbetracht der sich im Wandel befindlichen Regelungen, erscheint die Ermutigung sich im Zweifelsfall professionellen Rat einzuholen von großer Bedeutung zu sein.

Zum anderen umfasst es die medizinische Seite, welche wiederum den Umgang mit Sterbewünschen und die Therapiemöglichkeiten der modernen Palliativmedizin beinhaltet. Das Wissen um die Notwendigkeit einfühlsamer Gesprächsführung, um Gründe für die Sterbenswünsche zu erkennen und anzusprechen ist von hoher Wichtigkeit. Insbesondere die Erkenntnis, dass Sterbewünsche unterschiedlich begründet und vorübergehend sein können sollte Teil der Ausbildung sein. Ein fundiertes Wissen um die modernen Möglichkeiten der Schmerztherapie und palliativen Symptombehandlung ist einerseits die Grundlage für die bestmögliche Behandlung der Patienten. Andererseits können durch entsprechende ärztliche Aufklärung Ängste vor Schmerzen und Leid verringert werden, so dass dem Wunsch zu Sterben mit der Hoffnung auf Symptomlinderung entgegen werden kann.

Eine regulierte Suizidassistenz, die gleichzeitig die Suizidprävention fördert, war nach dem § 217 StGB nicht möglich, da sie eine Geschäftsmäßigkeit beinhalten würde. Möglicherweise bietet die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes, nämlich, dass der § 217 StGB verfassungswidrig ist, die Chance zur Etablierung entsprechender Strukturen.

Wie genau die zukünftige Praxis nun aussehen sollte muss nun neu diskutiert werden. Teilfragen, wie beispielsweise, welche Voraussetzungen für die legale Durchführung des ÄAS erfüllt sein müssen, werden wieder neue Bedeutung bekommen. In diese Diskussion sollten Ärzte, Ethiker, Juristen und betroffene Patienten, aber auch die Gesellschaft eingebunden

werden. In der Vergangenheit zeigte sich die Einstellung der verschiedenen Berufsgruppen, Fachdisziplinen und Generationen dynamisch und es ist davon auszugehen, dass sich dieser stete Wandel fortsetzen wird. Unabhängig von der Richtung, die die zukünftige Entwicklung nehmen wird, ist der regelmäßige, konstruktive Dialog mit den verschiedenen Beteiligten der Grundstein für eine Regelung, die breite Akzeptanz findet. Jede Änderung der Praxis erfordert ein gelegentliches Innehalten und Evaluieren. Es ist die Aufgabe der Legislative, der Medizin und der Wissenschaft, diesen Prozess aktiv zu begleiten. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, werden weitere Untersuchungen notwendig werden. Selbstverständlich muss auch die Stimme derer Gehör bekommen, um deren Wohl es schlussendlich geht. Sichtweisen und Erfahrungen von Betroffenen waren kein Teil dieser Befragung. Um das Thema umfassend zu behandeln sind weitere, beispielsweise longitudinale Untersuchungen notwendig, in denen auch die Meinungen der Patienten und ihrer An- und zugehörigen Beachtung finden sollten. Die durchgeführte Befragung zeigt die Schwierigkeit auf, eine gesetzliche Regelung für dieses vielschichtige Thema des ÄAS zu finden, da Schicksale und Patientengeschichten immer individuell betrachtet werden müssen. Auch zeigt sich, dass bei Medizinstudierenden der häufigste Grund für Meinungsänderung während des Studiums die Erfahrung in der Klinik und das Erleben von Patientenschicksalen ist. Daher erscheint eine Betrachtung, die diese ignoriert, zu nüchtern. Das Wissen, dass Sterbewünsche oft aus einer persönlichen Aussichtslosigkeit entstehen gehört ebenso in die Betrachtung, wie das Bewusstsein, dass es keinen Menschen gibt, den dieses Thema nicht betrifft. Inzwischen wissen wir, dass der Lebenswille und der Todeswunsch nahezu gleichzeitig bei einem Menschen bestehen kann (Voltz et al. 2011). Während das Ziel, dass man den Betroffenen in dieser Situation umfassende Hilfe anbieten muss, unumstritten ist, zeigt die vorliegende Studie wie unterschiedlich diese Hilfe aussehen kann und sollte. Denn am Ende geht es darum jedem Menschen in seiner individuellen Situation einen würdigen letzten Lebensabschnitt zu ermöglichen.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Vorkenntnisse und persönlichen Einstellungen zu und Erfahrungen mit ÄAS von Medizin- und Jurastudenten. Die Fragebogenentwicklung erfolgte auf Grundlage einer zuvor durchgeführten Studie der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Wichtige Themenkomplexe umfassten Sterbewünsche und die eigenen Einstellungen und Erfahrungen zum Thema ÄAS. Der Fragebogen wurde umfassend auf die Besonderheiten der Zielgruppe der Studierenden überarbeitet und verändert. Zwischen den beiden Befragungen lag die Verabschiedung des Gesetzes § 217 StGB im November 2015, welches „geschäftsmäßige“ Suizidbeihilfe strafbar machte und zu einer Verunsicherung mancher im medizinischen Kontext arbeitenden Fachkräfte führte. Es wurde ein Fallbeispiel präsentiert, in dem die Verschreibung eines tödlichen Medikaments durch einen Hausarzt für eine sterbenskranke Patientin ohne und mit Einblendung des Gesetzestextes auf einer fünfstufigen Skala hinsichtlich der Strafbarkeit eingeschätzt werden sollte. Die Auswertung erfolgte statistisch deskriptiv. Die Daten wurden im Rahmen einer Online-Befragung erhoben. 259 vollständig ausgefüllte Fragebögen gingen ein, 172 von Medizinstudierenden, 87 von Jurastudierenden.

Während ohne den Gesetzestext etwa die Hälfte der Medizin- und fast 60% der Jurastudierenden der Meinung waren, dass die beschriebene Handlung auf keinen Fall/eher nicht strafbar wäre, sank nach Einblendung des Gesetzestextes dieser Anteil in beiden Gruppen deutlich auf circa ein Drittel. Etwas weniger als die Hälfte beider Studiengänge stimmten dem § 217 StGB zu. Von den Nicht-Zustimmenden wünschte sich der Großteil eine Legalisierung von Sterbehilfevereinen. Von beiden Studierendengruppen gaben mehr als die Hälfte an, dem Gesetz nicht entnehmen zu können, wann ein Arzt sich strafbar nach § 217 StGB macht. Mehr als zwei Drittel der Medizinstudenten stimmten dem Verbot des ÄAS in der Musterberufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. Nur etwa 6% der Mediziner lehnten den ÄAS grundsätzlich ab, drei Viertel könnten sich eine persönliche Beteiligung unter Umständen vorstellen.

Im Vergleich zu Palliativversorgern haben die Medizin- und Jurastudenten eine liberalere Einstellung zum ÄAS. Auch verglichen mit vorherigen Untersuchungen unter Medizin- und Jurastudierenden, Ärzten und anderen im medizinischen Kontext Arbeitenden ist in der aktuellen Befragung der Anteil jener, die sich eine Legalisierung des ÄAS wünschen, hoch. Es bestätigt sich der bereits formulierte Trend hin zu einer Liberalisierung des ÄAS. Auch scheint sich zu bestätigen, dass die nachfolgende Generation der Ärzte den Liberalisierungstrend fortsetzen wird. Dass der Umgang mit Sterbenden selbst einen entgegengesetzten Effekt auf die Einstellung zum ÄAS hat, legt die Beobachtung nahe, dass professionell mit Sterbenden Arbeitende die Durchführung des ÄAS häufig kritischer sehen, als Referenzgruppen. Im Kontrast dazu gaben einige Befragte an, dass ihre Meinung in den vergangenen Jahren aufgrund von Umgang mit Schwerkranken liberaler bezüglich des ÄAS geworden sei.

Der Beschluss des BVerG vom Februar 2020 zeigt auf, dass die Diskussion um die Frage, welche Rolle Ärzte am Lebensende spielen sollten, nicht beendet ist, zumal nach wie vor nicht klar ist, ob der ÄAS zu den ärztlichen Aufgaben gehören sollte. Im Gegenteil: Es gilt nun, die Rahmenbedingungen festzulegen und menschenwürdige und umsetzbare Regelungen zukünftig umzusetzen. Durch den Einblick in die Blickwinkel der nächsten Generation von Ärzten und Juristen kann vermutet werden, dass die Diskussion weiterhin kontrovers geführt werden wird. Jedoch legen die präsentierten Daten nahe, dass ein größer werdender Anteil der zukünftigen Ärzte bereit wäre sich am ÄAS zu beteiligen.

6 Anhang

6.1 Ethikvotum

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : **UMG**
GÖTTINGEN

Ethik-Kommission der Universitätsmedizin Göttingen, Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

Ethik-Kommission der
Universitätsmedizin Göttingen
Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Referentin
Regierungsrätin Doris Wettschreck
0551 / 39-8644 Telefon

Herrn
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin
Robert-Koch-Straße 40

Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen
Adresse
0551 / 39-6629 Telefon
0551 / 39-9536 Fax
ethik@med.uni-goettingen.de E-Mail
www.ethikkommission.med.uni-goettingen.de

vorab per E-Mail: [Friedemann.Nauck@med.uni-](mailto:Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de)
Nachrichtlich an: Herrn Aric Benjamin Keller, per E-Mail: aric.keller@stud.uni-goettingen.de

08.08.2016 br - gö Datum

Antragsnummer: DOK_113_2016 (bitte stets angeben)

Studientitel: Meinungserhebung zum Thema ärztlich assistierter Suizid unter Studierenden der Medizin und der Rechtswissenschaften

Antragsteller: Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Klinik für Palliativmedizin, UMG
Doktorand: Aric Benjamin Keller

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Nauck, sehr geehrter Herr Keller,

bei dem oben genannten Forschungs- und Promotionsprojekt handelt es sich nach meiner Einschätzung nicht um durch eine medizinische Ethikkommission bewertungspflichtige medizinische Forschung am Menschen. Insofern ist hier eine Beratung durch die Kommission nicht erforderlich.

Ich darf Ihnen aber als Vorsitzender der Ethikkommission mitteilen, dass ich gegen das interessante Projekt keine Bedenken habe.

Bitte erlauben Sie mir einen Hinweis:

Sofern nicht ohnehin geplant oder schon längst geschehen, sollten Sie für alle Befragten ein Informationsblatt erstellen, in der über Hintergrund, Durchführung und Bedeutung der Studie informiert wird und auch darüber, wo und zu welchem Zweck welche Daten wie lange aufbewahrt werden. Dieses Informationsblatt sollte bei jedem der Beteiligten bleiben. Selbstverständlich darf dieses Blatt soweit allgemein gehalten sein, dass es keine Ansichten suggeriert.

Sofern im Laufe der Projektdurchführung irgendwelche ethischen oder rechtlichen Fragen aufkommen sollten, kommen Sie bitte gern wieder auf die Ethikkommission zurück.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei dem Projekt.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. J. Brockmüller
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Stiftung Öffentlichen Rechts Vorstand Prof. Dr. Heyo K. Kroemer (Forschung und Lehre, Sprecher des Vorstands) Dr. Martin Siess (Krankenversorgung) Dr. Sebastian Freytag (Wirtschaftsführung und Administration)
Sparkasse Göttingen (2605000) Kto: 448, IBAN: DE55 2605 0001 0000 0004 48, BIC: NOLADE21G0E

Abbildung 19 Ethikvotum vom 08.08.2016

6.2 Freitextantworten

6.2.1 Formanpassungen

Zur Verbesserung von Verständnis und Lesefluss wurden Rechtschreibung und Zeichensetzung überarbeitet und einzelne Formulierungen angepasst. Ergänzungen wurden mit „[]“ gekennzeichnet.

6.2.2 Wenn nicht mit aktueller gesetzlicher Regel zustimmend, welche Regelung sollte gelten?

Freitext vollständige Antworten in inhaltliche Kategorien sortiert; n = 20

- Kategorie 1: Wunsch nach klarerer Formulierung (n = 3)
 - Problematisch ist der Begriff "geschäftsmäßig". Nach allgemeiner Auffassung der Definition ist demnach auch die zu aktive Hilfe von Ärzten beim Sterben strafbar. Mir erscheint es aber wenig trennscharf ärztliches Handeln und das von Organisationen "in einen Topf zu werfen".
 - Es bräuchte eine Definition, wer nahestehend ist. Ist der Hausarzt nahestehend und somit straffrei?
 - Absatz 2. unsicher formuliert. welcher Arzt steht nah genug?
- Kategorie 2: Hinzuziehen von Psychologen (n = 4)
 - Nach langer Beratung unter Hinzuziehen mehrerer Meinungen, Psychologen etc., mit mindestens drei Monaten Pufferzeit zwischen Äußerung und Entscheidung, ähnlich der Gesetzeslage der aktiven Sterbehilfe in Belgien oder ähnlich.
 - Ich stimme der Dienstleistung zu, so lange die Suizidenten Herr ihrer vollen geistigen und psychischen Verfassung sind. Dies muss mehrfach und unabhängig bestätigt sein. Ärztlicher und/oder Psychologischer Seite und/oder durch einen Psychotherapeuten, die unabhängig zum selben Urteil kommen und unabhängig von der Dienstleistung sind.
 - Bei Feststellung der besonderen Schwere der Erkrankung durch einen Psychologen sollte assistierter Suizid erlaubt sein durch speziell dafür ausgebildete Ärzte.
 - Wenn Ärzte nach eingehenden Gesprächen mit einem Patienten, ggf. unter Einbezug eines Psychologen, eine zur Selbsttötung nutzbare Substanz verschreiben, darf dies nicht als geschäftsmäßige Suizidassistenz angesehen/verboten werden.
- Kategorie 3: Ärzte sollten assistierten Suizid leisten dürfen (n = 5)
 - Nur Ärzte dürfen [es].
 - Es sollte von Ärzten angeboten [werden] dürfen.
 - Bei schweren Krankheiten, wo kaum Lebenszeit besteht und der Mensch mehr leidet, als sich freut zu leben, sollte er sich durch einen assistierten Suizid durch einen Arzt erlösen dürfen.
 - Ärztlich assistierter Suizid sollte klar legitimiert werden.
 - Ärztlich assistierter Suizid sollte für aus medizinischer Sicht unheilbar kranke Menschen durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin erlaubt sein.
- Kategorie 4: Sonstige (n = 8)
 - Das Strafmaß ist völlig überhöht.

- [Assistierter Suizid] sollte von Organisationen unter staatlicher Kontrolle erlaubt sein.
- Schwer leidender Patient sollte selber entscheiden können.
- Geschäftsmonopol und ÄAS in Ausnahmefällen auch aktiv.
- Assistierter Suizid aus nicht kommerziellen Gründen sollte legal sein.
- Arzt sollte "beraten" dürfen; eventuell Konsil aus verschiedenen Ärzten und Gruppen, [für] die Vermittlung von geeigneten Medikamenten.
- Wer vorsätzlich die Selbsttötung eines anderen fördert, indem er ihm nur aus eigenem wirtschaftlichen Nutzen oder sonst aus niedrigen Beweggründen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.
- Keine Angabe

6.2.3 Welche Bedingungen müssten für eine persönliche Beteiligung an ÄAS erfüllt sein?

Freitext, n = 37

- Kategorie 1: Zweitmeinung
 - Zweitmeinung eines unabhängigen Arztes, der die rein medizinischen Aspekte beachtet.
 - Zweitmeinung, Vorlauf (Überdenkzeit) z. B. erst Schmerzlinderung und Verbesserung des Befindens, dann noch mal nachdenken.
 - Zwei unabhängige (die die Betreffende nicht kennen), "blinde"(nicht wissen wie die andere Person eingeschätzt hat) Fachmeinungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten.
 - Unterstützung eines anderen erfahrenen Arztes. Diese schwerwiegende Entscheidung sollte nicht ganz alleine getragen werden müssen.
 - Psychisches Gutachten von einem Unabhängigem bezüglich der Zurechnungsfähigkeit des Patienten sowie Bewusstsein der Tragweite seiner Entscheidung.
 - Psychotherapeutisches Beratungsgespräch/ psychologische Mithilfe.
 - Längere Zeit (z. B. größer 3 Monate) und Betreuung durch Psychologen um Zweit- /Drittmeinung einzuholen.
 - Lange und wiederholte ausführliche Aufklärung. Diese auch durch einen zweiten unabhängigen Arzt, welcher, wenn möglich, nicht mit dem primär behandelnden Arzt private Freundschaft pflegt oder direkter Kollege ist. Die Aufklärung sollte einmal stattfinden, dann eine gewisse Mindestbedenkzeit oder Pause (eventuell Länge nach Erkrankung und Schweregrad richten) und anschließend ein weiteres ausführliches Gespräch/Aufklärung. Selbstverständlich muss der Arzt vorher umfassend geschult sein etc.
 - Evtl. die Expertise eines weiteren Mediziners. Grundsätzlich könnte ich mir auch eine zusätzliche Qualifikation vorstellen. Bsp. Ein Facharzt mit mindestens 10 Jahren Berufserfahrung kann eine Zusatzqualifikation erwerben. Klingt bürokratisch, sichert aber den Arzt ab.
 - Der Patient sollte sich mehr als eine Meinung einholen müssen.

- Beurteilung durch mindestens einen ärztlichen oder psychologischen Kollegen. Mehrfache Äußerung des Suizidenten und über einen gewissen Zeitraum bestehenden Wunsch.
- Kategorie 2: Rechtssicherheit
 - Straffreiheit als bei AÄS beteiligter Arzt muss gesichert sein.
 - Rechtssicherheit, z. B. in Form einer beglaubigten Patientenverfügung.
 - "Wasserdichte" Dokumentation des Sterbewillens des Patienten, Sterbewille muss auch für mich persönlich nachvollziehbar sein.
- Kategorie 3: Kein Profit für den Arzt
 - Ob es kostenlos ist.
 - Der Arzt sollte in keiner Weise vom Tod des Patienten profitieren (z. B. durch eine "Prämie" der Krankenkasse oder Erbschaft etc.)
- Kategorie 4: Sicherstellung der Ernsthaftigkeit des Sterbewunsches und der Freiverantwortlichkeit, sowie der Unabhängigkeit der Entscheidung
 - Patient muss die Situation einschätzen können, Alternativen müssen durchdacht und ausgeschlossen worden sein.
 - Lange/Genügend Bedenkzeit des Patienten. Keine unmittelbaren Maßnahmen, wenn nicht jede andere Möglichkeit den Leidensdruck zu mindern ausgeschöpft sind.
 - Gespräche und Entscheid sollten über einen längeren Zeitraum bestehen, zum Beispiel 6 Monate (keine Affekthandlungen).
 - Der Patient sollte ausführlich über andere Alternativen aufgeklärt sein und zu einer gewissen Bedenkzeit verpflichtet sein.
 - Der Patient muss diesen Wunsch, sofern möglich, auch über einen längeren Zeitraum geäußert haben, sodass ausgeschlossen werden kann, dass der Wunsch nach Suizid nur eine "Schnapsidee" ist. Außerdem könnte man eventuell einen Test/Fragebogen entwerfen, mit dem überprüft wird, ob der Patient wirklich bereit ist, zu sterben und die Konsequenzen seines Wunsches wirklich versteht.
 - Beratungsgespräch und "Bedenkzeit" ähnlich wie bei Abtreibungen. Aufklärung über die zur Verfügung stehenden Mittel. "Sterbeplan" ähnlich wie ein Geburtsplan. Schriftlich festgehaltener/ notariell beglaubigter Wille, dass keine Wiederbelebungsmaßnahmen gewünscht sind.
 - Bei den Treffen der Entscheidung muss die Erkrankung schon vorhanden sein (Keine Verfügung in der Patientenvollmacht). Der Patient muss Einwilligungsfähig sein. Kein assistierter Suizid bei Menschen <18.
 - Absolute Einwilligungsfähigkeit, mehrfache Äußerung, ausgeschöpftes Therapieangebot, vor allem Schmerzstillung etc.
 - Ausführliches Gespräch, in dem alle kritischen Punkte bezüglich dieser Thematik angesprochen werden und das dem Arzt eindeutig zeigt, dass der Patient alle Argumente abgewägt hat.
 - Ausschluss der Möglichkeit zur Heilung der Erkrankung durch die aktuell verfügbaren und ggf. neuen, für den Patienten in einem realistischen Zeitraum zukünftig verfügbaren Therapiemöglichkeiten. Patient muss (sofern er einwilligungsfähig ist und die zu erwartende Lebenszeit es zulässt) über einen längeren Zeitraum hinweg, seinen Entschluss zum Suizid SELBST + FREI formuliert haben und über alle Therapie-Möglichkeiten sowie die Konsequenzen des AÄS umfassend aufgeklärt werden. Wenn der Tod des Pat. innerhalb kurzer Zeit unvermeidbar und mit erwartungsgemäß großem Leid verbunden ist, sollte eine schnelle, wenig bürokratische Möglichkeit zum AÄS bestehen, die sich von

- der Entscheidung zum ÄAS und dessen Durchführung bei chronischen Erkrankungen mit schlechter langfristiger Prognose unterscheidet -> d.h. dem Einzelfall angepasste Entscheidung.
- Es dürfen keine weiteren, als die medizinischen Gründe, für den Suizidwunsch vorliegen.
 - Der ÄAS sollte nur unter sehr engen Voraussetzungen gestattet werden. Ausreichend ist nicht allein, dass dies der Wunsch des Patienten ist und der Arzt dies für nachvollziehbar hält, vielmehr sollten objektive Kriterien erfüllt werden, die geeignet sind zu belegen, dass der Patient das Leben aus gesundheitlichen Gründen als nicht lebenswert empfindet und dies ein gefestigter Entschluss ist der sich auch voraussichtlich nicht verändern wird. Weiterhin sollten Gespräche mit Verwandten und Bekannten im näheren Umfeld stattfinden, um sicher zu stellen, dass der Patient nicht nur sterben möchte, weil er meint sein Umfeld zu belasten.
 - Kategorie 5: Aufklärung über Alternativen
 - Ausgiebiges Gespräch über alternative palliative Maßnahmen, die etwa Symptome lindern können; Ausschluss von Faktoren, die den Patienten zu seiner Entscheidung drängen (z. B. der Wunsch, den Angehörigen nicht zur Last zu fallen).
 - Aufklärung des Patienten über die Möglichkeiten der palliativen Medizin muss stattgefunden haben, eventuell Besuch einer palliativen Einrichtung und Gespräch mit den Bewohnern. Beispielsweise als verpflichtende Beratung, ähnlich wie bei Schwangerschaftsabbrüchen.
 - Kategorie 6: Schwere Prognose, keine Besserung durch Therapie
 - Es sollten mehrere Kriterien sein, die erfüllt sein müssen. Dazu sollte gehören: hoher Leidensdruck des/der Erkrankten, keine Chance auf Heilung/ Besserung. Hinzu sollten dann "Kann"-Kriterien kommen.
 - Eine Verkürzung des natürlichen Sterbeprozesses halte ich nur bei unmenschlichen körperlichen Schmerzen, die mit keinem Medikament genommen werden können, für akzeptabel.
 - Die Erkrankung des Patienten ist mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit heilbar und es besteht keine Hoffnung auf langfristige Linderung der Symptomatik.
 - Kategorie 7: Präferenz des Patienten
 - Zur Begleitung des ÄAS: Nur wenn der Patient dies wünscht, jedoch sollte der Patient auch die Möglichkeit haben friedlich und alleine zu sterben.
 - Subjektive Empfindung der kranken Person.
 - Die einzige Voraussetzung sollte ein freier Wille sein. Es an Krankheiten oder gar an Angehörigen fest zu machen, wann jemand Suizid begehen darf ist alles andere als Selbstbestimmung.
 - Kategorie 8: Sonstige
 - Der Arzt ist nicht derjenige, der aktiv die lebensbeendenden Maßnahmen durchführt, d.h. bspw. Injektion eines Medikaments.

6.2.4 Kriterien für die Zulässigkeit von ÄAS

Freitext, sortiert in Kategorien, 19 Antworten, davon 2x "keine Angabe"

- Kategorie 1: Einzelfallentscheidung
 - Individuelle Einzelfallbetrachtung; eine Einschränkung bzw. Festlegung von bestimmten Punkten würde im Einzelfall der Situation nicht gerecht werden.
 - Einzelfallentscheidung.

- Kategorie 2: Kriterien nicht sinnvoll/möglich
 - Keine Angaben, da die Gründe sich nicht kategorisieren lassen.
 - Nicht möglich, generelle Antwort zu treffen.
 - Ich lehne den ÄAS zwar nicht grundsätzlich ab, halte aber Kriterien für die Zulässigkeit für nicht sinnvoll. Grundsätzlich sollte es nach dem Wunsch des Patienten gehen, da der Entschluss zum Suizid eine zu individuelle Entscheidung ist, um sie durch objektive Kriterien zu generalisieren.
- Kategorie 3: Hoher Leidensdruck trotz maximaler Therapie
 - Nur wenn schmerzlindernde Mittel nicht wirken, bei unmenschlich hohem Leidensdruck.
 - Hoher Leidensdruck, der auch durch Palliativmaßnahmen nicht gelindert werden kann, unheilbare chronische Erkrankung, die früher oder später zum Tode führt.
 - Unzumutbarer Leidensdruck, Schmerz.
- Kategorie 4: Präferenz des Patienten
 - Unbegründet.
 - Allgemeine Erlaubnis für Menschen, die lebensmüde sind, auf ärztlich assistierten Suizid.
 - Jede Art der Erkrankung die von einem Patienten individuell als nicht mehr ertragbar gewertet wird.
- Kategorie 5: Involvierung Dritter
 - Die Entscheidung muss von mehreren Personen als getroffen werden, sodass die Last der Entscheidung nicht nur vom behandelnden Arzt, sondern von mehreren Menschen diskutiert werden muss.
- Kategorie 6: Sonstige
 - In Patientenverfügung formulierter Wunsch des Pat. in bestimmten, medizinisch nachvollziehbaren Situationen, in denen er nicht mehr einwilligungsfähig ist, ÄAS in Anspruch zu nehmen.
 - Sonstige.
 - Freiverantwortlichkeit.
 - Der Patient muss über sämtliche Palliativmedizinische Möglichkeiten aufgeklärt werden.
 - Chronische psychische Erkrankungen nur, wenn sie unheilbar sind, der Patient einwilligungsfähig und durch die Erkrankung so stark eingeschränkt, dass eine Teilnahme an dem normalen gesellschaftlichen Leben unmöglich ist und der Patient sein Leben infolge dieser Erkrankung als eine Belastung und nicht mehr lebenswert empfindet und dies auch schlüssig darlegen kann.
 - Chronische psychische Erkrankungen mit hohem Leidensdruck
 - Bei beginnender Demenz sollte es Pflicht sein den Patienten frühzeitig aufzuklären und ein Schweregrad der Erkrankung ab dem der Suizid durch ärztliche und Sicht des Patienten vertretbar wäre, ab dem ein Patient nur noch Palliativ behandelt werden sollte.

6.2.5 Wenn eine Meinungsänderung stattgefunden hat: Was hat zu dieser geführt?

Freitext, Sortiert nach Kategorien, n = 43

- Kategorie 1: Beschäftigung mit dem Thema allgemein oder im Studium
 - Vorher war mir die Problematik schlicht nicht geläufig.

- Palliativmedizin-Wahlfach Reflexion über Gesellschaftsdruck/ persönlichen Wunsch/ Erkennen von Alternativen/ grundsätzlicher Angst alleine, als Belastung für Angehörige zu sterben
- Doppelt: mehr wissen, mehr klinische Erfahrung.
- Mehr Auseinandersetzung mit beiden Seiten der Diskussion.
- Juristische Betrachtungsweise
- Jura Studium, Strafrecht Vorlesung
- Euthanasiepolitik des NS-Staates - Informationen darüber leider nicht Bestandteil der Lehre.
- Erfahrungen, was gute Palliativmedizin leisten kann; Zahlen darüber, wie viele Suizide tatsächlich aufgrund einer im Grunde behandelbaren psychischen Erkrankung stattfinden.
- Ein wenig mehr Verständnis für die Gegenargumente - Angst vor assistiertem Suizid der wie alles andere in der kapitalistischen Verwertungslogik zu einem kaufbaren und verkaufbaren "Produkt" wird, und wo ein Markt ist, da kommt es auch vor, dass auf die Nachfrage gezielt Einfluss genommen wird ... und genau das birgt eine gewisse Gefahr, Menschen zu so einem Schritt zu drängen, auch ohne, dass ihnen das selbst bewusst ist.
- Die Richtungsänderung des Meinungsbilds ist mit der Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen des rechtswissenschaftlichen Studiums zu begründen. Hierbei hat die juristische Auseinandersetzung mit dem Thema, sowie den einzelnen Paragraphen im StGB beigetragen. Das Thema ist allerdings viel zu komplex, um es nur mit einer Begründung abhandeln zu können, welche nur auf den Lehren der Rechtswissenschaft basiert, sondern erfordert vielmehr zusätzlich die Auseinandersetzung mit philosophischen Fragen und Einbeziehung von Forschungen zur Gesellschaftsentwicklung.
- Die Auseinandersetzung mit der Palliativmedizin.
- Die Änderung war klein, ich stehe dem Ganzen nach wie vor eher zustimmend gegenüber. Aber der Palliativmediziner hat einige überzeugende Fallbeispiele vorgestellt, wo der Wunsch nach Suizid durch bessere Symptomkontrolle verschwunden ist.
- Das Buch "Wie wollen wir sterben" von Michael De Ridder.
- Doppel: bessere Kenntnis über aussichtslose Erkrankungen, Grenzen der Medizin kennengelernt, Kontakt mit schwerkranken Patienten.
- Vor dem Beginn meines Studiums habe ich ÄAS nur aus der voraussichtlichen Perspektive des erkrankten Patienten betrachtet. Durch mein Studium habe ich mich allerdings, neben der momentan herrschenden rechtlichen (gesetzlichen) Betrachtungsweise, auch mit der gesellschaftlichen Gesamtsituation befasst. Besonders geprägt hat diese Veränderung das Strafrecht. Auf der Grundlage des §§ 216, 323c StGB wurde immer wieder die Entscheidungsfindung und auch die Dauer dieser Entscheidung (das heisst. die Möglichkeit einer späteren Umentscheidung) thematisiert. Grundsätzlich ist es schwer zu erfassen, wieso sich ein Mensch zum Suizid entscheidet, ob es aus einer bestimmten persönlich belastenden Situation heraus ist oder aufgrund anderer äußerer Umstände. Diese Entscheidung ist meiner Meinung nach jedoch nicht unumstößlich und könnte mithilfe von Zeit oder Training in vielen Fällen umgestoßen werden.
- Kategorie 2: Begegnung mit Patienten und medizinischen Situationen
 - vermehrter Umgang mit schwerstkranken Menschen, Erfahren der Prognosen von Krankheiten.

- Tätigkeit auf Intensivstation, nahezu täglich Patienten in vegetativen Zustand, trotz Patientenverfügung reanimiert. Onkologisch infauste Prognosen etc. Therapie komme-was-wolle, fraglicher Wille des Patienten, kaum Selbstbestimmung, unzureichende Aufklärung der Patienten und Angehöriger.
- Praktikum in der Geriatrie in Belgien, wo aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid teilweise erlaubt ist, daraufhin überhaupt genaueres Befassen mit der Thematik und Diskussionen mit den Ärzten dort.
- Doppelt: mehr wissen, mehr klinische Erfahrung.
- Konfrontation mit schwerstkranken und sterbenden Patienten.
- Insbesondere Kontakt mit schwerstkranken, leidenden Menschen, die ihren Angehörigen nur als depressive, kranke Reste ihrer selbst in Erinnerung bleiben und durch Pflegebedürftigkeit quasi Unmündig geworden sind. Dazu kommen apallische Patienten in Pflegeheimen, die zwangsernährt werden müssen, da der Körper längst den natürlichen Sterbeprozess eingeleitet hat, dies aber von Pflegenden und Angehörigen nicht respektiert wird.
- Ich konnte mir vor dem Studium den Leidensdruck vieler Patienten nicht vorstellen und wusste nicht, was viele Erkrankungen und auch ihre Therapien an Belastungen mit sich bringen.
- Hauptsächlich der Patientenkontakt und die Meinungen zu hören.
- Habe gesehen, wie "effektiv" Medizin geworden ist, so dass Menschen irgendwie dann noch weiterhin vegetieren, wenn es eigentlich um sein sollte.
- Erkenntnis über "Unheilbarkeit", immenser Leidensdruck und würdevolle, technische Möglichkeit des ÄAS.
- Erfahrungen mit Patienten in ausweglosen Situationen mit entsprechendem Suizidwunsch.
- Erfahrung im klinischen Alltag.
- Die Erfahrung, dass manche Krankheiten echt scheiße (sorry, wegen des Ausdrucks) sind und man jedes Tier in so einem Stadium einschläfern würde, damit es nicht leiden muss. Dagegen versucht man Menschen manchmal mit allen Mitteln am Leben zu erhalten. Jeder Mensch sollte die Möglichkeit haben würdevoll zu sterben und manchmal geht das vielleicht nicht auf natürlichem Weg?
- Der Umgang mit schwerstkranken Patienten mit unheilbaren Erkrankungen im Endstadium, die offensichtlich sehr leiden und offen immer wieder darum bitten, endlich sterben zu dürfen, und denen man gern helfen möchte, es jedoch rechtlich nicht darf, verändert die Einstellung zum ÄAS stark. Die heutige Versorgung mit palliativen Behandlungskonzepten ist für viele Patienten ein Segen, kann jedoch nicht alles Leid nehmen und versagt in manchen Situationen. Selbstbestimmung und Unabhängigkeit werden in unserer Gesellschaft als die höchsten Güter gehandelt, Sterben und Tod sind davon jedoch bisher leider ausgeschlossen, was einem in Famulaturen und im PJ immer wieder vor Augen geführt wird.
- Der Anblick von leidenden vor sich hinvegetierenden Patienten die nur noch litten und keinerlei Lebensqualität mehr vorzuweisen hatten
- Das Leiden, was man überall im Krankenhaus sieht und vor allem die Zunahme degenerativer Erkrankungen wie Demenz, bei denen die Patienten irgendwann komplett die Kontrolle verlieren. Meistens ist es dann allerdings zu spät, um selbstbestimmt entscheiden zu können. Gerade, wenn man im Nachtdienst solche Patienten betreut, ist es schwer zu ertragen.
- Das Leiden der Menschen und das Wissen um viele unheilbare Erkrankungen die mit einem hohen Leidensdruck einher gehen. Außerdem die Einsicht, dass viele

Patienten so hilflos ihrem Schicksal gegenüberstehen und ihnen durch das Gesetz nicht in dem Maße geholfen werden kann (auch Hilfe bei der Selbsttötung), wie sie es einfordern. Ich finde, man sollte selbst darüber entscheiden dürfen, wann man sterben möchte.

- Doppelt: bessere Kenntnis über aussichtslose Erkrankungen, Grenzen der Medizin kennengelernt, Kontakt mit schwer kranken Patienten.
- Beim Kontakt mit schwer kranken Menschen kommt einem der Gedanke an ÄAS unweigerlich, da sie häufig den Wunsch äußern. Als mein Hund krank wurde, war ich so froh, sie einschlafen lassen zu können. Diese Erfahrung ließ mich erkennen, dass der Tod manchmal der beste Ausweg ist. Außerdem darf jeder zurechnungsfähige Mensch frei über sein Leben entscheiden, also auch über das eigene Ende.
- In einigen Krankheitsfällen bzw. im Endstadium einiger Erkrankungen ist keine kurative Medizin mehr möglich, sodass man sich mit alternativen Methoden befassen muss. Das Wohl des Patienten und sein freier Wille über seine Zukunft sollten dabei im Vordergrund stehen
- Kategorie 3: Religiöse Motive
 - Sehr religiös geprägte Meinung vor dem Studium. Mittlerweile wende ich diese Meinung eigentlich ausschließlich auf mich an und bin eher für die totale Selbstbestimmung.
 - Der Einfluss der Medizin als solches, im Kontrast zum eigenen Glauben z. B. Vor dem Studium galt für mich der ÄAS als undenkbar, heute ist er, vielleicht als zukünftiger Teil der Palliativmedizin, vorstellbar und zu diskutieren,
 - Am Anfang des Studiums hatte ich zu diesem Thema gar keine Meinung. Im Laufe der Zeit hat es sich zusammen mit meinen moralischen/religiösen Überzeugungen entwickelt (römisch-katholisch).
- Kategorie 4: Erfahrungen im persönlichen Umfeld
 - Persönliche Zwitterstellung: Meine Eltern sind Ärzte; Ich studiere Jura; dazu noch stud. HK am Zentrum für Medizinrecht. Der Überblick auf die Rechtslage und deren Akzeptanz/Ablehnung in der Wissenschaft sowie die Schilderung verschiedener praktischer Erfahrungen, insbesondere im näheren Umfeld (Tod der Großeltern) bringen eine etwas differenziertere Meinung zum Thema ÄAS
 - eigene Lebenserfahrung, Praktikum auf Palliativstation
 - Der Tod meiner Mutter an einem Krebsleiden und ihr dabei zu zusehen wie sie langsam stirbt in der Ungewissheit ob sie und wie stark die Schmerzen sind.
- Kategorie 5: Andere Gründe
 - Ich möchte als Arzt nicht für eine vermeintliche Fehlentscheidung von verärgerten Verwandten belangt werden und auch nicht mich Jahre später mit Gewissensbissen plagen. Daher wünsche ich mir klare Struktur, als Stütze und um Verantwortung abtreten zu können.
 - Die rechtliche Relevanz einer solchen Maßnahme. Angenommen es würde ein Gesetz erlassen werden, welches (überspitzt formuliert) "töten" erlaubt, erscheint dies zunächst fragwürdig.
 - Das Thema Sterbehilfe ist in den letzten Jahren viel bemüht. Die erste Überlegung mag zu der Überzeugung verleiten, dass aktive Sterbehilfe gerecht und menschenwürdig ist. Es stellen sich jedoch die Fragen 1. Wer trägt die Verantwortung 2. Welche Situation rechtfertigt konkret die Sterbehilfe 3. Widerspricht die Handlung des Arztes unserem Berufsethos. Schließlich sind wir ja zum Heilen da und nicht zu Töten.

- Das Argument der Freiverantwortlichkeit bzw. der freien Selbstbestimmung, das von Juristen stets genannt wird - und das auch in anderen juristischen Bereichen ein wichtiger Gesichtspunkt ist -, ist gewichtig und kann ich juristisch nachvollziehen, persönlich überzeugt es mich aber nach wie vor nicht. Eine "vermittelnde Ansicht" habe ich für mich noch nicht gefunden.

6.2.6 Gefühlte Vorbereitung auf Sterbewünsche durch das Studium

Tabelle 13 Gefühlte Vorbereitung auf Sterbewünsche durch das Studium, Frage erschien nur, wenn Teilnehmender angab im 6. klinischen Semester zu studieren; n = 55

	Häufigkeit	Prozent
gut vorbereitet	9	16,4
sollte höheren Stellenwert haben	44	80,0
keine Meinung	2	3,6
Gesamt	55	100,0

6.2.7 Fachsemester

Tabelle 14 Fachsemester der Teilnehmenden ; n = 259

Fachsemester	Medizin (n = 172)	Jura (n = 87)	Gesamt (n = 259)
1	6	3	9
2	18	0	18
3	12	42	54
4	12	8	20
5	14	6	20
6	48	6	54
7	6	7	13
8	12	4	16
9	15	3	18
10	13	4	17
11	5	1	6
12	8	0	8
13	2	1	3
14	1	1	2
15	0	1	1
	172	87	259

6.2.8 Religiosität

Tabelle 15 Religiosität und Glaubensrichtung; n = 242

		Eine Glaubensrichtung?		Gesamt
		Ja	Nein	
Religiös?	0	1	57	58
	1	7	25	32
	2	16	20	36
	3	14	5	19
	4	14	1	15
	5	14	2	16
	6	15	2	17
	7	20	4	24
	8	15	0	15
	9	7	0	7
	10	3	0	3
Gesamt		126	116	242

Tabelle 16 Wenn eine Glaubensrichtung angegeben wurde: Um welche handelt es sich? n = 129

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Katholisch	43	14,1	33,3	33,3
Evangelisch	77	25,2	59,7	93,0
Muslimisch	1	0,3	0,8	93,8
Christlich	5	1,6	3,9	97,7
Christlich-orthodox	2	0,7	1,6	99,2
Hindu	1	0,3	0,8	100,0
Gesamt	129	42,3	100,0	

6.2.9 Berufserfahrung

Tabelle 17 Besteht Berufserfahrung? n = 259, n(M) = 172, n(J) = 87

		Medizin	Jura	Gesamt
Berufserfahrung?	Ja	102	26	128
	Nein	70	61	131
Gesamt		172	87	259

Tabelle 18 Besteht Berufserfahrung im medizinischen Bereich? $n = 128$, $n(M) = 102$, $n(J) = 26$

	Medizin Jura Gesamt			
	Ja	99	5	104
Berufserfahrung in medizinisch/pflegerisch/therapeutischen Bereich?	Nein	3	21	24
Gesamt		102	26	128

6.2.10 Geschlecht

Tabelle 19 Geschlecht der Teilnehmenden; $n = 259$

Geschlecht	Medizin		Jura	Gesamt
	F	106	55	161
	M	66	32	98
Gesamt		172	87	259

6.2.11 Alter

Tabelle 20 Alter der Teilnehmenden; Mittelwert, $n = 259$

Studienfach	Mittelwert	n
Medizin	25,73	172
Jura	22,23	87
Insgesamt	24,56	259

6.2.12 Bewertung der Befragung

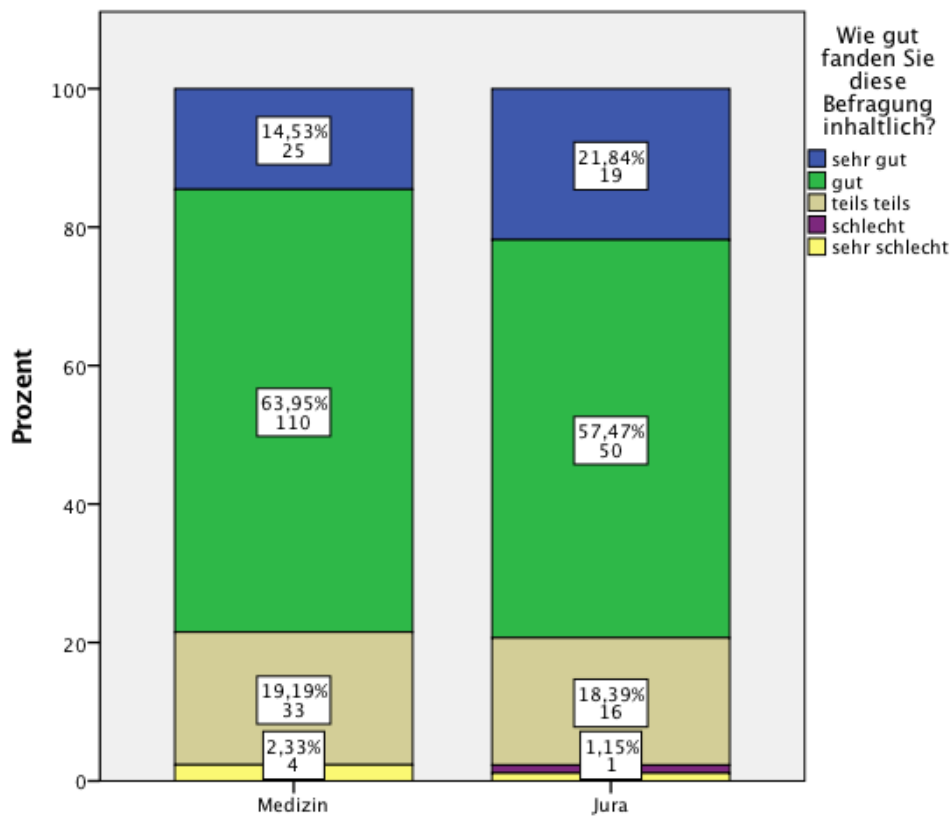


Abbildung 20 Bewertung der Befragung; $n = 259$, $n(M) = 172$, $n(J) = 87$

6.2.1 Dauer der Befragung

Tabelle 21 Dauer der Befragung

Studienfach	Mittelwert (in Minuten)	n	Standardabweichung
Medizin	14,01	158	23,271
Jura	12,94	76	4,091
Insgesamt	13,66	234	19,249

6.2.2 Kommentare der Teilnehmer

Kommentare der Teilnehmer, Freitext, $n = 30$

- Wirklich super Spannende Thematik und sehr gut aufgebauter Fragebogen. Viel Erfolg :)
- Viel Erfolg!

- Viel Erfolg bei der Doktorarbeit und signifikante Ergebnisse!
- Top Umfrage und viel Erfolg!
- Sehr wichtiges Thema! Bei den Aussagen die (glaube ich) nach den Auswirkungen nach Lockerung der Gesetzeslage abzielen habe ich das verwendete Wort "Druck" nicht ganz verstanden. Also der Druck der Patienten ÄAS in Anspruch zu nehmen oder der Ärzte diese zu leisten. Vielleicht dort ein passenderes Wort finden.
- Sehr schwierig, Fragen generell zu beantworten. Man muss auch berücksichtigen, dass es immer um Einzelschicksale geht und als Jurist nicht nur den Gesetzestext, sondern auch menschliche Faktoren einbeziehen, wie z. B. wachsenden Druck auf Patienten und Ärzte.
- Sehr interessante Umfrage! :)
- Schweres Thema. Habe bislang noch keine eigene Meinung dazu gefunden und denke, in dieser Hinsicht später eine eigene Ethik entwickeln zu können. Bislang hätte ich definitiv Probleme mit der Vorstellung, einem Patienten mit ÄAS zu "helfen". Ich glaube, dass es mittlerweile sehr gute Medikamente und hervorragende Palliativmedizin gibt, kann und darf mir aber mangels eigener Erfahrung in diesem Bereich noch keine eigene Meinung dazu erlauben.
- Respekt für die Wahl dieses schwierigen Themas!
- Manche Auswahlmöglichkeiten schlecht formuliert.
- Juden gibt es auch.
- Interessantes und relevantes Thema. Viel Erfolg bei deiner Arbeit!
- In meinem Freundeskreis gab es einen Selbstmordversuch, im Nachhinein bereut die Person ihr leider doch kurzentschlossenes Handeln und kämpft mit den Folgen. In der Familie habe ich viel durch die Begleitung des Sterbeprozesses meiner Großeltern, Tante, ... über das Leben gelernt. Die Beziehung wurde intensiver und ich bin dankbar für die Zeit, und dass sie meine Hilfe, Nähe und Dankbarkeit angenommen haben. Sterben gehört zum Leben dazu, man sollte es nicht zugunsten eines aktuellen Weltbildes negieren, verkürzen. Würde können wir anderen geben und vermitteln.
- Ich würde mich über die Zusendung der Ergebnisse freuen.
- Ich würde mich über die Ergebnisse diese Umfrage freuen.
- Ich könnte mir vorstellen, bessere Ergebnisse zu bekommen, wenn man bei einigen Fragen die Enthaltungsoption entfernt. Es gab oft die Option 'unentschieden', die

man meiner Meinung nach wählen kann, wenn man es nicht genau weiß. Wer sich enthalten möchte, der nimmt oft gar nicht an der Umfrage teil.

- Ich konnte meine Meinung gut und differenziert anbringen. Vielen Dank und viel Erfolg!
- Ich denke das Thema ist sehr, vielleicht zu vielschichtig um es in einem Fragebogen umfassend zu bearbeiten und ersetzt sicher kein Einzelgespräch. Weiterhin gibt es einfach sehr viele "was wäre wenns" die jede ja nein Entscheidung zur Einzelfallfrage machen und somit wahrscheinlich nie ein konkretes Ja/Nein oder objektiv bewertete Richtlinien in einer sehr subjektiv gefärbten Situation erlauben.
- Ich bin im 6. klinischen Semester, habe bei der Frage ausversehen 12 eingetragen.
- Gibt's ne Information zu den Ergebnissen?
- Eine starre Definition von Kriterien, ab wann ein AÄS erlaubt wäre halte ich für wenig sinnvoll, da die Situation sich von Patient zu Patient unterscheidet und deshalb eine rein quantitative Einschätzung unmöglich macht.
- Eine interessante, angenehm ausfüllbare Studie, da ich keine Kritikpunkte habe, denke ich, dass ein Lob angemessen ist. Es ist vor allem schön, dass hier Medizin und Jura zusammenwirken.
- Eine der methodisch besten Umfragen, die ich bisher gesehen habe!
- Eine Aussage war unscharf formuliert, das eine bedingt indirekt das andere; s. Frage mit fehlender Angabe.
- Die Beurteilung des Suizidenten kam mir zu kurz. Zurechnungsfähigkeit, evtl. Länger bestehende Verhältnisse Arzt/ Patient, Psychologische Betreuung.
- Die anfangs getätigte Aussage zur Anonymität leidet in ihrer Glaubwürdigkeit unter den Fragen zu Geschlecht, Alter, Fachrichtung und Semester.
- Das Thema und Ziel der Befragung ist soweit gut nachvollziehbar. Jedoch habe ich mich bei der Beantwortung der Frage mit dem Gesetzestext schwergetan. Ich finde, dabei muss man zwischen Suizid-Wünschen im Rahmen einer psychischen Erkrankung und einer organisch bedingten Erkrankung unterscheiden. Bei ersterem würde ich beispielsweise dem Gesetzestext vollkommen zustimmen, da die Suizid-Gedanken therapiebedürftig sind. Bei Suizid-Wünschen im Rahmen einer organisch bedingten Erkrankung (beispielsweise Krebsleiden) würde ich dem Gesetzestext jedoch eher nicht zustimmen.
- Besonders gut haben mir die vielen Bemerkungen und Fußnoten gefallen, die deutlich zum Verständnis beigetragen haben.

-
- Bei der ersten Frage war mir nicht ganz klar, ob ich die vermutete aktuelle Gesetzeslage oder meine Meinung wiedergeben soll (strafbar/nicht strafbar).

7 Literaturverzeichnis

Ahrens P-A, Wegner G: Die Angst vorm Sterben: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Sterbehilfe (SI aktuell). creo-media, Hannover 2015

Alt-Epping B (2018): Con: Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist keine Form des Suizids. Zeitschrift für Palliativmedizin 19, 12–15

Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF (2000): Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand 102, 126–134

Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD (2016): Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students. GMS J Med Educ 33

BGE CH (2006): Schweizer Bundesgerichtsentscheid 133 | 58 vom 03.11.2006 zur Abgabe von Natrium-Pentobarbital für den begleiteten Suizid einer psychisch kranken Person http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Ade&lang=de&type=show_document, abgerufen am 07.11.2019.

BGH (1957): Bundesgerichtshof, Urt. v. 28.11.1957 - 4 StR 525/57.

BGH (1963): Bundesgerichtshof, Urt. v. 14.08.1963 - 2 StR 181/63 „Gisela-Fall“.

Birnbacher D (2015): Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? Ethik Med 27, 315–324

Bundesärztekammer (2017): Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. Dtsch Arztebl Int 114, A-334

BVerfG (2017): Bundesverfassungsgericht, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 20. Juli 2017 - 2 BvR 2507/16.

BVerfG (2020): Bundesverfassungsgericht, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15.

BVerwG (2017): Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 02. März 2017 - 3 C 19.15.

Der Spiegel (1984): „Helfen Sie, ich kann so nicht weiterleben“. Spiegel, 18, 30.04.1984

Deutscher Juristen Tag (2006): Verhandlungen des 66. DJT, Bd. II/2, N 217.

Deutsches Ärzteblatt (2019): Das Recht darf zur Sterbehilfe nicht schweigen - Bericht vom 16.04.2019 zum Auftakt der Verhandlung der Bundesverfassungsgerichtes <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102481/Das-Recht-darf-zur-Sterbehilfe-nicht-schweigen>, abgerufen am 26.05.2019.

Dignitas (2014): So funktioniert Dignitas, 3. Auflage

<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/so-funktioniert-dignitas-d.pdf>, abgerufen am 02.02.2018.

EJPD (2009): Organisierte Suizidhilfe: Vertiefte Abklärungen zu Handlungsoptionen und -bedarf des Bundesgesetzgebers, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-org-suizidhilfe-d.pdf>, abgerufen am 07.11.2019.

Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J (2016): Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the united states, canada, and europe. *JAMA* 316, 79–90

Europäische Menschenrechtskonvention: Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten. Band Art. 8; 1950

Feldmann M: Die Strafbarkeit der Mitwirkungshandlungen am Suizid: ein Vergleich der Rechtslage in Deutschland und Spanien unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung in beiden Ländern mit rechtspolitischer Ausrichtung (Medizin - Recht - Wirtschaft 7). LIT, Münster, Westf 2009

Gallup (2014): Seven in 10 Americans Back Euthanasia, Gallup Poll Social Seriois: Values and Beliefs <http://news.gallup.com/poll/171704/seven-americans-back-euthanasia.aspx>, abgerufen am 14.02.2018.

Gavela K: Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim). Band 39; Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg 2013

Giesen D (1990): Wandlungen im Arzthaftungsrecht — Die Entwicklung der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechts in den achtziger Jahren. *JuristenZeitung* 45, 1053–1064

HBKG BW (1995): § 55 Heilberufe-Kammergesetz Landesnorm Baden-Württemberg vom 16. März 1995 in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.12.2015.

Hilgendorf E (2015a): Gesetz zur geschäftsmäßigen Sterbehilfe: Eine Norm für die Wissenschaft. In: *Legal Tribune Online*, 12.11.2015 https://www.lto.de/persistent/a_id/17514/, abgerufen am 14.02.2021.

Hilgendorf E (2015b): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 23. September 2015 <https://www.bundestag.de/resource/blob/387792/03e4f59272142231bb6fdb24abe54437/hilgendorf-data.pdf>, abgerufen am 14.02.2021.

Hoven E (2016): Für eine freie Entscheidung über den eigenen Tod: ein Nachruf auf die straflose Suizidbeihilfe. *ZIS* 11, 1–9

Institut für Demoskopie Allensbach (2009): Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf>, abgerufen am 14.02.2021.

Institut für Demoskopie Allensbach (2014): Allensbacher Kurzbericht vom 06.10.2014. IfD-Umfragen 10023, 11029 https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/KB_2014_02.pdf, abgerufen am 14.02.2021.

Jansky M, Jaspers B, Radbruch L, Nauck F (2017): Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid: Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 60, 89–98

Joecks, Scheinfeld (2020): Vorbemerkung zu § 26. Münchener Kommentar zum StGB

Jox RJ (2015): Assistierter Suizid im internationalen Vergleich. Spiritual Care 4

Jox RJ: Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. In: Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U (Hrsg.): Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim). Band 46; Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg 2017

Lipp V, Simon A (2011): Beihilfe zum Suizid: Keine ärztliche Aufgabe. Dtsch Arztebl Int A-212

Magelssen M, Supphellen M, Nortvedt P, Materstvedt LJ (2016): Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. BMC Medical Ethics 17

Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010, 601–613

McCormack R, Clifford M, Conroy M (2012): Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review. Palliat Med 26, 23–33

Müller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E (2005): Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation - A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. Medicine, Health Care and Philosophy 7, 333–339

Nationaler Ethikrat (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende-Stellungnahme Nationaler Ethikrat http://www.krause-schoenberg.de/sterben_NER_Sterbebegleitung_2006.pdf, abgerufen am 07.02.2021.

Nauck F, Jaspers B (2019): Assistierter Suizid in Deutschland. Leidfaden 8, 18–21

- Nauck F, Simon A (2021): Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil. *Forum* 36, 150–154
- Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014): Hilfe beim Sterben–keine Hilfe zum Sterben. *Deutsches Ärzteblatt* 3, A67–A71
- Nordstrand MA, Nordstrand SJ, Materstvedt LJ, Nortvedt P, Magelssen M (2013): Medical students' attitudes towards legalisation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Tidsskr Nor Laegeforen* 133, 2359–2363
- Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2015): Intentions in wishes to die: analysis and a typology – A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-Oncology* 23, 1021–1026
- OLG München (1988): Oberlandesgericht München, 31. 7. 1987 — 1 Ws 23/87. Zur Strafbarkeit eines Arztes, der einem Patienten Gift zur eigenhändigen Tötung überläßt. *JuristenZeitung* 43, 201–207
- Orbach LS: § 217 StGB und Palliativmedizin - Eine Gefahr für Ärztinnen und Ärzte?: Eine Betrachtung in Theorie und Praxis (Bonner Schriften zu Medizin, Recht und Gesundheitsethik). Lit Verlag 2020
- Osterloh F (2019): Abgabe von Suizidmitteln: Diskussion beginnt von Neuem. *Dtsch Arztebl International* 116, A-401
- Ringel E: Selbstmord: Appell an die anderen (Kaiser Taschenbücher 68). Chr. Kaiser, München 1989
- SAMW (2018): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende - Medizinethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>, abgerufen am 07.02.2021.
- Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J (2014): Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140, e1–e6
- Schneider (2017): Vorbemerkung zu § 211. Münchener Kommentar zum StGB
- Schweizer Bundesrat (2011): Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe - Bericht des Bundesrates <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-br-d.pdf>, abgerufen am 07.02.2021.
- Simon A (2010): Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe: Ausbau der Palliativmedizin gefordert. *Dtsch Arztebl Int* 107, A-1383
- Simon A (2018): Pro: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid? *Palliativmedizin* 19, 10–11
- Stiel S, Daemberg K, Matejek M, Pianta T, Voltz R, Ostgathe C (2011): Einstellungen

von Studierenden unterschiedlicher Studienfächer zu Entscheidungen am Lebensende – eine Pilotstudie an einer Universität in Deutschland. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12, 271–278

Tolmein O (2016): Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe – Keine Gefahr für die Palliativmedizin. *Palliativmedizin* 17, 16–17

Tolmein O (2018): Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und rechtliche Fragestellungen in der deutschen Debatte. *Palliativmedizin* 19, 141–148

Tolmein O, Radbruch L (2017): Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. *Dtsch Arztebl* A302–A307

Ulsenheimer K: *Arztstrafrecht in der Praxis*, 4. Auflage, Heidelberg 2008, S. 59 ff., Rn. 34 ff. 4. Auflage; Heidelberg 2008

Voltz R, Galushko M, Walisko J, Karbach U, Ernstmann N, Pfaff H, Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C (2011): Issues of “life” and “death” for patients receiving palliative care—comments when confronted with a research tool. *Support Care Cancer* 19, 771–777

Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag (2014): *Sterbehilfeorganisationen in Deutschland Rechtliche Rahmenbedingungen und Praxis der Suizidbegleitung*, Wissenschaftlicher Dienst des deutschen Bundestages WD 9 - 3000 - 006/14.

Zenz J, Tryba M, Zenz M (2015): Palliative care professionals’ willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliat Care* 14, 60

Zenz J, Rissing-van Saan R, Zenz M (2017): Physician Assisted Suicide - Survey on § 217 StGB in Germany. *Dtsch Med Wochenschr* 142, e28–e33

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Maximiliane Jansky MA, Herrn Prof. Dr. med. Friedemann Nauck und Herrn Prof. Dr. phil. Alfred Simon für die hervorragende Unterstützung bei der Umsetzung der gesamten Arbeit.

Außerdem möchte ich mich bei Moshiraldin Mojib Yazdani und Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Volker Lipp bedanken, die mir bei der Bearbeitung und dem Verständnis der juristischen Fachliteratur unterstützend zur Seite standen.

Weiterhin gilt mein Dank den Studienteilnehmenden. Die rege Beteiligung der Studierenden der Medizin und des Rechts an dieser Befragung waren die Grundlage dieser Arbeit und die differenzierten und häufig sehr durchdachten Meinungen machten die Auswertung der Daten zu einer bereichernden Erfahrung.