

Aus der Klinik für Anästhesiologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Leiter: Prof. Dr. med. Benedikt Pannen

**„Ärztliche Haltungen zum assistierten Suizid in Deutschland“- eine
prospektive Fragebogenstudie mit multidisziplinärem ärztlichen Kollektiv**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Remo Christian Küppers

2025

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Gez.:

Dekan:	Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker
Erstgutachter:	Prof. Dr. med. Martin Neukirchen
Zweitgutachter:	PD Dr. med. Felix Mayer

*Overburdened, underwhelmed,
their ethical decree.
That's your moral compass
but what good is it to me?
(Greg Graffin)*

Zusammenfassung

Am 26.02.2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht den § 217 StGB, der die geschäftsmäßige Förderung der Suizidassistentz unter Strafe stellte, für nichtig. Im Bemühen um eine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistentz stimmte der Bundestag am 06.07.2023 über zwei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe ab, von denen nach der dritten Lesung keiner die erforderliche Stimmenmehrheit gewann. Die Debatte um eine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistentz findet auch unter Ärztinnen und Ärzten statt. Es gibt bisher wenig Erkenntnisse zum Meinungsbild der jüngeren Ärzteschaft. In dieser Arbeit wurden Wissen, Erfahrungen, Einstellungen und Haltungen jüngerer Ärztinnen und Ärzte zur Suizidassistentz untersucht.

Hierzu wurde von November 2022 bis März 2023 eine quantitative Online-Umfrage unter Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Präsenzveranstaltungen der Kursreihen „Seminarkongress Notfallmedizin“, „Einführungskurs Intensivmedizin“ und des Kurses „Hämatologie kompakt“ der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e. V. durchgeführt. Es erfolgten deskriptive Auswertungen und Dependenzanalysen.

Die Kurse wurden von insgesamt 1417 Ärztinnen und Ärzten besucht, von denen 1163 in die Studie eingeschlossen werden konnten (Rücklaufquote 82,2 %). 93,3 % der Befragten befanden sich in Ihrer ärztlichen Weiterbildung. 88,1 % hatten maximal 5 Jahre Berufserfahrung. 53,7 % der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer waren christlich, 32,4 % konfessionsfrei und 11,9 % islamischen Glaubens.

90,8 % hatten bereits Sterbende betreut.

70,9 % kannten den Inhalt des Bundesverfassungsurteils zum § 217 StGB nicht und 67,7 % waren über die Gesetzesvorschläge zur Neuregelung des assistierten Suizides nicht informiert. 61,6 % lehnten ab, dass Ärztinnen und Ärzte sich beim assistierten Suizid auf Maßnahmen zur Suizidprävention zu beschränken hätten. 23,0 % stimmten zu, dass die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid das Vertrauen in die Ärzteschaft schädigen würde.

62,3 % befürworteten eine Suizidassistentz nur bei Menschen in palliativen Behandlungssituationen, 20,1 % bei Menschen unabhängig von deren Gesundheitszustand. 52,7 % konnten sich eine Mitwirkung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) vorstellen.

33,1 % wurden bereits um Suizidassistentz gebeten. 3,3 % hatten persönlich bei einer Suizidassistentz mitgewirkt.

Die Untersuchung zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte mit wenig Berufserfahrung einen deutlichen Unterschied in ihrer Haltung zur Suizidassistentz zwischen Menschen ohne Vorerkrankungen und solchen in palliativen Behandlungssituationen machen und bei Letzteren einer Suizidassistentz eher zustimmen. Sie lehnen die These, dass die unmittelbare Mitwirkung am assistierten Suizid das Vertrauen in die Ärzteschaft schädigen würde, ein Argument von Befürwortern einer restriktiven Regelung der Suizidassistentz, mehrheitlich ab.

Auffallend war die häufige Unkenntnis der normativen Grundlagen, deren Ursachen weiter untersucht werden sollten. Die Ergebnisse legen nahe, dass mehr Aufklärungsarbeit über die aktuelle Gesetzeslage, palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten und Suizidalternativen wie den FVET zu leisten ist.

Abstract

On February 26, 2020, the Federal Constitutional Court revoked a law (§ 217 StGB) that had banned assisted suicide intended to be repeated on a regularly base. In an attempt to enact the law on assisted suicide, two cross-party bills were voted on July 6, 2023, neither of which was able to gain the required majority of votes in the German Bundestag after the third reading. The debate on a new legal regulation of assisted suicide is also taking place among doctors. To date, there is little knowledge about the opinions of younger doctors. This study investigated the knowledge, experiences, attitudes and opinions of younger doctors on assisted suicide.

For this purpose, a quantitative online survey was carried out from November 2022 to March 2023 among participants in the course series “Emergency Medicine Seminar Congress”, “Introductory Course in Intensive Care Medicine” and the “Hematology Compact” course run by the “Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e. V.” (Intensive Care Medicine Working Group). Descriptive evaluations and dependency analyses were carried out.

The courses were attended by a total of 1417 doctors, 1163 of whom were included in the study (response rate 82.2 %). 93.3 % of those surveyed were in further medical training. 88.1 % had a maximum of 5 years of professional experience. 53.7 % of the study participants were Christian, 32.4 % were non-denominational and 11.9 % were of Islamic faith.

90.8 % had already cared for the dying.

70.9 % were not familiar with the content of the Federal Constitutional Court ruling on Section 217 of the German Criminal Code and 67.7 % were not informed about the proposed new legislation on assisted suicide. 61.6 % rejected the idea that doctors should limit themselves to suicide prevention measures in assisted suicide. 23.0 % agreed with the thesis that direct involvement in assisted suicide would damage trust in the medical profession.

62.3% were in favor of assisted suicide only for people in palliative treatment situations, 20.1% for people regardless of their state of health. 52.7 % could imagine being involved in voluntarily abstaining from eating and drinking.

33.1 % had already been asked for suicide assistance. 3.3 % had personally participated in assisted suicide.

The study shows that doctors with little professional experience make a clear difference in their attitude towards assisted suicide between people without pre-existing conditions and those in palliative treatment situations and are more likely to agree to assisted suicide in the latter case. The majority rejects the thesis that direct involvement in assisted suicide would damage trust in the medical profession, an argument put forward by supporters of restrictive regulation of assisted suicide.

Remarkably, there was a frequent ignorance of the normative basis, the causes of which should be investigated further. The results suggest that more educational work needs to be done on the current legal situation, suicide alternatives and palliative care options such as FVET.

Abkürzungsverzeichnis

AIM	Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V.
Art.	Artikel
BÄK	Bundesärztekammer
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
EAPC	European Association for Palliative Care
EoL	End-of-Life
FDP	Freie Demokratische Partei
FVET	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
GG	Grundgesetz
MdB	Mitglied/Mitglieder des Bundestages
MB	Marburger Bund
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
StGB	Strafgesetzbuch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abstract	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Inhaltsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1. Hinführung zum Thema	1
1.2. Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen	1
1.2.1. Freiwillige Euthanasie oder Tötung auf Verlangen	1
1.2.2. Assistierter Suizid	2
1.2.3. Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken	2
1.3. Die rechtliche Situation bis 2015	2
1.4. Die rechtliche Situation vor dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020	2
1.5. Das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26.02.2020	3
1.6. Die Gesetzesvorschläge zur Neuregelung des § 217 StGB	3
1.6.1. Gruppe um MdB Helling-Plahr	3
1.6.2. Gruppe um MdB Künast	4
1.6.3. Gruppe um MdB Castellucci	4
1.6.4. Weitere politische Entwicklungen	5
1.7. Der gesellschaftliche Diskurs zur Suizidassistenten	5
1.7.1. Befürwortende Stellungnahmen	6
1.7.2. Ablehnende Stellungnahmen	8
1.7.3. Weitere relevante Positionen	8
1.8. Datenlage	9
1.8.1. Die Haltung der Bevölkerung	9
1.8.2. Die Haltung der Medizinstudierenden	9
1.8.3. Die Haltung der Ärztinnen und Ärzte	9
1.9. Hinleitung zur Fragestellung	10
1.10. Ziele der Arbeit	10
1.11. Fragestellungen	11
2. Publierte Originalarbeiten	12
2.1. Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:	12
2.2. Weitere Ergebnisse	13
3. Diskussion	14
3.1. Allgemeines	14
3.1.1. Demografie	14
3.1.2. Fachrichtung	15
3.1.3. Vorerfahrungen	15

3.2.	Wie gut sind jüngere Ärztinnen und Ärzte über die rechtlichen Grundlagen zur Suizidassistenz, Suizidalternativen wie den FVET und die Gesetzesvorschläge zur Neuregelung des § 217 StGB informiert?	16
3.3.	Welche Einstellungen haben jüngere Ärztinnen und Ärzte bezüglich einer normativen Regelung der Suizidassistenz?	16
3.4.	Machen jüngere Ärztinnen und Ärzte ihre Zustimmung zum assistierten Suizid von der Krankheitsschwere der Suizidwilligen abhängig?.....	18
3.5.	Korrelieren die Meinungen jüngerer Ärztinnen und Ärzte mit ihren Berufserfahrungen oder demographischen Merkmalen?.....	19
3.5.1.	Religion und Religiosität	19
3.5.2.	Islam	20
3.5.3.	Berufserfahrung	20
3.6.	Stärken und Limitationen	21
3.7.	Schlussfolgerungen.....	22
4.	Literatur und Quellenverzeichnis	23
5.	Anhang	27

1. Einleitung

1.1. Hinführung zum Thema

Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ist mit dem Artikel 2 (1) im *Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland* (GG) verankert. Ihm folgt Absatz 2 (2): „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“

Das Recht auf freie Entfaltung schließt nach Argumentation des *Bundesverfassungsgerichtes* (BVerfG) die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen [1]. Kann oder will man sein Recht auf Suizid nicht selbstständig und zuverlässig ausüben, unter anderem, aber nicht ausschließlich aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen, ist man auf Suizidassistenten angewiesen. Das Recht auf die Beendigung des eigenen Lebens und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit stehen scheinbar im Widerspruch zueinander. Dieser Widerspruch wie auch andere Diskussionspunkte im Kontext der Suizidassistenten sind Teil einer langwährenden Debatte, die mit dem jüngsten Urteil des BVerfG einen erneuten Wendepunkt erreichte.

Am 26.02.2020 hat das BVerfG den § 217 des *Strafgesetzbuchs* (StGB), der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für nichtig erklärt [1]. Seitdem gibt es eine politische, gesellschaftliche und innerärztliche Debatte über eine mögliche gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenten. Im Folgenden soll diese Debatte skizziert werden. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollen vorher wichtige, im Text genutzte Begriffe definiert werden.

1.2. Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen

Das Ethikkomitee der *European Association of palliative care* (EAPC) hat 2003 abgrenzende Definitionen für die freiwillige Euthanasie und den assistierten Suizid publiziert [2].

1.2.1. Freiwillige Euthanasie oder Tötung auf Verlangen

Freiwillige Euthanasie ist eine Tötung auf Verlangen [2]. Die Ärztin oder der Arzt beschleunigt also den Sterbeprozess aktiv und bewusst durch die Verabreichung entsprechender Medikamente. Tötung auf Verlangen ist ein Tötungsdelikt, erfüllt in Deutschland nach § 216 StGB einen Straftatbestand und wird mit Freiheitsstrafen zwischen 6 Monaten und 5 Jahren geahndet. Abweichend von früheren Definitionen ist Euthanasie dabei immer eine willentliche Entscheidung der Patientin oder des Patienten. Euthanasie setzt also die Einwilligungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit der Betroffenen voraus. Eine Tötung ohne Einwilligung der Betroffenen, sei es mangels Einwilligungsfähigkeit oder entgegen dem erklärten Willen, ist keine Euthanasie.

Juristisch würde eine derartige Tat nicht als Tötung auf Verlangen, sondern als Mord (§ 211 StGB) oder Totschlag (§ 212 StGB) zu werten sein [2].

1.2.2. Assistierter Suizid

Von der Euthanasie ist der assistierte Suizid (auch: Suizidassistenz) abzugrenzen, bei dem die Betroffenen sich selbst willentlich tödliche Substanzen verabreichen, die ihnen zur Verfügung gestellt wurden [2]. Die letzte zum Tode führende Handlung, und damit die Tatherrschaft, liegt bei der Suizidentin oder dem Suizidenten [3]. Wie die Euthanasie setzt auch Suizidassistenz die Einwilligungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit der Betroffenen voraus [2].

Suizidassistenz und Euthanasie müssen streng abgegrenzt werden vom Unterlassen oder Einstellen einer aussichtslosen Therapie und vom Konzept der gezielten Sedierung, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll [2, 4, 5].

1.2.3. Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken

Eine weitere Handlungsoption für den selbstbestimmten Tod ist der sogenannte *freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken* (FVET), der ethisch-moralisch teils dem Suizid gleichgestellt wird, oft aber auch als eigene Handlungskategorie angesehen wird [6]. Die Mehrheit der Medizinerinnen und Mediziner sieht den Tod durch FVET als natürlichen Tod an [6, 7]. In einer Umfrage unter Staatsanwältinnen, Staatsanwälten, Richterinnen und Richtern sah eine große Mehrheit im FVET keinen Straftatbestand [8, 9].

1.3. Die rechtliche Situation bis 2015

Bis zur Verabschiedung des § 217 StGB war Suizidbeihilfe in Deutschland jahrzehntelang generell legal. Dies umfasste nicht nur die geschäftsmäßige (auf Wiederholung abzielende), sondern auch die kommerzielle (auf Gewinn abzielende) Sterbehilfe. Juristisch lässt sich die Legalität der Suizidassistenz mit der Legalität des Suizids begründen [3].

Aufgrund der befürchteten Ausbreitung von sog. Sterbehilfevereinen, bei denen das Angebot die Nachfrage schaffe [10], wurde eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz diskutiert. Insgesamt lagen fünf fraktionsübergreifende Vorschläge vor, unter denen sich der § 217 StGB in der verabschiedeten Fassung durchsetzte.

1.4. Die rechtliche Situation vor dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020

Am 6.11.2015 verabschiedete der Deutsche Bundestag den § 217 StGB, der die geschäftsmäßige (und damit auch die kommerzielle) Suizidbeihilfe unter Strafe stellte [11]. Erklärtes Ziel war es, die Arbeit von sogenannten Sterbehilfevereinen und eine Kommerzialisierung der Suizidassistenz zu unterbinden [12]. Während führende Interessensvertreterinnen und -vertreter der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* (DGP) das Gesetz damals begrüßten, gab es auch Bedenken, dass

der § 217 StGB die Möglichkeiten palliativmedizinisch tätiger Kolleginnen und Kollegen zu sehr einschränken würde und diese zu kriminalisieren drohe [12, 13].

Bereits im Zeitraum vor und während der Verabschiedung des Paragraphen § 217 StGB gab es Einwände zahlreicher Juristinnen und Juristen, dass diese Regelung gegen Verfassungsrecht verstoßen könne, da das im Art. 2 (1) GG verankerte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit zu stark eingeschränkt werde [14, 15].

1.5. Das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26.02.2020

Am 26.02.2020 erklärte das BVerfG den § 217 StGB für nichtig [1]. Es begründete diesen Schritt mit einem zu tiefen Eingriff des § 217 StGB in das grundgesetzlich verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht der Bürgerinnen und Bürger, das auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben einschließe. Das BVerfG zeigte in seiner Urteilsbegründung gleichzeitig Möglichkeiten auf, in welchem Rahmen Suizidbeihilfe in Deutschland reguliert werden könne, nämlich unter Klärung der Einwilligungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit.

Auf Wiederholung angelegte Suizidassistenten ist seitdem (wieder) legal. Publierte Erhebungen zeigen eine seitdem stetige Zunahme der Suizidassistenten durch sogenannte Sterbehilfeorganisationen [16]. Gleichzeitig begann eine erneute Debatte um eine mögliche Regulierung der Suizidassistenten. Während einige Debattierende eine weitere Regulierung ablehnten, strebten andere in der Absicht, für Rechtsklarheit zu sorgen und die Möglichkeiten kommerziell agierender Sterbehilfeorganisationen einzuschränken, einen erneuten Anlauf auf eine legislative Regulation der Suizidassistenten an [17-20]. Hierzu wurden im Bundestag drei fraktionsübergreifende Gesetzesvorschläge in die erste Lesung eingebracht, die im Folgenden kurz beschrieben werden sollen.

1.6. Die Gesetzesvorschläge zur Neuregelung des § 217 StGB

1.6.1. Gruppe um MdB Helling-Plahr

Ein erster fraktionsübergreifender Vorschlag wurde unter Leitung der Juristin Katrin Helling-Plahr der *Freien Demokratischen Partei* (FDP) und unter Beteiligung von *Mitgliedern des Bundestages* (MdB) der FDP, der *Sozialdemokratischen Partei Deutschlands* (SPD), und der Linken erarbeitet [19]. Mitinitiator war auch der spätere Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD).

Der Entwurf sollte ein „Recht auf Sterben“ ermöglichen und „dubiosen Anbietern von Leistungen zur Sterbehilfe keinen Raum mehr [...] bieten“ [21]. Suizidassistenten sollte durch jede und jeden ermöglicht werden, auch durch Ärztinnen und Ärzte, denen dies damals berufsrechtlich untersagt war [22]. Die Abgeordneten um Helling-Plahr setzten dabei die Vorgaben des BVerfG um und

fokussierten die regulatorischen Aspekte auf eine Sicherstellung der Einwilligungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit suizidwilliger Menschen. Hierzu waren eine Beratungspflicht über Suizidalternativen und eine anschließend mit Mindestbedenkzeiten- und Ablauffristen geregelte legale Abgabe suizidunterstützender Medikamente vorgesehen.

Der Entwurf wurde von Interessenverbänden gemischt aufgenommen [18, 21, 23]. Kritisiert wurden einerseits die Willkürlichkeit der vorgeschlagenen Fristen, andererseits der zu niedrigschwellige Zugang zu todbringenden Substanzen [18, 21, 23].

1.6.2. Gruppe um MdB Künast

Ein konkurrierender, ebenfalls fraktionsübergreifender Entwurf kam von einer Abgeordnetengruppe um Renate Künast (Bündnis 90/ Die Grünen) [20]. Dieser Entwurf sollte, ähnlich dem Entwurf von Helling-Plahr, die Wahrnehmung des „Rechts auf Sterben“ ermöglichen und sah ebenfalls Fristenlösungen und eine Beratungspflicht vor. Kommerzielle Sterbehilfe sollte reguliert werden.

Als einziger Entwurf differenzierte er zwischen Sterbewilligen in medizinischen Notlagen und solchen, die sich nicht in medizinischen Notlagen befanden. Im ersten Fall sollte das todbringende Medikament ausnahmsweise unkompliziert ärztlich verschrieben werden können, um den Prozess zu beschleunigen respektive das Leid zu verkürzen. Im zweiten Fall sollte das Medikament über eine nicht weiter definierte zentrale Stelle des jeweiligen Bundeslandes bezogen werden.

Sterbehilfeorganisationen, im Entwurf „Hilfsanbieter“ genannt, sollten nur auf Zulassungsbasis tätig werden können. Des Weiteren war ein Werbeverbot für derartige Dienstleistungen vorgesehen. Verstöße gegen die oben genannten Regularien sollten als Ordnungswidrigkeiten gelten, im Extremfall aber auch als Straftat eingeordnet und dann mit Haftstrafen von bis zu fünf Jahren geahndet werden.

An diesem Entwurf wurde kritisiert, dass einige Begriffe wie die „Feststellung der Unveränderlichkeit eines Suizidwillens“ und auch der „Notfall“ (s. o.) nicht ausreichend konkret definiert worden seien [18]. Außerdem wurde die prinzipielle Restriktion durch eine Beratungspflicht kritisiert [24].

1.6.3. Gruppe um MdB Castellucci

Zuletzt wurde von einer Gruppe um Lars Castellucci (SPD) ein dritter fraktionsübergreifender Gesetzentwurf eingebracht, der initial im damals durch die *Christlich Demokratische Union* (CDU) geführten Bundesgesundheitsministerium unter Ausschluss des Parlaments nach Anhörung ausgewählter Verbände erarbeitet wurde [25, 26].

Dieser Vorschlag griff den § 217 StGB erneut auf [17, 27]. Suizidassistenten sollte also weiterhin strafbar bleiben. Einschränkend wurde eine Straffreiheit ermöglicht, wenn bestimmte Bedingungen

bei der Durchführung der Suizidassistenten gewahrt würden. Zur Gewährleistung der Einwilligungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit wurde ein psychiatrisches Gutachten gefordert.

Kritisiert wurde am Castellucci-Entwurf unter anderem, dass weiterhin eine Kriminalisierung suizidassistentenwilliger Ärztinnen und Ärzte stattfinde [27]. Auch wurde befürchtet, dass die geforderten psychiatrischen Begutachtungen eine „Psychiatisierung zur Legitimation der Ausübung des Grundrechts zur Feststellung einer ausreichenden Urteilsfähigkeit“ nach sich zögen [18]. Rechtsexpertinnen und -experten äußerten die Befürchtung, dass auch dieser Entwurf, genau wie der § 217 StGB, verfassungswidrig wäre, denn durch ein grundsätzliches strafrechtliches Verbot würden „mithin Ursache und Ausnahme verkehrt und die Wertung des BVerfG ignoriert“ [27].

1.6.4. Weitere politische Entwicklungen

Beobachterinnen und Beobachter rechneten dem Vorschlag der Gruppe um MdB Castellucci die größten Chancen zu [27]. Möglicherweise auch deshalb wurden kurz vor der Abstimmung die Entwürfe der Abgeordnetengruppen um MdB Künast und MdB Helling-Plahr zu einem gemeinsamen Entwurf zusammengelegt, sodass in der zweiten Lesung über einen liberaleren und einen restriktiveren Vorschlag zur Neuordnung der Suizidassistenten abgestimmt wurde [28]. Eine Alternative bestand im vollständigen Verzicht auf eine weitergehende gesetzliche Regulierung [18, 24]. In der Abstimmung nach der dritten Lesung konnte am 06.07.2023 keiner der beiden Vorschläge die erforderliche Parlamentsmehrheit erlangen. Juristisch besteht damit die oben beschriebene Situation fort.

1.7. Der gesellschaftliche Diskurs zur Suizidassistenten

Die Debatte zur Neuordnung des § 217 StGB wurde nicht nur parlamentarisch, sondern auch in Teilen der Gesellschaft und insbesondere in der Ärzteschaft geführt. Das schriftliche Urteil des BVerfG zum § 217 StGB listet Stellungnahmen vieler Akteure auf, die als Fürsprecher oder Gegner des damaligen Paragraphen zugeordnet werden können und sich auch in der Debatte um eine mögliche Neuordnung des § 217 StGB positionierten.

Im Folgenden sollen die im Prozess vor dem BVerfG geäußerten Positionen dieser Akteure dargestellt und ggf. einordnend kommentiert werden.

Befürwortende Stellungnahmen	Ablehnende Stellungnahmen
Christliche Religionsgemeinschaften und Zentralrat der Juden	Deutscher Anwaltverein, Humanistische Union e. V., Humanistischer Verband Deutschland e. V.
Bundesärztekammer und Marburger Bund	Giordano-Bruno-Stiftung
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.	
Deutsche Palliativstiftung, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Stiftung Patientenschutz und Deutscher Hospiz- und Palliativverband	

Tabelle 1: Befürwortende und ablehnende Stellungnahmen im Prozess vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zum § 217 StGB. Einteilung in befürwortende und ablehnende Stellungnahmen und Gruppierung gemäß der schriftlichen Urteilsbegründung des BVerfG [1]. Von einer Stellungnahme abgesehen hatten die Bundesrechtsanwaltskammer, der Deutsche Richterbund, die Neue Richtervereinigung, der Hartmannbund, die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V., der Deutsche Pflegerat e.V. und der Deutsche Pflegeverband.

1.7.1. Befürwortende Stellungnahmen

1.7.1.1. Christliche Religionsgemeinschaften und Zentralrat der Juden

Die christlichen Religionsgemeinschaften räumten zwar ein Recht des Einzelnen auf Autonomie ein, negierten aber ein „absolutes Verfügungsrecht über das eigene Leben“ [1]. Von den christlichen Religionsgemeinschaften wurde in der Argumentation bereits das Recht auf Suizid weitgehend negiert [das in der *Bundesrepublik Deutschland* (BRD) juristisch besteht und das hier nicht zur Debatte stand, Anmerkung des Verfassers]. Dementsprechend wurde das Recht auf Suizidbeihilfe von diesen umso mehr abgelehnt.

Der Zentralrat der Juden führte aus, im Leben einen absoluten Wert zu sehen, der keiner Einzelfallabwägung zugänglich sei. Er lehnte sowohl den Suizid als auch das Recht auf Suizidbeihilfe ab. Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen sei darüber hinaus nur in Ausnahmefällen zulässig, was beispielsweise auch den FVET umfassen dürfte.

1.7.1.2. Bundesärztekammer und Marburger Bund

Die *Bundesärztekammer* (BÄK) und der *Marburger Bund* (MB) betonten, dass kein Anspruch auf Suizidassistenten bestehen dürfe [1]. Suizidhilfe sei grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe und deshalb berufsrechtlich verboten. Sie führten weiterhin an, dass durch einen Wegfall des § 217 StGB Handlungen der Suizidassistenten gesetzlich zum normalen ärztlichen Bild erklärt würden, was einen Erwartungsdruck auf die Ärzteschaft aufbauen würde, sodass für diese eine moralische Pflicht zur Durchführung einer Suizidassistenten bestünde.

Ferner sei der § 217 StGB ausreichend liberal in der Hinsicht, dass nicht jede erklärte Bereitschaft zur wiederholten Suizidassistenten von der Judikative als geschäftsmäßige [d. h. auf Wiederholung

angelegte, Anmerkung des Verfassers] Sterbehilfe anzusehen sei. Dies habe auch nicht im Bestreben der Legislative bei der Verabschiedung des § 217 StGB gelegen.

Einordnender Kommentar

Im Nachgang des Urteils des BVerfG hob die BÄK das Verbot der Suizidbeihilfe für Ärztinnen und Ärzte auf bzw. empfahl den Landesärztekammern, dieses in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte aufzuheben [29]. Dennoch führte die BÄK in der öffentlichen Debatte weiter an, dass eine Erlaubnis des ärztlich assistierten Suizids das Vertrauen in die Ärzteschaft schädige [22].

Der 127. Deutsche Ärztetag initiierte 2023 eine Änderung der Musterberufsordnung. Dort soll es zukünftig heißen: "Die Mitwirkung bei der Selbsttötung (assistierter Suizid) ist grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe. Sie ist bei schwerer oder unerträglicher Erkrankung nach wohlabgewogener Gewissensentscheidung im Einzelfall zulässig." Jede Beratung von Sterbewilligen, ohne dass Krankheit die Grundlage des Sterbewillens darstellte, fände so außerhalb eines Arzt-Patienten-Verhältnisses statt [30, 31].

1.7.1.3. *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.*

Gemäß der Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe verbiete das ethische Bild der Pflegeberufe eine Teilnahme an assistierten Suiziden [1]. Der § 217 StGB stelle Pflegeberufe davon frei, zur Unterstützung beim Suizid in Anspruch genommen zu werden.

1.7.1.4. *Deutsche Palliativstiftung, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Stiftung Patientenschutz und Deutscher Hospiz- und Palliativverband*

Die *Deutsche Palliativstiftung*, die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* (DGP), die *Deutsche Stiftung Patientenschutz* und der *Deutsche Hospiz- und Palliativverband* betonten, dass nach dem Selbstverständnis heilender Berufe Suizidassistenz nicht zum Spektrum palliativmedizinischer Maßnahmen gehöre [1]. Würde die Suizidassistenz legalisiert, so erkenne man zwar das Recht auf Suizid an, durch Hinzuziehen Dritter werde „der Kernbereich individueller Persönlichkeitsentfaltung aber überschritten“ und unterliege in der Abwägung den Schutzpflichten des Staates und dem Recht auf Leben. Darüber hinaus ergäben sich staatliche Risiken durch das Gewähren einer diesbezüglich freien Persönlichkeitsentfaltung, etwa im Sinne eines Missbrauchspotenzials. Wie ferner ausgeführt wurde, ergebe der Wunsch nach der Legalisierung der Suizidassistenz sich auch dadurch, dass palliativmedizinische Therapiealternativen nicht in der Breite bekannt seien. Insbesondere die palliative Sedierung bei refraktärem Leid stelle zumindest bei vorliegender anderweitig unstillbarer Symptomlast eine Alternative zum assistierten Suizid dar [1].

Einordnender Kommentar

Im Angesicht der neu eingebrachten Gesetzesvorschläge nach dem Urteil des BVerfG änderte die DGP ihre Position dahingehend, dass sie die beiden eingebrachten Gesetzentwürfe ablehnt und die aktuelle Rechtslage für ausreichend hält [18]. Suizidassistenten sei grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe. Wichtiger als eine Legalisierung der Suizidassistenten sei eine vermehrte Aufklärung über die suizidpräventiv wirkenden Möglichkeiten im Rahmen einer qualitativ hochwertigen palliativmedizinischen Versorgung [18]. Auch solle vermehrt über Alternativen, wie den FVET, informiert werden.

1.7.2. Ablehnende Stellungnahmen

1.7.2.1. *Deutscher Anwaltverein, Humanistische Union, Humanistischer Verband Deutschlands*

Der *Deutsche Anwaltverein*, die *Humanistische Union* und der *Humanistische Verband Deutschlands* hielten den § 217 StGB für verfassungswidrig. Sie beurteilten die Strafbarkeit der Suizidassistenten im Sinne des § 217 StGB als unverhältnismäßig, weil bereits „ein der Freigabe der Suizidforderung im Einzelfall dienendes Verwaltungsverfahren unter Beteiligung von Berufsträgern unterschiedlicher Disziplinen ebenso geeignet wäre, Selbstbestimmung und Leben zu schützen“ [1]. Sie schlugen ein Werbeverbot für Suizidhilfe vor. Der § 217 StGB beschränke zu sehr die verfassungsmäßigen Rechte Suizidwilliger und der Suizidhelfenden. Suizid werde durch diesen Paragraphen tabuisiert.

Zu den Argumenten der BÄK fügten sie an: „Das von der Bundesärztekammer propagierte ärztliche Selbstverständnis, das eine Suizidhilfe nicht umfasse, [...] entspreche weder der realen Pluralität ärztlicher Werte und Moralvorstellungen, noch habe es in einem einheitlichen berufsrechtlichen Verbot der Suizidhilfe Niederschlag gefunden.“ [1]

1.7.2.2. *Giordano-Bruno-Stiftung*

Darüber hinaus argumentierte die *Giordano-Bruno-Stiftung*, dass durch den § 217 StGB Suizidwilligen, die auf Hilfe Dritter angewiesen seien, faktisch der Suizid verboten werde [1].

1.7.3. Weitere relevante Positionen

Die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) hatte vorm BVerfG keine Stellungnahme vorgetragen, beteiligt sich jedoch politisch an der Debatte um die mögliche Neuregelung des § 217 StGB. Gemäß ihrer Positionspapiere zur Suizidassistenten hält die DGPPN Suizidassistenten für dringend regelungswürdig und sieht Suizidbeihilfe grundsätzlich nicht als ärztliche Aufgabe an [23, 32]. Sie forderte 2020,

dass über die Zulässigkeit einer Suizidassistenz im konkreten Fall Gerichte, und nicht etwa Ärztinnen und Ärzte, zu entscheiden hätten. Sie rückte später von dieser Forderung, die sie politisch für nicht umsetzbar hielt, ab und fordert nun stattdessen eine Beratungs- und Begutachtungspflicht von Suizidwilligen [33]. Die DGPPN skizzierte jüngst ein Verfahren, in dem Beratung, Begutachtung, Zurverfügungstellung der todbringenden Substanzen und Durchführung der Suizidassistenzen jeweils personell klar abgegrenzt sind [33].

1.8. Datenlage

Die Frage nach der idealen Regelung der Suizidassistenz sollte neben juristischen Argumentationen und den Positionspapieren spezifischer Akteure auch die Meinung der Allgemeinbevölkerung (als potenziell von Suizidhilfe Betroffene) berücksichtigen. Auch die Einstellungen der Ärzteschaft (als in den meisten Entwürfen vorgesehene Suizidhelfer und -helferinnen) sollten einbezogen werden.

Über Einstellungen der deutschen Bevölkerung im Allgemeinen und ärztlich Tätigen im Speziellen liegen einige Querschnittstudien und repräsentative Umfragen vor, die teilweise älteren Datums oder ausländischen Ursprungs sind [4, 34-37]. Weiterhin gibt es Erhebungen in enger gefassten Kollektiven, sei es durch Befragung von Teilnehmenden einer Tagung [38] oder Mitgliedern einzelner Fachverbände [39-41]. Außerdem wurden Erhebungen unter Medizinstudierenden durchgeführt [11, 42].

1.8.1. Die Haltung der Bevölkerung

Wie von anderen ausgeführt, zeigt sich in der deutschen Bevölkerung mit Zustimmungsraten von mehr als 65 % seit Jahren eine der Suizidassistenz zugewandte Haltung [13, 36]. Im Langzeittrend nimmt in der Bevölkerung die Befürwortung der Legalisierung der Suizidassistenz zu [37].

1.8.2. Die Haltung der Medizinstudierenden

Auch deutsche Medizinstudierende befürworten mehrheitlich lebensbeendende Maßnahmen bei Suizidwilligen [42, 43]. In einer Umfrage aus dem Jahr 2020 unter 271 Medizinstudierenden konnten sich 68 % eine Teilnahme an einer Suizidassistenz vorstellen [42]. 71 % sahen Suizidassistenz als ärztliche Aufgabe an. Die Zustimmungsrate Medizinstudierender zum assistierten Suizid steigt mit der Krankheitsschwere der Patienten [42].

1.8.3. Die Haltung der Ärztinnen und Ärzte

Unter Ärztinnen und Ärzten zeigt sich ein heterogenes Bild. In einer repräsentativen Umfrage des Instituts Allensbach lehnte 2010 die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte die Legalisierung des assistierten Suizids ab [35]. Die Umfrage differenzierte in Subgruppenanalysen zwischen niedergelassen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten und nach dem Alter (unter 45 Jahren, 45 - 54 Jahre, über 54 Jahre). In der Klinik tätige, im Schnitt jüngere Ärztinnen und Ärzte stimmten der Legalisierung der Suizidassistenz häufiger zu als die durchschnittlich älteren Niedergelassenen [34, 35, 44]. Bei den Über-54-jährigen stieg die Zustimmungsrate zur Legalisierung der

Suizidassistenten wieder an, ein Trend der sich auch in der Gesamtbevölkerung abzeichnet [34, 37]. Auch unter Ärztinnen und Ärzten hing die Zustimmungsrates zum assistierten Suizid von der Krankheitsschwere der Patientinnen und Patienten ab [35]. Internationale Studien weisen darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte restriktivere Einstellungen zur Suizidhilfe als die Allgemeinbevölkerung haben und diese Einstellungen - weniger als in der Allgemeinbevölkerung - kulturellen Einflüssen und demographischen Faktoren unterliegen [4]. Beschriebene Faktoren, die Einfluss auf die Einstellungen zu den Haltungen zur Suizidassistenten haben, sind die religiöse Einstellung, das Lebensalter und das Geschlecht [4, 36].

1.9. Hinleitung zur Fragestellung

Eine Subgruppe jüngerer Ärztinnen und Ärzte im Sinne von Kolleginnen und Kollegen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung wurde in der Allensbach-Umfrage nicht untersucht [35]. In dieser beruflichen Phase aber könnten die Einstellungen sich ändern, abweichend von den hohen Zustimmungsrates Medizinstudierender und hin zu der mehrheitlich ablehnenden Haltung der berufserfahrenen Ärztinnen und Ärzte.

Es erscheint sinnvoll, die Einstellungen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte mit wenigen Jahren Berufserfahrung zu erfassen, da diese Gruppe noch viele Jahre berufstätig sein wird und damit den größten Teil ihrer beruflichen Laufbahn mit den gesetzlichen Regulierungen zur Suizidassistenten umgehen wird. Vor diesem Hintergrund sollte dieser Gruppe die Möglichkeit gegeben werden, sich zu positionieren.

1.10. Ziele der Arbeit

Ziel dieser Arbeit war es, ein Kollektiv jüngerer ärztlicher Kolleginnen und Kollegen auf deren Haltungen zur Suizidassistenten zu untersuchen. Die erfassten Daten sollten zudem auf mögliche Einflussfaktoren wie Vorerfahrungen, Vorkenntnisse und demographische Merkmale untersucht werden.

Für diese Umfrage lag ein positives Ethikvotum der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vom 28.10.2022 unter der Aktennummer *2022-2193-andere Forschung* vor.

Um eine geeignete Stichprobe zu generieren, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschiedener, unter Assistenzärztinnen und -ärzten bundesweit populärer Fortbildungsreihen der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. (AIM) in Arnsberg befragt.

Es sollten die folgenden übergreifenden Fragestellungen beantwortet werden:

1.11. Fragestellungen

Wie gut sind jüngere Ärztinnen und Ärzte über die rechtlichen Grundlagen zur Suizidassistentz, Suizidalternativen wie den FVET und die Gesetzesvorschläge zur Neuregelung des § 217 StGB informiert?

Welche Einstellungen haben jüngere Ärztinnen und Ärzte bezüglich einer normativen Regelung der Suizidassistentz?

Machen jüngere Ärztinnen und Ärzte ihre Zustimmung zum assistierten Suizid von der Krankheitsschwere der Suizidwilligen abhängig?

Korrelieren die Meinungen jüngerer Ärztinnen und Ärzte mit ihren Vorerfahrungen, Fachrichtungen, Vorkenntnissen oder demographischen Merkmalen?

2. Publierte Originalarbeiten

2.1. Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Küppers R, Meier S, Batzler YN, Schallenburger M, Wetzchewald D, Dreyer S, Schwartz J, Neukirchen M. Sichtweisen einer Stichprobe überwiegend jüngerer Ärztinnen und Ärzte zum ärztlich-assistierten Suizid. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2024 Feb;67(2):233-241. German. doi: 10.1007/s00103-024-03833-5. Epub 2024 Jan 22. PMID: 38253871; PMCID: PMC10834612.

2.2. Weitere Ergebnisse

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	536	47,9	47,9	47,9
	stimme eher nicht zu	158	14,1	14,1	62,0
	unentschieden	61	5,4	5,4	67,4
	stimme eher zu	176	15,7	15,7	83,1
	stimme voll zu	189	16,9	16,9	100,0
	Gesamt	1120	100,0	100,0	

Tabelle 2: Antworten der Ärztinnen und Ärzte mit Berufserfahrung von maximal 10 Jahren auf die Frage: „Ich bin schon um Mithilfe beim assistierten Suizid gebeten worden.“

3. Diskussion

3.1. Allgemeines

In dieser Arbeit wurde eine Stichprobe von 1163 Ärztinnen und Ärzten untersucht, die sich überwiegend am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn befanden (88,1 % höchstens fünf Jahre ärztlich tätig) [31]. Stichproben anderer Studien mit ähnlichen Fragestellungen waren meist kleiner [43], mit einem auf einzelne Fachrichtungen eingegrenztem [39-41] oder interprofessionellem [38] Teilnehmerfeld. Methodisch wurde meist entweder ein deutlich größeres Kollektiv per E-Mail [39-41] befragt – mit niedrigeren Rücklaufquoten - oder eine einmalige Umfrage unter Teilnehmerinnen und Teilnehmern eines Kongresses [38] durchgeführt.

Im Rahmen dieser Umfrage konnten über alle drei Kursformate ähnlich hohe Rücklaufquoten, eine für jedes Kursformat ähnliche Demographie und auch ein ähnliches Antwortverhalten reproduziert werden. Die Ergebnisse sind somit reliabel.

3.1.1. Demografie

Zur Grundgesamtheit der jüngeren Ärztinnen und Ärzte lagen keine verlässlichen Zahlen vor, weswegen sich die Repräsentativität dieser Studie nicht eindeutig feststellen lässt. Zur Prüfung der Plausibilität kann man die erhobenen demografischen Daten jedoch orientierend mit den verfügbaren demografischen Daten zur Bevölkerung der BRD vergleichen.

Hierbei fällt, bei ansonsten weitgehender Kongruenz bezüglich der Geschichtsverteilung, vor allem ein mit 11,9 % sehr hoher Anteil muslimischer Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf [31]. Es gibt keine amtlichen Zahlen zum Anteil der Muslimas und Muslime in Deutschland [45]. Viele Schätzungen rangieren zwischen Anteilen von 3,5 % und 6,7 % der Bevölkerung [45]. In unserem Fragebogen wurde bewusst nicht die „amtliche“ Religionszugehörigkeit (z. B. Frage der Kirchenmitgliedschaft) abgefragt, sondern die „gefühlte“ Religionszugehörigkeit (Wortlaut der Frage: „Welcher Religion fühlen Sie sich zugehörig?“) [31].

Zur „gefühlten“ Religionszugehörigkeit liegen Vergleichsdaten vor. In einer aktuellen repräsentativen Umfrage von Krause (2022) wurde mit diesem Ansatz unter jungen Menschen (unter 30 Jahren) ein Anteil von 12 % Muslimas und Muslime ermittelt [46, 47]. (In den Altersgruppen der 30- bis 39-jährigen und 40- bis 49-jährigen lag der Anteil an Muslimas und Muslimen bei 4 %.) Der von Krause gefundene Prozentsatz an Muslimas und Muslimen unter jüngeren Menschen entspricht dem Anteil der muslimischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern unserer Studie in den Notfallmedizin- und Intensivmedizinkursen (12,9 % bzw. 11,5 %). Diese wiesen ein deutlich jüngeres Teilnehmerfeld auf (86,0 % bzw. 94,1 % mit maximal 5 Jahren Berufserfahrung), wenn man sie mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Hämatologiekurses vergleicht (4,4 % Muslimas und Muslime, 36,0 % mit maximal 5 Jahren Berufserfahrung). Auch die in unserer Studie ermittelten Zahlen zu Christinnen und Christen bzw. Konfessionslosen in den

jeweiligen Kursen decken sich mit den Zahlen von Krause [46, 47]. Sie ähneln den Zahlen der evangelischen Kirche in Deutschland [48].

Zum religiösen Hintergrund und der Religiosität Medizinstudierender oder Ärztinnen und Ärzte sind keine verlässlichen Zahlen bekannt. Es konnte deshalb trotz der oben ausgeführten Indizien nicht nachgewiesen werden, dass die religiöse Einstellung unserer Stichprobe repräsentativ für die junge Ärzteschaft steht.

3.1.2. Fachrichtung

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten waren internistisch tätig (56,4 %), gefolgt von anästhesiologischen (26,4 %), chirurgischen (8,6 %) und neurologischen (4,8 %) Kolleginnen und Kollegen. Man könnte annehmen, dass Suizidassistenz überwiegende Domäne der behandelnden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ist, aber zumindest wenn sogenannte Sterbehilfeorganisationen wirken, scheint dies im Bereich der statistisch erfassbaren, also korrekt deklarierten, assistierten Suizide nicht zuzutreffen [16]. Suizidassistenzen erfolgten in diesen Fällen selten durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte [16]. Die assistierenden Ärztinnen und Ärzte waren in absteigender Reihenfolge zu 53,3 % internistisch tätig, zu 13,3 % anästhesiologisch und zu 3,3 % chirurgisch.

3.1.3. Vorerfahrungen

Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten bereits Erfahrungen mit sterbenden Patientinnen und Patienten gesammelt, was die Notwendigkeit entsprechender Unterstützungsangebote verdeutlicht [49]. Auffällig ist, dass mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Patientinnen und Patienten um Suizidassistenz (32,1 %) oder gar Tötung auf Verlangen (27,1 %) gebeten wurden als um die „weniger invasive“ Hilfe beim FVET (20,8 %). Dies deutet auf Wissensdefizite der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Handlungsalternativen und die Notwendigkeit breiter Aufklärung hin [50].

Gleichzeitig scheint die Wahrscheinlichkeit gestiegen zu sein, als junge Ärztin oder junger Arzt auf Patientinnen und Patienten zu treffen, die Suizidwünsche äußern: 2010 gaben nur 26 % der befragten Ärztinnen und Ärzte mit weniger als zehn Jahren Berufserfahrung an, diese Erfahrung gemacht zu haben [35]. Demgegenüber waren es in dieser Umfrage 32,6 % der befragten Teilnehmerinnen mit bis zu zehn Jahren Berufserfahrung. Dies könnte darauf hinweisen, dass Patientinnen und Patienten den Suizid zunehmend als Handlungsoption ansehen.

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der hier durchgeführten Studie hatten 3,3 % bereits an einer Suizidassistenz persönlich mitgewirkt [31]. Dies entspricht annähernd den Ergebnissen einer Umfrage unter DGP-Mitgliedern aus 2017 (dort: 3,2 % aller befragten Ärztinnen und Ärzte) [41]. Es überrascht auf den ersten Blick, dass dieser Anteil auch im Kollektiv der jüngeren, nicht auf Palliativmedizin fokussierten Ärztinnen und Ärzten bereits so hoch ist. Eine Erklärung hierfür

könnte sein, dass Palliativmedizinerinnen und Palliativmediziner insgesamt skeptischer gegenüber Suizidassistenten eingestellt sind als die allgemeine Ärzteschaft [35].

3.2. Wie gut sind jüngere Ärztinnen und Ärzte über die rechtlichen Grundlagen zur Suizidassistenten, Suizidalternativen wie den FVET und die Gesetzesvorschläge zur Neuordnung des § 217 StGB informiert?

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren nach Selbsteinschätzung zu großen Teilen nicht gut über die legislativen Grundlagen und den politischen Prozess informiert. Nur 18,7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben Kenntnisse zum BVerfG-Urteil und 17,5 % Kenntnisse zu den Gesetzentwürfen an. Deutlich höher lag der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die zumindest in der Selbsteinschätzung FVET, assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen definieren konnten und diese Fragen mit „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“ beantworteten (FVET: 80,8 %; assistierter Suizid: 71,8 %; Tötung auf Verlangen: 68,5 %). Zu hinterfragen ist, ob dieser Anteil hoch genug ist, oder ob diese Kenntnisse nicht zum fundamentalen Wissen aller Ärztinnen und Ärzte gehören sollten. Weiterhin zu hinterfragen ist, ob die Selbsteinschätzung auch mit dem tatsächlichen Wissen übereinstimmt. Hierzu hätten zusätzlich Wissensfragen gestellt werden müssen, welche in den Fragebögen von Nachfolgeprojekten daher ergänzt wurden [51, 52].

Auffällig ist, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich bezüglich ihrer Einstellungen, Haltungen und Vorstellungen zu normativen Regelungen dennoch deutlich positionierten und seltener eine neutrale Position („Unentschieden“) einnahmen.

Dieses Phänomen ist von Medizinstudentinnen und -studenten [42] bekannt. Die Diskrepanz zwischen einem oftmals eher geringen Wissensstand und einer dennoch feststehenden Meinung der Befragten erscheint problematisch. Eine möglicher Lösungsvorschlag für diese Problematik könnte eine vermehrte Aufklärungsarbeit über EoL-Interventionen darstellen. Denkbar wären eine vermehrte Aufnahme solcher Themen in die universitäre Lehre während des Medizinstudiums oder Öffentlichkeitskampagnen [42]. Hier sei auf die derzeit laufende Kampagne der DGP verwiesen, die auf die Bekanntmachung des palliativmedizinischen Spektrums und Suizidalternativen (wie FVET) Wert legt [50].

3.3. Welche Einstellungen haben jüngere Ärztinnen und Ärzte bezüglich einer normativen Regelung der Suizidassistenten?

Konfrontiert mit einigen bekannten Argumenten der Debatte um die ärztliche Suizidassistenten, positionierten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer deutlich.

Sie lehnten zum Großteil ab, dass Ärztinnen und Ärzte sich beim assistierten Suizid auf Maßnahmen zur Suizidprävention zu beschränken hätten (61,6 % stimmten nicht oder eher nicht zu) [31]. Nur eine Minderheit teilte die Sorgen der Verbände, dass die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid das Vertrauen in die Ärzteschaft schädigen würde (23 % trifft zu oder trifft voll zu) [1].

Zu der Fragestellung, ob Suizidassistenz eine ärztliche Aufgabe sei, äußerten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weniger eindeutig. Nur ein Drittel stimmte zu (30,6 %: trifft nicht zu oder trifft eher nicht zu). Ein relevanter Teil (22,5 %) äußerte sich hingegen unentschieden. Knapp die Hälfte (46,8 %) stimmte zu oder eher zu, dass Suizidassistenz eine ärztliche Aufgabe sei. Dies kann auch auf den Wortlaut der Fragestellung zurückzuführen sein [31]. In Nachfolgeprojekten wurde der Fragebogen dahingehend modifiziert, dass sowohl gefragt wurde, ob Suizidassistenz eine ärztliche Aufgabe *sei* als auch ob Suizid eine ärztliche Aufgabe *sein könne* [51, 52].

Die Entscheidungskompetenz über die Zulässigkeit eines ärztlich assistierten Suizids sahen zwei Drittel der Teilnehmenden bei Ärztinnen und Ärzten (66,4 %, bei 13,4 % Ablehnung). Dies erscheint nachvollziehbar, ist es doch ärztliche Aufgabe, die Patientinnen und Patienten bis zum Lebensende, und damit auch durch den assistierten Suizid zu begleiten [3].

Mit 34,6 % Zustimmung und 45,0 % Ablehnung wurden Richterinnen und Richter eher nicht als die richtigen Ansprechpartner gesehen, um über die Zulässigkeit einer Suizidassistenz zu entscheiden.

Demgegenüber sah ein befragtes Kollektiv aus Psychiaterinnen und Psychiatern als Verantwortliche für den Zugang zur todbringenden Substanz etwa zu gleichen Anteilen Ärztinnen bzw. Ärzte (41 %) wie Behörden (44 %) [39]. 15 % der befragten Psychiaterinnen und Psychiater sprachen sich gegen die Zurverfügungstellung dieser Substanzen aus. Die Mehrheit der befragten Psychiaterinnen und Psychiater forderte eine Trennung von Begutachtung und Durchführung von Suizidassistenz.

Es scheint nachvollziehbar, dass Psychiaterinnen und Psychiater mehrheitlich die Durchführung einer Suizidassistenz ablehnen, wenn man bedenkt, dass Suizidalität ein psychiatrischer Notfall ist und dass eine Mehrheit der Suizidwilligen an einer akuten Lebenskrise oder einer behandelbaren psychiatrischen Grunderkrankung leiden [53, 54, 3].

Gerade bei der letztgenannten Personengruppe jedoch wird die Bewertung, ob eine Freiverantwortlichkeit vorliegt, ohne psychiatrische Fachexpertise sehr schwerfallen [3].

Psychiaterinnen und Psychiater kennen mit der Regelung des Freiheitsentzugs im Rahmen der Psychisch-Kranken-Gesetze Prozesse, in denen die Zuständigkeit beim Staat bzw. Richterinnen und Richtern liegt. Eine Konsequenz der oben genannten Überlegungen würde also die Forderung nach der häufigen bis zwingenden Involvierung psychiatrischer Gutachter erklären, wie sie der

Castellucci-Gesetzentwurf vorsah und wie sie auch im oben genannten Kollektiv von Psychiaterinnen und Psychiatern mehrheitlich gefordert wurde [39, 17].

Aus Sicht ärztlicher Kolleginnen und Kollegen jenseits der Psychiatrie mag die Notwendigkeit dieser Forderungen nicht für zwingend nötig gehalten werden [31]. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass nur wenige Teilnehmende den Inhalt des BVerfG-Urteils oder die Gesetzesvorschläge und damit den Stand der Debatte ausreichend kannten. Aus diesem Grund lassen die Antwortmuster sehr viele Interpretationsmöglichkeiten zu, denen man in zukünftigen Studien mit qualitativen Ansätzen wie Freitextantworten oder in Form von Fokusgruppen nachgehen sollte.

Dennoch scheint auch in der Praxis keine Trennung von Begutachtung und Durchführung stattzufinden, wie eine aktuelle Erhebung zeigt [16]. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass keine Meldepflicht für assistierte Suizide besteht.

3.4. Machen jüngere Ärztinnen und Ärzte ihre Zustimmung zum assistierten Suizid von der Krankheitsschwere der Suizidwilligen abhängig?

Während eine deutliche Mehrheit von 62,3 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie eine Suizidassistenz bei Menschen im palliativen Setting befürworteten, lag die Zustimmungsrate zur Suizidassistenz bei Menschen unabhängig von deren Gesundheitszustand lediglich bei 20,1 % [31]. Teile der Befragten machen ihre Zustimmung zur Suizidassistenz im Rahmen einer individuellen Gewissensentscheidung also vom gesundheitlichen Zustand der Suizidwilligen abhängig.

Ähnliche Einschätzungen wurden unter Medizinstudierenden und älteren Ärztinnen und Ärzten festgestellt [42, 35]. Diese Einstellung hat Folgen für die praktische Umsetzung der Suizidassistenz, denn sie steht in deutlichem Widerspruch zum Urteil des BVerfG, dass die Angemessenheit einer Suizidassistenz von der Freiverantwortlichkeit der Suizidwilligen, nicht aber von Faktoren wie der Krankheitsschwere abhängen darf [1]. Dahinter verbirgt sich der unumstößliche juristische Grundsatz, dass Leben nicht gegen Leben abgewogen werden darf.

Andererseits führt das BVerfG aus, dass niemand zur Mitwirkung an einer Suizidassistenz gezwungen werden darf [1]. Einige Akteure, wie etwa die BÄK, befürchteten durch die Legalisierung der Suizidassistenz den Aufbau eines Erwartungsdrucks auf Ärztinnen und Ärzte, der diese gegen ihren Willen zu suizidassistierenden Maßnahmen nötige [1]. Dementgegen wurde von dem Philosophen Birnbacher im Jahr 2019 die Befürchtung vorgebracht, dass einwilligungsfähige Bürger mit Sterbewunsch ohne – nach subjektivem Empfinden der meist leistungserbringenden

Ärztinnen und Ärzte – ausreichende Krankheitsschwere nicht oder nur schwierig Zugang zu Suizidassistenten finden könnten und damit das Urteil des BVerfG zu einer anderen als der vom BVerfG intendierten Praxis führen werde: Es trete wieder eine Situation wie zu Zeiten des § 217 StGB ein, die Birnbacher wie folgt beschreibt: „Für die Freiheit zu einem Ausstieg aus dem Leben läuft diese Rechtssituation auf eine erhebliche Einengung der Möglichkeiten hinaus, von dieser *in abstracto* durch Art. 2 Abs. 1 GG gewährten Freiheit *in concreto* Gebrauch zu machen, es sei denn, man leidet an einer todbringenden Erkrankung“ [55]. Anders formuliert treffen die Ärzte paradoxerweise eine moralische Bewertung, die Ihnen als Individuen zusteht, laut BVerfG aber nicht der Gesellschaft oder dem Staat, und damit auch nicht der Ärzteschaft [3]. Henking resümiert: „Da niemand zur Suizidhilfe verpflichtet ist, könnte es ins Leere laufen, ausgerechnet die Ärzteschaft als Suizidhelfende auszuwählen“ [3].

3.5. Korrelieren die Meinungen jüngerer Ärztinnen und Ärzte mit ihren Berufserfahrungen oder demographischen Merkmalen?

3.5.1. Religion und Religiosität

Zwischen Religion, im Sinne der gefühlten Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft und Religiosität muss deutlich unterschieden werden.

Eine Mehrheit von 76,2 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, unabhängig von deren Religionszugehörigkeit, verneinten einen Einfluss ihrer Religion auf die Einstellung zur Suizidassistenten. Eine Ausnahme stellte die Subgruppe der muslimischen Teilnehmerinnen und Teilnehmer dar.

Dazu passend war die Korrelation zwischen Religiosität und der Ablehnung der Suizidassistenten bei Menschen unabhängig von deren Gesundheitszustand nur gering ausgeprägt ($r = -0,153$) [31]. Dies lässt den Schluss zu, dass Religion für die Einstellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum ärztlich assistierten Suizid keine große Rolle spielte. Zu diesem Schluss kamen auch andere Autorinnen und Autoren [36].

Nur für 16,3 % stellte Religiosität einen relevanten Faktor dar (gemessen an voller Zustimmung oder überwiegender Zustimmung zu der Aussage: „Meine Einstellungen zum assistierten Suizid gründen auf meiner religiösen Einstellung“). Einige Studien weisen darauf hin, dass Religiosität unter Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer professionellen Neutralität gegenüber der Normalbevölkerung eine geringere Rolle spielt [4, 56].

3.5.2. Islam

Sich dem muslimischen Glauben zugehörig fühlende Teilnehmerinnen und Teilnehmer antworteten häufiger im Sinne einer restriktiven Einstellung zu Suizidassistenten als Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit anderer religiöser Ausrichtung [31]. Es konnte gezeigt werden, dass hier das Ausmaß der Religiosität ausschlaggebend war: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die angaben, ihre religiösen Überzeugungen hätten keinen großen Einfluss auf ihre Einstellung zum assistierten Suizid, unterschieden sich in ihrem Antwortverhalten nicht, gleich welcher Religion sie sich zugehörig fühlten ($p = 0,9$).

In zukünftigen Studien sollte der Einfluss der Religiosität auf die Einstellung zum ärztlich assistierten Suizid mittels validierter Fragebögen differenzierter erfasst werden (siehe z.B. [57]). Der in unserer Studie erfasste Hinweis auf restriktivere Haltungen zu EoL-Entscheidungen unter muslimischen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland ist weiter zu untersuchen. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass muslimische Pflegerinnen und Pfleger sowie Ärztinnen und Ärzte öfter eine ablehnende Haltung zu jeglichen EoL-Interventionen haben [58]. Auch wurde in einer Studie von Roesinger et al. 2018 gezeigt, dass Religiosität in der älteren Bevölkerung den größten Einfluss auf Einstellungen zur Suizidassistenten hat [36]. Auch wenn ärztliche Einstellungen zur Suizidassistenten nachgewiesenermaßen weniger als in der Allgemeinbevölkerung von soziokulturellen Faktoren abhängen, sollte im Rahmen weiterführender Studien untersucht werden, wie groß der Effekt von Religiosität auf Entscheidungen bzgl. des Anbietens oder Ablehnens therapeutischer Angebote wie FVET oder Suizidassistenten ist [4].

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass vor der Entscheidung des BVerfG keine muslimischen Interessenvertreterinnen oder Interessenvertreter für eine diesbezügliche Stellungnahme geladen waren [1]. Vor dem Hintergrund der Positionspapiere muslimischer Organisationen ist zweifelhaft, ob ihre Positionen sich von denen der Vertreter der christlichen und jüdischen Glaubensgemeinschaften maßgeblich unterscheiden, da von allen genannten Religionsvertretern eine sehr restriktive Einstellung vertreten wird [59]. Dennoch stellt sich die Frage, ob hier relevante Teile der Bevölkerung in der Debatte um die mögliche Neuregelung der Suizidassistenten möglicherweise ungenügend berücksichtigt wurden.

3.5.3. Berufserfahrung

Es konnte, wie zuvor bereits in der repräsentativen Studie des Instituts Allensbach (2010) und der Studie von Thurn et al. (2021), kein Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Einstellung zum ärztlich assistierten Suizid festgestellt werden [31, 35, 42].

Anders war dies in einer interdisziplinären Kohorte von Gamondi et al. (2022), die den 13.834 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Patientenversorgung in zwei Schweizer Krankenhäusern die

Frage stellten, ob assistierter Suizid im Krankenhaus erlaubt werden soll [60]. Befragte mit fünf bis zehn Jahren Berufserfahrung wiesen hier deutlich niedrigere Zustimmungsraten auf als Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger mit maximal vier Jahren Berufserfahrung ($OR = 0,67, p < 0,05 \%$) [60]. Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mehr als zehn Jahren Berufserfahrung unterschieden sich in der Zustimmung hingegen nicht signifikant von Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern. Auch das tatsächliche Alter der Befragten (gruppiert nach 20 - 39 Jahren, 40 - 50 Jahren und > 60 Jahren) hatte keinen nachweisbaren Einfluss auf die Einstellung zum assistierten Suizid.

Die Berufserfahrung scheint also in einer bestimmten beruflichen Erfahrungsstufe einen Einfluss auf die Einstellungen zum ärztlich assistierten Suizid zu haben.

3.6. Stärken und Limitationen

Diese Studie konnte erstmals die Einstellungen einer großen Stichprobe jüngerer Ärztinnen und Ärzte zu Suizidassistenten erfassen und darstellen.

Mangels zufriedenstellender Statistiken hinsichtlich der Zielgruppe ließen die Ergebnisse sich nicht extern validieren. Es besteht die Möglichkeit von Verzerrungen der Ergebnisse, etwa durch eine mögliche Überrepräsentation von Menschen islamischen Glaubens [31].

Die interne Validität des Fragebogens und seine Praktikabilität wurden initial getestet. Im Verlauf der Studie wurde klar, dass die Formulierung einiger Fragen trotz pre-Tests mehrdeutig war [31]. Auch stellt die 5-stufige Ordinal-Skala vom Likert-Typ zwar einen guten Kompromiss dar, doch an einigen Stellen könnte man den Vorteil dichotomisierter Antwortmöglichkeiten (z.B. „Ich habe sterbende Patienten betreut“ – Antwort: ja/nein, nominal) oder freier Eingaben (Berufserfahrung in Jahren, metrisch) diskutieren.

Der Fragebogen war auf eine ausschließlich quantitative Auswertung ausgelegt. An geeigneter Stelle wäre die Möglichkeit einer optionalen Freitextantwort mit anschließender qualitativer Auswertung erkenntnisreich gewesen, wie z. B. bei der Frage, ob Ärztinnen und Ärzte bzw. Richterinnen und Richter die richtigen Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner seien, um über die Zulässigkeit einer Suizidassistenten zu entscheiden.

In Folgestudien unserer Arbeitsgruppe wurde der Fragebogen unter Berücksichtigung der hier gewonnenen Erkenntnisse optimiert und auf andere Kollektive wie Mitglieder der DGP und Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin angewendet [51, 52]. In diesem Sinne ist die Umfrage als Pilotierung zu verstehen.

3.7. Schlussfolgerungen

Jungen Ärztinnen und Ärzten mangelt es an Informationen zum Stand der Debatte um die Neuregelung der Suizidbeihilfe. Auch über Suizidalternativen wie den FVET muss mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Ärztinnen und Ärzte mit nur wenigen Jahren Berufserfahrung befürworten Suizidassistentz mehr als erfahrenere Generationen und teilen Argumente von ärztlichen Befürworterinnen und Befürwortern des ehemaligen §217 StGB nicht.

Auch Ärztinnen und Ärzte mit wenig Berufserfahrung machen ihre Entscheidung über die Beteiligung an einer Suizidassistentz von der Krankheitsschwere der Suizidwilligen abhängig.

Die Angemessenheit des Einflusses der großen religiösen Interessensvertreter auf die Debatte zur Suizidassistentz sollte – zugunsten repräsentativer Befragungen von Menschen der jeweiligen Glaubensrichtungen - hinterfragt werden.

Die Studie liefert Hinweise, dass der Anteil an Menschen islamischen Glaubens unter jungen Ärztinnen und Ärzten unterschätzt wird und ihre Einstellungen und Haltungen in der Debatte zur Suizidassistentz unterrepräsentiert sind.

4. Literatur und Quellenverzeichnis

1. Bundesverfassungsgericht (2020) Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar.
In: https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html. Zugriffen: 29.03.2023
2. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. (2003) Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat. Med. 17:97-101.
10.1191/0269216303pm673oa
3. Henking T (2022) [Suicide and assisted suicide from a legal and ethical perspective]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 65:67-73.
10.1007/s00103-021-03469-9
4. Tomlinson E, Stott J (2015) Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. International Journal of Geriatric Psychiatry 30:10-20. <https://doi.org/10.1002/gps.4169>
5. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B et al. (2024) Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliat. Med. 38:213-228. 10.1177/02692163231220225
6. Batzler Y-N, Schallenburger M, Schwartz J, Neukirchen M (2022) „Mir ist der Appetit vergangen “: Umgang mit Todeswünschen und freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken. Die Gynäkologie 55:830-836.
7. Stängle S, Büche D, Häuptle C, Fringer A (2021) Experiences, Personal Attitudes, and Professional Stances of Swiss Health Care Professionals Toward Voluntary Stopping of Eating and Drinking to Hasten Death: A Cross-Sectional Study. J. Pain Symptom Manage. 61:270-278.e211. 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.039
8. Orbach LS (2020) § 217 StGB und Palliativmedizin - Eine Gefahr für Ärztinnen und Ärzte?: Eine Betrachtung in Theorie und Praxis. LIT Verlag
9. Verrel T (2019) 217 StGB – Kriminalisierung der (Palliativ-)Medizin? In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.
<https://www.medrecht.de/files/medrecht/upload/downloads/symposien/201911/Verrel.pptx>. Zugriffen: 11.02.2024
10. Bundestag D (2015) Geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid wird bestraft In: Deutscher Bundestag
https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2015/kw45_de_sterbebegleitung-392450. Zugriffen: 17.08.2024
11. 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:Doc11. 10.3205/zma001010
12. Thöns M (2015) Hilfe beim Suizid – Strafrechtsänderung wäre ein Irrweg. In: <https://www.bundestag.de/resource/blob/387806/47653afa69d0a309c8c481d77d3b10ac/thoens-data.pdf>. Zugriffen: 04.02.2024
13. Nauck F (2015) Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterbenx. Dtsch Arztebl 111(3): A:67-71. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/152921/Aerztlich-assistierter-Suizid-Hilfe-beim-Sterben-keine-Hilfe-zum-Sterben>
14. Fateh-Moghadam B (2015) Suizidbeihilfe: Grenzen der Kriminalisierung. In: Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics. https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegrundung/intern/publikationen/79_fateh-moghadam_-_suizidbeihilfe.pdf. Zugriffen: 04.02.2024
15. Hilgendorf E, Rosenau H (2015) Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe. In: <https://idw-online.de/de/attachmentdata43853.pdf>. Zugriffen: 04.02.2024
16. Gleich S, Peschel O, Graw M, Schäffer B (2024) Assistierte Suizide in München–Rolle der Sterbehilfeorganisationen und der beteiligten Ärzte. Rechtsmedizin 34:31-36.

17. Castellucci L (2022) Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung. In:Deutscher Bundestag
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>. Zugriffen: 29.03.2023
18. DGP Vd (2022) Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen. In:Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221123_DGP_Stellungnahme_Gesetzesentw%C3%BCrfe_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf. Zugriffen: 22.11.2022
19. Helling-Plahr K (2022) Der interfraktionelle Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drucks. 19/28691).151-157.
20. Künast R (2022) Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze. In:Deutscher Bundestag
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>. Zugriffen: 01.06.2023
21. Fricke A (2021) Assistierter Suizid: Ärzte spielen zentrale Rolle in Entwürfen zur Sterbehilfe. Ärztezeitung 2024, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Aerzte-spielen-zentrale-Rolle-in-Entwuergen-zur-Sterbehilfe-416678.html>
22. Reinhardt K (2020) Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. Deutsches Ärzteblatt 118:1428-1432.
23. Pollmächer (2022) Eckpunkte für eine Neuregelung der Suizidassistenz. In:Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
https://dgppn.de/Resources/Persistent/df3567dba85e7d801d61df34abdf9bbf2663501b/2022-06-01_Suizidassistenz_Eckpunkte_legislatives%20Schutzkonzept%20FIN.pdf. Zugriffen: 28.02.2024
24. Chefai F (2023) Sterbehilfe: Den letzten Weg selbst bestimmen. In: Hans Albert Institut
<https://hans-albert-institut.de/sterbehilfe-den-letzten-weg-selbst-bestimmen>. Zugriffen: 28.02.2024
25. Spahn J (2020) Schreiben vom 15.04.2020. Bundesministerium für Gesundheit,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Schreiben_des_BM_Jens_Spahn_-_moegliche_Neuregelung_der_Suizidassistenz_bf.pdf
26. Fastnacht S (2021) In der Schublade: Gesundheitsministerium hält Sterbehilfe-Entwurf zurück. Ärztezeitung, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Gesundheitsministerium-haelt-Sterbehilfe-Entwurf-zurueck-417116.html>
27. Zimmermann J (2022) Diskussion im Rechtsausschuss: Neuregelung des assistierten Suizids. In, Legal Tribune Onlinehttps://www.lto.de/persistent/a_id/50331/. Zugriffen: 11.02.2024
28. Neumeier A (2023) Sterbehilfe: Liberale Parlamentsgruppen schließen sich zusammen. In: Bayerischer Rundfunk <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/sterbehilfe-liberale-parlamentsgruppen-schliessen-sich-zusammen,TUbM1zp>. Zugriffen: 28.02.2024
29. Pühler W (2021) Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetages. In: Bundesärztekammer
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/124.DAE_T/pdf/Beschlussprotokoll_124_Daet_2021_Stand-06.05.2021_mit_numerischen_Lesezeichen.pdf. Zugriffen: 09.09.2024
30. Pühler W (2023) Beschlussprotokoll des 127. Deutschen Ärztetages. In: Bundesärztekammer

- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/127.DAET/2023-05-31_Beschlussprotokoll.pdf. Zugriffen: 07.07.2023
31. Küppers R, Meier S, Batzler YN et al. (2024) [Perspectives of a sample of mostly younger doctors on physician-assisted suicide]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 67:233-241. 10.1007/s00103-024-03833-5
 32. Saß H, Cording C (2022) Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. Der Nervenarzt 93:1150-1155.
 33. Meyer-Lindenberg A (2024) DGPPN-Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids – Aktualisierung 2024. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
<https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf>. Zugriffen: 01.09.2024
 34. Csef H, Heindl B (1998) [Attitude towards physician-assisted suicide among German doctors. A representative survey of the medical district association of Würzburg]. Dtsch Med Wochenschr 123:1501-1506. 10.1055/s-2007-1024439
 35. Institut Allensbach (2010) Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten durch das Institut für Demoskopie Allensbach. In: Deutsche Ärztekammer https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Sterbehilfe1.pdf. Zugriffen: 28.02.2024
 36. Roesinger M, Prudlik L, Pauli S, Hendlmeier I, Noyon A, Schaufele M (2018) [Factors which influence the position towards euthanasia : Results of a representative survey among older people in Germany]. Z Gerontol Geriatr 51:222-230. 10.1007/s00391-016-1159-1
 37. Sonnenberg A-K (2021) Zustimmung zu Legalisierung aktiver Sterbehilfe wächst in Deutschland. In: YouGov <https://yougov.de/topics/health/articles-reports/2021/05/05/zustimmung-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe-wa>. Zugriffen: 28.02.2024
 38. Zenz J, Rissing-van Saan R, Zenz M (2017) [Physician Assisted Suicide - Survey on section sign 217 StGB in Germany]. Dtsch Med Wochenschr 142:e28-e33. 10.1055/s-0042-122119
 39. Wassiliwizky M, Gerlinger G, Domschke K, Reif A, Bader F, Pollmacher T (2022) [Assisted suicide : Attitudes and experiences of members of the DGPPN]. Nervenarzt 93:1134-1142. 10.1007/s00115-022-01391-2
 40. Schildmann J, Cinci M, Kupsch L et al. (2023) Evaluating requests for physician-assisted suicide. A survey among German oncologists. Cancer Med 12:1813-1820. 10.1002/cam4.4981
 41. Jansky M, Jaspers B, Radbruch L, Nauck F (2017) [Attitudes and experiences regarding physician assisted suicide : A survey among members of the German Association for Palliative Medicine]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 60:89-98. 10.1007/s00103-016-2476-7
 42. Thurn T, Anneser J (2021) Assisted Suicide: A Future Task for Physicians? A Survey of 271 German Medical Students. J Palliat Med 24:1051-1055. 10.1089/jpm.2020.0731
 43. Schallenburger M, Neukirchen M, Schwartz J et al. (2023) Attitudes of German Physicians and Medical Students towards Assisted Dying. Palliat. Med. 37:146. 10.1177/02692163231172891
 44. Osterloh F (2014) Ärztestatistik: Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte. Dtsch Arztebl International 111:672-673. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=159304>
 45. Pfündel K, Stichs A, Tanis K (2021) Muslimisches Leben in Deutschland 2020 - Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. In: Forschungsbericht des Forschungszentrums des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Zugriffen: 24.02.2024

46. Krause E-G (2022) GfK-Umfrage zum Ethik-/Religionsunterricht, 24.02.2022-20.03.2022. In: Bund für Geistesfreiheit, Bayern <https://bfg-bayern.de/node/3104>. Zugriffen: 28.02.2024
47. Deutschland FWi (2022) Religionszugehörigkeiten, gefühlt, 2022. In: fowid <https://fowid.de/meldung/religionszugehoerigkeiten-gefuehlt-2022>. Zugriffen: 14.08.2024
48. Deutschland EKi (2022) Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung #6. In: <https://kmu.ekd.de/>. Zugriffen: 14.08.2024
49. Schwartz J, Schallenburger M, Thyson T, Meier S, Neukirchen M (2021) Psychische Belastung des Intensivpersonals: Kommunikationsseminare helfen. Dtsch Arztebl 118:2386-2389.
50. Richter-Kuhlmann E (2022) Fachgesellschaft startet Kampagne „Das ist palliativ“. In: Deutsches Ärzteblatt, aerzteblatt.de <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138799/Fachgesellschaft-startet-Kampagne-Das-ist-palliativ>. Zugriffen: 28.02.2024
51. Brune T, Batzler Y-N, Küppers R et al. (2024) Wissen und Einstellungen zum assistierten Suizid einer Stichprobe von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin [Posterpräsentation, eingereicht]. In: 15. DGP-Kongress. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Aachen Zugriffen: 28.02.2024
52. Schwartz J SM, Batzler Y-N, Bausewein C, Scherg A, Jansen J, Meier S, Küppers R, Neukirchen M (2024) Dealing with assisted suicide: Attitudes and experiences from members of the German Association for Palliative Medicine [Poster Presentation]. . In: EAPC 2024: 13th World Research Congress. Barcelona, Spanien Zugriffen: 28.02.2024
53. Brieger P, Kaps B, Lohmann F, Kammerlander B, Hamann J (2020) [A Psychological Autopsy Study Based on 626 German Police Records]. Psychiatr Prax 47:198-206. 10.1055/a-1067-0151
54. Hawton K, Casañas ICC, Haw C, Saunders K (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J. Affect. Disord. 147:17-28. 10.1016/j.jad.2013.01.004
55. Birnbacher D (2019) Die Freiheit, aus dem Leben auszusteigen. Die Freiheit zu gehen: Ausstiegsoptionen in politischen, sozialen und existenziellen Kontexten. Springer Fachmedien Wiesbaden:251-272.
56. Jahn-Kuch D, Domke A, Bitsche S et al. (2020) End-of-life decision making by Austrian physicians - a cross-sectional study. BMC Palliat Care 19:4. 10.1186/s12904-019-0509-3
57. Worthington Jr EL, Wade NG, Hight TL et al. (2003) The Religious Commitment Inventory-10: Development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling. J. Couns. Psychol. 50:84.
58. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK (2017) A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. Palliat Support Care 15:609-622. 10.1017/s1478951516001061
59. Kna (2019) Religionen unterzeichnen Erklärung gegen Euthanasie. In: Deutsches Ärzteblatt. Deutscher Ärzteverlag GmbH, aerzteblatt.de <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106998/Religionen-unterzeichnen-Erklärung-gegen-Euthanasie>. Zugriffen: 28.02.2024
60. Gamondi C, Gayet-Ageron A, Borasio GD, Hurst S, Jox RJ, Ricou B (2022) Attitudes of university hospital staff towards in-house assisted suicide. PLoS One 17:e0274597. 10.1371/journal.pone.0274597

5. Anhang

Fragebogen



HASD → base

16.03.2023, 19:55

Liebe Interessierte,

2015 hat der Bundestag das „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ und die Einführung des §217 StGB beschlossen. Die dort formulierten Normen für die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wurden vom Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 26.02.2020 als verfassungswidrig beurteilt und die bis dahin geltende Regelung als mit dem Grundgesetz unvereinbar und für nichtig erklärt. Die öffentliche Diskussion über eine mögliche Neuregelung der gesetzlichen Normen zum assistierten Suizid findet dabei auch unter Ärzt:innen statt. Zwar liegen ältere Umfragen sowie Verlautbarungen von einzelnen medizinischen Fachgesellschaften zu dieser Frage vor, systematische Erhebungen über die Haltungen und Einstellungen von in Deutschland tätigen Ärzt*innen, die die aktuelle gesellschaftliche Debatte berücksichtigen, fehlen hingegen.

Um Daten in Bezug auf Haltung von Ärzt:innen zu erhalten, möchte wir alle Teilnehmer:innen befragen, die einen Intensivmedizin-, Notfallmedizin- oder Hämatonkologiekurs in Arnsberg besuchen.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird etwa 10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Die Daten werden per online Fragebogen anonymisiert erhoben und ausgewertet. Die Fragebogenerhebung erfolgt mittels „SoScie Survey“, dessen Nutzungsbedingungen unter folgenden Link einzusehen sind: https://www.soscisurvey.de/de/privacy_ Die

Nachverfolgung der IP Adresse ist blockiert, sodass diese nicht gespeichert wird.

Die Auswertung der anonymisierten Daten erfolgt mit Microsoft Excel, wobei diese vertraulich behandelt werden.

Die Forschungsrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität sieht vor, dass die erhobenen Daten zehn Jahre sicher aufbewahrt werden.

Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität

Düsseldorf positiv beschieden.

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Mit der Bestätigung durch Ihr gesetztes Häkchen am Ende dieser Seite, sowie dem Beginn des Fragebogens auf der nächsten Seite, willigen Sie in die Studienteilnahme ein. Sie haben jederzeit das Recht, die Befragung ohne Angabe von Gründen abubrechen und die Seite einfach zu schließen. Ihre Daten werden dann nicht gespeichert, auch nicht teilweise. Dies ist bis zum Absenden des ausgefüllten Fragebogens möglich. Aufgrund der schon anonymisierten Dateneingabe können bei einem Widerruf der Studienteilnahme nach Absenden des Fragebogens Ihre Daten nicht mehr gelöscht werden, weil kein Personenbezug hergestellt werden kann.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Studienteam des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin und der operativen Intensivmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf

Kontakt: remochristian.kueppers@med.uni-duesseldorf.de

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Option aus.



Ich kann definieren, was „Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken“ ist.

trifft
gar
nicht
zu

trifft
eher
nicht
zu

unent-
schieden

trifft
eher
zu

trifft
voll zu

Ich kann definieren, was „assistierter Suizid“ ist.

trifft
gar
nicht
zu

trifft
eher
nicht
zu

unent-
schieden

trifft
eher
zu

trifft
voll zu

Ich kann definieren, was „Tötung auf Verlangen“ (Hinweis: in Deutschland verboten) ist.

trifft
gar
nicht
zu

trifft
eher
nicht
zu

unent-
schieden

trifft
eher
zu

trifft
voll zu

Seite 03

KG Unterschiede

KG04 

Eingangs wurden die Begriffe des „assistierten Suizides“, des „freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken“ (FVET) und der „Tötung auf Verlangen“ erwähnt.

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Option aus.

Mir sind die Unterschiede dieser Begriffe klar.



Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

Seite 04

KG05

KG05 

Am 26.02.2020 hat das Bundesverfassungsgerichts ein Urteil zur Nichtigkeit des §217 („Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“) gesprochen.

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Option aus.

Ich kenne den Inhalt dieses Urteils

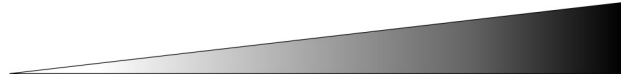


Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

Der assistierte Suizid soll gesetzlich neu geregelt werden.

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Option aus.

Ich bin über die verschiedenen Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids informiert.



Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

Seite 06

EH1

EH01 

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Option aus.

Aufgrund meiner Überzeugungen und Einstellungen und ohne Berücksichtigung der geltenden Gesetzeslage:



Ich kann ich mir eine persönliche Mitwirkung beim FVET vorstellen.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand vorstellen.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid nur bei Patient*innen in palliativen Behandlungssituationen vorstellen.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich kann ich mir eine persönliche Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen (nach geltendem Recht in Deutschland verboten) vorstellen.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich habe mir schon eine klare
persönliche Einstellung zum
assistierten Suizid erarbeitet.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Meine Einstellung zum assistierten
Suizid gründet auf meiner religiösen
Haltung.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Seite 07

XP8

XP08 

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Option aus.

**Aufgrund meiner Überzeugungen
und Einstellungen und ohne
Berücksichtigung der geltenden
Gesetzeslage:**



Ich habe sterbende Patient:innen
betreut.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich habe Patient:innen mit
Todeswunsch-Äußerungen betreut.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich habe Patient:innen aktiv auf das
Vorhandensein von Todeswünschen
angesprochen.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich bin um Mithilfe zum „freiwilligen
Verzicht auf Essen und Trinken“ (FVET)
gebeten worden.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich bin schon um Mithilfe beim
assistierten Suizid gebeten worden.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Ich bin um Mithilfe zur Tötung auf Verlangen gebeten worden.

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme voll zu
------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Seite 08

XP6

Erfahrungen

XP06

Bitte wählen Sie die zutreffende Option aus.

Ich habe bereits bei einem assistierten Suizid persönlich mitgewirkt

ja

nein

Seite 09

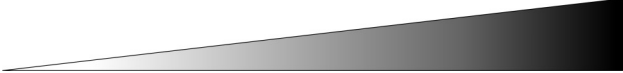
VO1

Vorstellungen zu einer normativen Regelung

VO01

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Option aus.

Ärzt:innen sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden.



Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

VO02 **Vorstellungen zu einer normativen
Regelung**

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Option aus.

**Richter:innen sind die richtigen
Ansprechpartner:innen, um über die
Zulässigkeit eines assistierten Suizids
zu entscheiden.**

Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

VO03 **Vorstellungen zu einer normativen
Regelung**

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Option aus.

**Die Aufgabe von Ärzt:innen beim
Wunsch nach assistierten Suizid sollte
sich auf Maßnahmen zur
Suizidprävention beschränken.**

Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

VO04

Vorstellungen zu einer normativen Regelung

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Option aus.

**Die unmittelbare Mitwirkung von
Ärzt:innen beim assistierten Suizids
wird das Vertrauen in den Arztberuf
beschädigen.**

Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

VO05

Vorstellungen zu einer normativen Regelung

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Option aus.

**Die unmittelbare Mitwirkung beim
assistierten Suizid ist eine ärztliche
Aufgabe.**

Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder- Noch	Trifft eher zu	Trifft voll zu
------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------	-------------------

An welchem Kurs nehmen Sie teil?DD07 

Bitte wählen Sie die zutreffende
Antwortmöglichkeit aus.

**Ich bin Teilnehmer:in des folgenden
Kurses:**

Seminarkongress Notfallmedizin

Einführungskurs Intensivmedizin

Hämatologie kompakt

Seite 15

DD1

Welcher Fachrichtung gehören Sie an? DD01

Bitte wählen Sie die zutreffenden
Antworten aus (Mehrfachnennung
möglich).

**Wählen Sie im Zweifel bitte die am
ehesten zutreffende Option aus.**

Seite 16

DD2

Facharztstatus DD02

Bitte wählen Sie die zutreffende Option
aus.

Sind Sie Fachärztin oder Facharzt?

Verfügen Sie über eine oder mehrere der folgenden Kompetenzen?DD03 

Bitte wählen Sie die zutreffenden
Antworten aus (Mehrfachnennung möglich)

**Ich verfüge über die folgende(n)
Zusatzbezeichnungen:**

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

Zusatzbezeichnung Geriatrie

keine der genannten

**Wie lange sind Sie bereits ärztlich
klinisch tätig?**DD04 

Bitte wählen Sie die zutreffende
Antwortmöglichkeit aus.

Ich bin ärztlich klinisch tätig seit☐ bis zu 2 Jahren☐ 3 bis 5 Jahren☐ 6 bis 10 Jahren☐ 11 bis 20 Jahren☐ mehr als 20 Jahren

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

DD05 

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Antwortmöglichkeit aus.

Ich bin

weiblich

männlich

divers

Ich möchte hierzu keine Angabe
machen

DD06 **Fühlen Sie sich einer Religion
zugehörig?**

Bitte wählen Sie die am ehesten
zutreffende Antwortmöglichkeit aus.

Ich bin☐ konfessionsfrei.☐ Christ:in.☐ Muslima/Moslem.☐ Buddhist:in.☐ Jüdin/Jude.☐ Anhänger:in einer anderen Religion.

☐ Ich möchte hierzu keine Angabe
machen

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre
Mithilfe bedanken.

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

[Remo Christian Küppers](#), Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf – 2022

Danksagung

Ich danke Martin Neukirchen für die Überlassung und hervorragende Betreuung des Forschungsprojektes.

Mein Dank gilt außerdem in besonderem Maß meinem Betreuer Stefan Meier, der den Stein ins Rollen brachte, den ich fachlich und menschlich sehr zu schätzen gelernt habe und dessen Leidenschaft für dieses Thema eine konstruktive Kontagiosität entfaltet hat.

Darüber hinaus bedanke ich mich bei Joy Schwartz, Yannick Batzler, Manuela Schallenburger, die mir stets informiert, unkompliziert und schnell auf jede Anfrage antworteten.

Besonders danke ich meiner Mutter Ramona Ballod und meiner Schwiegermutter Elke Küppers für ein Lektorat, dass den Namen „hart, aber fair“ mehr als verdient hat.

Außergewöhnlicher Dank gilt Lisa, der ich so vieles verdanke und die mich mit ihrem Tatendrang täglich inspiriert.