

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

Direktor: Prof. Dr. med. Benedikt Pannen

**„Haltungen und Wissensstand von Mitgliedern der Deutschen
Gesellschaft für Palliativmedizin zur Suizidassistentz“
– eine prospektive Fragebogenstudie**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Jonas Jansen

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. Christian Rubbert

Widmung

Meine Dissertation widme ich zum einen meinen Eltern Wilma und Klaus, deren Unterstützung und wohlwollende Geduld, mein Studium ermöglicht haben.

Zum anderen widme ich die Arbeit meiner liebevollen Frau Doro und meinen Kindern Henry, Sammy und Greta, die während des Erstellens der Dissertation viel Geduld mit mir hatten, meine Launen ausgehalten und gemeinsame Zeit zu Gunsten des Gelingens der Arbeit geopfert haben.

Eigene Publikationen

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Jacqueline Schwartz, Yann-Nicolas Batzler, Manuela Schallenburger, Alexandra Scherg, Jonas Jansen, Stefan Meier, Remo Küppers, Heiner Melching, Ulrich Grabenhorst, Wiebke Nehls, Claudia Bausewein, Martin Neukirchen
Umgang mit assistiertem Suizid – Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.
Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz **68**, 141-149, (2024) **[1]**

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht Wissen, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Umgang mit assistiertem Suizid. Hintergrund der Arbeit ist die zunehmende gesellschaftliche, rechtliche und ethische Relevanz der Suizidassistenz, insbesondere seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020, das den § 217 StGB zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für nichtig erklärte. Vor diesem Kontext analysiert die Studie, wie sich multiprofessionelle Fachkräfte im Bereich der Palliativmedizin mit Sterbe- und Todeswünschen sowie mit Anfragen zur Suizidassistenz auseinandersetzen.

Die Untersuchung basiert auf einer anonymen, standardisierten Online-Befragung, die sich an alle per E-Mail erreichbaren Mitglieder der DGP richtete. Insgesamt nahmen 991 Personen teil, wovon 929 den Fragebogen vollständig ausfüllten. Die Befragten stammten überwiegend aus dem ärztlichen Bereich (57 %), gefolgt von Pflegefachkräften (23 %) und weiteren Professionen wie Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge. Die Mehrheit verfügte über langjährige Berufserfahrung in der Palliativversorgung.

Ziel der Studie war es, den Wissensstand zu rechtlichen und berufsethischen Grundlagen, individuelle Haltungen, praktische Erfahrungen sowie professionsspezifischen Perspektiven zur Suizidassistenz zu erfassen. Dabei zeigte sich: Obwohl nahezu alle Befragten angaben, die Begriffe “assistierter Suizid”, “freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)” und “Tötung auf Verlangen” definieren zu können, ergaben objektive Wissenstests teils erhebliche Fehleinschätzungen. So hielten 7 % den assistierten Suizid fälschlicherweise für strafbar. Darüber hinaus zeigten sich in den Ergebnissen teils signifikante Unterschiede zwischen Pflegefachkräften und Ärzt:innen.

Praktische Erfahrungen mit Todeswunschaussagen waren weit verbreitet: Über 90 % der Teilnehmenden hatten im Berufsalltag damit zu tun, fast die Hälfte wurde mehrfach um Mitwirkung an assistiertem Suizid gebeten. Eine persönliche Mitwirkung können sich rund die Hälfte der Befragten bei Patient:innen in palliativen Situationen vorstellen; über 80 % lehnen eine Beteiligung bei Gesunden jedoch ab.

Die Zuständigkeit für Suizidassistenz wird vorwiegend bei Ärzt:innen gesehen, eine Beteiligung von Pflegefachkräften wird mehrheitlich abgelehnt. Hinsichtlich der Suizidprävention sehen viele Befragte Palliativteams in der Verantwortung, wobei gezielte palliativmedizinische Maßnahmen, psychosoziale Unterstützung und Aufklärung als zentrale Präventionsstrategien genannt werden.

Die Studie macht deutlich, dass trotz hoher fachlicher Erfahrung Unsicherheiten bestehen, insbesondere in rechtlichen Fragen. Dies unterstreicht den Bedarf an strukturierter Fortbildung und gesetzlicher Klarheit. Die Ergebnisse liefern wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der berufsethischen Standards und der Aus- und Weiterbildung im Umgang mit Suizidwünschen.

Summary

The present study investigates the knowledge, attitudes, and experiences of members of the German Society for Palliative Medicine (DGP) in dealing with assisted suicide. The background of the study is the growing societal, legal, and ethical relevance of assisted suicide, particularly in light of the 2020 ruling by the German Federal Constitutional Court, which declared Section 217 of the German Criminal Code (StGB), prohibiting the commercial promotion of suicide, unconstitutional. Against this backdrop, the study analyzes how multiprofessional specialists in palliative care address patients' wishes to die and requests for assisted suicide.

The investigation is based on an anonymous, standardized online survey sent to all DGP members reachable via email. A total of 991 individuals participated, of whom 929 completed the questionnaire in full. Most respondents were from the medical profession (57 %), followed by nursing professionals (23 %), and other disciplines such as psychology, social work, and chaplaincy. The majority reported having many years of professional experience in palliative care.

The aim of the study was to assess the level of knowledge regarding legal and professional-ethical frameworks, personal attitudes, practical experiences, and profession-specific perspectives on assisted suicide. The findings revealed that although nearly all participants stated they could define the terms "assisted suicide," "voluntary stopping of eating and drinking (VSED)," and "euthanasia," objective knowledge tests showed notable misconceptions: for example, 7 % mistakenly believed that assisted suicide is still a criminal offense. Statistically significant differences in knowledge were found between nurses and physicians.

Practical experience with patients expressing a wish to die was widespread: over 90 % of respondents had encountered such situations in their work, and nearly half had been asked multiple times to assist in a suicide. Approximately half of the participants could imagine assisting patients in palliative situations, whereas more than 80 % rejected involvement in cases involving healthy individuals.

Physicians were seen as primarily responsible for assisted suicide, while the involvement of nurses was largely rejected. Regarding suicide prevention, many respondents saw palliative care teams as having a key role, highlighting the importance of targeted palliative interventions, psychosocial support, and education as central strategies.

The study highlights that, despite extensive professional experience, uncertainties persist, particularly regarding legal issues. This underscores the need for structured continuing education and legal clarity. The results offer important impulses for the development of professional ethical standards and training in the context of suicide-related requests.

Abkürzungsverzeichnis

FVET	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
StGB	Strafgesetzbuch
MCAR	missing completely at random
ANOVA	Analysis of Variance
PAS	Physician Assisted Suicide
MAID	Medical Aid in Dying
RTE	Regional Euthanasia Review Committee

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	<i>Hinführung zum Thema</i>	1
1.1.1	Definition Suizidassistenz	2
1.1.2	Abgrenzung zu Tötung auf Verlangen	3
1.1.3	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)	3
1.1.4	Rechtliche Grundlage im Verlauf	4
1.1.5	Bestrebungen zur gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistenz	5
1.1.6	Forderung zur Förderung der Suizidprävention	6
1.1.7	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	7
1.2	<i>Ziele der Arbeit</i>	8
2	Material und Methoden	10
2.1	<i>Studiendesign</i>	10
2.2	<i>Entwicklung des Fragebogens</i>	10
2.3	<i>Studienpopulation und Rekrutierung</i>	11
2.4	<i>Datenerhebung</i>	12
2.5	<i>Datenanalyse</i>	12
2.6	<i>Ethikvotum</i>	13
3	Ergebnisse	14
3.1	<i>Teilnehmer:innenzahl und Responserate</i>	14
3.1.1	Zusammensetzung der Teilnehmer:innen	14
3.1.2	Berufserfahrung und Erfahrung in der Palliativversorgung	14
3.1.3	Repräsentativität für Mitglieder der DGP	15
3.2	<i>Umgang mit fehlenden Antworten</i>	16
3.3	<i>Interne Konsistenz</i>	17
3.4	<i>Wissensabfrage</i>	17
3.4.1	Definitionsfragen	17
3.4.2	Kenntnis über den Inhalt zur Nichtigkeit des § 217 und Neuentwürfe zur gesetzlichen Regelung	18
3.5	<i>Wissensüberprüfung der strafrechtlichen und berufsrechtlichen Situation mittels Mehrfachantwortensets</i>	20
3.6	<i>Eigene Erfahrungen</i>	22
3.6.1	Erfahrungen mit Todeswunschaussagen und aktives Ansprechen auf Todeswünsche	22
3.6.2	Eigene Erfahrung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen	24
3.7	<i>Mitwirkung beim assistierten Suizid</i>	27
3.7.1	Zuständigkeit der Mitwirkung beim assistierten Suizid	27
3.7.2	Persönliche Mitwirkung	30
3.7.3	Persönliche Einstellung zum assistierten Suizid	33
3.7.4	Einfluss von religiöser Haltung auf Einstellung zum assistierten Suizid	33
3.7.5	Schädigung des Vertrauens in medizinische Berufe durch unmittelbare Beteiligung am assistierten Suizid	33
3.8	<i>Ansprechpartner für die Zulässigkeit von Suizidassistenz</i>	35
3.9	<i>Suizidprävention</i>	36
3.9.1	Aufgabe von Palliativteams beschränkt auf Maßnahmen zur Suizidprävention	36
3.9.2	Welche Maßnahmen zur Suizidprävention sind von besonderer Bedeutung	37
4	Diskussion	38

4.1	<i>Teilnehmer:innen und Responserate</i>	38
4.2	<i>Umgang mit fehlenden Werten</i>	39
4.3	<i>Wissensabfrage und objektivierbare Wissensüberprüfung</i>	40
4.4	<i>Eigene Erfahrungen</i>	41
4.4.1	Erfahrungen mit Todeswunschkäußerungen.....	41
4.4.2	Aktives Ansprechen auf Todeswunschkäußerungen	42
4.4.3	Eigene Erfahrungen FVET, assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen	44
4.5	<i>Mitwirkung beim assistierten Suizid</i>	46
4.5.1	Zuständigkeit der Mitwirkung beim assistierten Suizid	46
4.5.2	Persönliche Mitwirkung	47
4.5.3	Persönliche Einstellung zum assistierten Suizid.....	50
4.5.4	Einfluss religiöser Haltung auf die Einstellung zum assistierten Suizid	50
4.5.5	Schädigung des Vertrauens in medizinische Berufe durch unmittelbare Beteiligung an assistierten Suizid.....	51
4.5.6	Ansprechpartner für die Zulässigkeit von Suizidassistenz.....	53
4.6	<i>Suizidprävention</i>	54
4.7	<i>Schlussfolgerung</i>	55
4.8	<i>Stärken der Arbeit</i>	56
4.9	<i>Schwächen der Arbeit</i>	58
4.10	<i>Ausblick</i>	60
5	Abbildungsverzeichnis	62
6	Tabellenverzeichnis	63
7	Literatur und Quellenverzeichnis	64
8	Anhang	71

1 Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen, ältere, teils multimorbide Menschen, Menschen in Lebenskrisen, sowie einige Menschen mit psychischen Erkrankungen äußern zum Teil Todeswünsche. Diese können in einigen Fällen auch in der Frage nach Suizidassistenz münden. Hierbei sind die Motive unterschiedlich geprägt und reichen von einer hohen Symptomlast, über konkretes Leiderleben, über Angst vor möglichen Beschwerden in der Zukunft und Sorge vor Kontrollverlust. [2, 3]

Die Frage nach Suizidassistenz streift somit sowohl medizinische, soziale, kulturelle, religiöse als auch ethnische Aspekte. Die Einstellung zum Sterben und Tod kann individuell sehr unterschiedlich sein. Löst sie bei dem einen Menschen Angst und Furcht aus, so stellt sie für die oder den Anderen möglicherweise die Erlösung von großem Leid dar. [4]

Menschen, die den Wunsch nach Suizidassistenz äußern, bringen in erster Linie zum Ausdruck, „[...] dass ihr Leben so wie es für sie ist, nicht lebenswert ist.“ [3] Im Gesundheitssystem Tätige verschiedener Professionen kommen mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in Berührung. Hierbei kommt es immer wieder zu Unsicherheiten. Teils sind die rechtlichen Regelungen nicht bekannt teils führt die Auseinandersetzung mit dem Thema zu einem eigenen Gewissenskonflikt. Eine Studie der Gruppe um Lindblad in Schweden zeigte, dass sich ärztliche Kolleg:innen zum Teil auf den Leitspruch „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“, also „primär nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“ berufen. In ihrer Interpretation ist der erste Teil des Leitspruchs „primär nicht schaden“ mit der Suizidassistenz nicht vereinbar. [5] Unterstrichen wird diese Haltung mit dem Eid des Hippokrates, welcher in seiner ursprünglich überlieferten Form besagt: „Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten.“ [6] Das Gelöbnis für approbierte Ärzte in Deutschland ist heute das „Genfer Gelöbnis“ und nicht mehr der Eid des Hippokrates. [6, 7] Das Genfer Gelöbnis umfasst den oben genannten

Wortlaut so nicht mehr, es beinhaltet aber den Passus: „Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.“ [7]

Die Studie von Lindblad et al. zeigte weiterhin, dass religiös geprägte Menschen ihre Ablehnung gegenüber der Suizidassistenz auch mit dem fünften Gebot Gottes begründen, welches besagt: „Du sollst nicht töten.“ (Matthäus 5, 21-48) Demgegenüber steht zum Beispiel die Einschätzung einiger, dass die Unterstützung beim selbstbestimmten Suizid auch keinen großen Unterschied zum Beispiel zur Beendigung einer für den Lebenserhalt notwendigen Beatmung darstelle.

Die aktuelle Debatte zur Suizidassistenz wirkt sich auf das Verhältnis zwischen Individuum und Staat, sowie den im Gesundheitssystem Handelnden aus. Gesellschaftlich gesehen ist die Debatte um die Suizidassistenz ein Teil der Erweiterung individueller Rechte und Autonomie. Veränderte soziale, rechtliche und ethische Rahmenbedingungen wirken sich auf therapeutische Beziehungen aus, und zwar durch bewusst oder unbewusst vertretene Einstellungen, Werte und Überzeugungen der jeweils Handelnden. [8]

Selbstbestimmung, Autonomie und die Kontrolle darüber, wo und wann der Tod stattfindet, sind neben der Idee eines „guten Todes“ und eines Sterbens in Würde Eckpfeiler der Argumentation für Suizidassistenz.

1.1.1 Definition Suizidassistenz

Die Suizidassistenz beschreibt die Unterstützung einer suizidwilligen Person bei der Selbsttötung, insbesondere durch die Verschreibung eines tödlich wirkenden Medikaments, das sich die betroffene Person eigenständig verabreicht. Überwiegend wird in diesem Kontext vom ärztlich assistierten Suizid gesprochen, hierbei ist jedoch festzuhalten, dass „[...] das Recht, Suizidassistenz zu leisten, nicht auf eine Berufsgruppe [...]“ beschränkt ist. [9]

Die Abgrenzung „[...] zur Tötung auf Verlangen und dem assistierten Suizid wird an der Frage der „Tatherrschaft“ entschieden.“ [9] Im Falle des assistierten Suizids ist der zuletzt Handelnde der Betroffene selbst. Sei es durch das Einnehmen oder Schlucken eines tödlichen Medikaments, oder zum Beispiel dem Öffnen einer Rollklemme einer Infusion mit einem tödlichen Medikament,

welche zuvor ein Dritter angeschlossen und den hierfür erforderlichen Venenzugang angelegt hat. Eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 28.6.2022 (6 StR 68/21) besagt: „Behält der Sterbewillige dagegen bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal, dann tötet er sich selbst, wenn auch mit fremder Hilfe. Dies nicht nur, wenn die Ursachenreihe von ihm selbst, sondern auch, wenn sie vom anderen bewirkt worden war. Solange nach Vollzug des Tatbeitrags noch die volle Freiheit verbleibt, sich den Auswirkungen zu entziehen oder sie zu beenden, liegt nur Beihilfe zur Selbsttötung vor.“ [10]

In der aktuellen Regelung ist „[...], die Hilfe zum freiverantwortlichen Suizid [...] nicht strafbar.“ [3]

1.1.2 Abgrenzung zu Tötung auf Verlangen

Es ist wichtig den strafbaren Tatbestand der Tötung auf Verlangen von der zuvor beschriebenen nicht-strafbaren Suizidassistenz klar abzugrenzen.

Die Tötung auf Verlangen bezeichnet die aktive Tötung eines Menschen durch eine andere Person auf dessen ausdrückliches, ernsthaftes und nachweisbares Verlangen hin. In der medizinischen Praxis ist damit beispielsweise gemeint, dass eine Ärzt:in auf Wunsch einer Patientin oder eines Patienten ein Medikament oder eine Maßnahme verabreicht, die unmittelbar zum Tod führt. „Wenn der Helfer umgekehrt beim Suizid den Eintritt der Handlungsunfähigkeit mit Todesfolge in seinen Händen hält und damit beherrscht, handelt es sich im Regelfall um einen Fall des § 216 StGB. Wer den anderen über die Schwelle der Handlungsunfähigkeit hinüberstößt, ist Täter.“ [11]

In Deutschland ist die Tötung auf Verlangen nach § 216 des Strafgesetzbuches (StGB) strafbar, auch wenn sie aus Mitleid und auf ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Person erfolgt. „Die Norm differenziert nicht zwischen Geschlecht, Alter oder dem Vorliegen von (unheilbaren) Krankheiten.“ [12]

Die Strafandrohung liegt bei Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. [13]

1.1.3 Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)

Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken, auch als Sterbefasten oder freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) bezeichnet, hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in medizinethischen Diskursen gewonnen. Die DGP spricht sich an dieser Stelle für den Begriff FVET aus „[...]weil das Essen und Trinken mehr umfasst, als nur die Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen.“ [14] Im Zentrum der Auseinandersetzung steht insbesondere die kontrovers diskutierte Frage, ob es sich bei FVET um eine Form der Selbsttötung handelt oder ob dieser Prozess vielmehr als ein autonomer Sterbeentschluss im Rahmen palliativer Lebensentscheidungen zu verstehen ist. Die DGP wertet die Methode nicht als Form des Suizids, sondern bewertet FVET „[...] als Handlung sui generis [...]“ [14] Dementsprechend „[...] kann aufgrund dieser Bewertung als Todesursache ein natürlicher Tod [...]“ in die Todesbescheinigung eingetragen werden. [14] Die begleitende medizinische Betreuung von Palliativpatient:innen, die sich bewusst für einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheiden, ist rechtlich nicht als strafbare Handlung zu werten. Vielmehr ist es erlaubt und ethisch geboten, eine angemessene palliative Basisversorgung sicherzustellen, die insbesondere auf die Linderung von Durst- und Hungergefühlen abzielt. [15]

Die oben beschriebene Wertung als Handlung sui generis ist in der Fachgesellschaft umstritten.

1.1.4 Rechtliche Grundlage im Verlauf

In Deutschland gilt aktuell: „[...] der Suizid und die Hilfe beim Suizid ist keine Straftat.“ [9] Diese Rechtsauffassung ist mit Ausnahme der Jahre 2015 bis 2020, seit 1871 gültig. Am 3. Dezember 2015 wurde der § 217 zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung eingeführt. Zum damaligen Zeitpunkt bestand durch den Gesetzgeber die Sorge, dass durch das Handeln Einzelner, aber auch durch eigens hierfür gegründete Vereine, ein Erwartungsdruck bei Beeinträchtigten und Älteren entstehe, bestehende Angebote auch wahrzunehmen „[...] und die Gesellschaft als Ganzes von dieser „Last“ zu befreien.“ [9]

Durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 wurde die frühere Rechtslage wiederhergestellt und § 217 für nichtig erklärt. [16, 17]

Das Bundesverfassungsgericht betonte hierbei „[...] das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben und das Recht auf Hilfe beim Suizid, [...]“. [3]

Die Gesetzesregelung in Deutschland, in ihrer aktuellen Form stellt demnach weltweit eine der liberalsten Situationen dar. [1, 9]

Durch § 16 der Musterberufsordnung, war Ärzt:innen eine Mitwirkung bei einem Suizid durch den Satz: „Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ streng verboten. [18]

In der Folge des Bundesverfassungsgerichtsurteils hat die Bundesärztekammer mit Beschluss des 124. Deutschen Ärztetages 2021 diesen Satz aus der Musterberufsordnung gestrichen, „[...]“, gleichzeitig aber betont, dass die Hilfe zur Selbsttötung nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufes gehört und es eine freie und individuelle Entscheidung bleibt, ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken.“ [3, 19]

1.1.5 Bestrebungen zur gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistentz

Im Juli 2023 wurden zwei Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Suizidassistentz in den Bundestag eingebracht. [20-22] Die Entwürfe entstanden überfraktionell.

Nach ausführlicher Debatte im Bundestag kamen die beiden Entwürfe zu einer Abstimmung ohne Fraktionszwang und wurden letztlich abgelehnt.

Hierbei sah der Entwurf der Gruppe um Castellucci vor, einen neuen § 217 ins Strafgesetzbuch einzubringen und die Suizidassistentz, nur mit bestimmten Ausnahmen, wieder unter Strafe zu stellen. [22]

Der Tatbestand einer Rechtswidrigkeit würde demnach nicht vorliegen, wenn ein umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch und eine Begutachtung durch einen Psychiater:in oder Psychotherapeut:in durchgeführt wurde. Hierbei sollte die Prüfung der freien Bildung des Willens, der Ernsthaftigkeit und der Beständigkeit der Willensäußerung im Fokus stehen. [3] Zwingend vorgesehen war ein zweiter Termin bei z.B. einem weiteren Arzt, einer Schuldenberatungsstelle oder ähnlichem innerhalb von drei Monaten.

Lediglich bei einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung mit zugleich deutlich begrenzter Lebenserwartung sollte auf eine zweite Konsultation verzichtet werden können, wenn von dieser offensichtlich keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten wären. [22]

Der zusammengeführte Entwurf der Gruppen um Katrin Helling-Plahr und Renate Künast für eine Suizidhilfegesetz setzte für weiteres Handeln eine ergebnisoffene Beratung voraus. Hierbei sollte zwingend die Tragweite der Selbsttötung, Handlungsalternativen, Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe besprochen werden. Thematisiert werden sollte sowohl die Auswirkung auf den Suizidwilligen selbst, aber auch auf sein direktes Umfeld. Vorgesehen war ebenfalls das Aufzeigen von Beratungs-Unterstützungsangeboten, sowie eine Bereitstellung aller erforderlichen juristischen, medizinischen und sozialen Informationen. [3, 20]

Hiervor sah der Gesetzesentwurf die Schaffung von einer ausreichenden Zahl von anerkannten Beratungsstellen in allen Bundesländern vor. „Nach Abschluss der umfangreichen Beratung und entsprechend „positivem Votum“ hätten Ärzt:innen „[...], dann innerhalb von 12 Wochen, [...], ein Arznei- und/oder Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung verschreiben können.“ [3]

Die Notwendigkeit einer Neuregelung wird weiterhin diskutiert. Ein oft vorgebrachtes Argument ist der Wunsch nach Rechtssicherheit. [9, 23]

Dabei lautet ein Gegenargument, dass die Reglementierung notwendigerweise sehr individuelle und private Situationen zu nivellieren hat und folglich dazu führen kann, einen individuell offenen Umgang mit Todeswünschen zu verhindern. [9]

1.1.6 Forderung zur Förderung der Suizidprävention

Im Rahmen der Ablehnung oben vorgestellter Gesetzesentwürfe wurde durch den Bundestag ein gemeinsamer Antrag beider Gruppen auf „[...] gesetzliche Verankerung der Suizidprävention mit überwältigender Mehrheit verabschiedet. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert „[...] dem Bundestag bis 30. Juni 2024 einen Gesetzesentwurf und ein Konzept zur Strategie für Suizidprävention vorzulegen. [3]

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention“ wurde am 18.12.2024 in den Bundestag eingebracht. [24]

Zum jetzigen Zeitpunkt (Juni 2025) befindet sich der Gesetzesentwurf noch in einem laufenden Verfahren, da das Gesetz in der 20. Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet wurde.

Mit dem Gesetzesentwurf wurden wesentliche Inhalte der Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung vom 02. Mai 2024 aufgenommen. [25]

Als Kernstück sieht der Gesetzesentwurf die Einrichtung einer Bundesfachstelle zur Suizidprävention im Bundesgesundheitsministerium vor, um Aufgaben gesamtstaatlich zu stärken, die bislang Kommunal- und Ländersache sind. [26]

1.1.7 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

„Die DGP steht seit 30 Jahren als wissenschaftliche Fachgesellschaft für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung.

Über 6.700 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen (wie Seelsorge, Psychotherapie, Physiotherapie, Kunsttherapie und viele weitere) engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

Gemeinsames Ziel ist es, bei schwerer Erkrankung für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen - in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen.

Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patient:innen mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung sowie der Begleitung ihrer Angehörigen. Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess. Sie lehnt aktive Sterbehilfe ab.

Die im Juli 1994 gegründete DGP e.V. hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärzt:innen und andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und

Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patient:innen zu fördern.“ [27]

1.2 Ziele der Arbeit

Das Ziel der hier vorgestellten Untersuchung war es, ein umfassendes Stimmungsbild innerhalb der DGP über den Umgang mit assistiertem Suizid, sowie mit Todes- und Suizidwünschen zu erheben. Insbesondere sollten Kenntnisse über die aktuelle rechtliche und standesrechtliche Lage, persönliche Einstellungen, sowie konkrete berufliche Erfahrungen der Mitglieder erfasst und systematisch analysiert werden.

Vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 und den Bestrebungen einer gesetzlichen Neuregelung durch die oben beschriebenen Anträge der überfraktionellen Gruppen im Bundestag wurde der Befragungszeitraum noch vor der Abstimmung im Bundestag im Juli 2023 gelegt. In Anbetracht der Aktualität der Themen kommt der Arbeit eine besondere gesellschaftliche, ethische und rechtliche Relevanz zu.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Mitglieder der DGP- darunter Ärzt:innen, Pflegende, sowie weitere Berufsgruppen häufig mit existentiellen Fragen am Lebensende konfrontiert sind, erscheint eine differenzierte Auseinandersetzung mit deren Haltung zur Suizidassistenz von hoher Bedeutung.

Die Studienpopulation sollte hierbei repräsentativ für das Mitgliederkollektiv der DGP sein.

Die Studie verfolgte dabei mehrere spezifische Zielsetzungen:

1. **Erhebung des Wissenstands** der DGP-Mitglieder bezüglich der gesetzlichen Rahmenbedingungen (Strafrecht, Berufsrecht) des assistierten Suizids, sowie der Unterscheidung zwischen verwandten Konzepten wie dem FVET und der Tötung auf Verlangen (in Deutschland verboten).
2. **Analyse der individuellen Einstellungen** zu einer möglichen Mitwirkung am assistierten Suizid- differenziert nach Kontexten wie

palliativmedizinische Behandlungssituationen versus Anfragen ohne lebenslimitierende Erkrankung.

3. **Erfassung der praktischen Erfahrungen** der Befragten mit Todes- und Suizidwünschen sowie mit Anfragen zur Mitwirkung an Suizidassistenz, FVET oder Tötung auf Verlangen.
4. **Untersuchung professionsspezifischer Unterschiede** im Rollen- und Verantwortungsverständnis in Bezug auf Suizidassistenz (z.B. ärztliche vs. pflegerische Aufgaben).
5. **Bewertung der suizidpräventiven Maßnahmen** im Rahmen der Palliativversorgung, sowie Einschätzungen zur Aufgabenverteilung innerhalb multiprofessioneller Teams.
6. **Erhebung des Bedarfs an gesetzlicher Regelung** sowie weiterer Fort- und Weiterbildungsangebote im Umgang mit Todeswünschen.

Die Erkenntnisse dieser Studie sollen dazu beitragen, das berufsethische Selbstverständnis von Mitgliedern der DGP im Kontext der Suizidassistenz besser zu verstehen und daraus Implikationen für die zukünftige Gestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, sowie für gesundheits- und berufspolitische Diskurse abzuleiten.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine quantitative Querschnittsstudie auf Basis einer standardisierten Onlinebefragung.

Die Befragung widmet sich den Einstellungen, Kenntnissen und Erfahrungen von Ärzt:innen und anderen medizinischen Fachkräften im Umgang mit assistiertem Suizid, sowie themenverwandten Bereichen.

Ziel der Befragung war es, sowohl die individuellen Haltungen der Teilnehmenden als auch die Einflussfaktoren auf deren Meinungsbildung systematisch zu analysieren.

2.2 Entwicklung des Fragebogens

Für die Datenerhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, der auf einer umfassenden Literaturrecherche und interdisziplinären sowie multiprofessionellen Expertenabstimmungen, unter Einbeziehung bestehender Debatten, basiert.

Die Fragen wurden mittels Qualtrics® zu einem Onlinefragebogen zusammengefügt. Bei der Entwicklung des Fragebogens wurden die CHERRIES-Kriterien für das Reporting von Onlinebefragungen bereits mitberücksichtigt, um bei der Präsentation der Ergebnisse nicht auf fehlende Daten zu stoßen. [28]

Pro Seite wurden maximal zehn Fragen präsentiert, insgesamt erstreckte der Fragebogen sich über sieben Seiten.

Die Fragen umfassten die Themen:

- Kenntnisse zur gesetzlichen Regelung
- Erfahrungen mit Todeswünschen und Suizidassistenz
- Haltungen zur Rolle von Ärzt:innen und Pflegefachpersonal in der Suizidassistenz
- Vorstellungen zur normativen Ordnung und gesetzlichen Regelung

Die demographischen Daten wurden über Multiple-Select, bzw. Multiple-Choice Fragen, ergänzt durch Freiantwortmöglichkeiten, abgefragt und umfassten z.B. Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, sowie den beruflichen Hintergrund. Die Antworten zu den restlichen Fragen wurden mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala (ordinal skaliert) erhoben. Hierbei gab es zum einen zustimmende („trifft voll zu“, „trifft eher zu“, zum anderen ablehnende Antwortmöglichkeiten („trifft gar nicht zu“, trifft eher nicht zu“), sowie eine neutrale Antwortmöglichkeit (weder noch).

Bei einigen Fragen, bei denen die persönlichen Erfahrungen der Befragten erhoben wurden, reichten die Antwortmöglichkeiten von „noch nie“ bis „sehr häufig (mehr als 50 Patient:innen/Fälle)“, wobei es noch die weiteren Abstufungen „vereinzelt (zwei oder weniger Patient:innen/Fälle)“, „gelegentlich (zwei bis zehn Patient:innen/Fälle)“ und „häufig (10-50 Patient:innen/Fälle)“ gab. Für die übersichtlichere Darstellung wurden bei der Präsentation der Ergebnisse alle Antwortmöglichkeiten auf „Fälle“ umcodiert.

Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden Fragen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Aussagekraft in Prätests evaluiert.

Die Studie von Küppers et al. und der hierfür entwickelte Fragebogen diente als Pilotierung für die hier vorliegende Studie. [29]

Fragen, die sich im Rahmen der ersten Befragung als nicht eindeutig und diskussionswürdig zeigten, wurden in einem interprofessionellen Expertengremium besprochen, angepasst, gegebenenfalls um sinnvolle Ergänzungen erweitert, oder aber auch vollständig gestrichen.

2.3 Studienpopulation und Rekrutierung

Die Studienpopulation wurde aus allen per E-Mail erreichbaren Mitgliedern der DGP generiert. Der Link zur Online-Befragung wurde 10.07.2023 über den Newsletter der DGP verschickt. Es wurde außerdem am 10.08.2023 und am 31.08.2023 eine E-Mail zur Erinnerung an die gleiche Gruppe verschickt.

2.4 Datenerhebung

Eine Bearbeitung war über die Plattform Qualtrics® bis September 2023 möglich. Die Zustimmung zur Teilnahme erfolgte über das finale Absenden der Daten. Die Teilnahme war freiwillig und anonym.

2.5 Datenanalyse

Da keine Fragen mit Pflichtantworten zur Fortführung der Befragung enthalten waren, ergaben sich gültige, unvollständige Datensets. Diese wurden ebenfalls mit in die Analyse einbezogen.

Nach systematischer Aufbereitung wurden die Daten mit Microsoft Excel für Mac Version 16.81 (Microsoft Inc., Redmond, WA, USA) und SPSS Statistics 29.02 (IBM Inc, Amrmonk, NY, USA) deskriptiv analysiert.

Die deskriptiven Statistiken wurden hierbei zur Beschreibung der Stichprobenmerkmale, sowie zur Darstellung zentraler Tendenzen der Antwortverteilung genutzt.

Die fehlenden Werte wurden mittels Little's Missing Completely At Random MCAR Test auf die Notwendigkeit einer Imputation fehlender Werte geprüft. [30]

Zur Beurteilung, ob die vorliegende Stichprobe repräsentativ für die Mitglieder der DGP ist, wurden ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Es folgten explorative Analysen zur Überprüfung möglicher professionsabhängiger Einflussfaktoren einzelner Variablen auf die Haltungen zur Suizidassistentz. Korrelationsmaße wurden mittels Spearman (ordinal vs. ordinal) oder Cramers V (nominal vs. ordinal) ermittelt. [31] Sowie Berechnungen mittels ANOVA nach Kruskal Wallis. [32]

Relevante Freitextantworten wurden in inhaltliche Kategorien eingeteilt und anschließend deskriptiv ausgewertet.

2.6 Ethikvotum

Es liegt ein positives Ethikvotum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vom 07.08.2023 mit Amendement 2 vor.

Die Studien-Nr. lautet: 2022_2139_2.

Die Erhebung wurde anonymisiert durchgeführt und erfüllte alle datenschutzrechtlichen Vorgaben.

3 Ergebnisse

3.1 Teilnehmer:innenzahl und Responserate

Von Juli bis September 2023 haben sich 1.296 Mitglieder der DGP die Umfrage angesehen (view rate: 51 %), 991 haben teilgenommen (participation rate: 77 %). Davon haben 929 vollständig teilgenommen (completion rate: 94 %) und 62 teilweise. Auch die unvollständig ausgefüllten Fragebögen flossen in die Analyse ein.

Insgesamt nahmen somit 18 % der per E-mail erreichbaren DGP-Mitglieder teil.

3.1.1 Zusammensetzung der Teilnehmer:innen

Eine knappe Mehrheit der Teilnehmer mit 57 % (n=545/957) war ärztlich tätig und stellte somit die größte Berufsgruppe unter den Teilnehmer:innen dar, gefolgt von Pflegefachpersonen (23.4 %, n=224/957), sowie weiteren Professionen, wie z.B. Psycho(onko)log:innen (4.9 %, n=47/957), Sozialarbeiter:innen (3.2 %, n=31/957) und Seelsorgenden (1.7 %, n=16/957), die im Weiteren unter „Andere“ zusammengefasst behandelt werden.

Der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen lag mit 61,5 % höher als der der männlichen Teilnehmer mit 35,2 %. 3,2 % machten keine Angaben und 0,2 % der Teilnehmer:innen identifizierten sich selbst als divers (Tabelle 1).

3.1.2 Berufserfahrung und Erfahrung in der Palliativversorgung

Die Teilnehmer:innen der Befragung wiesen eine hohe Berufserfahrung auf.

So hatten mehr als 72,2 % mehr als 18 Jahre Berufserfahrung.

57,3 % der Befragten hatten mehr als acht Jahre Erfahrung in der Palliativversorgung (Tabelle 1).

Hierbei zeigte sich im Rahmen einer ANOVA ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Ärzt:innen und Pflegefachpersonen $p = <0,001$, jedoch keine Unterschiede zwischen den Pflegefachpersonen und Anderen, ebenso nicht zwischen Ärzt:innen und Anderen (Abb. 1).

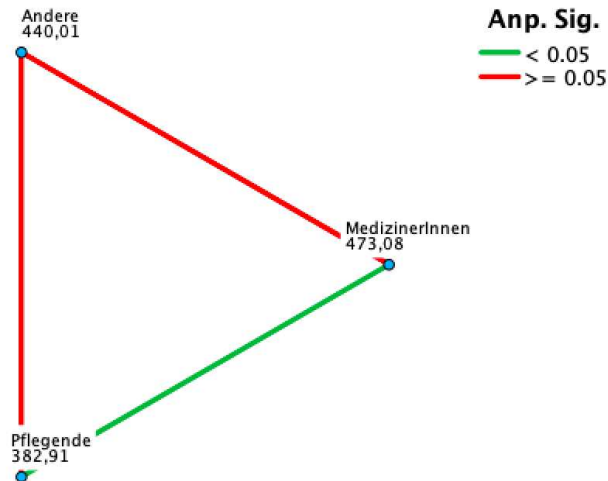


Abb. 1: ANOVA Unterschiede der Berufserfahrung nach Professionen

3.1.3 Repräsentativität für Mitglieder der DGP

Es wurde untersucht, ob sich die Stichprobe von der Grundgesamtheit (Alle Mitglieder der DGP) in Bezug auf die Variablen Alter, Geschlecht und Profession unterscheiden.

Durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests für die Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und Profession“.

Hierbei besteht nur zwischen den Altersverteilungen ein statistisch signifikanter Unterschied, $p = .039$. (Tabelle 1)

Variablen	Befragung (n=variierend)* [%]	Mitglieder der DGP (N= 6364) [%]	U-Wert Z-Wert χ^2
Alter	(909)		
20-30	25 [2,8]	81 [1,3]	
31-40	89 [9,8]	487 [7,7]	297128.0
41-50	218 [24,0]	1316 [20,7]	-2.987
51-60	333 [36,6]	2250 [35,4]	.039
>60	227 [25,0]	1832 [28,8]	
ohne Altersangabe	17 [1,9]	398 [6,3]	
Geschlecht	(908)		
Weiblich	558 [61,5]	4059 [63,4]	267932.0
Männlich	319 [35,1]	2298 [36,1]	-0.032
Keine Angabe	29 [3,2]	7 [0,1]	.974
divers	2 [0,2]	0 [0,0]	
Profession	(957)		
Ärzt:innen	545 [57,0]	3556 [56,0]	271878,5
Pflegefachpersonal	224 [23,4]	1812 [29,0]	-1.468
Andere	188 [19,6]	1036 [16,3]	.134
Berufserfahrung	(893)		
bis 4 Jahre	22 [2,5]		
4-8 Jahre	30 [3,4]		
9-13 Jahre	87 [9,7]		
14-18 Jahre	109 [12,2]		
> 18 Jahre	645 [72,2]		
Facharztstatus	(694)		
Ja	528 [81,4]		
Nein	121 [18,6]		

* Es gab 929 komplett vollständige Antwortsets, damit für die Variablen wichtige Informationen nicht verloren gehen, wurden bei der Auswertung alle Daten berücksichtigt, bei denen die TN durch finales Absenden ihre Zustimmung zur Verwendung erteilt haben.

Tabelle 1: Kohorten Beschreibung

3.2 Umgang mit fehlenden Antworten

Der MCAR (missing completely at random) Test nach Little benötigt metrische Variablen.

Obwohl die ordinalskalierten Items fünf Antwortstufen aufweisen, erfüllen sie definitions gemäß nicht alle Voraussetzungen für metrische Merkmale. Trotz der Tatsache, dass sie sich in eine klare Reihenfolge bringen lassen, haben sie nicht zwingend gleich große Abstände, oder sind als solche definierbar. Aufgrund mangelnder Alternativen wurde dennoch der MCAR-Test nach Little ausgeführt. Hierbei wurden alle fünfstufigen ordinalskalierten Variablen als hinreichend metrisch betrachtet.

Gemäß dem MCAR-Test nach Little fehlen die Werte unsystematisch, Chi-Quadrat = 905,11, df = 953, p = .86, so dass eine Imputation der fehlenden Werte nicht erfolgte. [30]

3.3 Interne Konsistenz

Die interne Konsistenz der Antworten der Befragten wurde mittels einer stichprobenartigen Augenscheinprüfung geprüft.

Hierbei konnten keine relevanten Auffälligkeiten festgestellt werden.

3.4 Wissensabfrage

3.4.1 Definitionsfragen

Bei den Definitionsfragen „Ich kann definieren, was Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) ist“, „Ich kann definieren, was assistierter Suizid ist.“, „Ich kann definieren, was Tötung auf Verlangen (in Deutschland verboten) ist“ und „Mir sind die Unterschiede der Begriffe assistierter Suizid/ freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken/ Tötung auf Verlangen klar“ ergaben sich für die verschiedenen Professionen keine statistisch signifikanten Unterschiede“.

In Abb. 2 werden die Ergebnisse zunächst kumulativ und in Tabelle 2 dann aufgeteilt nach Professionen präsentiert.

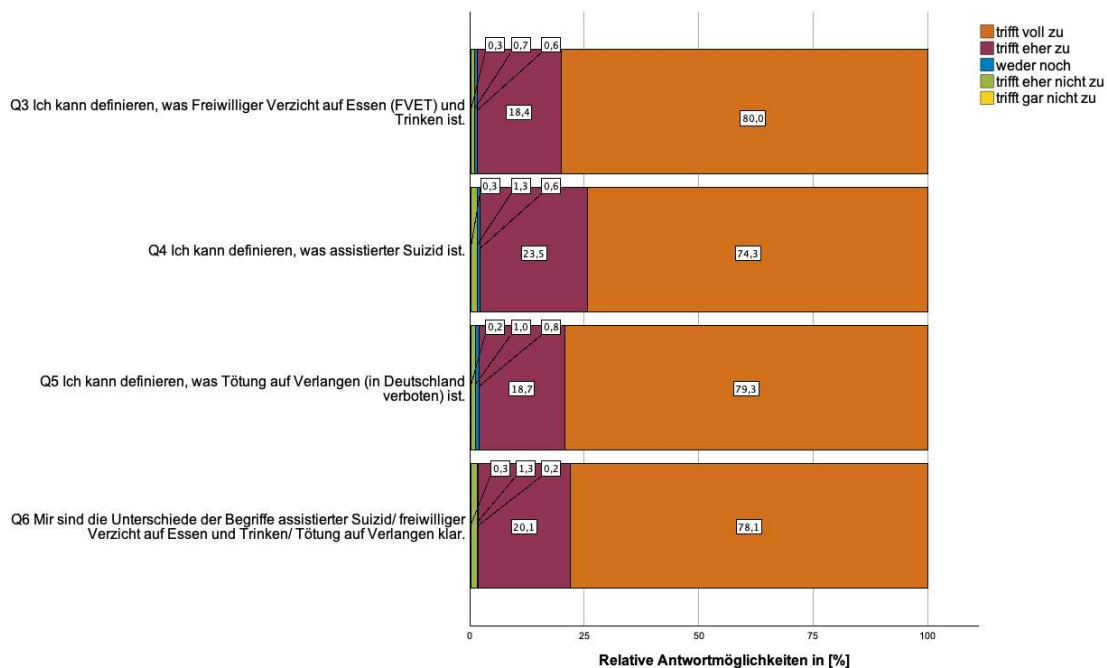


Abb. 2: Definitionsfragen Q3, Q4, Q5, Q6 kumulativ

	Q3 Ich kann definieren, was Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken ist [%]			Q4 Ich kann definieren, was assistierter Suizid ist [%]			Q5 ich kann definieren, was Tötung auf Verlangen (in Deutschland verboten) ist [%]			Q6 Mir sind die Unterschiede der Begriffe assistierter Suizid/freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken/ Tötung auf Verlangen klar [%]		
	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige
n=	543	219	145	544	219	144	544	218	145	544	218	145
trifft voll zu	81,2	79,9	80,0	77,0	72,1	70,8	82,9	76,1	76,6	80,9	76,1	73,8
trifft eher zu	17,7	17,8	18,6	21,3	24,2	28,5	15,4	21,6	21,4	18,2	20,6	24,8
weder noch	0,7	0,0	0,7	0,7	0,5	0,0	0,9	0,0	1,4	0,0	0,5	0,0
trifft eher nicht zu	0,2	2,3	0,7	0,7	2,7	0,7	0,7	1,8	0,7	0,7	2,8	0,7
trifft gar nicht zu	0,2	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,7
χ^2	11.291			11.137			13.385			14.312		
df	8			8			8			8		
p	.186			.194			.099			.099		
Cramer-V	.079			.078			.086			.089		

Bei den Definitionsfragen Q3,4,5,6 ergaben sich für die verschiedenen Professionen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 2: Definitionsfragen Q3, Q4, Q5, Q6 aufgeteilt nach Professionen

3.4.2 Kenntnis über den Inhalt zur Nichtigkeit des § 217 und Neuentwürfe zur gesetzlichen Regelung

Je über 80 % der Befragten gaben an, den Inhalt des Urteils zur Nichtigkeit des § 217 des Bundesverfassungsgerichts zu kennen (44,1= trifft eher zu; 37,2= trifft voll zu), ebenso wie über die zwei Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids informiert zu sein (48,3= trifft eher zu; 34,5= trifft voll zu) (Abb. 3).

Hierbei zeigte sich bei der Frage zur Nichtigkeit des § 217 ein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzt:innen und dem Pflegefachpersonal, aber kein Unterschied zwischen Ärzt:innen und Anderen, oder Anderen und Pflegefachpersonal (Abb. 4)

Beim Item „Ich bin über die im Bundestag am 6.07.2023 abgelehnten zwei Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids informiert“ zeigte sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

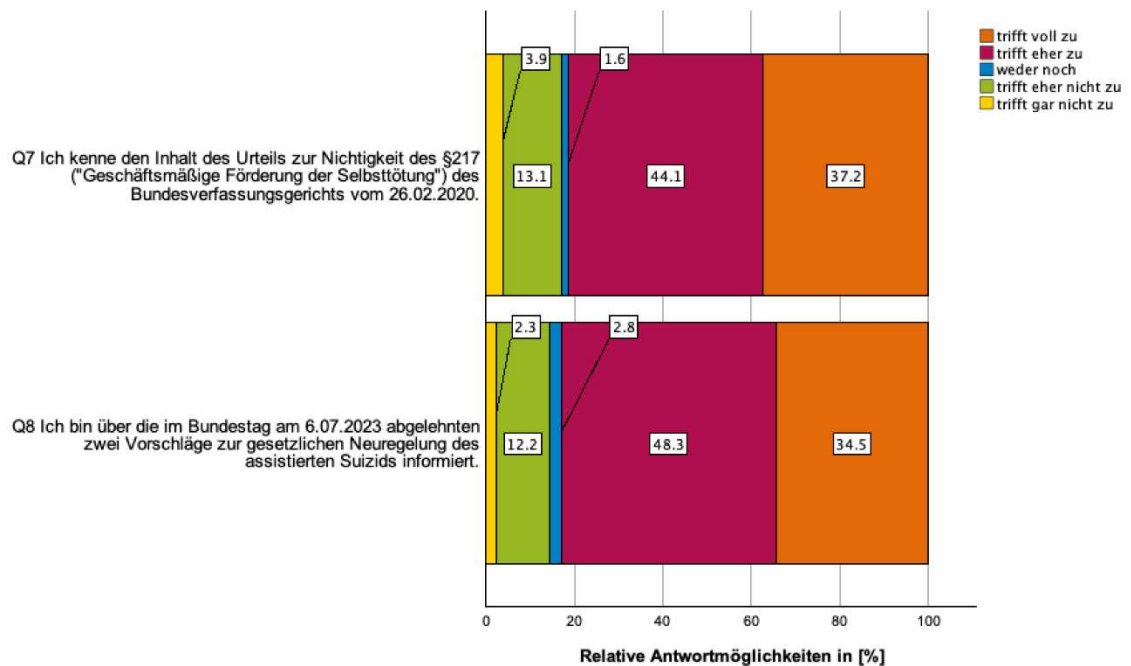


Abb. 3: Kenntnis über Nichtigkeit § 217 und Information über Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung

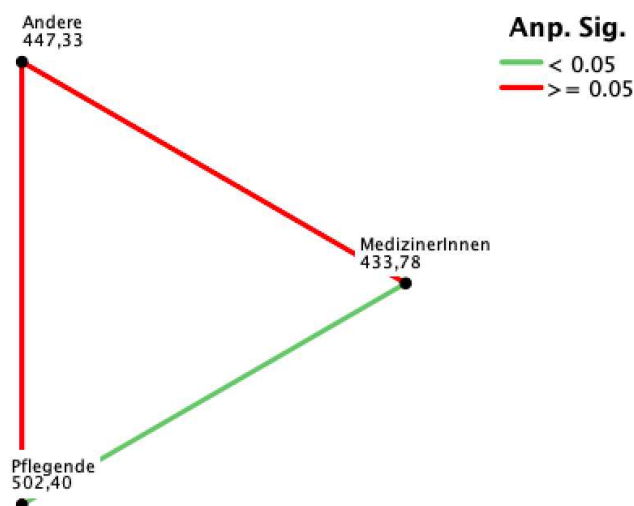


Abb. 4: ANOVA: Kenntnis über Nichtigkeit § 217

3.5 Wissensüberprüfung der strafrechtlichen und berufsrechtlichen Situation mittels Mehrfachantwortensets

Für die Wissensfragen, die mittels eines Mehrfachantwortensets abgefragt wurden, wurden zur Auswertung für alle Fragen Punkte vergeben.

Für den resultierenden Punktescore wurden die Antworten binär kodiert, sodass eine 1 eine korrekte und eine 0 eine falsche Antwort anzeigt.

Anschließend wurde ein Summenscore über alle acht Fragen gebildet.

Zudem wurde der absolute Punktescore durch die maximal erreichbare Punktzahl (hier= 8) geteilt, um eine relative Aussage der korrekten Antworten in Prozent zu erhalten.

Der Mittelwert lag mit 6,22 Punkten (SD 1,19) für richtigen Antworten bei den Mediziner:innen am höchsten.

Die Pflegenden lagen mit 5,90 Punkten (SD 1,26) unter diesem Schnitt, während die subsummierten Anderen eine mittleren Punktwert von 6,18 (SD 1,20) erreichten (Abb.5).

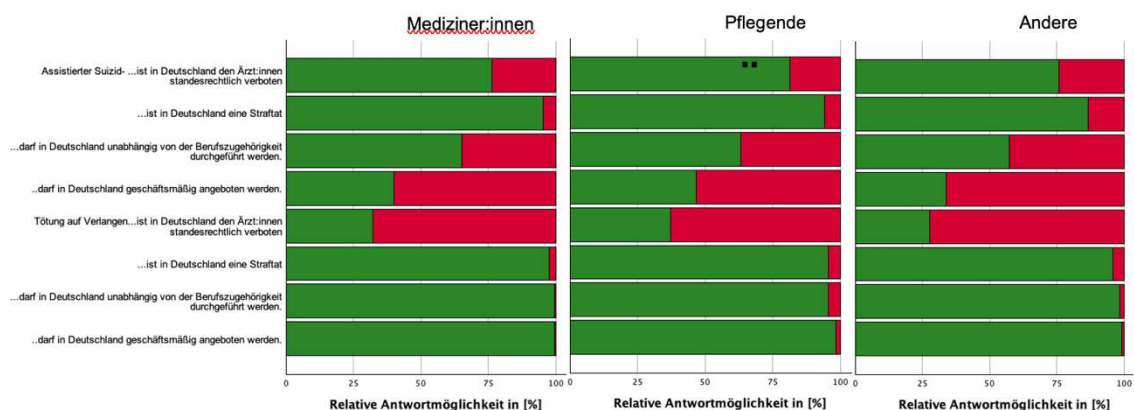


Abb. 5: Ergebnisse der Mehrfachantwortensets nach Professionen (grün = richtige Beantwortung, rot =falsche Beantwortung)

Bei den Fragen ergab sich nur für die Frage: „Assistierter Suizid ist in Deutschland eine Straftat“ ein statistisch signifikanter Unterschied (Tabelle 3).

Variable	χ^2	df	p	Cramer V
Assistierter Suizid ...				
... ist in Deutschland eine Straftat	16.581	2	<.001	.140
... darf in Deutschland unabhängig von der Berufsgruppe angeboten werden	3.755	2	.153	.066
... darf in Deutschland geschäftsmäßig angeboten werden	5.576	2	.062	.081
... ist in Deutschland standesrechtlich verboten	1.706	2	.426	.045
Tötung auf Verlangen...				
... ist in Deutschland eine Straftat	1.691	2	.429	.055
... darf in Deutschland unabhängig von der Berufsgruppe angeboten werden	7.844	2	.020	.020
... darf in Deutschland geschäftsmäßig angeboten werden	1.310	2	.520	.048
... ist in Deutschland standesrechtlich verboten	2.409	2	.300	.065

Tabelle 3: explorative Statistik Mehrfachantwortensets

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzt:innen und den Pflegefachpersonen, und zwischen Pflegefachpersonen und Anderen, jedoch keiner zwischen Ärzt:innen und anderen (Abb. 6).

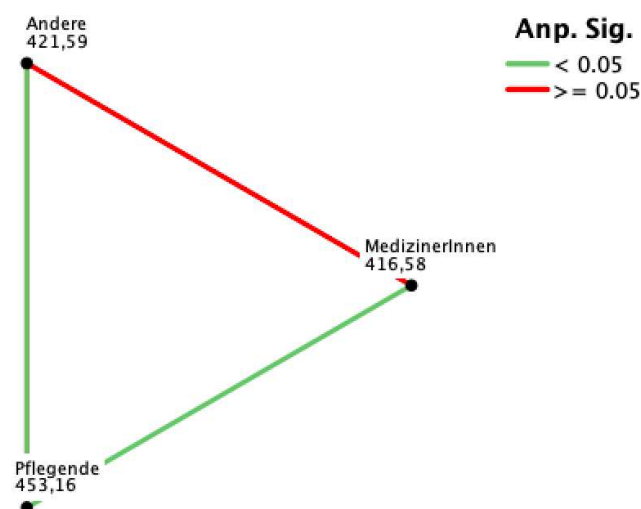


Abb. 6: ANOVA: „Assistierter Suizid ist in Deutschland eine Straftat“

In Bezug auf die Berufserfahrung zeigte sich eine negative Korrelation. (Spearman-Rho -0.026 , $p .797$).

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich für die Korrelation zwischen dem Besitz der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und den erreichten Punkten. (Spearman-Rho -0.015 , $p .904$).

3.6 Eigene Erfahrungen

3.6.1 Erfahrungen mit Todeswunschkäußerungen und aktives Ansprechen auf Todeswünsche

Die Befragung ergab, dass ein erheblicher Teil der Mitglieder der DGP regelmäßig mit Todeswunschkäußerungen von Patient:innen konfrontiert ist.

Von den 926 ausgewerteten Rückmeldungen gaben insgesamt 92,8 % der Teilnehmer:innen an, bereits mit solchen Äußerungen in ihrem Berufsalltag in Berührung gekommen zu sein.

Dabei berichteten 38,3 % der Befragten, sehr häufig (mehr als 50 Patient:innen) mit Todeswunschkäußerungen konfrontiert worden zu sein, 33,0 % gaben „häufig“ (11–50 Patient:innen) an, weitere 18,2 % „gelegentlich“ (3–10 Patient:innen). Nur 10,4 % berichteten, entweder nur vereinzelt oder nie mit Todeswünschen konfrontiert worden zu sein (Abb. 7).

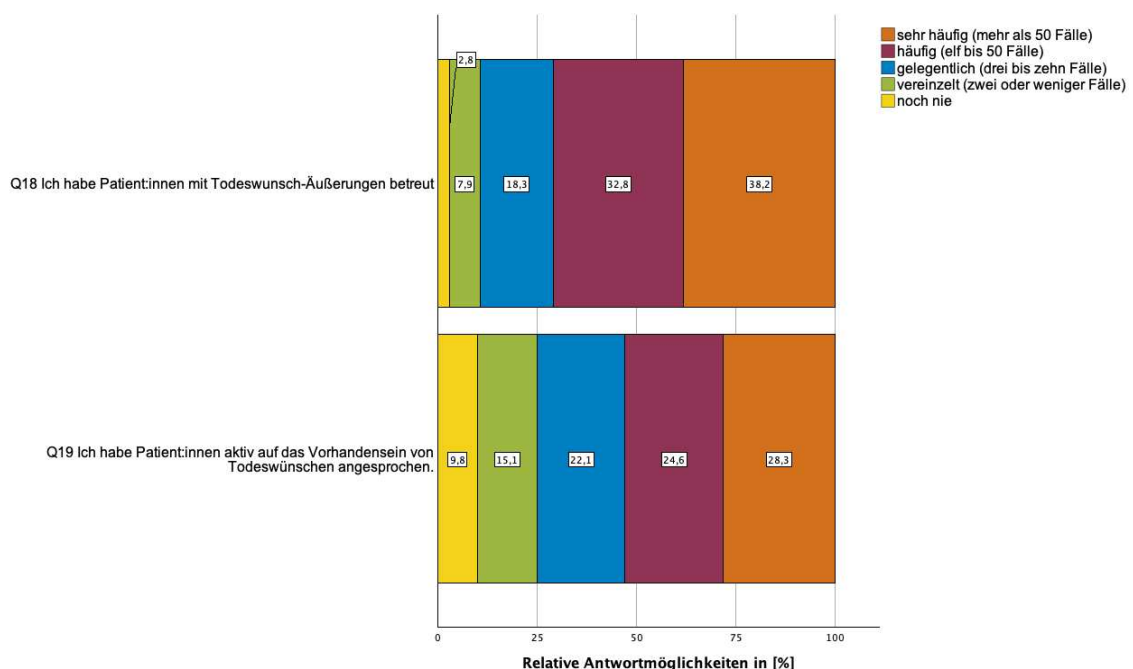


Abb. 7: Erfahrungen mit Todeswunschkäußerungen und aktives Ansprechen auf Todeswünsche kumulativ

Ein differenziertes Bild ergab sich bei der Frage, ob und wie aktiv die Teilnehmenden ihre Patient:innen auf das Vorhandensein von Todeswünschen

ansprechen. Während 28,3 % der Befragten angaben, dies sehr häufig zu tun (bei mehr als 50 Patient:innen), beantworteten 25,0 % die Frage mit „häufig“ (11–50 Patient:innen) und 22,1 % mit „gelegentlich“ (3–10 Patient:innen). 15,1 % gaben an, dies lediglich vereinzelt getan zu haben (1–2 Patient:innen), und 9,8 % berichteten, solche Gespräche nie aktiv geführt zu haben (Tabelle 4).

37,7 % der Ärzt:innen gaben an, Todeswünsche sehr häufig aktiv anzusprechen, wohingegen dies nur auf 16,4 % der Pflegenden zutraf ($p < 0,001$) (Tabelle 4/ Abb. 8).

	Q18 Ich habe Patient:innen mit Todeswunschkäußerungen betreut [%]			Q19 Ich habe Patient:innen aktiv auf das Vorhandensein von Todeswünschen angesprochen [%]		
	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige
n=	545	218	144	544	219	144
sehr häufig (mehr als 50 Fälle)	44,0	38,1	18,8	37,7	16,4	10,4
häufig (elf bis 50 Fälle)	33,4	33,0	27,8	26,8	22,8	20,1
gelegentlich (drei bis zehn Fälle)	16,1	20,2	23,6	20,0	24,7	27,1
vereinzelt (zwei oder weniger Fälle)	5,9	6,9	17,4	11,0	23,3	18,1
noch nie	0,6	1,8	12,5	4,4	12,8	24,3
χ^2	103.296			116,562		
df	8			8		
p	p <.001			P <.001		
Cramer-V	.239			.235		
Für die Fragen Q18 und Q19 ergaben sich für die verschiedenen Professionen statistisch signifikanten Unterschiede.						

Tabelle 4: Erfahrungen mit Todeswunschkäußerungen und aktives Ansprechen auf Todeswünsche nach Profession

Signifikante Unterschiede wurden in der ANOVA zwischen Ärzt:innen und sowohl dem Pflegefachpersonal als auch der Gruppe der Anderen deutlich (Abb. 8).

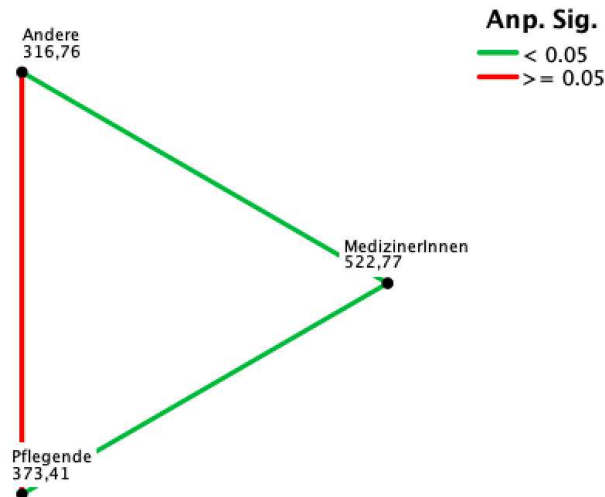


Abb. 8: ANOVA Aktives Ansprechen auf Todeswünsche

3.6.2 Eigene Erfahrung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen

Ein Themenblock der Befragung hatte zum Ziel, zu erfassen in welchem Umfang Mitglieder der DGP in ihrer beruflichen Praxis bereits mit konkreten Anfragen nach Formen der Lebensverkürzung konfrontiert wurden. Hierbei wurde zwischen dem FVET, dem assistierten Suizid und der, in Deutschland verbotenen, Tötung auf Verlangen differenziert.

FVET

26,8 % der Befragten gaben an, noch nie um Mithilfe beim FVET gebeten worden zu sein. 20,8 % hatten dies vereinzelt (1–2 Mal), 30,2 % gelegentlich (3–10 Mal), 17,4 % häufig (11–50 Mal) und 4,9 % sehr häufig (mehr als 50 Mal) erlebt. (Abb. 12)

Die ANOVA zeigte, dass sich signifikante Unterschiede zwischen allen 3 Gruppen ergaben (Abb. 9).

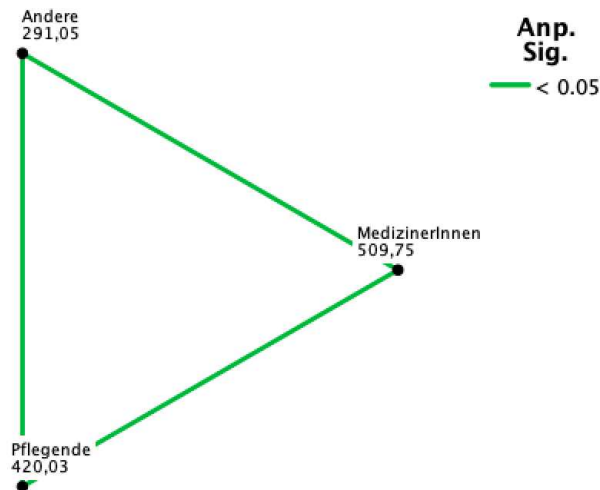


Abb. 9: ANOVA „Ich bin um Mithilfe zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken gebeten worden.“

Assistierter Suizid

Ähnliche Häufigkeiten wurden für Anfragen zur Mitwirkung an einem assistierten Suizid berichtet. 26,9 % der Befragten hatten eine solche Anfrage noch nie erhalten, 27,1 % vereinzelt, 26,3 % gelegentlich, 15,0 % häufig und 4,6 % sehr häufig. Somit haben insgesamt 45,9 % der Befragten in mehr als zwei Fällen entsprechende Bitten erlebt (Abb. 12). In der Subgruppenanalyse zeigte sich, dass 25,1 % der Ärzt:innen, bereits häufig oder sehr häufig um Mitwirkung beim assistierten Suizid gebeten wurden, während dies bei den Pflegenden nur 14,2 % betraf ($p < 0,01$) (Tabelle 5).

Die ANOVA zeigte auch für diese Frage, signifikante Unterschiede zwischen allen 3 Gruppen (Abb. 10).

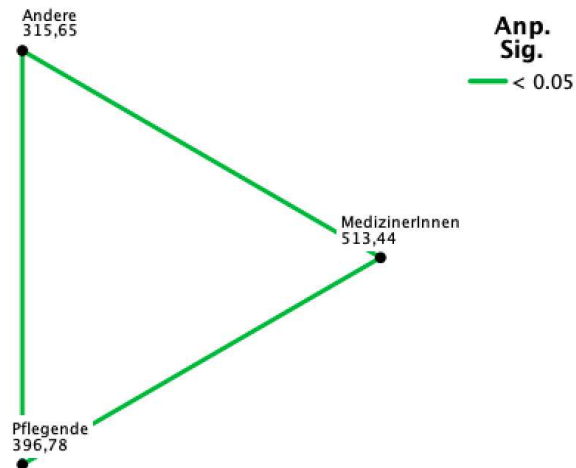


Abb. 10: ANOVA: "Ich bin schon um Mithilfe beim assistierten Suizid gebeten worden."

	Q20 Ich bin um Mithilfe zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken gebeten worden [%]			Q21 Ich bin schon um Mithilfe beim assistierten Suizid gebeten worden [%]			Q23 Ich bin um Mithilfe zur Tötung auf Verlangen gebeten worden. [%]		
	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige
n=	545	217	144	545	218	144	545	219	144
sehr häufig (mehr als 50 Fälle)	6,1	5,1	0,7	6,6	3,2	0,0	4,2	2,3	0,0
häufig (elf bis 50 Fälle)	21,7	14,3	6,9	18,5	11,0	6,3	16,0	8,7	2,1
gelegentlich (drei bis zehn Fälle)	34,7	28,1	18,8	29,5	25,7	18,1	19,4	18,7	9,0
vereinzelt (zwei oder weniger Fälle)	21,5	19,4	16,7	29,7	21,1	26,4	29,0	24,2	18,1
noch nie	16,1	33,2	56,9	15,6	39,0	49,3	31,4	46,1	70,8
χ^2	109.234			101.697			85.715		
df	8			8			8		
p	p <.001			p <.001			p <.001		
Cramer-V	.246			.237			.217		

Für die Fragen Q20, Q21 und Q23 ergaben sich für die verschiedenen Professionen statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 5: Eigene Erfahrung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen nach Profession

Tötung auf Verlangen

Deutlich seltener waren Anfragen zur aktiven Tötung auf Verlangen. 41,4 % der Teilnehmenden gaben an, nie mit einer solchen Bitte konfrontiert worden zu sein, 26,1 % vereinzelt, 17,4 % gelegentlich, 12,0 % häufig und 3,1 % sehr häufig (Abb. 12).

Auch hier deckte die ANOVA signifikante Unterschiede zwischen allen 3 Gruppen auf (Abb. 11).

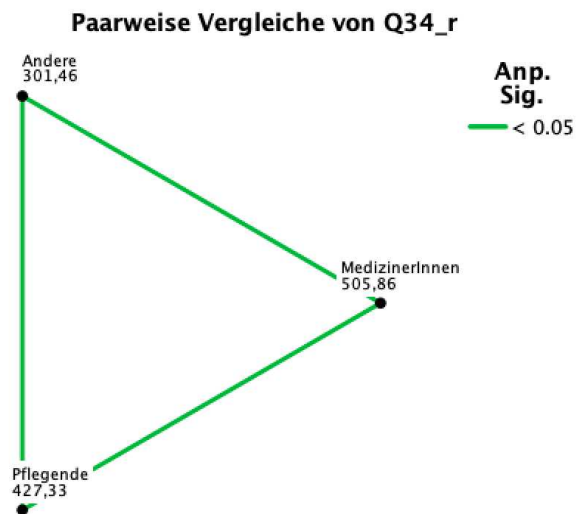


Abb. 11: ANOVA: "Ich bin um Mithilfe bei Tötung auf Verlangen gebeten worden."

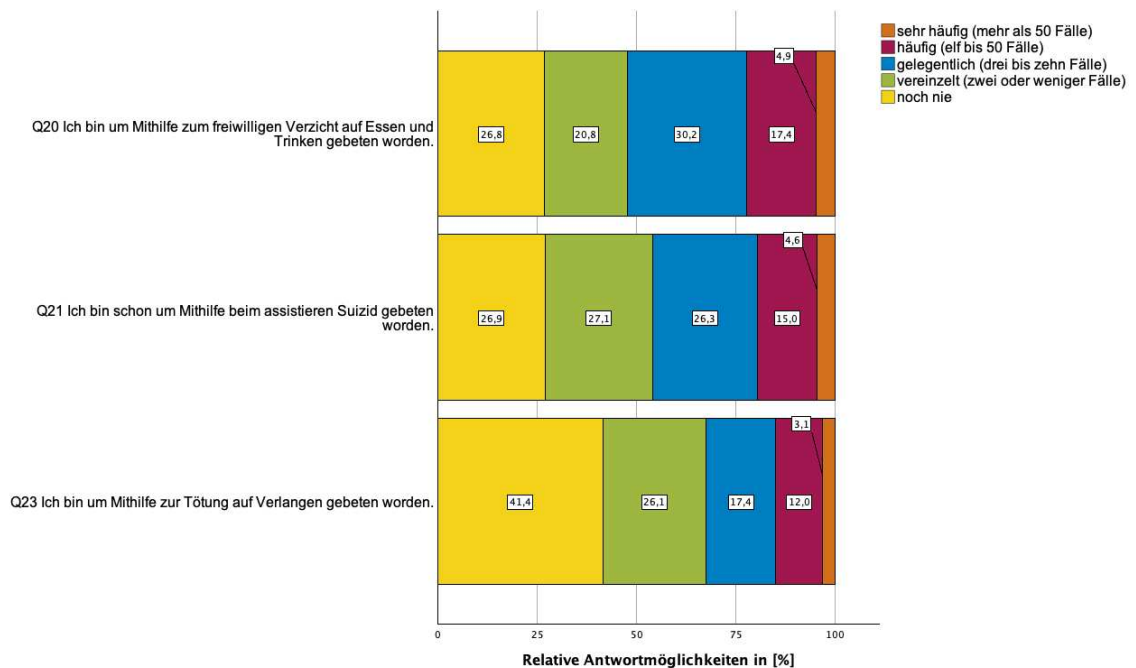


Abb. 12: Eigene Erfahrung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen

3.7 Mitwirkung beim assistierten Suizid

3.7.1 Zuständigkeit der Mitwirkung beim assistierten Suizid

Bei der Beantwortung der Fragen „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann/ist eine ärztliche/pflegerische Aufgabe sein“ zeigten sich abhängig von der Professionszugehörigkeit statistisch signifikante Unterschiede. (s. Abb. 13/ Tabelle 6).

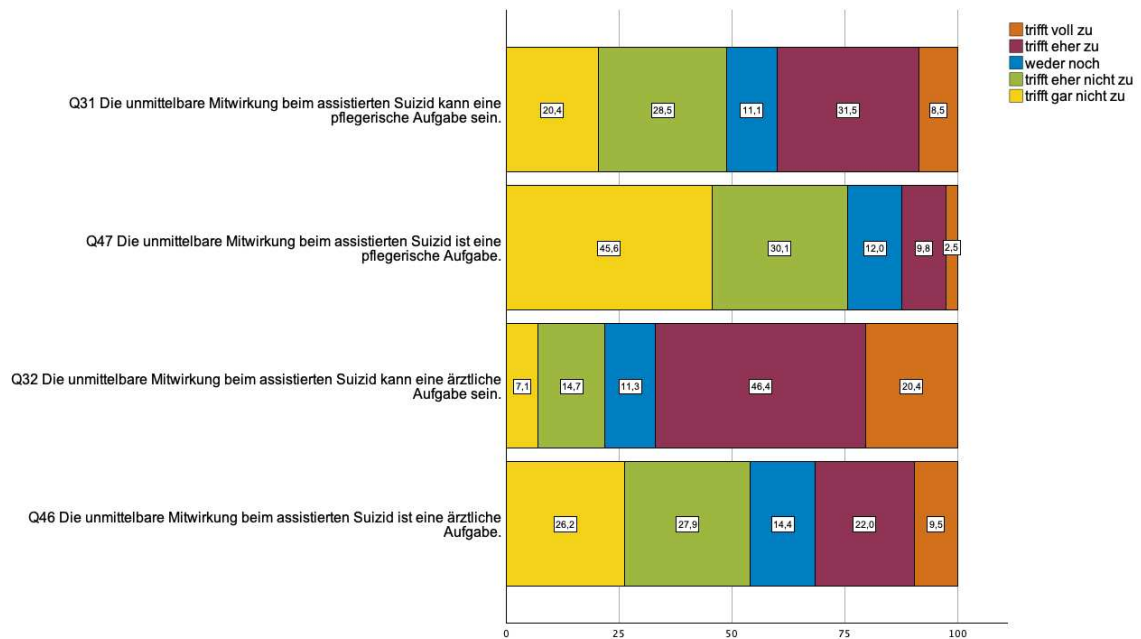


Abb. 13: Q31, Q32, Q46, Q47 kumulativ

	Q31 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine pflegerische Aufgabe sein [%]			Q47 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine pflegerische Aufgabe [%]			Q32 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein [%]			Q46 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine ärztliche Aufgabe [%]		
	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige
n=	543	218	145	544	218	144	544	218	145	545	218	145
trifft voll zu	5,3	14,7	11,0	2,0	3,7	2,8	19,3	20,2	25,5	8,1	11,0	13,2
trifft eher zu	27,3	37,2	38,6	6,8	14,7	13,2	43,8	51,8	48,3	19,6	26,6	23,6
weder noch	9,9	11,9	13,1	7,9	16,5	19,4	9,6	13,3	13,8	11,7	17,9	18,1
trifft eher nicht zu	33,1	20,2	24,1	30,9	28,9	29,2	18,6	9,2	9,0	30,3	25,7	22,2
trifft gar nicht zu	24,3	16,1	13,1	52,4	36,2	35,4	8,8	5,5	3,4	30,3	18,8	22,9
χ^2	46.379			45.153			26.500			24.974		
df	8			8			8			8		
p	p < .001			p < .001			p < .001			p .002		
Cramer-V	.160			.158			.121			.117		

Für die Fragen Q31, Q32, Q46 und Q47 ergaben sich für die verschiedenen Professionen statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 6: Q31, Q32, Q46, Q47 aufgeteilt nach Professionen

Die ANOVA zeigte hierbei, dass sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärzt:innen und dem Pflegefachpersonal bei der Formulierung „Die Unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein“. Gleiches galt für Ärzt:innen und Andere (Abb. 14).

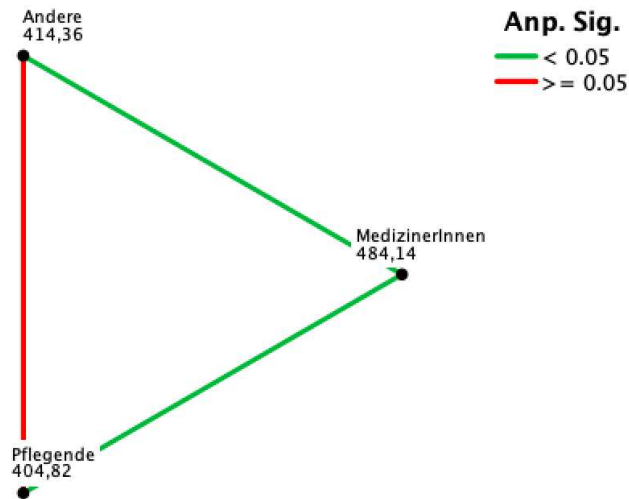


Abb. 14: ANOVA „Die Unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein“

Bei der Formulierung „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine ärztliche Aufgabe“ zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Ärzt:innen und sowohl dem Pflegefachpersonal als auch Anderen (Abb. 15).

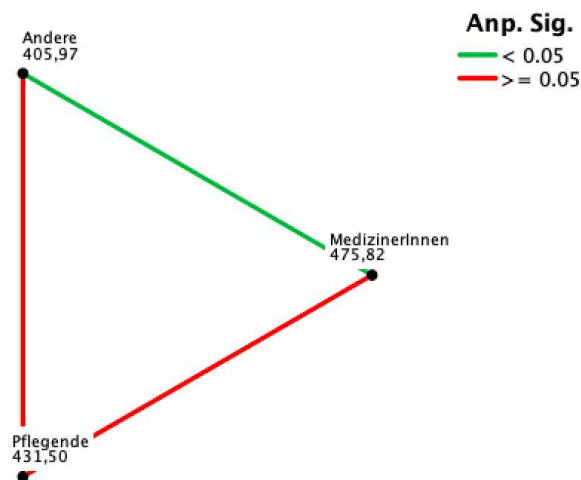


Abb. 15: ANOVA: "Die Unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein"

Für die Formulierungen „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine pflegerische Aufgabe sein“, sowie die Formulierung „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine pflegerische Aufgabe“, zeigten sich in der ANOVA jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärzt:innen

und dem Pflegefachpersonal, wohl aber zwischen dem Pflegefachpersonal und Anderen (Abb. 16/17).

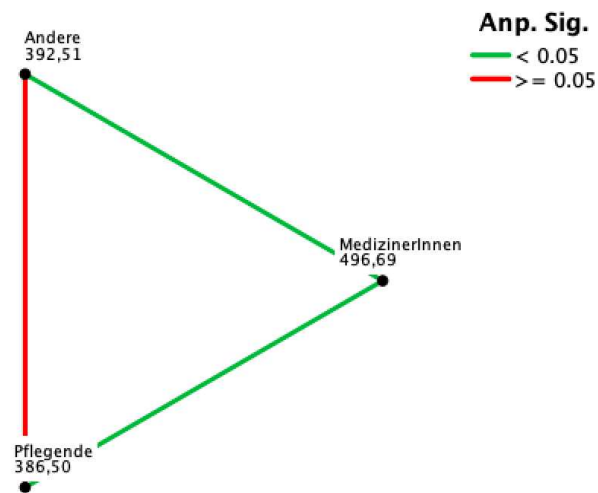


Abb. 16: ANOVA "Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine pflegerische Aufgabe sein"

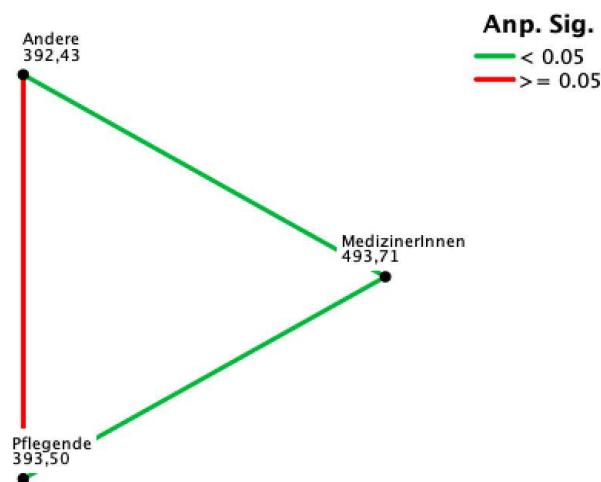


Abb. 17: ANOVA: "Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine pflegerische Aufgabe"

3.7.2 Persönliche Mitwirkung

Bei den Fragen, ob eine persönliche Mitwirkung vorstellbar ist, zeigten sich sehr heterogene Antworten.

Während sich mit 64,2 % die meisten Teilnehmer:innen eine persönliche Mitwirkung beim FVET vorstellen konnten, gaben nur 2,2 % mit starker Zustimmung an, dass sie sich eine persönliche Beteiligung an der, in

Deutschland verbotenen, Tötung auf Verlangen vorstellen können (Abb. 18/ Tabelle 7).

Bei der Differenzierung einer persönlichen Mitwirkung beim assistierten Suizid nur bei Patient:innen in palliativen Behandlungsoptionen und bei Menschen mit Suizidwunsch die keine lebenslimitierende Erkrankung haben, zeigten sich deutliche Unterschiede.

51 % (33,6= trifft eher zu; 17,5 = trifft voll zu) können sich eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Patient:innen in einer palliativen Behandlungssituation vorstellen.

Hier hingegen liegt der Anteil derer, die eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid, bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand ablehnen bei 82,4 % (47,1 =trifft gar nicht zu; 35,3 trifft eher nicht zu) (Abb. 18).

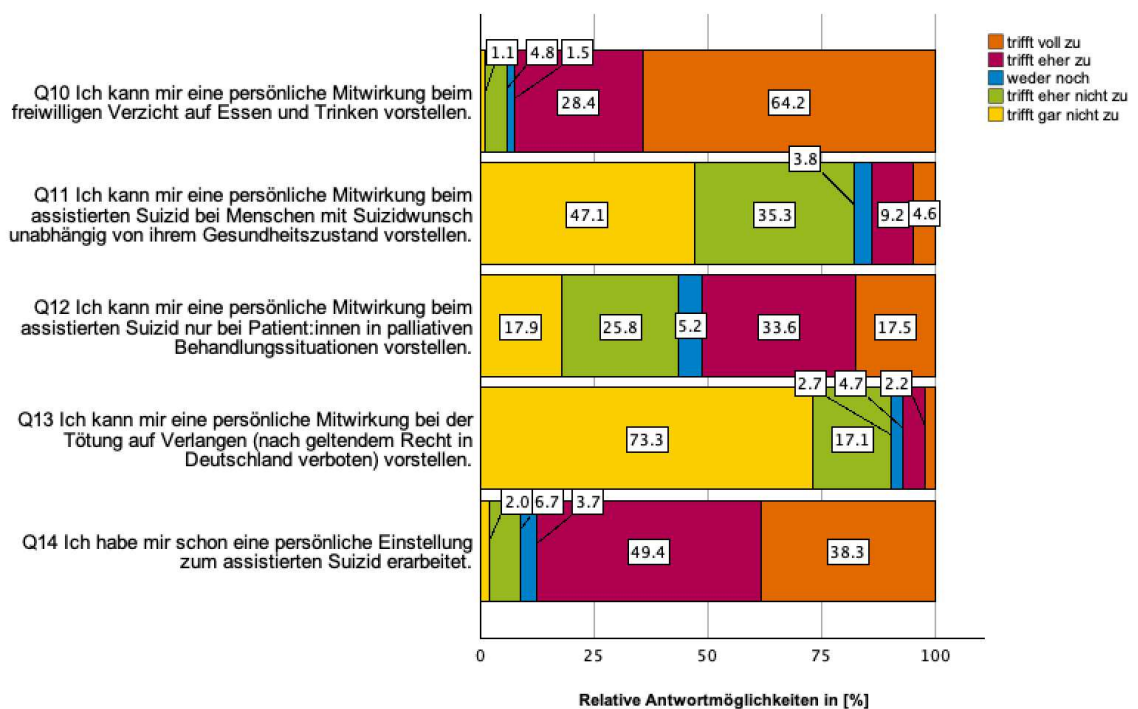


Abb. 18: Persönliche Mitwirkung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen

	Q 10 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken vorstellen [%]			Q11 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand vorstellen [%]			Q12 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid nur bei Patient:innen in palliativen Behandlungssituationen vorstellen. [%]			Q13 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen (nach geltendem Recht in Deutschland verboten) vorstellen. [%]		
	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige
n=	545	218	144	544	219	144	542	217	145	545	219	145
trifft voll zu	64,4	66,1	61,1	3,1	7,8	6,3	14,6	21,7	76,6	1,8	2,7	73,8
trifft eher zu	28,8	24,8	32,6	8,6	10,5	9,7	34,3	30,0	21,4	3,5	6,4	24,8
weder noch	1,8	0,9	1,4	2,9	4,1	6,9	4,8	6,0	1,4	1,5	5,0	0,0
trifft eher nicht zu	4,2	7,3	2,8	33,6	41,1	30,6	27,5	24,4	0,7	15,6	17,4	0,7
trifft gar nicht zu	0,7	0,9	2,1	51,7	36,5	46,5	18,8	18,0	0,0	77,6	68,5	0,7
χ^2	9.853			24.320			14.700			22.073		
df	8			8			8			8		
p	.276			.002			.065			.005		
Cramer-V	.074			.116			.090			.110		

Bei den Fragen Q10 und Q12, ergaben sich für die verschiedenen Professionen keine statistisch signifikanten Unterschiede, während für die Fragen Q11 und Q13 statistisch signifikante Unterschiede nachweisbar waren.

Tabelle 7: Persönliche Mitwirkung aufgeteilt nach Professionen

Für das Item „Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand vorstellen.“ zeigte eine ANOVA einen signifikanten Unterschied zwischen den Ärzt:innen und den Pflegefachpersonen, während keine Unterschiede zwischen Ärzt:innen und Anderen, sowie zwischen Pflegefachpersonen und anderen auszumachen ist. (Abb. 19).

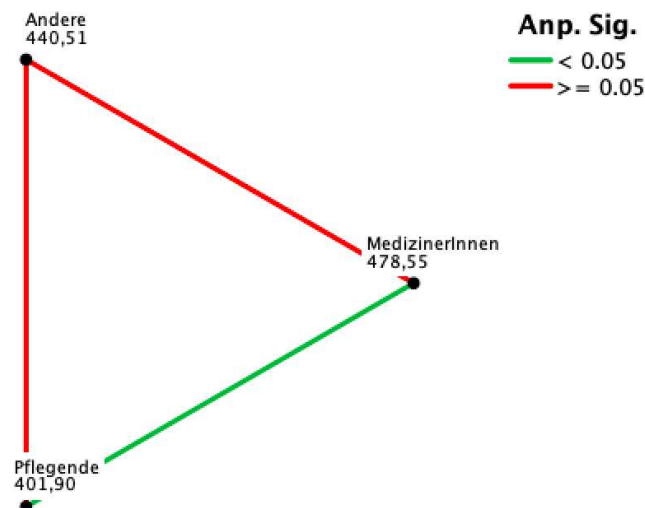


Abb. 19: ANOVA: „Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand vorstellen.“

Bei der Frage „Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen (nach geltendem Recht in Deutschland verboten) vorstellen.“ Zeigten sich wiederum signifikante Unterschiede zwischen den Ärzt:innen und

Pflegefachpersonen, in diesem Fall aber auch zur Gruppe der Anderen, während keine signifikanten Unterschiede zwischen Pflegefachpersonal und Anderen auszumachen sind (Abb. 20).

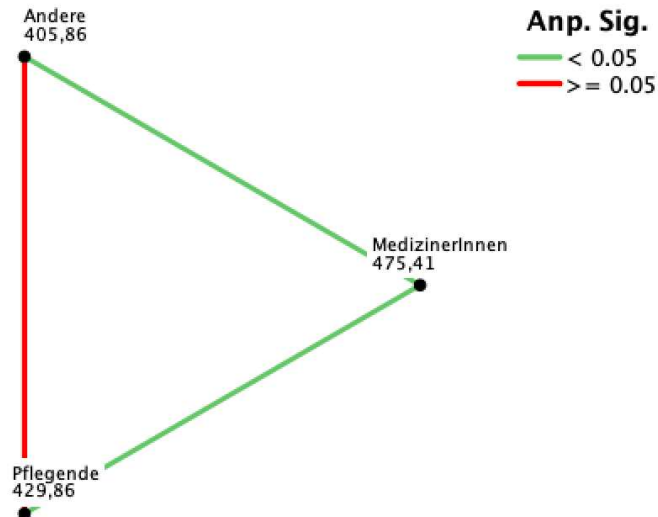


Abb. 20: ANOVA: „Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen (nach geltendem Recht in Deutschland verboten) vorstellen.“

3.7.3 Persönliche Einstellung zum assistierten Suizid

87,7 % der befragten Mitglieder der DGP gaben an, dass sie sich bereits eine persönliche Haltung zum assistierten Suizid erarbeitet haben (49,4 trifft eher zu; 38,3 trifft voll zu) (Abb. 18).

3.7.4 Einfluss von religiöser Haltung auf Einstellung zum assistierten Suizid

Über die Hälfte der Befragten (n= 905) gaben, dass ihre religiöse Haltung ihre Einstellung zum assistierten Suizid nicht beeinflusst (43,3 % = trifft gar nicht zu; 22,5 % = trifft eher nicht zu). Hierbei zeigten sich zwischen den Professionen keine signifikanten Unterschiede (χ^2 11.294, df 8, p .186, Cramer-V .79).

3.7.5 Schädigung des Vertrauens in medizinische Berufe durch unmittelbare Beteiligung am assistierten Suizid

Die Frage „Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.“ wurde durch die Teilnehmer sehr homogen beantwortet.

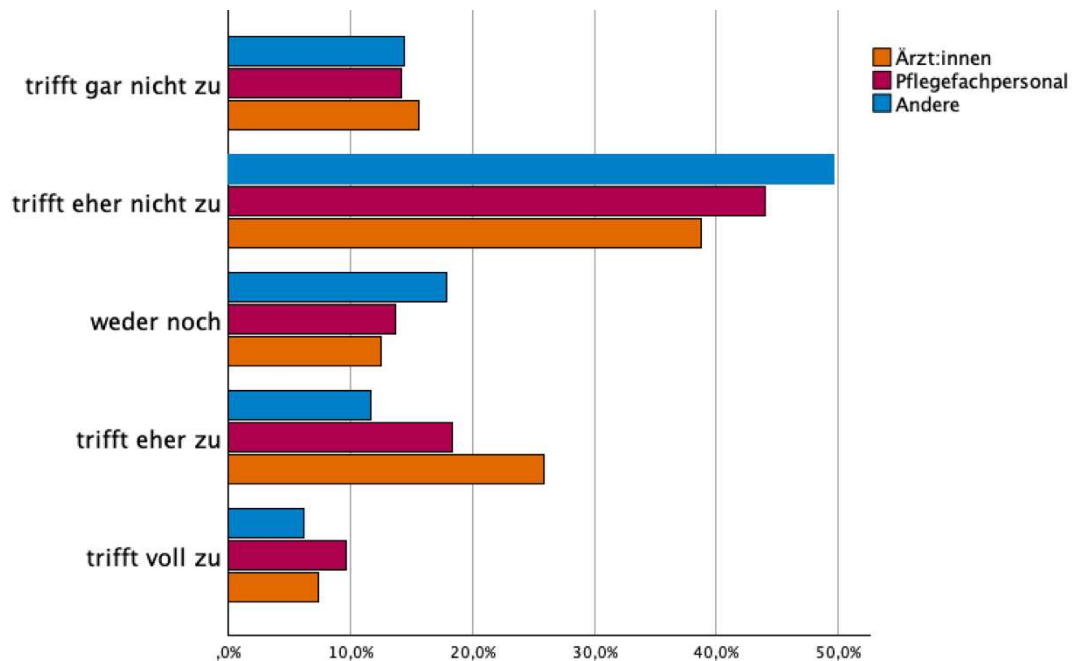


Abb. 21: „Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.“

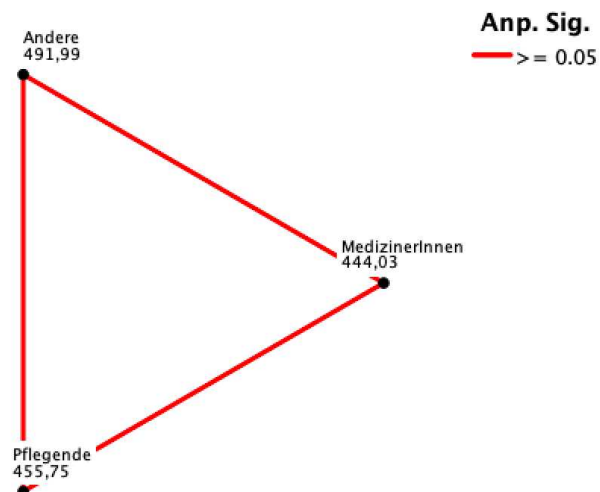


Abb. 22: ANOVA: „Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.“

Signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Professionsgruppen ergaben sich nicht (Abb. 21/22)

3.8 Ansprechpartner für die Zulässigkeit von Suizidassistenz

Ein weiterer Themenblock befragte die Teilnehmer:innen nach ihrer Einschätzung, wer die geeigneten Ansprechpartner zur Entscheidung über die Zulässigkeit der Suizidassistenz sind. Hierbei gaben von allen Beteiligten 58 % an, dass das Gesundheitspersonal die richtigen Ansprechpartner sind. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede über die verschiedenen Professionen (Tabelle 8).

Bei der Formulierung Richter:innen sind die richtigen Ansprechpartner zeigt sich ein heterogeneres Ergebnis mit signifikanten Unterschieden zwischen den Professionen (Tabelle 8).

	Q 25 Gesundheitspersonal sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden [%]			Q 27 Richter:innen sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden [%]		
	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige	Mediziner:innen	Pflegende	Sonstige
n=	544	217	142	538	218	144
trifft voll zu	14,7	14,7	9,9	2,8	0,0	0,7
trifft eher zu	46,5	44,2	35,2	17,3	13,3	11,1
weder noch	20,0	24,4	32,4	19,0	21,1	23,6
trifft eher nicht zu	15,4	12,4	18,3	40,5	42,2	31,9
Trifft gar nicht zu	3,3	4,1	4,2	20,4	23,4	32,6
χ^2	15,443			22,778		
df	8			8		
p	p .051			P .004		
Cramer-V	.092			.112		
Für die Frage Q 27 ergab sich für die verschiedenen Professionen ein statistisch signifikanter Unterschied						

Tabelle 8: Richtige Ansprechpartner für die Entscheidung zur Zulässigkeit von Suizidassistenz

Hierbei zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzt:innen und dem Pflegefachpersonal, ebenso keiner zwischen Pflegefachpersonal und Anderen, wohl aber zwischen Ärzt:innen und der Gruppe der Anderen (Abb. 23). In Freitextantworten wurden außerdem zum Beispiel noch Ethikkommissionen, externe Beratungsstellen sowie juristische Instanzen aufgezählt.

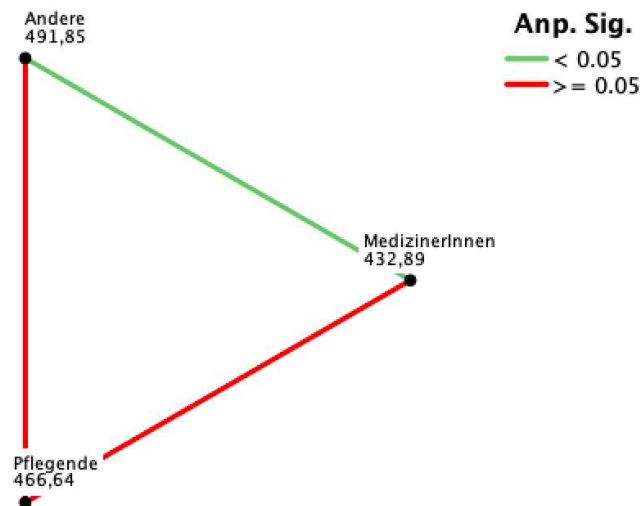


Abb. 23: ANOVA: „Richter:innen sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden“

3.9 Suizidprävention

3.9.1 Aufgabe von Palliativteams beschränkt auf Maßnahmen zur Suizidprävention

47 % der Befragten gaben an, die Aufgabe von Palliativteam solle sich nicht auf Maßnahmen zur Suizidprävention beschränken. Der Aussage „Die Aufgabe von Palliativteams bei Wunsch nach assistiertem Suizid sollte sich auf Maßnahmen zur Suizidprävention beschränken.“, stimmten 41,5 % der Teilnehmer:innen der Befragung zu. (Abb. 24).

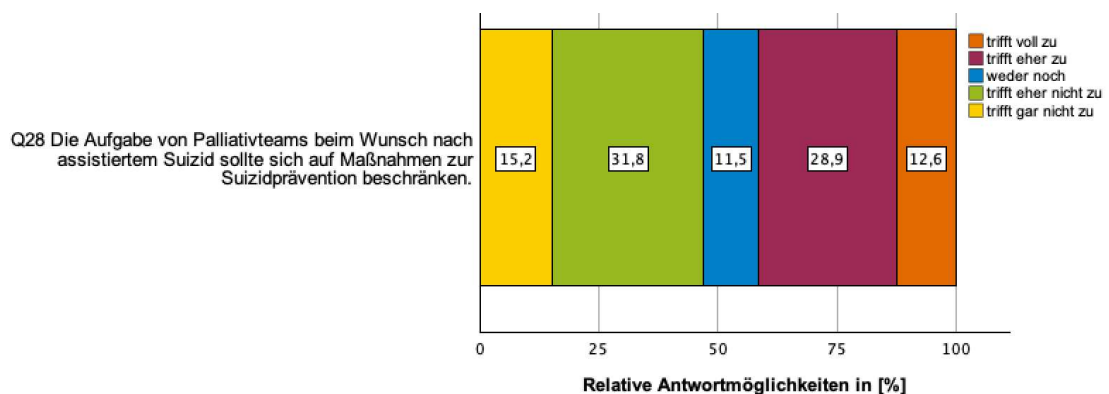


Abb. 24: Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid

Signifikante Unterschiede zwischen den Professionen ergaben sich hierbei nicht (Abb. 25).

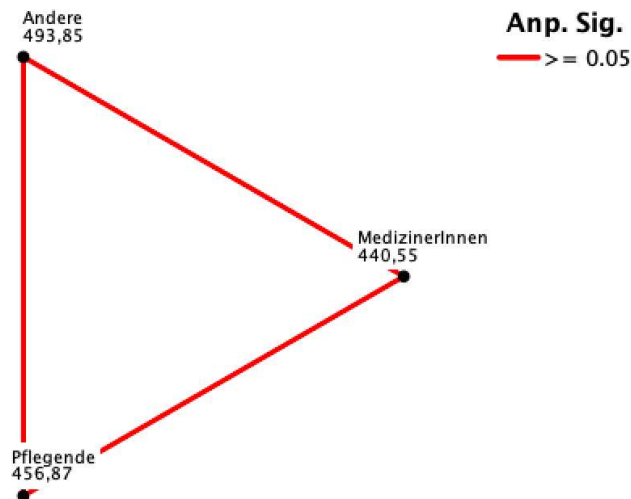


Abb. 25: ANOVA: Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid

3.9.2 Welche Maßnahmen zur Suizidprävention sind von besonderer Bedeutung

Zur Beantwortung der oben genannten Frage gab es ein Mehrfachantwortenset, mit vorgegebenen Antworten, sowie unter „Weitere“, die Möglichkeit mit einem Freitext zu antworten. Im Hinblick auf konkrete Maßnahmen zur Suizidprävention wurde die palliativmedizinische Versorgung am häufigsten genannt (26,8 %), gefolgt von der gezielten Sedierung bei therapierefraktärem Leid (23,7 %) sowie der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen (21,6 %). Auch der FVET wurde von 16,3 % der Befragten als Bestandteil suizidpräventiver Strategien gesehen. Die Weitergabe von Informationen über Suizidassistenz (5,8 %) sowie, in einem geringeren Umfang, die Kontaktherstellung zu Sterbehilfeorganisationen (1,9 %) wurden als weitere mögliche Maßnahmen genannt.

Es gab ergänzend 48 Freitextantworten, welche in Kategorien subsummiert wurden. Hierbei wurden als Maßnahmen der Suizidprävention eine psychosozial-spirituelle Unterstützung ($n = 20$, 41,7 %), hospizliche und pflegerische Versorgung ($n = 6$, 12,5 %), Aufklärung und Beratung zu Möglichkeiten der Palliativmedizin ($n = 11$, 22,9 %), sowie ein genaues Eruiere von Todeswünschen im Rahmen intensiver Begleitung ($n = 11$, 22,9 %) genannt.

4 Diskussion

4.1 Teilnehmer:innen und Responserate

Die Rücklaufquote der vorliegenden Online-Befragung lag mit 18,0 % im Bereich vergleichbarer Erhebungen innerhalb medizinischer Fachgesellschaften wie der DGHO (20,8 %) und der DGPPN (20,0 %). [33, 34]

Damit ist von einer grundsätzlich ausreichenden Beteiligung auszugehen, um erste belastbare Aussagen über die Einschätzungen innerhalb der DGP treffen zu können. Auffällig ist die hohe berufliche Erfahrung der Teilnehmenden. Über 72,2 % wiesen mehr als 18 Jahre Berufserfahrung auf, und 57,3 % war seit über acht Jahren in der Palliativversorgung tätig. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in anderen Befragungen wider, so verfügten 80,4 % der Teilnehmenden der DGHO-Umfrage über mindestens zehn Jahre Erfahrung in der Onkologie, während bei der DGPPN 86,0 % den Facharztstatus innehatten. Es zeigt sich also ein konsistentes Muster, dass sich an solchen Befragungen von Mitgliedern einer medizinischen Fachgesellschaft vorwiegend erfahrenes Fachpersonal beteiligt.

In diesem Zusammenhang muss auch hinterfragt werden, ob nicht vor allem erfahrenes Fachpersonal in den Fachgesellschaften organisiert ist und jüngere Kolleg:innen erst zu einem späteren Zeitpunkt den Zugang zur Fachgesellschaft finden.

Diese Zusammensetzung der Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie bringt sowohl Vorteile als auch Limitationen mit sich. Einerseits spricht die hohe Fachlichkeit der Teilnehmenden für eine inhaltlich fundierte Auseinandersetzung mit den abgefragten Themen.

Andererseits bleibt in der vorliegenden Arbeit möglicherweise unklar, inwiefern die Perspektiven jüngerer oder weniger erfahrener Kolleg:innen adäquat abgebildet sind. Die Ergebnisse sind daher primär als Einschätzungen eines etablierten und im Fachgebiet stark verankerten Personenkreises zu

interpretieren. Weitere Arbeiten unserer Forschungsgruppe haben aus diesem Grund eine Stichprobe überwiegend jüngerer Ärztinnen und Ärzte, sowie studentische Teilnehmer eines Wahlfachs befragt, um auch hier eine belastbare Haltung zu erfassen. [29, 35]

Generell zeigen sich die Abbruchquoten für Internetbefragungen hoch. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Bei der Untersuchung von Abbrüchen von Onlinebefragung zeigte sich der direkte Kontakt der potenziellen Teilnehmer:innen als die effektivste Methode. Hierbei meint der direkte Kontakt auch die Kontaktierung über einen Newsletter. Dem gegenüber stehen die anonymen Ansprachen, z.B. mittels Pop-up, oder Banner im Internet. [36] Neben den unterschiedlichen Rekrutierungsprozessen trägt auch die Komplexität des Fragebogens zu unterschiedlich hohen Abbruchraten bei. [36]

4.2 Umgang mit fehlenden Werten

Die Testergebnisse des MCAR ($\chi^2 = 905,11$; $df = 953$; $p = .86$) weisen auf ein nicht signifikantes Ergebnis hin, was darauf schließen lässt, dass die fehlenden Werte in der Stichprobe tatsächlich zufällig verteilt sind. Diese Interpretation erlaubt es, das Fehlen von Werten als missing completely at random einzustufen.

In methodischer Hinsicht ist dies von hoher Relevanz, da sich daraus ableiten lässt, dass keine systematischen Verzerrungen durch das Fehlen von Werten zu erwarten sind. In der Folge wurde auf eine Imputation der fehlenden Daten verzichtet, da eine derartige Maßnahme bei MCAR-Daten nicht zwingend erforderlich ist und unter Umständen zu künstlicher Verzerrung führen kann [37]. Trotz der positiven Testresultate muss kritisch reflektiert werden, dass die Entscheidung, ordinalskalierte Items als quasi-metrisch zu behandeln, methodisch problematisch ist. Es bleibt unklar, inwieweit sich die Verletzung der metrischen Voraussetzung auf die Sensitivität des Tests auswirkt. Zusammenfassend stützen die Ergebnisse des MCAR-Tests nach Little die Annahme eines zufälligen Fehlens von Werten. Damit wird ein zentrales Kriterium für die Aussagekraft und Validität der nachfolgenden Analysen erfüllt.

4.3 Wissensabfrage und objektivierbare Wissensüberprüfung

Ein zentraler Itemblock der vorliegenden Studie betrifft den Wissensstand der Befragten zur rechtlichen und begrifflichen Einordnung von assistiertem Suizid, Tötung auf Verlangen sowie dem FVET.

Zwar gaben in der Selbsteinschätzung nahezu alle Teilnehmenden (je deutlich über 90 % für die jeweiligen Items) an, zwischen diesen Begriffen unterscheiden zu können, doch zeigen die Ergebnisse der objektivierenden Wissensüberprüfung ein deutlich differenzierteres Bild. So hielten 7,1 % der Befragten den assistierten Suizid fälschlich für strafbar, und 23,1 % nahmen fälschlicherweise an, dass er standesrechtlich untersagt sei. Diese Fehleinschätzungen sind besonders bemerkenswert, da sie in einem Fachkollektiv erhoben wurden, das überdurchschnittlich erfahren in der Versorgung schwerkranker Menschen ist. Über 70 % der Teilnehmenden verfügten über mehr als 18 Jahre Berufserfahrung, mehr als die Hälfte über langjährige Tätigkeit in der Palliativversorgung. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzt:innen und dem Pflegefachpersonal, sowie dem Pflegefachpersonal und der Gruppe der Anderen.

An dieser Stelle liegt die Vermutung nah, dass Pflegefachpersonal schlechter über die tatsächliche rechtliche Situation informiert ist. Möglicherweise begründet in der Wahrnehmung der eigenen Zuständigkeit zur Mithilfe beim assistierten Suizid. Im Sprachgebrauch wird immer noch häufig vom ärztlich assistierten Suizid gesprochen, was diese Beurteilung noch unterstreicht. [3, 9] Diese Diskrepanz zwischen subjektivem Sicherheitsempfinden und objektivem Wissen weist auf ein relevantes Problem hin: **Unsicherheit in rechtlichen Fragen trotz hoher klinischer Erfahrung.**

Dies ist vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzeslage in Deutschland besonders kritisch zu bewerten. Seit der Aufhebung des § 217 StGB durch das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 ist die Suizidassistenz unter bestimmten Bedingungen erlaubt [16, 17], eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung gibt

es hierfür aktuell nicht. Diese Rechtsunsicherheit scheint sich auch in den Wissenslücken der Befragten zu spiegeln. Ein möglicher Erklärungsansatz liegt im Fehlen strukturierter Fortbildungsangebote zu juristischen, ethischen und professionellen Aspekten des assistierten Suizids, wobei der fortlaufende Diskurs hierzu viel Aufklärungsarbeit leistet [38]. Die hohe Zustimmung (71 %) zur Einführung einer gesetzlichen Regelung zur Suizidassistenz unterstreicht diesen Wunsch nach mehr Orientierung und Handlungssicherheit. [1]

Insgesamt zeigen die Daten, dass die bloße Berufserfahrung kein Garant für das Gefühl rechtlicher Sicherheit ist. Vielmehr sollten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote stärker darauf ausgerichtet werden, Gesundheitsfachpersonal nicht nur in medizinischen und pflegerischen, sondern auch in rechtsethischen Fragen rund um das Lebensende zu schulen.

Eine Vielzahl an aktuellen wissenschaftlichen Abhandlungen, sowie Positionierungen der Fachgesellschaften zeigt die Relevanz des Themas. [3, 34, 39-50]

4.4 Eigene Erfahrungen

4.4.1 Erfahrungen mit Todeswunschkäußerungen

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass Anfragen nach verschiedenen Formen der Lebensverkürzung, insbesondere FVET und assistierter Suizid, einen wiederkehrenden, aber nicht zentralen, Bestandteil der palliativen Versorgungspraxis darstellen. Bemerkenswert ist, dass mehr als 70 % der Befragten bereits mit Bitten zum FVET konfrontiert wurden, wobei mehr als ein Fünftel diese Anfragen häufig bis sehr häufig erlebt hat. Diese Zahlen weisen auf eine zunehmende Präsenz des FVET als mögliche Form des begleiteten Sterbens in der Praxis hin. [14, 50]

Häufige Berührungspunkte zeigen sich auch bei der Anfrage zur Mitwirkung an einem assistierten Suizid. Fast die Hälfte der Befragten erhielt bereits mehr als zwei entsprechende Anfragen. Diese Verbreitung ist vor dem Hintergrund der juristischen Entwicklung in Deutschland, insbesondere dem Urteil des

Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, das § 217 StGB für verfassungswidrig erklärte, besonders relevant. [17] Sie signalisiert einen wachsenden Handlungsdruck auf Fachkräfte in der Palliativversorgung, sich mit den ethischen, rechtlichen und praktischen Dimensionen des assistierten Suizids aktiv auseinanderzusetzen. [3, 9, 40] Hierbei bleibt festzuhalten, dass sich bereits vor Einführung des, mittlerweile wieder nichtigen, § 217 die Wissenschaft intensiv mit dem Thema auseinandersetzte. [51-54]

Die Subgruppenanalyse zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Professionen. Ärzt:innen berichteten deutlich häufiger über solche Anfragen als Pflegende. Dieses Ergebnis lässt sich u. a. durch die wahrgenommene Autorität in medizinischen Entscheidungsprozessen begründen. [40] Im Gegensatz dazu wurden Anfragen zur Tötung auf Verlangen, trotz ihres klaren rechtlichen Verbots in Deutschland (§ 216 StGB), ebenfalls nicht selten berichtet: Fast 60 % der Befragten wurden zumindest einmal damit konfrontiert. Dies unterstreicht die emotionale und existenzielle Dimension solcher Anfragen, die häufig Ausdruck tiefer Verzweiflung oder eines starken Autonomiewunsches am Lebensende sind. [2, 45, 52, 55]

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass Fachkräfte im Bereich der Palliativversorgung regelmäßig mit existenziellen Todeswünschen konfrontiert sind. Die Bandbreite und Häufigkeit solcher Anfragen machen deutlich, dass es einer fundierten ethischen Reflexion, juristischen Klarheit und praktischen Handlungskompetenz bedarf. Interprofessionelle Schulungsangebote, Supervision und ethische Fallbesprechungen können hier zentrale Unterstützungsmaßnahmen darstellen, um die Versorgung schwerstkranker Menschen in solchen Grenzsituationen fachlich und menschlich angemessen zu gestalten. [39, 56-58]

4.4.2 Aktives Ansprechen auf Todeswunschkäußerungen

Der oben beschriebene Umgang mit Todeswunschkäußerungen stellt eine Herausforderung in der Palliativversorgung dar, das aktive Ansprechen auf solche Wünsche für viele professionell Handelnde noch viel mehr.

In unserer Studie gaben nur 28,3 % der Befragten an, Todeswünsche sehr häufig aktiv anzusprechen (mehr als 50 Patient:innen), 9,8 % antworteten, dies bislang nie getan zu haben. Diese Diskrepanz verweist auf eine fehlende einheitliche Haltung sowie mögliche Unsicherheiten im klinischen Umgang mit diesem sensiblen Thema.

Besonders durch die Subgruppenanalyse wurden signifikante Unterschiede sichtbar. Ärzt:innen, die an der Befragung teilnahmen, sprachen Todeswünsche signifikant häufiger aktiv an als Pflegende (37,7 % vs. 16,4 %; $p < 0,001$). Dies kann auf unterschiedliche Rollenverständnisse, Ausbildungsstände oder auch institutionelle Rahmenbedingungen hinweisen. Das aktive Ansprechen von Todeswünschen wird in der aktuellen Fachliteratur ausdrücklich empfohlen [2, 3, 9]. Studien zeigen, dass viele Patient:innen sich durch einfühlsame Gespräche über ihre existenziellen Sorgen entlastet fühlen, und dass sich Todeswünsche unter bestimmten Umständen durch gezielte palliative Maßnahmen und Zuwendung abschwächen oder verändern können. [59, 60] Auch die erweiterte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ betont die Bedeutung des offenen Dialogs über Todeswünsche im multiprofessionellen Team. [61] Die Forschungsgruppe um Voltz aus Köln zeigte im Rahmen ihrer Arbeiten, dass das Ansprechen von Todeswünschen bei Palliativpatient:innen, diesen keinen Schaden zufügt. Im Gegenteil. Eine Mixed-Methods Kohortenstudie zeigte sogar eine zeitweise Besserung des Wohlbefindens der Betroffenen. [62] Die Zurückhaltung einzelner Berufsgruppen oder Institutionen beim aktiven Ansprechen könnte auf Berührungsängste, mangelnde Schulung oder rechtliche Unsicherheit zurückzuführen sein. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Todeswünsche unbeachtet bleiben oder missverstanden werden, mit möglichen Konsequenzen für das Wohlbefinden und die Versorgungssituation der Patient:innen, und vielleicht sogar deren Leben.

Im Sinne einer verantwortungsvollen Palliativversorgung ist daher eine systematische Schulung in Gesprächsführung, psychosozialer Einschätzung und ethischer Reflexion notwendig. [63-65] Das Ziel sollte sein, Todeswünsche als Ausdruck eines individuellen existenziellen Erlebens ernst zu nehmen und

professionell darauf zu reagieren, unabhängig davon, ob daraus ein Wunsch nach assistierter Suizidleistung resultiert oder nicht. [66-68]

Die Gruppe um Voltz hat zu diesem Zweck aktuell ein Online-Format entwickelt, um im Gesundheitswesen Handelnde zu schulen, im Gespräch Sterbewünsche zu adressieren. Das Online-Format basiert auf einem zuvor entwickelten 2-tägigem Kursformat in Anwesenheit und wurde aktuell optimiert durch eine Literaturrecherche zum Thema. [69] Das entstandene Kursformat kann als Selbststudium über die Homepage des Zentrums für Palliativmedizin, der Uniklinik Köln, absolviert werden. [70] Die Forschungsgruppe aus Düsseldorf hat ein Wahlfach für Medizinstudierende entwickelt um für angehende Ärzt:innen bereits zu einem frühen Zeitpunkt ihres ärztlichen Handelns eine Möglichkeit zu schaffen, sich mit Todeswünschen von Patient:innen auseinander zu setzen und Strategien zu entwickeln sich diesem Thema zu nähern. Die Auswertung des Kurses ergab, dass Ärzt:innen für dieses Thema sensitiviert werden sollten und es gleichzeitig von enormer Wichtigkeit ist, die professionell Handelnden in der Kommunikation zu diesem Thema zu schulen. [35]

4.4.3 Eigene Erfahrungen mit FVET, assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Anfragen zur Mitwirkung an lebensverkürzenden Maßnahmen wie dem FVET, dem assistierten Suizid und der aktiven Tötung auf Verlangen in der Praxis vieler Mitglieder DGP keine Seltenheit darstellen. Ein hoher Anteil der Befragten berichtet über wiederholte Erfahrungen mit FVET und assistiertem Suizid. So gaben 30,2 % an, gelegentlich (3–10 Mal) und weitere 17,4 % häufig (11-50 Mal) bis sehr häufig 4,9 % (mehr als 50 Mal) mit Anfragen zum FVET konfrontiert worden zu sein.

Ähnlich verhält es sich beim assistierten Suizid, wobei fast die Hälfte der Teilnehmenden (45,9 %) mehr als zweimal eine entsprechende Anfrage erhalten hat. Diese Ergebnisse verdeutlichen erneut die praktische Relevanz dieser Thematik in der palliativen Versorgung. [2, 33, 71] Sie stehen im Einklang mit Studien aus anderen Ländern, die eine zunehmende Konfrontation von

Palliativfachkräften mit Wünschen nach Suizidassistenz belegen. [5, 72-75] Die Zunahme solcher Anfragen könnte Ausdruck eines wachsenden Bedürfnisses nach Selbstbestimmung am Lebensende sein.

Auffallend ist die in der Subgruppenanalyse nach Profession identifizierte Differenz. Während 25,1 % der Ärzt:innen häufig oder sehr häufig um Mitwirkung beim assistierten Suizid gebeten wurden, betraf dies lediglich 14,2 % des pflegerischen Personals. Diese Unterschiede könnten auf die unterschiedliche Rolle der Professionen im Entscheidungsprozess und auf juristische wie ethische Rahmenbedingungen zurückzuführen sein.

Nach wie vor wird häufig vom **ärztlich** assistierten Suizid, oder im Englischen vom Physician Assisted Suicide (PAS) gesprochen. Um zu verdeutlichen, dass die Suizidassistenz nicht an eine Profession gebunden ist, gibt es Bestrebungen durch einige Bioethiker im Englischen eher den Begriff Medical Aid in Dying (MAID) zu nutzen. [76-78]

Demgegenüber erscheinen Anfragen zur aktiven Tötung auf Verlangen insgesamt seltener. Zwar hat mehr als die Hälfte der Befragten (58,6 %) bereits mindestens einmal eine solche Bitte erhalten, jedoch bleibt die Häufigkeit insgesamt deutlich hinter FVET und assistiertem Suizid zurück. Diese Zurückhaltung kann mit der in Deutschland klaren rechtlichen Untersagung der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) erklärt werden.

Auch aus ethischer Sicht positioniert sich die DGP, sowie andere Fachgesellschaften klar gegen eine Tötung auf Verlangen. [3, 42, 53, 79, 80]

Da es sich bei der Tötung auf Verlangen um eine Straftat handelt, muss bei der Bewertung der Antworten dieses Items auch in Erwägung gezogen werden, dass möglicherweise nicht alle Teilnehmer:innen eine Beteiligung angeben würden.

Insgesamt weisen die Ergebnisse erneut auf eine erhebliche ethische und kommunikative Herausforderung für die in der Palliativversorgung tätigen Fachkräfte.

4.5 Mitwirkung beim assistierten Suizid

4.5.1 Zuständigkeit der Mitwirkung beim assistierten Suizid

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass eine Mehrheit der Befragten Mitglieder der DGP die ärztliche Profession als primär zuständig für eine mögliche Mitwirkung am assistierten Suizid ansieht. 46,4 % stimmten der Aussage zu, dass dies grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe sein könne, während nur 11,3 % dies für Pflegekräfte bejahten; 75,7 % lehnten eine Mitwirkung durch Pflegende explizit ab.

Diese Einschätzung wurde durch differenzierte statistische Auswertungen weiter vertieft.

Bei der Beantwortung der Aussagen „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid **kann** bzw. **ist** eine ärztliche/pflegerische Aufgabe“ zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede abhängig von der Professionszugehörigkeit. Die ANOVA ergab dabei folgende differenzierte Ergebnisse:

Für die Formulierung „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid **kann** eine ärztliche Aufgabe sein“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärztinnen und Pflegefachpersonen sowie zwischen Ärztinnen und anderen Berufsgruppen. Dies deutet darauf hin, dass die Möglichkeit einer Mitwirkung durch Ärzt:innen professionsübergreifend tendenziell anerkannt wird.

Bei der stärkeren Formulierung „Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid **ist** eine ärztliche Aufgabe“ zeigten sich hingegen signifikante Unterschiede zwischen Ärzt:innen und sowohl Pflegefachpersonal als auch weiteren Professionen. Dies unterstreicht, dass eine klare ärztliche Pflicht zur Mitwirkung nicht allgemein geteilt wird, selbst nicht innerhalb der medizinischen Profession.

Für die Aussagen zur pflegerischen Zuständigkeit („...**kann/ist** eine pflegerische Aufgabe“) zeigten sich in der ANOVA keine signifikanten Unterschiede zwischen

Ärzt:innen und Pflegepersonal, wohl aber zwischen Pflegepersonal und Anderen. Auch dies bestätigt die tendenzielle Ablehnung einer unmittelbaren pflegerischen Mitwirkung durch die Pflege selbst.

Diese Ergebnisse verweisen auf ein komplexes professionsbezogenes Verständnis von Zuständigkeit: Während sich unter Ärzt:innen eine gewisse Offenheit für eine mögliche Mitwirkung abzeichnet, zeigt sich unter Pflegenden eine klare Abgrenzung; sowohl im Sinne eines Selbstverständnisses als auch wohl aus Sorge vor ethischen und emotionalen Rollenkonflikten. [40, 47, 81] Gleichzeitig besteht die Gefahr einer impliziten Verantwortungslücke: Pflegende sind häufig die ersten Ansprechpersonen für Todeswünsche und erleben diese im Versorgungsalltag sehr direkt, lehnen jedoch eine aktive Rolle bei der Umsetzung ab. [48, 58, 79] Ärzt:innen sehen sich zwar formal zuständig, fühlen sich jedoch häufig durch fehlende gesetzliche Regelungen und moralische Unsicherheiten belastet. [3, 43, 82]

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Zuständigkeit für die Mitwirkung am assistierten Suizid von verschiedenen Professionen unterschiedlich eingeschätzt wird. Diese Unterschiede unterstreichen die Notwendigkeit eines sensiblen, klar geregelten und multiprofessionell getragenen Umgangs mit Anfragen zur Suizidassistenz, die Raum für individuelle Gewissensentscheidungen lässt, aber gleichzeitig strukturelle Sicherheit für Betroffene und Behandelnde schafft. Besonders bedeutsam erscheint die Entwicklung interprofessioneller Entscheidungsstrukturen, etwa durch ethische Fallbesprechungen, psychologische Mitbeurteilung und standardisierte Abläufe im Team. [83]

4.5.2 Persönliche Mitwirkung

Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen eine stark differenzierte Haltung der Befragten hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur persönlichen Mitwirkung an verschiedenen Formen der selbstbestimmten Beschleunigung des Lebensendes. Insbesondere die vergleichsweise hohe Zustimmung zur Mitwirkung am FVET kontrastiert deutlich mit der sehr geringen Zustimmung zur

Tötung auf Verlangen. Die hohe Akzeptanz des FVET (64,2 %) steht im Einklang mit bisherigen Studien, die FVET als eine ethisch eher akzeptierte Form des Lebensendes beschreiben, insbesondere in palliativen Kontexten. [2, 84] FVET wird von vielen als Ausdruck von Autonomie wahrgenommen, ohne dass hierbei ein aktiver, letaler Eingriff durch medizinisches Personal erfolgt. Dies könnte erklären, weshalb sich eine Mehrheit der Befragten eine Mitwirkung vorstellen kann. [85, 86]

Im Gegensatz dazu stößt die Vorstellung einer persönlichen Mitwirkung an der Tötung auf Verlangen auf nahezu vollständige Ablehnung (nur 2,2 % mit starker Zustimmung). Dieser Befund ist wenig überraschend, da die Tötung auf Verlangen nicht nur rechtlich verboten, sondern auch in der öffentlichen und professionsethischen Diskussion stark umstritten ist. [11, 23] Zudem könnte die starke ethische Belastung, die mit einer solchen Maßnahme einhergeht, zur geringen Zustimmung beitragen.

Auch innerhalb des Themenfelds des assistierten Suizids zeigten sich klare Differenzierungen. Während rund die Hälfte der Befragten eine persönliche Mitwirkung im Kontext palliativer Behandlungssituationen befürwortete, lehnten über 80 % eine Beteiligung am assistierten Suizid von Menschen mit Suizidwunsch unabhängig vom Gesundheitszustand ab. Diese Haltung deckt sich mit anderen Erhebungen, in denen Fachpersonen häufiger zu einer Mitwirkung bereit sind, wenn eine schwere somatische Erkrankung vorliegt, insbesondere bei Patient:innen, die sich einer palliativen Behandlungssituation befinden. [29, 53, 87] Die Zahlen deuten auf ein hohes Maß an moralischer Differenzierung hin. Die Zustimmung zur Mitwirkung ist offenbar abhängig von Faktoren wie Krankheitsstadium, Leidensdruck, Therapierbarkeit und Kontext (z. B. terminale Palliativsituation versus sozialer Suizidwunsch). Dies unterstreicht die Bedeutung einer situationsbezogenen ethischen Reflexion statt pauschaler Haltungen. Die ablehnende Haltung gegenüber einer Beteiligung bei Menschen ohne schwere lebensverkürzende oder -limitierende Erkrankung, könnte durch die Sorge vor einer Normalisierung des assistierten Suizids im Sinne einer „suizidalen Lösung“ gesellschaftlicher Probleme motiviert sein. [59, 60]

Zahlen aus den Niederlanden der letzten Jahre zeigen einen kontinuierlichen Anstieg von Fällen von Tötung auf Verlangen. Aktuelle Berichte zeigen, dass die Rate der Fälle von Tötung auf Verlangen um 10 % angestiegen ist. [88] Der Anteil der Gesamttodesfälle als Folge einer Tötung auf Verlangen steigt somit von 5,6 % auf 5,8 % im Jahr 2024. Das Regional Euthanasia Review Committee (RTE) bemängelte, dass in sechs Fällen die vorgeschriebenen Erfordernisse nicht eingehalten wurden. In zwei Fällen wurde ein Psychiater nicht korrekt kontaktiert, in einem anderen Fall hätte weiter abgeklärt werden müssen, ob der Todeswunsch aus einer kognitiven Einschränkung resultiert. In drei weiteren Fällen wurden die Richtlinien für die Tötung auf Verlangen nicht berücksichtigt. [89] In den Niederlanden wird die Tötung auf Verlangen ebenfalls heftig diskutiert. Neben dem Wunsch von Minderjährigen nach einer Tötung auf Verlangen stand hierbei auch die Doppel-Anfrage, beispielsweise von Paaren in den Niederlanden im Vordergrund. (Wurde 2024 in den Niederlanden 54 mal umgesetzt). [89]

Die ANOVA zeigt signifikante Unterschiede zwischen Ärzt:innen und Pflegefachpersonen hinsichtlich ihrer Haltung zur Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Personen mit Suizidwunsch unabhängig vom Gesundheitszustand. Dies könnte mit den unterschiedlichen berufsethischen Grundlagen und Rollenverständnissen zusammenhängen. Ärzt:innen sind stärker in die rechtlich-ethische Verantwortung eingebunden und müssen letztlich Entscheidungen über Indikationen in ethischen und rechtlichen Grenzsituationen treffen. [90, 91] Pflegefachpersonen hingegen sehen sich häufiger in der Rolle der begleitenden Betreuung, was zu einem anderen Zugang führen kann. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die persönliche Bereitschaft zur Mitwirkung am FVET, Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen stark vom rechtlichen Rahmen, der medizinischen Situation sowie der professionellen Rolle abhängt. Gleichzeitig verdeutlichen die Befunde auch den hohen Orientierungsbedarf, insbesondere angesichts der sich wandelnden rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020. [17]

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass die persönliche Haltung nicht nur vom Berufsfeld, sondern auch von Berufserfahrung und ethischer Sozialisation beeinflusst wird. Die Studie von Küppers et al. konnten zeigen, dass jüngere

Ärzt:innen tendenziell ablehnender gegenüber einer persönlichen Mitwirkung sind, während bei erfahreneren Kolleginnen mehr Offenheit besteht. [29] In der vorliegenden Studie waren es vor allem Personen mit langjähriger Berufserfahrung, die sich häufiger eine persönliche Mitwirkung vorstellen konnten.

Diese komplexen Befundlagen machen deutlich, dass sich aus einer Zustimmung zur Suizidassistenz keine berufliche Verpflichtung zur persönlichen Beteiligung ableiten lässt. Die Entscheidung über eine persönliche Mitwirkung an einem assistierten Suizid ist für Gesundheitsfachkräfte zutiefst individuell, moralisch anspruchsvoll und kontextabhängig.

Die Studie hat bestätigt, dass innerhalb der Mitglieder der DGP Haltungen existieren, die sich diametral gegenüberstehen. Diese unterschiedlichen Haltungen gilt es anzuerkennen und zu respektieren.

4.5.3 Persönliche Einstellung zum assistierten Suizid

Die Tatsache, dass knapp 90 % der befragten Mitglieder der DGP angaben, sich bereits eine persönliche Haltung zum assistierten Suizid erarbeitet zu haben, überrascht nicht. Im Licht der Tatsache, dass ein Großteil der Befragten angab bereits persönliche Erfahrungen gemacht zu haben (vgl. Kapitel 4.4.3), ist die Entwicklung einer persönlichen Haltung zum Thema fast unumgänglich.

Interessanter ist hier eher die Frage warum oder aus welchem Grund knapp 10 % noch keine persönliche Haltung bilden konnten. Das Design der vorliegenden Studie bietet hierzu keine ausreichenden Daten zur Beantwortung dieser Frage.

4.5.4 Einfluss der religiösen Haltung auf die Einstellung zum assistierten Suizid

Religiöse und spirituelle Überzeugungen gelten in der internationalen Literatur als mögliche Einflussfaktoren auf die persönliche Einstellung zur Suizidassistenz. [5, 91-93] Einige Studien zeigen, dass eine starke religiöse Orientierung häufig mit einer ablehnenden Haltung gegenüber assistiertem Suizid verbunden ist. [5, 93, 94] Besonders in Glaubenssystemen, in denen das Leben als heilig oder

gottgegeben gilt, etwa im Christentum, Islam oder orthodoxen Judentum, wird der Wunsch nach selbstbestimmtem Lebensende oft moralisch abgelehnt.

In der vorliegenden Studie wurde der Einfluss der eigenen religiösen Haltung explizit abgefragt. Von den Befragten gaben mehr als 50 % an, dass ihre religiöse Überzeugung keinen oder nur geringen Einfluss auf ihre Einstellung zum assistierten Suizid habe. Konkret stimmten 43,3 % der Aussage „Meine religiöse Haltung beeinflusst meine Einstellung zum assistierten Suizid“ mit „trifft gar nicht zu“ und weitere 22,5 % mit „trifft eher nicht zu“. Zudem zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Professionen. Dieses Ergebnis ist insofern interessant, als es auf eine vergleichsweise säkulare Haltung unter den Mitgliedern der DGP hinweist, zumindest im Hinblick auf den Einfluss religiöser Überzeugungen auf berufsbezogene Entscheidungen. Es kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass sich viele Fachpersonen bei der Einschätzung von Suizidassistenz eher an ethisch-professionellen Leitprinzipien, patientenzentrierter Fürsorge und Autonomieresonanz orientieren als an weltanschaulichen Dogmen. Festzuhalten bleibt aber, dass ein relevanter Teil der Befragten eine Prägung durch ihre religiöse Haltung angibt, auch wenn sie quantitativ in der Minderheit ist. Dieser Anteil spiegelt die moralische Pluralität innerhalb der Profession wider, und betont zugleich die Notwendigkeit, im klinischen Kontext sowohl Gewissensfreiheit als auch Offenheit gegenüber unterschiedlichen ethischen Werthaltungen zu gewährleisten. Die eher säkulare Grundhaltung spricht für ein berufsbezogenes Ethikverständnis, das durch Reflexion, Erfahrung und Patientenorientierung geprägt ist. Gleichwohl bleibt es wichtig, religiös motivierte Gewissensentscheidungen zu respektieren und in zukünftige Leitlinien sowie gesetzliche Regelungen einzubetten.

4.5.5 Schädigung des Vertrauens in medizinische Berufe durch unmittelbare Beteiligung an assistierten Suizid

Ein häufig diskutiertes Argument in der gesellschaftlichen und fachpolitischen Debatte um den assistierten Suizid betrifft die Frage, ob die Beteiligung von Gesundheitsberufen, insbesondere Ärzt:innen und Pflegenden, das öffentliche Vertrauen in die heilenden und begleitenden Professionen gefährden könnte.

Kritiker befürchten, dass eine zu enge Verbindung zwischen Suizidassistenten und medizinischem Handeln zu einer Erosion des ärztlichen Ethos führen oder das Vertrauensverhältnis zu Patientinnen belasten könnte. [76, 82, 95, 96] Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der vorliegenden Studie die Einschätzung zur Aussage erhoben:

„Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.“

Die Ergebnisse zeigen eine überraschend homogene Verteilung der Antworten. Über alle Professionen hinweg zeigte sich keine deutlich polarisierte Haltung, sondern vielmehr eine differenzierte, ausgewogene Sichtweise. Auch die ANOVA-Auswertung bestätigte, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gab. Dies deutet darauf hin, dass die Einschätzung möglicher Auswirkungen auf das Berufsimago nicht primär professionsspezifisch, sondern übergreifend ähnlich beurteilt wird. Diese Homogenität könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass sich viele Fachpersonen bewusst sind, dass das Vertrauen in medizinische Berufe nicht allein durch die Frage der Suizidassistenten bestimmt wird, sondern vielmehr durch Transparenz, Kommunikationsqualität, ethische Reflexion und freiwillige Entscheidungen der Beteiligten. Eine professionell verantwortete Mitwirkung unter klaren Bedingungen wird offenbar nicht automatisch als vertrauensschädigend wahrgenommen. Gleichzeitig zeigt sich eine gewisse Zurückhaltung, Suizidassistenten als Regelaufgabe des Gesundheitssystems zu verstehen.

Aus ergänzenden Studien wird deutlich, dass das Ansehen medizinischer Berufe nicht pauschal durch Mitwirkung an assistierten Suiziden gefährdet ist. Im Gegenteil. In Ländern mit regulierter Suizidassistenten bzw. Tötung auf Verlangen wie der Schweiz oder Kanada berichten sowohl Angehörige als auch Patient:innen von einem gestärkten Vertrauen in das Gesundheitssystem, wenn sie sich ernst genommen, respektiert und sicher begleitet fühlen. [97, 98]

Die Antworten zeigen eine über alle Berufsgruppen hinweg homogene und differenzierte Einschätzung, die auf ein hohes Maß an ethischer Reflexion und

professioneller Verantwortung schließen lässt. Entscheidend für die Vertrauenswürdigkeit scheint nicht die Mitwirkung an sich, sondern die Art und Weise zu sein, wie diese ethisch begründet, kommunikativ vermittelt und strukturell eingebettet wird.

4.5.6 Ansprechpartner für die Zulässigkeit von Suizidassistenz

Die Frage, wer in einem konkreten Fall darüber entscheiden sollte, ob eine assistierte Suizidhandlung zulässig ist, berührt grundlegende Aspekte professioneller Verantwortung, rechtlicher Zuständigkeit und interprofessioneller Zusammenarbeit.

In der unserer Arbeit wurde diese Frage bewusst offen gestellt, um das Meinungsbild unter den Fachkräften differenziert zu erfassen.

Von den Befragten gaben 58 % an, dass Gesundheitspersonal, insbesondere Ärztinnen und Pflegende, die richtigen Ansprechpartnerinnen für eine solche Entscheidung seien. Weitere Stimmen entfielen auf Psychologische oder psychiatrische Fachkräfte, insbesondere zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit, Ethikkommissionen oder klinische Ethikberatung, externe Beratungsstellen oder spezialisierte Suizidberatungen, sowie vereinzelt auch auf juristische Instanzen. Dieses Ergebnis spiegelt eine klare Tendenz: Die Mehrheit der Fachpersonen sieht die Entscheidung nicht primär als Aufgabe staatlicher Stellen oder externer Behörden, sondern als Teil einer professionell begleiteten, medizinisch-ethischen Einschätzung im therapeutischen Kontext. [40, 95] Die Einschätzung, dass das Gesundheitspersonal eine zentrale Rolle bei der Entscheidung über die Zulässigkeit von Suizidassistenz einnehmen sollte, lässt sich aus mehreren Perspektiven begründen. Zunächst ist auf die besondere Nähe zur Patientin bzw. zum Patienten hinzuweisen, die medizinisch tätige Fachpersonen aufgrund ihrer kontinuierlichen, oft sehr vertrauensvollen Betreuungssituation einnehmen. Diese Nähe ermöglicht es ihnen, individuelle Wünsche, Leidensdruck sowie psychosoziale Belastungen differenziert zu erfassen und im zeitlichen Verlauf zu bewerten. Hinzu kommt die fachliche Kompetenz. Während Ärzt:innen

insbesondere über das medizinische Wissen hinsichtlich Prognose, Krankheitsverlauf und Symptomlast verfügen, bringen Pflegefachpersonen häufig eine besonders genaue Wahrnehmung des Alltagserlebens, der psychosozialen Situation und der Beziehungsgestaltung mit schwerkranken Menschen mit ein. Diese unterschiedlichen, sich ergänzenden Perspektiven sind essenziell für eine verantwortungsvolle Einschätzung existenzieller Wünsche.

Ein Blick auf Länder mit gesetzlich geregelter Suizidassistenz bzw. Tötung auf Verlangen (z. B. Schweiz, Niederlande, Kanada) zeigt, dass die Zulässigkeit stets multiprofessionell geprüft wird: Neben medizinischen Gutachten sind dort oft psychologische Beurteilungen und gesetzlich vorgeschriebene Fristen, Aufklärungsgespräche und Dokumentationen erforderlich. [99]

4.6 Suizidprävention

Die Suizidprävention zählt zu den Aufgaben der Palliativversorgung.

In der vorliegenden Studie gaben 47,1 % der befragten Mitglieder an, dass sich die Aufgaben von Palliativteams nicht ausschließlich auf Maßnahmen der Suizidprävention beschränken sollten. Demgegenüber sahen 41,5 % die Beschränkung auf präventive Maßnahmen als angemessen an. Dieses Spannungsverhältnis verdeutlicht die Heterogenität der Haltungen innerhalb der palliativmedizinischen Fachkreise.

Als zentrale Maßnahmen der Suizidprävention wurden in der Studie insbesondere die palliativmedizinische Versorgung selbst (26,8 %), gezielte Sedierung bei therapierefraktärem Leid (23,7 %) sowie die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen (21,6 %) genannt. Auch die Unterstützung beim FVET wurde von 16,3 % der Befragten als präventive Maßnahme eingestuft.

Diese Befunde korrespondieren mit der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin, in der ebenfalls betont wird, dass eine Verbesserung der Symptomkontrolle zu einer signifikanten Reduktion von Todeswünschen führen kann. [61] Darüber

hinaus zeigen qualitative Rückmeldungen aus der Studie, dass psychosoziale und spirituelle Unterstützungsangebote sowie die intensive Begleitung und Exploration von Todeswünschen wesentliche Bestandteile suizidpräventiver Arbeit in der Palliativversorgung darstellen. Diese Einschätzungen finden Unterstützung in internationalen Studien, die belegen, dass ein wertschätzender und empathischer Umgang mit Todeswünschen sowie eine offene Kommunikation über Leidensdruck und Ängste die Wahrscheinlichkeit suizidaler Handlungen verringern können. [59, 60]

Vor diesem Hintergrund forderte die DGP bereits 2022 in einer offiziellen Stellungnahme die gezielte Stärkung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten zum Umgang mit Todeswünschen für alle in der Palliativversorgung tätigen Berufsgruppen. [85] Schulungskonzepte, die sowohl rechtliche als auch kommunikative und psychologische Aspekte integrieren, sind dabei essenziell, um Handlungssicherheit zu fördern und gleichzeitig die Patientenautonomie zu wahren. [100] Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine effektive Suizidprävention in der Palliativmedizin mehr ist als die Vermeidung von Suizidhandlungen. Vielmehr ist sie Teil eines umfassenden, multiprofessionellen Unterstützungsprozesses, der auf Linderung von Leid, Förderung von Lebensqualität und Wahrung der Selbstbestimmung abzielt. [79] Dies spiegelt sich auch in der Forderung nach dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention, sowie der Verfassung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie wider (vgl. Kapitel 1.1.5). [24-26]

4.7 Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie liefert ein differenziertes Stimmungsbild zum Umgang mit assistiertem Suizid unter den Mitgliedern der DGP. Sie zeigt, dass trotz hoher fachlicher Expertise in der Palliativversorgung relevante Wissenslücken hinsichtlich der rechtlichen und standesrechtlichen Rahmenbedingungen des assistierten Suizids bestehen. Dies verdeutlicht einen dringenden Bedarf an gezielter Aufklärung und Fortbildung. Zudem wurden deutliche Unterschiede in den Einstellungen zur Suizidassistenz in Abhängigkeit vom beruflichen

Hintergrund und von der Berufserfahrung festgestellt. Während sich eine Mehrheit der Befragten eine Mitwirkung an assistierter Suizidleistung im Kontext palliativer Behandlung vorstellen kann, lehnen die meisten eine Beteiligung außerhalb solcher Situationen ab. Diese selektive Haltung unterstreicht die zentrale Rolle der individuellen Gewissensentscheidung, aber auch die Bedeutung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen für die ärztliche und pflegerische Praxis.

Die Studie macht darüber hinaus deutlich, dass viele palliativ Tätige regelmäßig mit Todeswünschen konfrontiert sind, jedoch nicht alle aktiv das Gespräch mit Betroffenen suchen. Hier zeigt sich ein Fortbildungsbedarf im Bereich Kommunikation und psychosozialer Kompetenzen, insbesondere in der sensiblen Gesprächsführung bei existenziellen Krisen und beim aktiven Ansprechen von Todeswünschen.

Die Befunde sprechen für eine ausgeprägtere Integration struktureller Bildungsmaßnahmen zum Umgang mit Todeswünschen in die Curricula medizinischer und pflegerischer Ausbildungsgänge sowie in Fort- und Weiterbildungsprogramme.

Ein weiterer zentraler Befund ist der Wunsch der Mehrheit der Teilnehmenden nach einer klaren gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz, insbesondere zur Erhöhung der Rechtssicherheit für Patient:innen und Behandelnde.

Dies ist als Aufruf an den Gesetzgeber zu verstehen, vor allem für die Gruppe der nicht lebenslimitiert erkrankten Menschen praktikable und ethisch tragfähige Regelungen zu entwickeln, die sowohl das Selbstbestimmungsrecht als auch den Schutz vulnerabler Gruppen und die Integrität der Gesundheitsberufe wahren.

4.8 Stärken der Arbeit

1. Hohe Aktualität und gesellschaftliche Relevanz

Die Arbeit greift ein hochaktuelles und kontrovers diskutiertes Thema auf: Den Umgang mit assistiertem Suizid im Spannungsfeld zwischen

ärztlicher Ethik, Rechtsprechung und palliativmedizinischer Praxis. Insbesondere nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2020 sowie der gescheiterten Gesetzesinitiativen 2023 ist das Thema von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Ergebnisse tragen somit zur aktuellen ethischen und rechtlichen Debatte in der Medizin bei.

2. Repräsentative Erhebung in einer zentralen Fachgesellschaft

Mit über 990 Teilnehmenden aus allen Berufsgruppen der DGP bietet die Studie ein umfassendes Meinungsbild einer besonders relevanten Zielgruppe. Die Zusammensetzung der Befragten (z. B. 57 % Ärzt:innen, 23 % Pflegefachpersonal) spiegelt die tatsächliche Mitgliederstruktur der DGP weitgehend wider, wodurch die Ergebnisse als weitgehend repräsentativ gelten können.

3. Methodisch fundierte Datenpräsentation nach CHERRIES-Kriterien

Die Studie folgt den international anerkannten CHERRIES-Kriterien für Online-Umfragen und gewährleistet damit eine transparente und qualitativ hochwertige Methodik. Dies schließt sowohl die strukturierte Rekrutierung als auch eine nachvollziehbare Auswertung und Offenlegung der Dropout-Raten ein.

4. Differenzierte Erhebung von Wissen, Einstellungen und Erfahrungen

Die Befragung unterscheidet systematisch zwischen Kenntnissen (inklusive objektiv überprüfbarer Wissensfragen), persönlichen Einstellungen und praktischen Erfahrungen im Umgang mit assistiertem Suizid und Todeswünschen. Diese mehrdimensionale Herangehensweise ermöglicht ein besonders tiefgehendes Verständnis der Thematik.

5. Berücksichtigung professionsspezifischer Unterschiede

Durch Subgruppenanalysen (z. B. zwischen Ärzt:innen und Pflegefachpersonal) liefert die Studie wichtige Erkenntnisse zu berufsgruppenspezifischen Perspektiven auf die Thematik, etwa in Bezug

auf die Zuständigkeit für Suizidassistenz oder den Umgang mit Todeswünschen. Dies kann für die Entwicklung differenzierter Fortbildungsangebote oder Leitlinien von Bedeutung sein.

6. Vergleichbarkeit mit früheren Erhebungen

Der eingesetzte Fragebogen wurde auf Basis bestehender Literatur entwickelt, mehrfach angepasst und mit nur wenigen Änderungen auch in einer früheren Studie unter überwiegend jungen Ärzt:innen eingesetzt. Folgearbeiten wurden auch in anderen Fachgesellschaften durchgeführt. Dadurch lassen sich Entwicklungen und Unterschiede zwischen Berufsgruppen und Generationen analysieren.

7. Relevanz für zukünftige Versorgungs- und Bildungskonzepte

Die Ergebnisse zeigen nicht nur Wissensdefizite auf, sondern liefern auch Hinweise auf strukturelle Unsicherheiten im Umgang mit Suizidwünschen. Daraus lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für gesundheitspolitische und gesetzgeberische Maßnahmen ableiten.

4.9 Schwächen der Arbeit

1. Eingeschränkte Rücklaufquote und potenzielle Selektionsbias

Mit einer Rücklaufquote von 18 % unter den digital erreichbaren Mitgliedern der DGP ist die Beteiligung zwar vergleichbar mit anderen ähnlichen Fachgesellschaftsbefragungen, jedoch relativ niedrig. Es besteht daher das Risiko eines Selektionsbias. Es ist möglich, dass bevorzugt Personen teilnahmen, die sich bereits mit dem Thema assistierter Suizid auseinandergesetzt haben oder eine besondere persönliche oder berufliche Motivation zur Teilnahme verspürten. Solche Selbstselektionseffekte sind bei Online-Erhebungen bekannt und können die Generalisierbarkeit einschränken.

Dies könnte die Repräsentativität der Ergebnisse einschränken.

2. Gefahr sozial erwünschter Antworttendenzen

Da es sich um ein hochsensibles, ethisch aufgeladenes Thema handelt, ist nicht auszuschließen, dass einige Teilnehmende Antworten gaben, die gesellschaftlich, berufspolitisch oder professionsethisch als “angemessen” gelten (Social Desirability Bias), statt ihre tatsächliche Haltung oder Erfahrung wiederzugeben. Besonders bei Fragen zur Mitwirkung an Suizidassistenz oder zum aktiven Ansprechen von Todeswünschen kann dies zu Verzerrungen führen.

3. Unklare oder interpretationsoffene Fragestellungen

Einige Items des Fragebogens, insbesondere solche zur persönlichen Mitwirkung an assistiertem Suizid, sind allgemein formuliert und erlauben einen breiten Interpretationsspielraum. In den möglichen Freitextantworten wurde dies auch von Teilnehmenden selbst kritisiert.

Eine differenziertere Formulierung mit konkreten Fallvignetten oder Szenarien hätte hier zu klareren, belastbareren Ergebnissen führen können.

4. Selbsteinschätzung als Instrument zur Wissensabfrage

Die Erhebung des Wissensstandes erfolgte teilweise über subjektive Selbsteinschätzungen („Ich kann definieren, was...“). Solche Einschätzungen unterliegen individuellen Verzerrungen, etwa durch ein Überschätzen der eigenen Kompetenzen.

Zwar wurden zusätzlich objektivierende Items zur Wissensüberprüfung integriert, dennoch bleibt ein gewisser methodischer Unsicherheitsfaktor bestehen.

5. Begrenzter Erkenntniswert für juristisch-normative Ableitungen

Auch wenn die Befragung Erkenntnisse über den Wunsch nach gesetzlicher Regelung liefert, können daraus keine unmittelbaren normativen Schlussfolgerungen gezogen werden. Die Ergebnisse repräsentieren Meinungen, nicht notwendigerweise rechtlich fundierte Bewertungen.

Es handelt sich also nicht um eine juristische Analyse, sondern um eine berufsbezogene Meinungsstudie.

6. Fehlende longitudinale Perspektive

Die Erhebung stellt eine Momentaufnahme dar. Da die Diskussion um Suizidassistenz einem dynamischen gesellschaftlichen und politischen Wandel unterliegt, können sich Einstellungen und Wissen im Zeitverlauf verändern. Langfristige Entwicklungen bleiben in der vorliegenden Querschnittsstudie unberücksichtigt.

So ist zum jetzigen Zeitpunkt (Juni 2025) bereits die Forderung nach einem „Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention“, sowie die Entwicklung einer „Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung“ bereits vorangeschritten.

4.10 Ausblick

Die Diskussion um Suizidassistenz wird, auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und zunehmender Multimorbidität, weiter an Relevanz gewinnen. Künftige Forschung sollte sich verstärkt auch mit den Erfahrungen und Perspektiven von nicht-ärztlichen Berufsgruppen befassen, insbesondere mit dem pflegerischen Rollenverständnis im Kontext existenzieller Entscheidungen. [58] Auch qualitative Studien zu individuellen Werthaltungen und Entscheidungsprozessen von Gesundheitsfachkräften könnten dazu beitragen, das Spannungsfeld zwischen Suizidprävention, palliativer Begleitung und der Möglichkeit assistierter Suizidleistungen besser zu verstehen.

Langfristig wird es darauf ankommen, ein Versorgungssystem zu gestalten, das sowohl suizidpräventive Maßnahmen stärkt als auch einen professionellen, ethisch reflektierten Umgang mit Todeswünschen ermöglicht, eingebettet in eine interprofessionelle Haltung, die die Würde und Selbstbestimmung schwerkranker Menschen respektiert.

5 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: ANOVA Unterschiede der Berufserfahrung nach Professionen.....	15
Abb. 2: Definitionsfragen Q3, Q4, Q5, Q6 kumulativ	18
Abb. 3: Kenntnis über Nichtigkeit §217 und Information über Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung	19
Abb. 4: ANOVA: Kenntnis über Nichtigkeit § 217	19
Abb. 5: Ergebnisse der Mehrfachantwortensets nach Professionen (grün = richtige Beantwortung, rot =falsche Beantwortung).....	20
Abb. 6: ANOVA: „Assistierter Suizid ist in Deutschland eine Straftat“	21
Abb. 7: Erfahrungen mit Todeswunschaussagen und aktives Ansprechen auf Todeswünsche kumulativ	22
Abb. 8: ANOVA Aktives Ansprechen auf Todeswünsche.....	24
Abb. 9: ANOVA „Ich bin um Mithilfe zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken gebeten worden.“	25
Abb. 10: ANOVA: "Ich bin schon um Mithilfe beim assistierten Suizid gebeten worden."	26
Abb. 11: ANOVA: "Ich bin um Mithilfe bei Tötung auf Verlangen gebeten worden."	27
Abb. 12: Eigene Erfahrung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen ...	27
Abb. 13: Q31, Q32, Q46, Q47 kumulativ	28
Abb. 14: ANOVA „Die Unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein“	29
Abb. 15: ANOVA: "Die Unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein"	29
Abb. 16: ANOVA "Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine pflegerische Aufgabe sein"	30
Abb. 17: ANOVA: "Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine pflegerische Aufgabe"	30
Abb. 18: Persönliche Mitwirkung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen	31
Abb. 19: ANOVA: „Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand vorstellen.“	32
Abb. 20: ANOVA: „Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen (nach geltendem Recht in Deutschland verboten) vorstellen.“	33
Abb. 21: „Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.“ ..	34
Abb. 22: ANOVA: „Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.“ ..	34
Abb. 23: ANOVA: „Richter:innen sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden“	36
Abb. 24: Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid ..	36
Abb. 25: ANOVA: Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid	37

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kohorten Beschreibung	16
Tabelle 2: Definitionsfragen Q3, Q4, Q5, Q6 aufgeteilt nach Professionen	18
Tabelle 3: explorative Statistik Mehrfachantwortensets	21
Tabelle 4: Erfahrungen mit Todeswunscha�u�erungen und aktives Ansprechen auf Todeswünsche nach Profession	23
Tabelle 5: Eigene Erfahrung FVET, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen nach Profession	26
Tabelle 6: Q31, Q32, Q46, Q47 aufgeteilt nach Professionen	28
Tabelle 7: Persönliche Mitwirkung aufgeteilt nach Professionen	32
Tabelle 8: Richtige Ansprechpartner für die Entscheidung zur Zulässigkeit von Suizidassistenz	35

7 Literatur und Quellenverzeichnis

1. Schwartz, J., et al., *Umgang mit assistiertem Suizid – Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2024.
2. Batzler, Y.-N., et al., *Reasons for wanting assisted suicide—a retrospective evaluation of telephone inquiries*. Deutsches Ärzteblatt international, 2023.
3. Bausewein, C., *Die aktuelle Gesetzeslage zum assistierten Suizid*. Die Onkologie, 2024. **30**(1): p. 38-42.
4. Jansen, J., et al., *German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) – translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death*. BMC Psychology, 2019. **7**(1): p. 61.
5. Lindblad, A., et al., *Assisted dying in Swedish healthcare: a qualitative analysis of physicians' reasoning about physician-assisted suicide*. Monash Bioethics Review, 2024. **42**.
6. *Hippokratischer Eid/Genfer Gelöbnis*. [cited 2025 20.04.]; Available from: https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publikationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf.
7. *Gelöbnis für jede Ärztin und jeden Arzt in Nordrhein*. [cited 2025 20.04.]; Available from: <https://www.aekno.de/aerzte/berufsordnung/geloebnis>.
8. Briggs, S., et al., *Psychoanalytic understanding of the request for assisted suicide*. Int J Psychoanal, 2022. **103**(1): p. 71-88.
9. Grabenhorst, U., C. Bausewein, and E. Jentschke, *Umgang mit Todeswünschen*. MMW Fortschritte der Medizin, 2024. **166**: p. 48-55.
10. *Beschluss des 6. Strafsenats vom 28.6.2022- 6 StR 68/21*. 2022 19.04.2025; Available from: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=130875&pos=0&anz=1>.
11. Schroth, U., *Straflose Beihilfe zum Suizid und strafbares Töten auf Verlangen — Beim Sterben helfen — Wann machen wir uns strafbar?* GesundheitsRecht, 2024. **23**(10): p. 613-628.
12. *Kurzinformation: Zur rechtlichen Einordnung ärztlich assistierter Sterbehilfe*. 2023 20.04.2025; Available from: <https://www.bundestag.de/resource/blob/967164/1f15d898225f337ebfa048cd468abef7/WD-9-059-23-pdf.pdf>.
13. Justiz, B.f. *Strafgesetzbuch (StGB) § 216 Tötung auf Verlangen*. [cited 2025 20.04.]; Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html.
14. Palliativmedizin, D.G.f., *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*. 2019.
15. Tolmein, O. and L. Radbruch, *Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin*. Dtsch Arztebl International, 2017. **114**(7): p. 302-.
16. Bundesverfassungsgericht, P. *Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig*. 2020 27.10.2023.
17. Bundesverfassungsgericht, P. *Urteil des zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15*. 2020 20.04.2025; Available from:

- https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html.
18. Bundesärztekammer. *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte -MBO-Ä 1997-*in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel*. 2011 20.04.2025; Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf.
 19. *Beschlussprotokoll 124. Deutscher Ärztetag (Online)*. 2021; Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/124.DAET/pdf/Beschlussprotokoll_124_Daet_2021_Stand-06.05.2021_mit_numerischen_Lesezeichen.pdf.
 20. Künast, R. *Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze*. 2022; Available from: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>.
 21. T, S.-I. *Liberaler Sterbehilferegulation: Aus zwei Gruppenanträgen im Bundestag wurde einer*. 2023.
 22. Castelluci, L., et al. *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*. 2023 20.04.2025; Available from: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>.
 23. Henking, T., *Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2022. **65**(1): p. 67-73.
 24. Gesundheit, B.f. *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention*. 2024; Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/SuizidPraevG_Kabinettsentwurf.pdf.
 25. Gesundheit, B.f. *Nationale Suizidpräventionsstrategie*. 2024 20.04.2025; Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf.
 26. Bundesregierung. *Gesetzesentwurf zur Suizidprävention beschlossen*. 2025 20.04.2025; Available from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/kabinetts-suizidpraevention-2326784>.
 27. Palliativmedizin, D.G.f. *Über uns*. [cited 2025 20.04.]; Available from: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/ueber-uns.html>.
 28. Eysenbach, G., *Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)*. Journal of medical Internet research, 2004. **6**: p. e34.
 29. Küppers, R., et al., *Sichtweisen einer Stichprobe überwiegend jüngerer Ärztinnen und Ärzte zum ärztlich-assistierten Suizid* *Perspectives of a sample of mostly younger doctors on physician-assisted suicide*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2024.
 30. Bergmann, M. and F. Franzese, *Fehlende Werte*. 2020. p. 165-203.
 31. Bühner, M., *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 3 ed. 2010: Pearson Deutschland GmbH.

32. Kruskal, W.H. and W.A. and Wallis, *Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis*. Journal of the American Statistical Association, 1952. **47**(260): p. 583-621.
33. Schildmann, J., et al., *Evaluating requests for physician-assisted suicide. A survey among German oncologists*. Cancer Medicine, 2022. **12**.
34. Wassiliwizky, M., et al., *Der assistierte Suizid*. Der Nervenarzt, 2022. **93**(11): p. 1134-1142.
35. Schallenburger, M., et al., *Handling the desire to die– evaluation of an elective course for medical students*. BMC Medical Education, 2024. **24**.
36. El-Menouar, Y. and J. Blasius, *Abbrüche bei Online Befragungen: Ergebnisse einer Befragung von Medizinern*. ZA-Informationen/ Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, 2005: p. 70-92.
37. Schafer, J.L. and J.W. Graham, *Missing data: Our view of the state of the art*. 2002, American Psychological Association: US. p. 147-177.
38. Organization, W.H. *Suicide*. 2025 20.04.2025; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
39. Chabiera, P.J. and G. Duttge, *[Selected legal aspects of end-of-life care : Euthanasia, palliative sedation and emergency medicine]*. Med Klin Intensivmed Notfmed, 2023. **118**(8): p. 681-690.
40. Borasio, G.D., et al., *Assistierter Suizid: Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht*. 2025: Kohlhammer Verlag.
41. Bausewein, C., *Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung*. Assistierter Suizid: Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, 2023: p. 29.
42. Bausewein, C., *Grundlagen und Herausforderungen im Kontext der Palliativmedizin*. Assistierter Suizid: Ein Thema in der Pflege?, 2025. **22**: p. 57.
43. Beneker, C., *Neuregelung zum assistierten Suizid: Welche Ärzte, welche Patienten?* Schmerzmedizin, 2022. **38**(3): p. 19-20.
44. Feichtner, A. and G. Pachschröck, *Palliative Care und assistierter Suizid*. 2022. p. 245-252.
45. Apolloni, F., *Suizidbeihilfe an der Grenze zur Therapiebegrenzung, Anstiftung zum Suizid und Tötung auf Verlangen: ethische Analyse der italienischen Debatte zur Suizidbeihilfe*. 2024.
46. Palliativmedizin, D.G.f., *Suizidprävention stärken& Debatte Suizidassistenz dringend weiterführen !* 2023.
47. Turiaux, J., et al., *Anfragen zu und Praxis von Suizidassistenz in der deutschen Palliativversorgung – Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*. Vol. 25. 2024.
48. Feinauer, S., et al., *Mit Wünschen nach Suizidassistenz professionell umgehen*. Pflegezeitschrift, 2023. **76**: p. 12-15.
49. Flügge, K., et al., *Einstellungen von Pflegenden zum assistierten Suizid in der stationären Langzeitpflege: Eine qualitative Interview-Studie*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 2024. **25**.
50. Stiller, L., *Sterbehilfe und assistierter Suizid: Zur Bedeutung des Patientenwillens für die Rechtfertigung von Sterbehilfe und Suizidassistenz*. 2020.
51. Jansky, M., et al., *Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid: Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für*

- Palliativmedizin*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2016. **60**.
52. Nauck, F., C. Ostgathe, and L. Radbruch, *Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben*. Dtsch Arztebl International, 2014. **111**(3): p. 67-71.
 53. Radbruch, L., et al., *Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care*. Palliative medicine, 2015. **30**.
 54. Bozzaro, C., G. Richter, and C. Rehmann-Sutter, *Ethik des assistierten Suizids*. Ethik des assistierten Suizids, ed. B. Claudia, R. Gesine, and R.-S. Christoph. 2024, Bielefeld: transcript Verlag.
 55. Eibach, U., *Von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen?*, in *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*, T.S. Hoffmann and M. Knaup, Editors. 2015, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 189-213.
 56. Batzler, Y.-N., et al., „Mir ist der Appetit vergangen“: Umgang mit Todeswünschen und freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken. *Die Gynäkologie*, 2022. **55**: p. 1-6.
 57. Riedel, A., et al., *Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft (15. August 2022)*. *Ethik in der Medizin*, 2022. **34**(4): p. 709-714.
 58. Riedel, A., K. Klotz, and A.-H. Seidlein, *Assistierter Suizid und die ethischen Implikationen für die Pflegefachpersonen*, in *Ethik im Gesundheitswesen*. 2024, Springer. p. 1-34.
 59. Breitbart, W., et al., *Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer*. *Jama*, 2000. **284**(22): p. 2907-11.
 60. Monforte-Royo, C., et al., *The wish to hasten death: a review of clinical studies*. *Psychooncology*, 2011. **20**(8): p. 795-804.
 61. Palliativmedizin, D.G.f. *S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“*. 2019.
 62. Voltz, R., et al., *Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study*. *Palliat Med*, 2022. **36**(3): p. 489-497.
 63. Karger, A., et al., *A Pilot Study on Undergraduate Palliative Care Education – A Study on Changes in Knowledge, Attitudes and Self-Perception*. *Journal of palliative care & medicine*, 2015. **5**: p. 2165-7386.
 64. Thyson, T., et al., *Communication in the face of death and dying - how does the encounter with death influence the patient management competence of medical students? An outcome-evaluation*. *BMC Medical Education*, 2022. **22**(1): p. 25.
 65. Bendel, Y., et al., *Expectations in the Communication About Death and Dying: Development and Initial Validation of the End-of-Life Conversations - Expectations Scale*. *Omega (Westport)*, 2024. **90**(2): p. 710-725.
 66. Schnell, M. and C. Schulz-Quach, *Dem Sterben begegnen*. 2015.
 67. Schulz-Quach, C., *What is the meaning of death to you? - Metasynthesis of the lived experience of health care professionals who experience the death of others in a professional context*. 2018.

68. Wildfeuer, J., M. Schnell, and C. Schulz-Quach, *Talking about dying and death: On new discursive constructions of a formerly postulated taboo*. Discourse and Society, 2015.
69. Boström, K., et al., *Desire to Die Communication Training for Professionals: Developing Online Formats*. Palliat Med Rep, 2025. **6**(1): p. 38-49.
70. Köln, Z.f.P.d.U. *Selbststudium zum Umgang mit Todeswünschen*. 2025 [cited 2025 09.06.]; Available from: palliativzentrum.uk-koeln.de/umgang-mit-todeswuenschen.
71. Farr, L., et al., *Requests for physician-assisted suicide in German general practice: frequency, content, and motives– a qualitative analysis of GPs' experiences*. BMC Primary Care, 2025. **26**.
72. Lynöe, N., et al., *Trends in Swedish physicians' attitudes towards physician-assisted suicide: a cross-sectional study*. BMC Medical Ethics, 2021. **22**.
73. Fischer, L., et al., *Evaluating physicians' knowledge of assisted suicide and palliative sedation therapy in Austria : An exploratory survey study*. Wiener klinische Wochenschrift, 2025.
74. Banovic, B., V. Turanjanin, and E. Ćorović, *Physician-assisted Suicide in Serbia*. Iranian Journal of Public Health, 2018. **47**: p. 538-545.
75. Schüklenk, U., et al., *End-of-life decision-making in Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making*. Bioethics, 2011. **25 Suppl 1**(Suppl 1): p. 1-73.
76. Fox, B. and H. Braswell, *In Defense of "Physician-Assisted Suicide": Toward (and Back to) a Transparent, Destigmatizing Debate*. Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees, 2024: p. 1-12.
77. VandeKieft, G.K., *End-of-Life Care: Medical Aid in Dying*. FP Essent, 2020. **498**: p. 32-36.
78. Lawry, D.R., *Rethinking Medical Aid in Dying: What Does It Mean to 'Do No Harm?'*. J Adv Pract Oncol, 2023. **14**(4): p. 307-316.
79. Klotz, K., A.-H. Seidlein, and A. Riedel, *Suizidprävention, professioneller Auftrag und ethische Implikationen*. 2025. p. 21-27.
80. Pflegerat, D. *Positionspapier: „Die pflegerische Begleitung von Personen mit Todeswunsch“*. 2024 [cited 2025 23.04.]; Available from: https://deutscher-pflegerat.de/download/2024-10-28_positionspapier_pflegerische_begleitung_bei_personen_mit_todeswunsch_final.pdf?utm_source=chatgpt.com.
81. Casanova, S., *Wenn ein Sterbedatum festgelegt wird- Wie erleben Pflegefachpersonen den assistierten Suizid in der stationären und ambulanten Praxis, und wodurch wird dieses Erlebnis beeinflusst?*, in *Departement Gesundheit, Institut für Pflege*. 2023, Zürchewr Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Zürich.
82. Magueta, S., et al., *An ethical dilemma: the role of the psychiatrist in physician assisted suicide and/or euthanasia*. European Psychiatry, 2024. **67**: p. S575-S576.
83. Carstens, M., *Die ethische Fallbesprechung in der palliativen Begleitung*. Palliative Care für Einsteiger, ed. N. Lexa. 2023, Esslingen: der hospiz verlag. 108.

84. Batzler, Y.-N., et al., *Caring for patients during voluntarily stopping of eating and drinking (VSED): experiences of a palliative care team in Germany*. BMC Palliative Care, 2023. **22**(1): p. 185.
85. Palliativmedizin, D.G.f. *Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung*. 2021; Available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220318_Broschuere_Suizidassistentz_100dpi.pdf.
86. Birnbacher, D., et al. *Mit Sterbefasten das Leben selbstbestimmt beenden Informationen für die Praxis*. 2023 [cited 2025 24.04.2025]; Available from: <https://sterbefasten.org/uploads/handreichung-final.pdf>.
87. Zenz, J., M. Tryba, and M. Zenz, *Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide*. BMC Palliative Care, 2015. **14**(1): p. 60.
88. Boztas, S. *Death by euthanasia in the Netherlands increased 10% in 2024, figures show*. 2025.
89. (RTE), R.E.R.C. *The Netherlands, publish their annual report*. [cited 2025 09.06]; Available from: <https://wfrtds.org/regional-euthanasia-review-committee-rte-the-netherlands-publish-their-annual-report/>.
90. Hermann, H., M. Trachsel, and N. Biller-Andorno, *Physicians' personal values in determining medical decision-making capacity: a survey study*. Journal of Medical Ethics, 2015. **41**(9): p. 739-744.
91. Hodel, M.A., et al., *Attitudes toward assisted suicide requests in the context of severe and persistent mental illness: A survey of psychiatrists in Switzerland*. Palliative and Supportive Care, 2019. **17**(6): p. 621-627.
92. Balboni, T.A., et al., *Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life*. J Clin Oncol, 2007. **25**(5): p. 555-60.
93. Gielen, J., S. Van Den Branden, and B. Broeckaert, *Attitudes of European Physicians toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Review of the Recent Literature*. Journal of Palliative Care, 2008. **24**(3): p. 173-184.
94. Roesinger, M., et al., *[Factors which influence the position towards euthanasia : Results of a representative survey among older people in Germany]*. Z Gerontol Geriatr, 2018. **51**(2): p. 222-230.
95. Ethikrat, D. *Suizid- Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit*. 2022.
96. Lindblad, A., R. Löfmark, and N. Lynöe, *Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? An empirical study of attitudes among the general public in Sweden*. Scandinavian journal of public health, 2009. **37**: p. 260-4.
97. Gamondi, C., et al., *Family members' experiences of assisted dying: A systematic literature review with thematic synthesis*. Palliat Med, 2019. **33**(8): p. 1091-1105.
98. Emanuel, E.J., et al., *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. Jama, 2016. **316**(1): p. 79-90.

99. Steck, N., et al., *Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States: Systematic Literature Review*. Medical Care, 2013. **51**(10): p. 938-944.
100. Kremeike, K., et al., *'Desire to Die' in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany*. Ann Palliat Med, 2021. **10**(3): p. 3594-3610.

8 Anhang

Export des Fragebogen aus Qualtrics®:

Haltung zum Umgang mit Todeswünschen - Mitglieder:innen der DGP

Information und Datenschutzhinweise:

"Haltungen zum Umgang mit dem assistierten Suizid unter Mitarbeitenden in der Palliativversorgung in Deutschland" – Evaluation anhand eines Fragebogens für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Liebe DGP Mitglieder,

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. Zuletzt wurden im deutschen Bundestag zwei Gesetzesvorschläge zu einer erneuten Regelung abgelehnt. Die Diskussion über eine mögliche Neuregelung der gesetzlichen Normen zum assistierten Suizid wird aber weiterhin, sowohl in der Gesellschaft, als auch in unserer Fachgesellschaft stattfinden.

Zwar liegen ältere Umfragen sowie Verlautbarungen von einzelnen medizinischen

Fachgesellschaften zu dieser Frage vor, systematische Erhebungen über die Haltungen und Einstellungen unserer Mitglieder, die die aktuelle gesellschaftliche Debatte berücksichtigen, fehlen hingegen. Diese Daten aus der Mitte unserer Fachgesellschaft stellen eine wichtige Grundlage für die Haltungsbildung unserer Fachgesellschaft dar.

Daher möchten wir sämtliche in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vertretenen Berufsgruppen befragen. 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 „Qualtrics“, dessen Nutzungsbedingungen unter folgenden Link einzusehen sind: Qualtrics und die Einhaltung der DSGVO. 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!

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Kontakt: lehre.palliativmedizin@med.uni-duesseldorf.de

Kenntnisse über die Gesetzeslage

Q3 Ich kann definieren, was Freiwilliger Verzicht auf Essen (FVET) und Trinken ist.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q4 Ich kann definieren, was assistierter Suizid ist.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q5 Ich kann definieren, was Tötung auf Verlangen (in Deutschland verboten) ist.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q6 Mir sind die Unterschiede der Begriffe assistierter Suizid/ freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken/ Tötung auf Verlangen klar.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)

- o trifft gar nicht zu (5)

Q49 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus.

...ist in

Deutschland eine Straftat

(25) ...darf in Deutschland unabhängig von der Berufszugehörigkeit durchgeführt werden.

(26) ...darf in Deutschland geschäftsmäßig angeboten werden.

(27) ...ist in Deutschland den Ärzt:innen standesrechtlich verboten

(3) Assistierter Suizid... (1) ☐ ☐ ☐ ☐

Tötung auf Verlangen... (2) ☐ ☐ ☐ ☐

Q7 Ich kenne den Inhalt des Urteils zur Nichtigkeit des §217 ("Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung") des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020.

- o trifft voll zu (1)
- o trifft eher zu (2)
- o weder noch (3)
- o trifft eher nicht zu (4)
- o trifft gar nicht zu (5)

Q8 Ich bin über die im Bundestag am 6.07.2023 abgelehnten zwei Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids informiert.

- o trifft voll zu (1)
- o trifft eher zu (2)
- o weder noch (3)
- o trifft eher nicht zu (4)
- o trifft gar nicht zu (5)

Q56 Ich wünsche mir nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und nach Ablehnung der beiden vorliegenden Gesetzesentwürfe im Bundestag eine neue erneute gesetzliche Regelung der Suizidassistenz.

- o trifft voll zu (1)
- o trifft eher zu (2)
- o weder noch (3)
- o trifft eher nicht zu (4)
- o trifft gar nicht zu (5)

Überspringen bis: Q9 Wenn Ich wünsche mir nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und nach Ablehnung der beiden vorl... = weder noch

Überspringen bis: Q9 Wenn Ich wünsche mir nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und nach Ablehnung der beiden vorl... = trifft eher nicht zu

Überspringen bis: Q9 Wenn Ich wünsche mir nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und nach Ablehnung der beiden vorl... = trifft gar nicht zu

Q57 Welchen der nun vom Bundestag kürzlich abgelehnten Entwürfe hätten Sie sich am ehesten wünschen?

- ☐ Gesetzesentwurf "Zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (Gruppe um Dr. Castellucci) (1)
- ☐ Gesetzesentwurf zum "Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Regelung der Hilfe zur Selbsttötung" (Gruppe um Helling-Plahr und Künast) (2)
- ☐ Keiner der bisher vorliegenden Entwürfe, aber ich wünsche mir eine andere gesetzliche Regelung. (4)
- ☐ Ich kenne keinen der vorliegenden Entwürfe, wünsche mir aber trotzdem eine erneute gesetzliche Regelung. (5)

Q58 Warum wünschen Sie sich in erster Linie eine gesetzliche Regelung?

- ☐ Ich verspreche mir dadurch mehr Rechtssicherheit. (1)
- ☐ Ich verspreche mir dadurch mehr Schutz der Suizidwilligen vor einer Assistenz, falls der Suizid nicht freiverantwortlich durchgeführt wird. (2)
- ☐ Ich verspreche mir dadurch die Überprüfung der Freiverantwortlichkeit in einem von der Suizidassistenz unabhängigen Verfahren. (3)
- ☐ Sonstiges/ Weiteres, bitte angeben (4)

Q9 Einstellungen und Haltungen

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

Q10 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken vorstellen.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q11 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid bei Menschen mit Suizidwunsch unabhängig von ihrem Gesundheitszustand vorstellen.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q12 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung beim assistierten Suizid nur bei Patient:innen in palliativen Behandlungssituationen vorstellen.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)

- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q13 Ich kann mir eine persönliche Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen (nach geltendem Recht in Deutschland verboten) vorstellen.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q14 Ich habe mir schon eine persönliche Einstellung zum assistierten Suizid erarbeitet.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q15 Meine Einstellung zum assistierten Suizid gründet auf meiner religiösen Haltung.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q16 Erfahrungen

Q17 Ich habe in meiner beruflichen Laufbahn sterbende Patient:innen betreut

- ☐ noch nie (1)
- ☐ vereinzelt (zwei oder weniger Patient:innen) (2)
- ☐ gelegentlich (drei bis zehn Patient:innen) (3)
- ☐ häufig (elf bis 50 Patient:innen) (4)
- ☐ sehr häufig (mehr als 50 Patient:innen) (5)

Q18 Ich habe Patient:innen mit Todeswunsch-Äußerungen betreut

- ☐ noch nie (1)
- ☐ vereinzelt (zwei oder weniger Patient:innen) (2)
- ☐ gelegentlich (drei bis zehn Patient:innen) (3)
- ☐ häufig (elf bis 50 Patient:innen) (4)
- ☐ sehr häufig (mehr als 50 Patient:innen) (5)

Q19 Ich habe Patient:innen aktiv auf das Vorhandensein von Todeswünschen angesprochen.

- ☐ noch nie (1)
- ☐ vereinzelt (zwei oder weniger Patient:innen) (2)
- ☐ gelegentlich (drei bis zehn Patient:innen) (3)

- ☐ häufig (elf bis 50 Patient:innen) (4)
- ☐ sehr häufig (mehr als 50 Patient:innen) (5)

Q20 Ich bin um Mithilfe zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken gebeten worden.

- ☐ noch nie (1)
- ☐ vereinzelt (zwei oder weniger Fälle) (2)
- ☐ gelegentlich (drei bis zehn Fälle) (3)
- ☐ häufig (elf bis 50 Fälle) (4)
- ☐ sehr häufig (mehr als 50 Fälle) (5)

Q21 Ich bin schon um Mithilfe beim assistieren Suizid gebeten worden.

- ☐ noch nie (1)
- ☐ vereinzelt (zwei oder weniger Fälle) (2)
- ☐ gelegentlich (drei bis zehn Fälle) (3)
- ☐ häufig (elf bis 50 Fälle) (4)
- ☐ sehr häufig (mehr als 50 Fälle) (5)

Q22 Ich habe bereits persönlich bei einem assistierten Suizid mitgewirkt.

- ☐ ja, geben Sie bitte an wie oft (1)
- ☐ Nein (2)

Q23 Ich bin um Mithilfe zur Tötung auf Verlangen gebeten worden.

- ☐ noch nie (1)
- ☐ vereinzelt (zwei oder weniger Fälle) (2)
- ☐ gelegentlich (drei bis zehn Fälle) (3)
- ☐ häufig (elf bis 50 Fälle) (4)
- ☐ sehr häufig (mehr als 50 Fälle) (5)

Q44 Ich habe schon bei einer Tötung auf Verlangen (in Deutschland verboten) mitgewirkt.

- ☐ ja, geben Sie bitte an wie oft (1)
- ☐ Nein (2)

Q24 Vorstellung zu einer normativen Regelung
Geben Sie bitte an, in wie weit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

Q25 Gesundheitspersonal sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ Weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Überspringen bis: Q27 Wenn Gesundheitspersonal sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines ass... = Weder noch
Überspringen bis: Q27 Wenn Gesundheitspersonal sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines ass... = trifft eher nicht zu
Überspringen bis: Q27 Wenn Gesundheitspersonal sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines ass... = trifft gar nicht zu

Q26 Geben Sie bitte an welche Professionen Sie für die richtigen Ansprechpartner:innen halten.

- ☐ grundsätzliche jede Ärztin/ jeder Arzt unabhängig der Fachrichtung (1)
- ☐ Psychiater:innen (7)
- ☐ Palliativmediziner:innen (8)
- ☐ Allgemeinmediziner:innen (9)
- ☐ Pflegende (2)
- ☐ Sozialarbeiter:innen (3)
- ☐ Psycho(onko)log:innen (4)
- ☐ Seelsorger:innen (5)
- ☐ andere Professionen oder Fachbereiche bitte angeben (6)

Q27 Richter:innen sind die richtigen Ansprechpartner:innen, um über die Zulässigkeit eines assistierten Suizids zu entscheiden.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q28 Die Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid sollte sich auf Maßnahmen zur Suizidprävention beschränken.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Überspringen bis: Q29 Wenn Die Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid sollte sich auf Maßnahmen zur... = weder noch
Überspringen bis: Q29 Wenn Die Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid sollte sich auf Maßnahmen zur... = trifft eher nicht zu
Überspringen bis: Q29 Wenn Die Aufgabe von Palliativteams beim Wunsch nach assistiertem Suizid sollte sich auf Maßnahmen zur... = trifft gar nicht zu

Q55 Welche Maßnahmen zur Suizidprävention sind hier Ihrer Meinung nach von besonderer Bedeutung?

- ☐ palliativmedizinische Versorgung (1)

- ☐ Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen (2)
- ☐ Unterstützung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (3)
- ☐ gezielte Sedierung bei therapierefraktärem Leid (5)
- ☐ Weitergabe von Informationen über Suizidassistenten (6)
- ☐ Kontaktherstellung zu Sterbehilfeorganisationen (7)
- ☐ weiteres bitte angeben (4)

Q29 Die unmittelbare Mitwirkung von Gesundheitspersonal beim assistierten Suizid wird das Vertrauen in medizinische Berufe beschädigen.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q32 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine ärztliche Aufgabe sein.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q46 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine ärztliche Aufgabe.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q31 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid kann eine pflegerische Aufgabe sein.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q47 Die unmittelbare Mitwirkung beim assistierten Suizid ist eine pflegerische Aufgabe.

- ☐ trifft voll zu (1)
- ☐ trifft eher zu (2)
- ☐ weder noch (3)
- ☐ trifft eher nicht zu (4)
- ☐ trifft gar nicht zu (5)

Q33 Demographische Daten

Q34 Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- ☐ Medizin (1)
- ☐ Pflege (2)
- ☐ Physiotherapie (3)
- ☐ Psycho(onko)logie (4)
- ☐ Sozialdienst (6)
- ☐ Seelsorge (7)
- ☐ andere, bitte angeben (5)

Q43 In welcher Fachabteilung sind Sie aktuell tätig?

Q35 Für Ärzt:innen: Sind sie Facharzt/ärztin?

- ☐ Nein (1)
- ☐ Ja (2)

Q38 Zusatzbezeichnungen oder absolvierte Fort- und Weiterbildungen

- ☐ Palliative Care (1)
- ☐ Pflege in der Onkologie (2)
- ☐ Fachgesundheitskrankenpflege für Intensivpflege und Anästhesie (3)
- ☐ Notfallmedizin (4)
- ☐ Intensivmedizin (5)
- ☐ Onkologie (6)
- ☐ Geriatrie (8)
- ☐ Palliativmedizin (9)
- ☐ andere, bitte angeben (7)

Q39 Ich bin in der Palliativversorgung tätig seit...

- ☐ bis vier Jahre (1)
- ☐ vier bis acht Jahre (2)
- ☐ neun bis 13 Jahre (3)
- ☐ 14 bis 18 Jahre (4)
- ☐ über 18 Jahre (5)
- ☐ ich bin aktuell nicht in der Palliativversorgung tätig (6)

Q44 Berufserfahrung insgesamt

- ☐ bis vier Jahre (1)
- ☐ vier bis acht Jahre (2)
- ☐ neun bis 13 Jahre (3)
- ☐ 14 bis 18 Jahre (4)
- ☐ über 18 Jahre (5)

Q40 Alter

- ☐ unter 25 Jahre (1)
- ☐ 26 bis 30 Jahre (2)
- ☐ 31 bis 35 Jahre (3)
- ☐ 36 bis 40 Jahre (4)
- ☐ 41 bis 45 Jahre (5)
- ☐ 46 bis 50 Jahre (7)
- ☐ 51 bis 55 Jahre (8)
- ☐ 56 bis 60 Jahre (9)
- ☐ 61 bis 65 Jahre (10)
- ☐ über 65 Jahre (11)
- ☐ Ich möchte dazu keine Angaben machen (6)

Q41 Geschlecht

- ☐ Männlich (1)
- ☐ Weiblich (2)
- ☐ divers (3)
- ☐ Ich möchte hierzu keine Angaben machen (4)

Q42 Religionszugehörigkeit

- ☐ christlich (1)
- ☐ muslimisch (2)
- ☐ jüdisch (3)
- ☐ buddhistisch (4)
- ☐ andere, bitte angeben (5)
- ☐ keine (6)
- ☐ Ich möchte dazu keine Angaben machen (7)

Q54 Falls Sie sich vorstellen können, an einem vertiefenden Interview zu diesem Thema teilzunehmen (via Webex Online, ca. 20-30min), geben Sie bitte Ihre E-Mailadresse an, oder kontaktieren Sie uns unter lehre.palliativmedizin@med.uni-duesseldorf.de

Danksagung

Von Herzen danke ich meinem Doktorvater Martin Neukirchen. Ohne seine Offenheit und Unterstützung hätte ich mein Promotionsvorhaben im zweiten Anlauf am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf nicht realisieren können.

Auch Christian Rubbert danke ich sehr für seine Begleitung auf diesem Weg.

Ein großes Dankeschön geht an Jaqueline Schwartz, Manuela Schallenburger und Yann-Nicolas Batzler, für ihre vielen konstruktiven Rückmeldungen, ihr offenes Ohr und die engagierte Betreuung in der Doktorandengruppe des IZP.

Ein herzliches Dankeschön an Ramón Bringewatt für seinen großartigen Statistik-Unterricht: verständlich, lebendig und mit einer guten Portion Humor.

Ebenso danke ich Remo Küppers, der mir geholfen hat meine Ergebnisse in ansprechende Abbildungen und Tabellen zu verwandeln.

Ein besonderer Dank geht an Hannah-Lea Hink die meine Arbeit mit großer Sorgfalt und Expertise lektoriert hat und mir geholfen hat die Formatvorgaben umzusetzen. Ihre Hilfe war entscheidend, um meine Arbeit in der finalen Form zu präsentieren, und ich schätze ihre Geduld und Genauigkeit sehr.

Ebenso danke ich meinen Mitdoktorand:innen für den ehrlichen, inspirierenden Austausch und die motivierenden Gespräche während unserer Treffen.

Ein großer Dank geht an Christian Schulz-Quach und Katharina Fetz, die meinen wissenschaftlichen Weg maßgeblich mitgeprägt haben.

Zuletzt danke ich allen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, die an der Befragung teilgenommen haben. Ohne ihre Bereitschaft und Offenheit hätte mein Promotionsprojekt keine Grundlage gehabt