

Aus der Ethikkommission

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Gerd Richter

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

-STERBEHILFE-

Welche Argumente zählen?

Eine Befragung unter Marburger Jura-, Medizin- und Theologie-Studierenden

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von

Hanna-Katharina Philipp (geb. Hagemann) aus Frankfurt a.M.

Marburg, 2018

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am:
18.10.2018

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Herr Prof. Dr. Helmut Schäfer

Referent: Frau Prof. Dr. A. Becker

1. Korreferent: Frau Prof. Dr. A. Morin

Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
2. Theoretischer Hintergrund	10
2.1. Was ist Sterbehilfe?	10
2.2. Definition der unterschiedlichen Sterbehilfeformen	11
2.3. Neue Gesetzgebung	15
2.3.1. Beihilfe zur Selbsttötung	15
2.3.2. Tötung auf Verlangen	19
2.4. Wichtige Argumente in der Sterbehilfedebatte	20
2.4.1. Patientenautonomie	20
2.4.2. Tötungsverbot	22
2.4.3. Ärztebelastung	24
2.4.4. Nationalsozialismus	25
2.4.5. Palliativmedizin	27
2.4.6. Dambruch	28
3. Fragestellung	30
4. Methoden	31
4.1. Beschreibung des Fragebogens	31
4.2. Analyse der Daten	34
4.2.1. Moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen	34
4.2.2. Bewertung der Argumente und Einstellungen	38
4.2.3. Einfluss der Argumente und Einstellungen	44
5. Ergebnisse	45
5.1. Moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen	45
5.2. Bewertung der Argumente und Einstellungen	48

5.2.1. Jura-Studierende	62
5.2.2. Medizin-Studierende	66
5.2.3. Theologie-Studierende.....	70
5.3. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	74
6. Diskussion.....	75
6.1. Die umstrittenen Sterbehilfeformen	76
6.2. Die Rolle bzw. Bedeutung der Argumente	81
6.3. Limitationen	97
6.4. Zusammenfassung	98
6.5. Summary	100
Literaturverzeichnis	102
Anhang.....	108
Verzeichnis der akademischen Lehrer der Philipps-Universität Marburg	108
Danksagung.....	109
Fragebogen	110

Abkürzungsverzeichnis

ÄAS Ärztlich assistierter Suizid

ÄB Ärztebelastung

ASH Aktive Sterbehilfe

AUT Autoritarismus

DB Dammbbruch

KON Konservatismus

MW Mittelwert

N Anzahl

NS Nationalsozialismus

PA Patientenautonomie

PM Palliativmedizin

REL Religiosität

RTV Religiöses Tötungsverbot

SD Standardabweichung

SHF Sterbehilfeform

Sig. Signifikanz

SW Selbstwirksamkeit

TV Generelles Tötungsverbot

v_xxx Variable Nr. xxx aus dem Fragebogen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Situation 1 (Items v_16 und v_020).....	35
Tabelle 2: Situation 3 (Item v_026)	35
Tabelle 3: Situation 4 (Item v_028)	36
Tabelle 4: Situation 6 (Item v_035)	37
Tabelle 5: Skalen der umstrittenen Sterbehilfeformen.....	37
Tabelle 6: Explorative Faktorenanalyse der Sterbehilfe-spez. Arg. und Einstellungen ..	41
Tabelle 7: Skalen der generellen Argumente und Einstellungen	43
Tabelle 8: Skalen der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen	43
Tabelle 9: Tötung auf Verlangen	46
Tabelle 10: Beihilfe zur Selbsttötung.....	47
Tabelle 11: Deskriptive Statistik der generellen Argumente und Einstellungen	48
Tabelle 12: Deskriptive Statistik der Sterbehilfe-spezifischen Arg. und Einstellungen ..	49
Tabelle 13: Autoritarismus.....	50
Tabelle 14: Selbstwirksamkeit.....	51
Tabelle 15: Religiosität	52
Tabelle 16: Konservatismus	53
Tabelle 17: Generelles Tötungsverbot	54
Tabelle 18: Religiöses Tötungsverbot.....	55
Tabelle 19: Ärztebelastung.....	56
Tabelle 20: Palliativmedizin.....	57
Tabelle 21: Dambruch	58
Tabelle 22: Nationalsozialismus	59
Tabelle 23: Patientenautonomie.....	60
Tabelle 24: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Tötung auf Verlangen	63
Tabelle 25: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung.....	65
Tabelle 26: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Tötung auf Verlangen	67
Tabelle 27: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung ..	69
Tabelle 28: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Tötung auf Verlangen ...	71
Tabelle 29: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tötung auf Verlangen: Vergleich der Mittelwerte.....	46
Abbildung 2: Beihilfe zur Selbsttötung: Vergleich der Mittelwerte	47
Abbildung 3: Generelle Argumente und Einstellungen.....	48
Abbildung 4: Mittelwerte der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen	49
Abbildung 5: Autoritarismus: Vergleich der Mittelwerte.....	50
Abbildung 6: Selbstwirksamkeit: Vergleich der Mittelwerte	51
Abbildung 7: Religiosität: Vergleich der Mittelwerte.....	52
Abbildung 8: Konservatismus: Vergleich der Mittelwerte	53
Abbildung 9: Generelles Tötungsverbot: Vergleich der Mittelwerte.....	54
Abbildung 10: Religiöses Tötungsverbot: Vergleich der Mittelwerte	55
Abbildung 11: Ärztebelastung: Vergleich der Mittelwerte	56
Abbildung 12: Palliativmedizin: Vergleich der Mittelwerte	57
Abbildung 13: Dambruch: Vergleich der Mittelwerte.....	58
Abbildung 14: Nationalsozialismus: Vergleich der Mittelwerte.....	59
Abbildung 15: Patientenautonomie: Vergleich der Mittelwerte	60
Abbildung 16: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Tötung auf Verlangen	63
Abbildung 17: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung ..	65
Abbildung 18: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Tötung auf Verlangen.	67
Abbildung 19: Regressionsanalyse der Medizin-Stud.: Beihilfe zur Selbsttötung	69
Abbildung 20: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Tötung auf Verlangen	71
Abbildung 21: Regressionsanalyse der Theologie-Stud.: Beihilfe zur Selbsttötung	73

1. Einleitung

Wie brisant das Thema Sterbehilfe ist, zeigen die immer wiederkehrenden sehr emotionalen Debatten innerhalb der Gesellschaft. Am 06.11.2015 wurde im Bundestag nach einer knapp einjährigen Debatte über ein neues Gesetz zur Sterbehilfe abgestimmt. Mit einer klaren Mehrheit von 360 Stimmen beschlossen die Abgeordneten den Gesetzentwurf von Michael Brand (CDU) und Kerstin Giese (SPD). Somit steht die organisierte Sterbehilfe in Deutschland unter Strafe, d.h. wer "geschäftsmäßig" Menschen bei der Selbsttötung unterstützt, kann mit bis zu 3 Jahren Freiheitsentzug bestraft werden.¹

Auch in den europäischen Nachbarstaaten wird heftig debattiert. Jüngst wurde in Belgien ein Gesetz verabschiedet, das eine Legalisierung der Sterbehilfe für Minderjährige vorsieht.² Die Folge war eine Welle des Protests. In der jüngeren Vergangenheit war jeder neue Beschluss, der das Thema Sterbehilfe betraf, im Zentrum der medialen Aufmerksamkeit. Sei es das neue Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts im Jahr 2009³ oder die Forderung des Deutschen Juristentages nach einer legalen Möglichkeit des ärztlich assistieren Suizids im Jahr 2006.⁴ Ebenfalls im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stand der 114. Ärztetag 2011 in Kiel. Dort wurde beschlossen, dass es Ärzten verboten sei, Patienten auf deren Verlangen zu töten, oder ihnen bei der Selbsttötung zu helfen.⁵

Es gibt einen breiten gesellschaftlichen Konsens in Bezug auf die passive und die indirekte Sterbehilfe (hier kommt es nicht zu einer aktiv gewollten Verkürzung des Lebens). Aus diesem Grunde kann man diese beiden Formen auch als die unumstrittenen Formen bezeichnen. Der gesellschaftliche Diskurs bezieht sich im Wesentlichen auf die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zur Selbsttötung. Deshalb lag das Augenmerk dieser Arbeit auf diesen beiden Sterbehilfeformen.

¹ Deutscher Bundestag 2015

² ZEIT ONLINE GmbH. 2014b

³ Deutscher Bundestag, 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

⁴ Deutscher Ärzte-Verlag GmbH und Ärzteblatt

⁵ Bundesärztekammer (2011b), S. A 1984

Wie eingangs dargelegt, wird europaweit heftig über Sterbehilfe debattiert. Jedoch ist nicht bekannt, ob die in der theoretischen Debatte ins Felde geführten Argumente bei der moralischen Bewertung der Sterbehilfeformen relevant sind.

Aus diesem Grunde haben wir 920 Medizin-, Jura- und Theologiestudierende hinsichtlich ihrer individuellen Einstellungen, ihrer Wertung der ethischen Argumente, sowie der moralischen Bewertung von Entscheidungen am Lebensende befragt. Ausgewählt wurden diese Fachbereiche, da Sterbehilfe ein Schwerpunkt in den verschiedenen Lehrcurricula darstellt und diese sich somit mit diesem kontrovers diskutierten Thema auseinandersetzen müssen. Mediziner, Juristen und Theologen sind einerseits aktiv miteinbezogen in Entscheidungen am Lebensende und/oder bewerten diese auf moralische oder juristische Weise. Sie müssen moralische Bewertungen in klinische oder rechtliche Gegebenheiten übertragen. Dies hat mit großer Wahrscheinlichkeit einen wichtigen Einfluss auf die moralische Einstellung der Gesellschaft als Ganzes.

Die vorgelegte Promotionsarbeit hat untersucht, wie unterschiedliche ethische Argumente bewertet wurden und wie diese Argumente das moralische Konzept der kontrovers diskutierten Formen von Sterbehilfe innerhalb dieser Gruppen begründeten.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden der Übersichtlichkeit halber die verschiedenen Sterbehilfeformen erläutert. Im weiteren Verlauf liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf den umstrittenen Sterbehilfeformen. Um diese besser einordnen zu können, wird die aktuelle Rechtslage in Deutschland dargestellt. Rechtswissenschaft, Medizin und Theologie sind Bereiche, die wichtige Impulse in der Sterbehilfedebatte geben.

Aus diesem Grunde werden wegweisende Beschlüsse und Entwicklungen der letzten Jahre aus diesen Bereichen dargestellt. Zum Schluss werden die von Politik und Expertengremien vorgebrachten Argumente im öffentlichen Diskurs um die Sterbehilfe dargelegt.

2.1. Was ist Sterbehilfe?

Auf der Internetseite der Tagesschau stand dazu ein interessanter Satz:

„Die Sterbehilfe liegt im Spannungsfeld zwischen gesetzlichem Verbot und Selbstbestimmung, zwischen medizinischer Hilfe und Menschenwürde. Sterbehilfe ist nicht gleich Sterbehilfe.“⁶

Wie stark das Spannungsfeld ist, zeigte der Rücktritt des ehemaligen Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) Nikolaus Schneider. Seine Frau hatte im Juli 2014 die Diagnose Brustkrebs erhalten. In einem Zeit-Interview äußerte Frau Schneider, dass sie es nicht ablehne, irgendwann selbst zum Sterben in die Schweiz zu fahren und hoffe, dass ihr Mann sie dabei unterstütze. Darauf antwortete ihr Mann: „Das wäre zwar völlig gegen meine Überzeugung, und ich würde es sicher noch mit Anne (seiner Frau) diskutieren. Aber am Ende würde ich sie wohl gegen meine Überzeugung aus Liebe begleiten.“⁷

Dies spiegelt sehr gut wider, wie facettenreich das Thema Sterbehilfe ist.

Die Debatte um Sterbehilfe ist ein sehr sensibles Thema. Sie durchzieht die Gesellschaft als Ganzes und wird maßgeblich von den Bereichen der Rechtswissenschaft, der Medizin und der Theologie mit beeinflusst. Die Rechtswissenschaft bzw. die Juristen schaffen den gesetzlichen Rahmen, in den die Sterbehilfeformen eingebettet werden. Die Ärzteschaft steht für eine große

⁶ Tagesschau 2010

⁷ Zeit 2014c

Berufsgruppe, die mit Patienten am Lebensende in Kontakt kommt. An sie werden große Anforderungen und Erwartungen gestellt. So sind sie doch potentielle Akteure im Hinblick auf die (ärztliche) Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen. Weiterhin ist unsere Kultur stark von christlichen Werten beeinflusst. Im Jahr 2012 machten die Christen etwas weniger als zwei Drittel der über 81 Millionen Deutschen aus. Davon gehörten 24,3 Millionen der römisch-katholischen Kirche und 23,6 Millionen Menschen der Evangelischen Kirche in Deutschland an.⁸ Die Deutsche Bischofskonferenz (Zusammenschluss der katholischen Bischöfe aller Diözesen in Deutschland)⁹ und die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) haben gemeinsam eine Sammlung kirchlicher Texte herausgegeben, mit dem Titel: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“.¹⁰ Grundlegend lehnen beide Kirchen, sowohl die Tötung auf Verlangen, wie auch die Beihilfe zur Selbsttötung ab.

2.2. Definition der unterschiedlichen Sterbehilfeformen

Im folgenden werden die unterschiedlichen Sterbehilfeformen beschrieben.

Man unterscheidet „Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen.“¹¹.

Dies ist die neue, durch den Nationalen Ethikrat vorgeschlagene Terminologie bezüglich der unterschiedlichen Sterbehilfeformen. Diese ersetzt die klassische Einteilung der "passiven, indirekten, aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid ", da diese einen zu großen sprachlichen Interpretationsraum offen ließ.

Dem in der Arbeit verwendeten Fragebogen wurde die klassische Einteilung der Sterbehilfeformen zugrunde gelegt. Im folgenden werden diese Begriffe synonym zueinander verwendet.

Der Vollständigkeit halber, werden alle Sterbehilfeformen erläutert. Aufgrund des öffentlichen Diskurses lag das Augenmerk dieser Arbeit auf den umstrittenen Sterbehilfeformen der Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen.

⁸ Deutsche Bischofskonferenz: Katholische Kirche in Deutschland

⁹ Deutsche Bischofskonferenz: Über uns

¹⁰ Evangelische Kirche, Deutsche Bischofskonferenz

¹¹ Nationaler Ethikrat 2006, S. 53

Sterbebegleitung

Diese beinhaltet Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken bzw. Sterbenden.

Der Sterbende soll Linderung erfahren durch Maßnahmen wie Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Schmerzen, Angst und Atemnot. Ebenso sollen ihm und seinen Angehörigen menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand gewährt werden. Die Zeit bis zum Tod soll für den Sterbenden so erträglich wie möglich gestaltet werden. Weiterhin sollte es dem Patienten ermöglicht werden, seinen eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange wie es für den Betroffenen erträglich, gewollt und medizinisch möglich ist.¹²

Sterbenlassen (früher passive Sterbehilfe)

Dies beschreibt den Verzicht, die Reduktion oder Abbruch von weiteren medizinischen Maßnahmen bei einem schwerkranken Patienten. Der Begriff des Sterbenlassens ist nicht von der Art der Handlung abhängig, d.h. sowohl das passive Unterlassen (Therapieverzicht) als auch das aktive Tun (Therapieabbruch) zählen hierzu. Ein Beispiel für einen Therapieverzicht stellt der Verzicht auf eine Reanimation (Wiederbelebung) oder eine antibiotische Behandlung dar. Wiederum ist die Intention ein zentrales Kriterium: Intendiert der Arzt durch Abschalten eines Respirators, einen Sterbeprozess nicht mehr künstlich aufzuhalten, entspricht dies dem Kriterium des Therapieabbruchs und zählt ebenfalls zum Sterbenlassen und *nicht* zur Tötung auf Verlangen. Durch die Einbindung des Intentionskriteriums, wird verdeutlicht, dass das bestimmende *Motiv* der Handlung von zentraler Bedeutung ist.¹³

¹² Nationaler Ethikrat 2006, S. 53

¹³ Maio 2012, S. 339–341

Therapien am Lebensende (früher indirekte Sterbehilfe)

Hierunter versteht man die medizinische Behandlung eines Leidenszustandes auch unter Inkaufnahme einer Verkürzung des Lebens. Die Schmerzlinderung steht als Intention klar im Vordergrund. Der Arzt wird von der Absicht geleitet, dem Patienten die Schmerzen zu nehmen. Auch ist dem Arzt bewusst, dass unter der schmerzlindernden Maßnahme als Nebenwirkung der Medikamente der Patient früher versterben kann. Diese Folge der Behandlung wird vom Arzt als nicht erwünschenswert eingestuft. Im Hinblick auf die Gesamtsituation ist er allerdings bereit, das frühere Sterben als mögliche indirekte Folge der Schmerzmedikation billigend in Kauf zu nehmen. Einmal liegt in der Intention der Handlung eine wichtige Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen, zum anderen in der Grundhaltung zum Tod. Bei Therapien am Lebensende geht es nicht um die Initiierung eines Sterbeprozesses, sondern um die Einsicht, den früheren Tod in Kauf zu nehmen, wenn dies bedeutet, dass der Patient sonst weiterhin extreme Schmerzen erleiden müsste.¹⁴

Beihilfe zur Selbsttötung: (früher ärztlich assistierter Suizid)

Beihilfe zur Selbsttötung ist dann gegeben, wenn einem Sterbewilligen dabei geholfen wird, den Suizid zu vollziehen. Ein wichtiges Kriterium liegt darin begründet, dass die Tatherrschaft bis zuletzt beim Patient selbst liegt. Dies ist eine wichtige Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen, bei welcher der Arzt durch ein todbringendes Medikament den Tod des Patienten herbeiführt. Es wird jedoch argumentiert, dass trotz der Tatherrschaft, die beim Patienten liegt, dem Arzt eine Mitverantwortung in kausaler Hinsicht zukommt. Der Suizidassistierende (der Arzt) wirkt durch die Beschaffung eines todbringenden Mittels an der Selbsttötung mit. Erst hierdurch ist die Selbsttötung möglich, konsekutiv ist die Assistenz ein zentrales Element in der Kausalkette, an deren Ende der Suizid steht.¹⁵

¹⁴ Maio 2012, S. 345–346

¹⁵ Maio 2012, S. 347–348

Tötung auf Verlangen (früher aktive Sterbehilfe)

Die Tötung auf Verlangen ist als das bewusste und intentionale Herbeiführen des Todes auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten definiert. Ihr liegt als Intention zugrunde, den Tod bewusst herbeizuführen und nicht nur zuzulassen. Schlussfolgernd stirbt der Patient aufgrund der Verabreichung einer todesbringenden Substanz und nicht an seiner Grunderkrankung.¹⁶ Tötung auf Verlangen liegt laut Strafgesetzbuch (StGB) § 216 vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt.¹⁷ Sie ist in Deutschland verboten, in den Benelux-Staaten ist sie unter bestimmten Bedingungen straffrei.¹⁸ Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus.¹⁹ Die Abgrenzung zu Therapien am Lebensende liegt wiederum in der Intention der Handlung begründet. Ziel der Handlung ist der Tod des Patienten und nicht die Schmerzlinderung.

¹⁶ Maio 2012, S. 343–344

¹⁷ Deutscher Ärzte-Verlag GmbH und Ärzteblatt

¹⁸ Deutscher Ärzte-Verlag GmbH und Ärzteblatt

¹⁹ Nationaler Ethikrat 2006, S. 55

2.3. Neue Gesetzgebung

Die Aktualität des Themas Sterbehilfe bzw. dessen Brisanz wurde deutlich, anhand der heftig und emotional geführten Diskussionen der Öffentlichkeit, Expertengremien und in der Politik. Man spürte förmlich eine Erwartungshaltung der Bevölkerung bzw. die "Sehnsucht" nach einem gesetzlichen Rahmen, welcher ebenfalls von der Ärzteschaft gefordert wurde, um das eigene Handeln rechtlich abzusichern. Dies gipfelte in der Verabschiedung des neuen Gesetzes bezüglich der Beihilfe zur Selbsttötung am 06.11.2015.

2.3.1. Beihilfe zur Selbsttötung

Aktuelle Rechtslage

Am 06.11.2015 wurde im Bundestag nach einer knapp einjährigen Debatte über ein neues Gesetz zur Sterbehilfe abgestimmt. Die Abstimmung erfolgte nicht parteigebunden sondern fraktionsübergreifend. Die Diversität dieses Themas wurde verdeutlicht, wenn Abgeordnete in den Unions Reihen applaudierten, wenn Linken-Politiker für einen Gesetzentwurf warben, wenn Peter Hintze (CDU) und Petra Sitte (Die Linke) sich auf eine gemeinsame Abstimmungstaktik verständigten. Mit einer klaren Mehrheit von 360 Stimmen beschlossen die Abgeordneten den Gesetzentwurf von Michael Brand (CDU) und Kerstin Giese (SPD). Somit steht die organisierte Sterbehilfe in Deutschland unter Strafe, d.h. wer "geschäftsmäßig" Menschen bei der Selbsttötung unterstützt, kann mit bis zu 3 Jahren Freiheitsentzug bestraft werden.²⁰

Insgesamt lagen 4 Gesetzentwürfe zur Abstimmung vor. In dem ersten sollte die geschäftsmäßige Sterbehilfe unter Strafe gestellt werden. Dies würde bedeuten, dass es Vereinen oder Einzelpersonen verboten sei, Sterbehilfe zu leisten, wenn dies nicht nur in einem Einzelfall geschehe, unabhängig davon, ob sie dabei Geld verdienen oder nicht.²¹

Im zweiten Entwurf sollte durch eine Neuregelung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) eine Rechtssicherheit für Ärzte geschaffen werden, die Suizidbeihilfe leisten wollten.

²⁰ Deutscher Bundestag 2015

²¹ Süddeutsche.de, S. 1–2

Der dritte Entwurf sprach sich dafür aus, die Beihilfe zur Selbsttötung lediglich zu bestrafen, wenn sie "aus Gründen des eigenen Profits" angeboten wurde. Schlussfolgernd sollten Sterbehilfevereine, die kein Geld verdienen, demnach nicht verboten werden. ²²

Der letzte Entwurf stand für die strikteste Einschränkung der Sterbehilfe. "Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung" sollten verboten werden. ²³

Am 06.11.2015 wurde der Gesetzentwurf 1 "*Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung*"²⁴ beschlossen. Es heisst nun im Strafgesetzbuch:

„§ 217: Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

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

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht. ²⁵

²² Süddeutsche.de., S. 2

²³ Süddeutsche.de., S. 2–3

²⁴ Kosfeld 2015

²⁵ Deutscher Bundestag, S. 5

Rolle der Ärzteschaft

Dem Arzt kommt im medizin-ethischen Diskurs um die Sterbehilfe respektive der Beihilfe zur Selbsttötung eine große Rolle zu. Einmal stellt er einen Ansprechpartner für Patienten (am Lebensende) dar und beeinflusst Entscheidungen am Lebensende. Zum anderen wird von der Gesellschaft bzw. anderen Professionen (z. Bsp. Juristen, vgl. unten) eine Erwartungshaltung deutlich. So wird zum Teil eine ärztliche Mitwirkung bei den umstrittenen Sterbehilfeformen erwünscht bzw. gefordert. Der Arzt befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen der Erwartungshaltung von außen und dem eigenen Rollenverständnis. Das Arztbild, das die Gesellschaft vor Augen hat, sowie das eigene Verständnis durch die Ärzteschaft unterliegt einem Wandel.

Noch in den Grundsätzen der Bundesärztekammer von 2004 widersprach die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung „dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“.²⁶

Mit den ein paar Jahre später im Februar 2011 erschienenen überarbeiteten Grundsätzen²⁷, zeichnete sich eine Lockerung hinsichtlich des Verbots der Beihilfe zur Selbsttötung ab. Es hieß nun: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“.²⁸ Die Mitwirkung des Arztes wurde also nicht mehr explizit unter Strafe gestellt.

Nur ein halbes Jahr später wurde auf dem 114. Deutschen Ärztetag im Juli 2011 in Kiel eine Änderung der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte beschlossen.²⁹ Der Passus in Bezug auf die Beihilfe zur Selbsttötung lautete daraufhin: „Sie [Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“³⁰

Bis zum Jahr 2010 wurde dem Arzt eine Garantenpflicht zugesprochen. Dies bedeutete, dass der Arzt den Patienten, wenn dieser in Folge des Suizids bewusstlos geworden war, wiederbeleben musste. Leitete der Arzt keine entsprechenden Maßnahmen ein, konnte er sich deshalb strafbar machen - nicht nur durch aktives Tun, sondern auch durch Unterlassen.³¹

²⁶ Bundesärztekammer (2004), S. 1

²⁷ Bundesärztekammer (2011a)

²⁸ Bundesärztekammer (2011a), S. A 346

²⁹ Bundesärztekammer (2011b), S. A 1980

³⁰ Bundesärztekammer (2011b), S. A 1984

³¹ Ärztezeitung

Diesbezüglich leitete der Bundesgerichtshof jedoch mit seinem Grundsatzurteil³² vom 25.06.2010 einen Wendepunkt ein. Er erkennt die bindende Wirkung des Patientenwillens an. Wenn ein Patient in einer schriftlichen oder mündlichen Verfügung eine lebensverlängernde Behandlung ablehnt (dazu gehören auch Wiederbelebungsmaßnahmen), muss die Behandlung eingestellt werden. Egal ob bei dem Behandlungsabbruch etwas aktiv geschieht oder etwas unterlassen wird - Ärzte, Pfleger und Angehörige machen sich damit nicht strafbar.³³

Der Bundesgerichtshof legte seinem Urteil das neue Gesetz zu Patientenverfügungen (wirksam seit 1. September 2009) zugrunde. Demnach ist bei der Anordnung lebenserhaltender Maßnahmen verbindlich, was der Betroffene in einer Willenserklärung festgelegt hat.

Erwartungshaltung durch Juristen

Auch die Juristen befassten sich in der letzten Dekade eingehend mit dem Thema Sterbehilfe. Bei dem 66. Deutschen Juristentag in Stuttgart (2006) ging es um „Patientenautonomie und Strafrecht bei Sterbebegleitung“.³⁴ Nach dem Willen des Deutschen Juristentages sollten „Ärzte beim Suizid eines Schwerstkranken helfen dürfen, wenn dessen Leiden nicht ausreichend gelindert werden kann und er sich freiverantwortlich dafür entscheidet.“³⁵ Weiterhin wurde eine Kritik am Standesrecht der Ärzte geäußert. Und zwar sollte „die Missbilligung der ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung [durch die Ärzteschaft] einer differenzierten Beurteilung weichen [...]“.³⁶

³² Bundesgerichtshof 2014

³³ Spiegel 2010

³⁴ Verrel 2006

³⁵ Deutscher Ärzte-Verlag GmbH und Ärzteblatt

³⁶ 66_DJT_Beschluesse, S. 12

2.3.2. Tötung auf Verlangen

Aktuelle Rechtslage

Die Tötung auf Verlangen ist gesetzlich verboten. Im Strafgesetzbuch wird unter „Straftaten gegen das Leben“ im § 216 die Tötung auf Verlangen wie folgt beschrieben:

„(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.“³⁷

Standesrechtlich ist es den Ärzten verboten, einen Patienten auch auf seinen Wunsch hin zu töten. So heißt es in den Grundsätzen der Bundesärztekammer von 2011: „Die Tötung des Patienten [...] ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.“³⁸

Rolle der Ärzteschaft

Im Jahr 2004 wurden die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“³⁹ herausgegeben. Die Bundesärztekammer ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 459.021 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2012) in der Bundesrepublik Deutschland. Der einmal jährlich stattfindende Deutsche Ärztetag ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das "Parlament der Ärzteschaft".⁴⁰ Laut diesen Grundsätzen, ist dem Arzt die Tötung auf Verlangen verboten.⁴¹

³⁷ Strafgesetzbuch S.105

³⁸ Bundesärztekammer (2011b), S. A 1984

³⁹ Bundesärztekammer (2004)

⁴⁰ Bundesärztekammer 2014

⁴¹ Bundesärztekammer (2011a), S. A 346

2.4. Wichtige Argumente in der Sterbehilfedebatte

Im vorangegangenen Abschnitt wurde die aktuelle Gesetzeslage dargelegt.

In der öffentlichen, politischen und medizinethischen Debatte werden eine Reihe von Argumenten genannt, auf die verwiesen wird, um eine Ablehnung oder Befürwortung der umstrittenen Sterbehilfeformen zu begründen. Diese sind:

2.4.1. Patientenautonomie

Der Begriff Autonomie leitet sich aus dem Griechischen ab, und heißt übersetzt Autos (Selbst) und Nomos (Regel oder Gesetz). Dieser zusammengesetzte Begriff beschrieb die politische Selbstregierung der Stadt-Staaten im alten Griechenland.⁴²

In der deutschsprachigen Philosophie spielt der Kant'sche Autonomiebegriff eine wichtige Rolle. Laut Kant bezieht sich die Autonomie auf die moralische Freiheit, sich zum moralisch Richtigen zu entscheiden. Laut Dieter Birnbacher ist dieser Autonomiebegriff jedoch für die Medizinethik so gut wie nicht relevant.⁴³ Vielmehr ist "Autonomie eine Entscheidung oder Handlung, welche unabhängig davon ist, wofür man sich entscheidet oder handelt, sondern wie weit sie die authentischen Wertungen des jeweiligen Subjektes [des Patienten] verkörpert und ohne Fremdeinflüsse und Manipulationen von Dritten bleibt."⁴⁴

Weiterhin postuliert Birnbacher, dass Patientenautonomie in ihrer klassischen Form ein Abwehrrecht und kein Anspruchsrecht darstellt. Dies bedeutet, dass Patienten das Anrecht auf die Unterlassung möglicher Behandlungen haben, jedoch nicht auf die Erbringung bestimmter Leistungen. Es gäbe jedoch Tendenzen in der medizinethischen Literatur, die genau dies fordern. So stehe in den Schweizer Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende von 2005, dass die Wünsche des Patienten nach ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung unter das Prinzip der Respektierung von Selbstbestimmung fallen, demnach im Sinne eines Anspruchsrecht verstanden werden.⁴⁵

⁴² Beauchamp und Walters 1989, S. 28

⁴³ Birnbacher 2012, S. 562

⁴⁴ Birnbacher 2012, S. 562

⁴⁵ Birnbacher 2012, S. 563–564

Der Rechtsphilosoph Joel Feinberg differenziert die Bedeutung der Autonomie folgendermaßen:

- (1.) Autonomie als persönliche Fähigkeit, im Sinne einer dauerhaften oder einer temporären Fähigkeit im Zusammenhang mit der Frage nach dem Maß an Einwilligungsfähigkeit, über die ein Patient verfügt.
- (2.) Autonomie als situative Disposition
- (3.) Autonomie als Charakterideal, dass der Patient alle die Behandlung betreffenden Entscheidungen selbst fällt und der Arzt lediglich die notwendigen Informationen liefert.
- (4.) Autonomie als moralisches Recht, nicht im Sinne einer bestehenden oder erwünschten Fähigkeit, sondern vielmehr ein Anspruch. Autonomie in diesem Sinne bedeutet nicht, dass jemand selbstbestimmt ist oder sein soll, sondern dass er ein Recht auf Selbstbestimmung hat.⁴⁶

Die Patientenautonomie nimmt eine Schlüsselposition in der Medizinethik ein. Das Autonomie-Konzept von Faden und Beauchamp hat die Medizinethik fundamental geprägt. Laut Faden und Beauchamp muss eine autonome Handlung folgendermaßen charakterisiert sein. Der Patient muss eine Entscheidung

- (1) mit Verständnis (handelnde Person muss gut genug informiert sein über Konsequenzen der Handlung - Informiertheit)
 - (2) frei vom kontrollierenden Einfluss Anderer (Freiwilligkeit)
 - (3) absichtlich (Intentionalität)
- treffen können.⁴⁷

Das Autonomieprinzip wird in der Sterbehilfedebatte von Befürwortern und Gegnern ins Feld geführt. Auf Seiten der Befürworter fordert die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (DGHS) „ die Umsetzung des Rechtes auf Selbstbestimmung bis zum Lebensende.“⁴⁸ Die DGHS macht in ihrem Grundsatzprogramm deutlich, dass es

⁴⁶ Birnbacher 2012, S. 562–563

⁴⁷ Beauchamp und Walters 1989, S. 394–398

⁴⁸ Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (DHGS) Grundsatzprogramm, S. 2

ihr Ziel ist, „den Wunsch der breiten Bevölkerungsmehrheit nach Möglichkeiten ärztlicher Suizidbeihilfe zu verwirklichen“.⁴⁹

Auf Seiten der Gegner, wird das Autonomieprinzip in ein größeres soziales Konstrukt eingeflochten. Die Evangelische Kirche Deutschlands und die Deutsche Bischofskonferenz erklärten im Jahre 2011, dass „Selbstbestimmung nicht als völlige Unabhängigkeit missverstanden werden [darf]. Sie gewinnt nur in sozialen Kontexten Gestalt, d. h. der Mensch ist und bleibt eingebunden in die mitmenschliche Gemeinschaft und ist auf sie angewiesen. Die Gesellschaft hat ihrerseits eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitgliedern. [...] Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorge für den Patienten sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen.“

2.4.2. Tötungsverbot

"Das Tötungsverbot ist in allen Rechtskulturen tief verankert."⁵⁰ Weiterhin postuliert Dreier, dass in jeder Gruppe bzw. jeden größeren menschlichen Verbandes das Tötungsverbot zur Existenzbedingung gehört.

In der heutigen Zeit, ist das Tötungsverbot im Strafgesetzbuch für alle Menschen bindend. Hier heisst es:

Sechzehnter Abschnitt: Straftaten gegen das Leben

§ 211 Mord

(1) Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft.

(2) Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.

§ 212 Totschlag

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

⁴⁹ Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (DHGS) Grundsatzprogramm, S. 1

⁵⁰ Horst Dreier 2007, S. 261

§ 216 Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.⁵¹

Nach Joerden ist das menschliche Leben das höchste Rechtsgut. Die Nutzung aller anderen denkbaren Rechtsgüter hängt davon ab, dass das Leben des einzelnen Menschen gewährleistet ist. Dementsprechend besitzt das Tötungsverbot uneingeschränkt und gegenüber jeder Person Gültigkeit.⁵²

Jedoch gibt es auch Einschränkungen des Tötungsverbotes, "so darf sich jeder Bürger gegen rechtswidrige Angriffe Dritter schlimmstenfalls auch durch Tötung des Angreifers wehren und ist insofern gerechtfertigt (Notwehr)."⁵³

Aus Sicht der Kirchen, ist das Leben gottgegeben. Daraus folgt eine „Heiligkeit“ des menschlichen Lebens. Niemand außer Gott darf das Leben beenden.⁵⁴

Papst Johannes Paul II. beschrieb dies in seinem Evangelium Vitae als „die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens.“⁵⁵. Da wir in einer pluralistischen Gesellschaft leben, kann man "die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens.“⁵⁶ im religiösen Sinne nicht für alle in der Gesellschaft lebenden Personen als tragfähig ansehen. Jedoch ist die abendländische Kultur stark von christlichen Werten geprägt, sodass eine starke Beeinflussung angenommen werden kann.

Weiterhin gibt es ein säkulares Tötungsverbot, laut Albert Schweitzer gibt es eine "Ehrfurcht vor dem Leben". Dies bedeutet, dass "alles Leben, Mitmenschen wie auch die vielfältigen Lebensformen der Tier- und Pflanzenwelt, als grundsätzlich gleich wertvoll anzuerkennen [sind]".⁵⁷ Hieraus lässt sich ein universelles ethisches "Verbot" ableiten. Im Hinblick auf den Diskurs um die Sterbehilfe, wird das Tötungsverbot als Argument gegen die Sterbehilfe ins Felde geführt.

⁵¹ Strafgesetzbuch S. 105

⁵² Joerden 2003, S. 170

⁵³ Horst Dreier 2007, S. 267

⁵⁴ Carlo Grimm / Ingo Hillebrand 2012

⁵⁵ Paul, II. 2012, S. Abschnitt 5

⁵⁶ Paul, II. 2012, S. Abschnitt 5

⁵⁷ Dr. Gottfried Schüz

2.4.3. Ärztebelastung

Das hinter dem Begriff stehende Konzept beschreibt die emotionale Belastung für den Arzt, die die Ausführung von Sterbehilfe mit sich bringen kann. Aktuell ist es den Ärzten durch das Standesrecht verboten, „Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“⁵⁸

In einer Studie von Kirschner et al.⁵⁹ aus dem Jahre 1998 wurden 282 Ärzte mit Praxistätigkeit und 191 Klinikärzte zum Thema Sterbehilfe befragt. Von den Ärzten mit Praxistätigkeit gaben 11%, von den Klinikärzten 6% an, schon Erfahrung mit aktiver Sterbehilfe gemacht zu haben.⁶⁰

Jedoch gibt es wenig Daten, welche Auswirkung die Ausübung von Sterbehilfe auf die behandelnden Ärzte hat. Innerhalb der Gesellschaft gibt es unterschiedliche Meinungen zum Rollenverständnis der Ärzteschaft in Bezug auf die Ausübung von Sterbehilfe.

Die Kirchen äußern, dass die Ausführung von Sterbehilfe "das Gewissen des Arztes [...] in unerträglicher Weise belasten [würde]..."⁶¹ Nach Hoerster dürfen Ärzte aufgrund der möglichen Gewissensbelastung nicht zur Ausführung von Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung verpflichtet werden.⁶² Allerdings kann ein Arzt, der keine Sterbehilfe leisten möchte, einem todkranken Menschen mit dem Wunsch nach Sterbehilfe in der normalen Rolle als Heilender nicht mehr helfen.⁶³

Im Gegensatz dazu wurde auf dem Deutschen Juristentag 2006 ("Patientenautonomie und Strafrecht bei Sterbebegleitung") eine Kritik am Standesrecht der Ärzte geäußert. Und zwar sollte die "Missbilligung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung [durch die Ärzteschaft] einer differenzierten Beurteilung weichen [...]".⁶⁴

Wie Ärzte selbst darüber denken, wurde im Jahr 2009 in der Studie „Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen aus Sicht der deutschen Ärzteschaft“⁶⁵

⁵⁸ Bundesärztekammer (2011b), S. A 1984

⁵⁹ Kirschner und Elkeles 1998

⁶⁰ Kirschner und Elkeles 1998

⁶¹ Die Deutschen Bischöfe, S. 49

⁶² Hoerster 2002, S. 180

⁶³ Hoerster 2002, S. 175

⁶⁴ 66_DJT_Beschluesse, S. 12

⁶⁵ Institut der Demoskopie Allensbach

eruiert. Es wurden insgesamt 527 Ärzte befragt, darunter waren 266 Ärzte im ambulanten und 261 Ärzte im stationären Bereich tätig. Im Wortlaut hieß es:

„Wenn es eine gesetzliche Regelung gäbe, die die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung grundsätzlich erlaubt: Kann man es den Ärzten zumuten, darüber zu entscheiden, ob sie dem Wunsch eines Patienten nach einem ärztlich begleiteten Suizid Folge leisten sollen, oder lastet man ihnen damit eine zu hohe Bürde auf?“

53% der befragten Ärzte gaben an, dies sei eine zu hohe Bürde und damit unzumutbar, 36% hielten es für zumutbar.⁶⁶

2.4.4. Nationalsozialismus

In der Zeit des Nationalsozialismus wurden in Deutschland im Zeitraum von ca 1939-1945 Millionen Menschen systematisch ermordet. Im Jahr 1920 erschien die Schrift von Karl Binding und Alfred Hoche mit dem Titel: "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens".⁶⁷ Diese Ideologie legten die Nationalsozialisten ihren mörderischen Handlungen zugrunde. In Deutschland hat man sich nach 1945 gescheut im Zusammenhang mit Handlungen, die das Lebensende betreffen, den im Ausland gängigen Ausdruck „Euthanasie“ zu verwenden. Dieser wird in Deutschland assoziiert mit der Ermordung kranker und behinderter Menschen während der NS-Zeit.⁶⁸

Ursprünglich kommt euthanasía aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „guter Tod“. ⁶⁹ In der Zeit nach dem Krieg war die "NS-Euthanasie" kaum Gegenstand intensiver öffentlicher Auseinandersetzung. Es wurden kaum längere Artikel, die vom Titel her dem Thema "NS-Euthanasie" zuzuordnen sind, in den Wochenschriften "Der Spiegel" und "Die Zeit" publiziert.⁷⁰ In den 50er und 60er Jahren, brauchten die Deutschen laut Dörner "Jahrzehnte des erschrockenen Schweigens, um mit dem Abstand die Wiederannäherung an diese Themen riskieren zu können."⁷¹ Vor allem die Entwicklung der Intensivmedizin habe dazu geführt, dass in der folgenden Zeit die Diskussion um Sterbehilfe wieder mehr ins Zentrum der medialen Aufmerksamkeit

⁶⁶ Institut der Demoskopie Allensbach

⁶⁷ Benzenhöfer 2009, S. 89

⁶⁸ Nationaler Ethikrat 2006, S. 48

⁶⁹ Nationaler Ethikrat 2006, S. 50

⁷⁰ Benzenhöfer 2009, S. 118

⁷¹ Ärzte-Verlag 1987

rückte.⁷² Dies war in den europäischen Nachbarländer schon wesentlich früher geschehen.

In den 70er Jahren erregte der Prozess um die Ärztin Geertruida Postma-von Boven großes Aufsehen. Sie hatte ihrer Mutter (gelähmt durch Schlaganfall) auf deren Bitte hin 200mg Morpium gespritzt und sie damit getötet.⁷³ Laut Benzhöfer versuchten "einflussreiche deutsche Journalisten, mit Sympathien für die Tötung auf Verlangen, im Zuge ihrer Berichterstattung über diesen Fall, die "Euthanasie"-Diskussion in Deutschland zu "enttabuisieren" und eine neue "Euthanasie-Debatte" einzuleiten.⁷⁴

Weiterhin führt Benzhöfer aus, dass aus Sicht der Sterbehilfebefürworter das "Tabu" über das "Euthanasiethema" in Deutschland erst gebrochen werden muss.⁷⁵

Einerseits wird argumentiert, dass die "NS-Euthanasie" die aktuelle Diskussion um die Sterbehilfe nicht mit einem Tabu belegen darf. Nach Thiele ist es nicht gerechtfertigt, die Debatte über die Beihilfe zur Selbsttötung bzw. die Tötung auf Verlangen mit einem Verweis auf die Zeit des Nationalsozialismus zu beenden. Ein entscheidender Unterschied bestehe darin, dass unter den Nationalsozialisten nicht das Individuum entschied, ob sein Leben lebenswert sei, sondern ausschließlich Dritte. Somit sei ein wesentliches Kriterium für eine moralisch vertretbare Entscheidung für die Selbsttötung, nämlich die selbstbestimmte Entscheidung, nicht erfüllt.⁷⁶

Andererseits wird argumentiert, dass die nationalsozialistische Vergangenheit nicht in Vergessenheit geraten darf. Im Jahr 2003 äußerten sich der damalige Vorsitzende der Evangelischen Kirche Deutschland Manfred Kock, und der damalige Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz Karl Kardinal Lehmann gemeinsam in einem Vorwort zur Sammlung kirchlicher Texte⁷⁷:

„Wir wissen, wohin es führen kann, wenn Menschen von Dritten für nicht mehr lebenswert erklärt werden (...)“ und verwiesen damit auf die NS-Zeit.⁷⁸ So warnt Dörner, dass der Nationalsozialismus nicht nur ein "Betriebsunfall" in der deutschen

⁷² Benzenhöfer 2009, S. 122

⁷³ Spiegel 1973

⁷⁴ Benzenhöfer 2009, S. 126

⁷⁵ Benzenhöfer 2009, S. 126

⁷⁶ Felix Thiele 2005, S. 13

⁷⁷ Evangelische Kirche, Deutsche Bischofskonferenz

⁷⁸ Karl Lehmann, Manfred Kock, S. 13

Geschichte gewesen sei.⁷⁹ Und im Hinblick auf die Tötung auf Verlangen fügt er hinzu, haben die Deutschen keine Entschuldigung, sondern hätten und haben die Pflicht zu lernen.⁸⁰

2.4.5. Palliativmedizin

"Die Palliativmedizin konzentriert sich auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen. Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen"⁸¹

Dieser Satz steht auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Der Begriff "palliativ" wird auf das lateinische Wort "pallium" (Mantel, Umhang) bzw. »palliare« (bedecken, tarnen, lindern) zurückgeführt. Erste palliative Maßnahmen wurden schon im 13. Jahrhundert beschrieben. Im Jahr 1967 gründete Cicely Saunders in London das St. Christopher Hospice. Dies galt als ein historischer Impuls für die Entwicklung der Palliativmedizin und der modernen Hospizbewegung.⁸² Cicely Saunder prägte den Satz: „Nicht dem Leben mehr Tage hinzuzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben." Das Behandlungsziel ist Lebensqualität und nicht Lebensquantität.⁸³

Im Diskurs um die Sterbehilfe besteht relative Einigkeit einerseits über die Forderung, die Palliativversorgung allen bedürftigen Menschen zugänglich zu machen, d.h. diese wohnortnah, flächendeckend und in hoher Qualität anbieten zu können,⁸⁴ andererseits die Forderung nach Information und Aufklärung, um somit allen Mitgliedern der Gesellschaft die Palliativmedizin näher zu bringen.⁸⁵

Jedoch gibt es Uneinigkeit im Hinblick auf die Notwendigkeit von Sterbehilfe. So argumentiert Birnbacher im Diskurs um die Sterbehilfe, dass es ,selbst bei

⁷⁹ Ärzte-Verlag 1987

⁸⁰ Ärzte-Verlag 1987

⁸¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2016

⁸² Schnell und Schulz 2012, S. 7

⁸³ Dietrich Kettler 2005, S. 134

⁸⁴ Sitte 2014, S. 9

⁸⁵ Sitte 2014, S. 9

hypothetisch flächendeckenden Angebot an Palliativmedizin einige Patienten gibt, deren Leiden mit den Mitteln der Palliativmedizin allein nicht zu lindern seien.⁸⁶

Dieses Argument wird (insbesondere von Palliativmedizinern) negiert. Es wird argumentiert, dass nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Palliativmedizin kein wirklicher Bedarf an Sterbehilfe mehr nötig ist. Mithilfe der palliativen Sedierung als ultima ratio können so gut wie alle Leiden gelindert werden.⁸⁷ In diesem Falle erfolge eine Bewusstseinsreduzierung, jedoch ohne Lebensverkürzung. Wenn als Nebenwirkungen zunehmende Müdigkeit und schließlich dauerhafter Schlaf akzeptiert würden, ist es in Extremfällen möglich, die Belastungen auszuschalten. So muss einem Patienten in verzweifelter Lage Sterbehilfe als Ausweg nicht angeboten werden.⁸⁸

2.4.6. Dambruch

Zimmermann-Acklin beschreibt, dass das Dambruch-Argument, oder Argument der schiefen Bahn meist von Gegnern einer politischen oder rechtlichen Entscheidung ins Felde geführt wird. Somit wird versucht, dessen Einführung zu verhindern, indem auf mögliche katastrophale Folgen dieser vorgeschlagenen Praxis hingewiesen wird. Die Quintessenz dessen lautet:

"Wird die erwünschte und begründbare Praxis A erlaubt und praktiziert, so führt dies zwangsläufig oder auf "natürlichem Weg" [...] in einen Zustand mit der unerwünschten Praxis B. Soll B verhindert werden, so muss folgerichtig bereits auf A verzichtet werden."⁸⁹

Im angelsächsischen Raum wird dies auch als "slippery slope"-Argument betitelt.

Im Hinblick auf die Tötung auf Verlangen oder ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ist laut Peintinger die Argumentationsform der "schiefen Ebene" im Wesentlichen durch die Vermutung dreier unterschiedlicher Folgen charakterisiert.⁹⁰

1. Parallelität zu geschichtlichen Entwicklungen

Hier verweist Peintinger auf die Gefahr zu möglichen Parallelen des Beginns des 20. Jahrhunderts, als Binding und Hoche als Wegbereiter für die Tötung des nicht mehr

⁸⁶ Dieter Birnbacher 2005, S. 33–34

⁸⁷ Sitte 2014, S. 5

⁸⁸ Sitte 2014, S. 4

⁸⁹ Zimmermann-Acklin 2002, S. 346

⁹⁰ Peintinger 2008, S. 243–244

lebenswert eingeschätzten Menschenlebens waren. Dies gipfelte einige Jahrzehnt später in der Zeit des Nationalsozialismus (s.o.)

2. Vertrauensverlust durch Tötungserlaubnis

Hier skizziert Peintinger das potenziell geschädigte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, wenn dem Arzt die Erlaubnis zur Tötung erteilt wird.

3. Schleichende Ausweitung der Tötungspraxis

Die dritte Argumentationslinie beruht auf der Befürchtung, dass durch eine etablierte Sterbehilfe, die Tötungspraxis auch bei schwachen Bevölkerungsgruppen angewendet wird.⁹¹

Schöne-Seifert gab in ihrer Stellungnahme im Deutschen Bundestag hinsichtlich der neuen Gesetzgebung⁹² zwecks der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung folgendes zu bedenken:

"Damnbrüche und Missbrauch sind bei keiner Form der Sterbehilfe mit letzter Sicherheit auszuschließen, wohl aber sehr unwahrscheinlich und durch klare Sorgfaltskriterien und Transparenz zu konterkarieren."⁹³

Weiterhin führte sie aus, dass Gegner der Beihilfe zur Selbsttötung einmal davor warnen, dass Suizidentscheidungen vermehrt unter sozialem Druck getroffen werden könnten (zum Beispiel Mitleidstötungen, finanzielle Belastung durch Pflegekosten etc.). Zum anderen könnten die Grenzen für die Zulässigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung aufgeweicht werden.

Schöne-Seifert postulierte jedoch, dass durch gesellschaftliche und ärztliche Wachsamkeit diesen Gefahren vorgebeugt werden könne. Um einer ungewollten Ausweitung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung entgegen treten zu können, gäbe es Maßnahmen, wie gesetzlichen Auflagen zu Dokumentation und Begleitforschung, sowie einer zeitnahen Überprüfung ihrer Ergebnisse.⁹⁴

⁹¹ Peintinger 2008, S. 243–244

⁹² Vgl. Kapitel 2.3

⁹³ Schöne-Seifert, S. 9

⁹⁴ Schöne-Seifert, S. 9

3. Fragestellung

Die neue Gesetzgebung⁹⁵ verdeutlicht die Brisanz und Aktualität des Themas Sterbehilfe, insbesondere der umstrittenen Sterbehilfeformen der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung. In der Vergangenheit hat man sich zwar mit der Legalisierung der Sterbehilfe auseinandergesetzt, es gibt jedoch nur wenig Daten,

zum Einfluss der spezifischen ethischen Argumente auf die moralische Einstellung hinsichtlich der Sterbehilfe. Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, ob die verwendeten Argumente in der Sterbehilfedebatte tatsächlich Einfluss auf die moralische Bewertung der Sterbehilfe haben.

⁹⁵ Vgl. Kapitel 2.3

4. Methoden

In diesem Kapitel wird zuerst der Fragebogen erläutert, nachfolgend wird auf die Studie und den Ablauf der Untersuchung näher eingegangen. Am Schluss werden die Analysen der Datenauswertung beschrieben.

4.1. Beschreibung des Fragebogens

Der verwendete Fragebogen basierte auf einem Fragebogen, der dazu eingesetzt wurde, die Einstellungen und Entscheidungen am Lebensende der Schweizer Bevölkerung zu eruieren.⁹⁶

Freundlicherweise wurde uns dieser Fragebogen zur Verfügung gestellt. Für den Einsatz in Deutschland und bei Studierenden verschiedener Fachrichtungen wurde er den neuen Anforderungen entsprechend modifiziert. So war z. Bsp. die in der Schweiz legale Option einer Sterbehilfeorganisation zur Zeit der Befragung in Deutschland verboten.

Des Weiteren wurden zusätzliche Items mit aufgenommen, die sich auf Themen wie Ärztebelastung, Palliativmedizin, nationalsozialistische Vergangenheit, Tötungsverbot, Patientenautonomie und Dammbruch bezogen.

Nachfolgend wird der Aufbau des Fragebogens erläutert. Am Anfang wurden demografische Daten sowie der Wissensstand der Studierenden bezüglich der verschiedenen Sterbehilfeformen erfragt. Der Hauptteil bestand aus insgesamt sechs Fallvignetten. Nachfolgend wird nur auf vier dieser Fallvignetten eingegangen, welche die umstrittenen Sterbehilfeformen betrafen. Inhalt dieser Vignetten waren Situationen, in denen die Anwendung der umstrittenen Sterbehilfeformen beschrieben wurde. Die Studierenden wurden dazu aufgefordert, die beschriebenen ärztlichen Handlungen moralisch zu bewerten.

Im folgenden Teil des Fragebogens sollten die Studierenden angeben, ob sie relevanten Argumenten in der Sterbehilfedebatte zustimmten oder diese ablehnten. Zusätzlich wurden verschiedene Einstellungen erhoben, unter anderem Autoritarismus und Selbstwirksamkeit (zwei feststehende Messinstrumente), sowie Religiosität und Konservatismus. Das geschah unter der Annahme, dass diese Einstellungen Einfluss haben könnten auf die moralische Bewertung der verschiedenen Sterbehilfeformen.

⁹⁶ Schwarzenegger

Für die nachfolgende Auswertung, wurden nicht alle abgefragten Items verwendet. In den nächsten Kapiteln wird nur Bezug genommen auf die für diese Arbeit relevanten Items. Der vollständige Fragebogen inklusive aller Items findet sich im Anhang wieder.

Stichprobenbeschreibung

Der oben beschriebene Fragebogen wurde Studierenden der Philipps-Universität in Marburg vorgelegt. Es wurden Studierende der Rechtswissenschaft, Humanmedizin und Theologie in die Studie mit eingeschlossen. Da es in Marburg nur einen Lehrstuhl für evangelische Theologie gibt, konnten auch nur diese Studierenden inkludiert werden.

Es wurden 3 Gruppen untersucht:

Jura-Studierenden: Diese Gruppe umfasste Jura-Studierende der Philipps-Universität in Marburg verschiedener Fachsemester

Medizin-Studierende: Diese Gruppe umfasste Medizin-Studierende der Philipps-Universität in Marburg verschiedener Fachsemester

Theologie-Studierende: Diese Gruppe umfasste Theologie-Studierende der Philipps-Universität in Marburg verschiedener Fachsemester

Insgesamt füllten 920 Studierende den Fragebogen aus, darunter 522 Medizin- (344 weiblich, 178 männlich, mittleres Alter = 24, Standardabweichung = 2,88), 278 Jura- (161 weiblich, 117 männlich, mittleres Alter = 23, Standardabweichung = 3,47), und 120 Theologie-Studierende (73 weiblich, 47 männlich, mittleres Alter = 24, Standardabweichung = 3,34).

Untersuchungsablauf

Die Bearbeitungszeit des Fragebogens betrug 20-30 Minuten. Der Fragebogen wurde sowohl über Unipark (Produkt der Globalpark AG) in einer Online-Version, als auch in Papierform zur Verfügung gestellt. An folgenden Kohorten sollten Daten erhoben werden:

- Studierende der Rechtsmedizin
- Studierende der Humanmedizin
- Studierende der Theologie

Nach schriftlicher Genehmigung der Dekane der unterschiedlichen Fachrichtungen wurden Einladungen zur Teilnahme an der Online-Befragung per E-Mail versendet.

Im Fall der Medizin-Studierenden geschah dies über die Online-Lernplattform K-med, die von allen Medizin-Studierenden in Marburg zwecks Lernmaterialien und zum Informationsaustausch genutzt wurde. Im Fall der Jura- und Theologie-Studierenden wurde über das Hochschulrechenzentrum (HRZ) eine entsprechende E-Mail versendet. Nach einem Monat erfolgte das Verschicken einer Erinnerungsmail. Zusätzlich wurde die Papierversion in Kernveranstaltungen der jeweiligen Kohorten verteilt.

Bei den Jura-Studierenden geschah dies unter anderem in den Vorlesungen für Strafrecht, Öffentliches Recht und verschiedenen Seminaren (Völkerrecht, Aktienrecht etc.).

Im Fall der Medizin-Studierenden wurden unter anderem Fragebögen verteilt in den Vorlesungen für Chemie, Biochemie und der klinisch pathologischen Konferenz, sowie im Anamnese-Kurs. Bei den Theologie-Studierenden wurden ebenfalls in einer Vorlesung für Erstsemester, wie in verschiedenen Kursen (Interpretation der Heiligen Schrift, etc.) Fragebögen verteilt.

Damit am Ende der Untersuchung ein einheitlicher Datensatz zur Analyse mit SPSS vorlag, wurden die von den Studierenden ausgefüllten Papierversionen des Fragebogens direkt über EFS Survey eingetragen. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Dezember 2010 bis Juni 2011.

4.2. Analyse der Daten

In diesem Abschnitt werden die Analysen der Daten beschrieben und erläutert welche Methoden angewendet wurden. Die statistischen Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS 17.0 für Microsoft Windows (SPSS Inc., 2008) durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt.

4.2.1. Moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen

Wie bereits eingangs dargelegt, wird im Folgenden nur auf die Fallvignetten eingegangen, die die umstrittenen Sterbehilfeformen betrafen. Im Rahmen von vier Fallvignetten wurde in insgesamt fünf Items nach der moralischen Bewertung der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung gefragt. Diese fünf Items wurden den beiden umstrittenen Sterbehilfeformen zugeordnet. So konnte für beide umstrittene Sterbehilfeformen, jeweils eine Skala aus den Mittelwerten der zugehörigen Items gebildet werden. Der möglichen Zustimmung oder Ablehnung der einzelnen Items konnten die Studierenden auf einer zehnstufigen Likertskala (von 1 „völlig falsch“ bis 10 „völlig richtig“) Ausdruck verleihen.

Für jede der drei Kohorten wurden die Mittelwerte der Sterbehilfe-Skalen berechnet und untereinander verglichen. Nachfolgend werden die relevanten Fallvignetten mit den dazugehörigen Items dargestellt. Des Weiteren wurden diese Items den umstrittenen Sterbehilfeformen zugeordnet.

Fallvignette (Situation) 1

Frau Ackermann leidet an unheilbarem Krebs, der sich in ihrem Körper ausbreitet und ihr unerträgliche und nicht aufhörende Schmerzen bereitet. Die Ärzte sagen, dass sie höchstens noch sechs Monate leben wird. Nach langem Überlegen bittet sie ihren Arzt ihr beim Sterben zu helfen.

Tabelle 1: Situation 1 (Items v_16 und v_020)

Item	Umstrittene Sterbehilfeform
Item v_016: Finden Sie es persönlich richtig oder falsch, wenn ein Arzt in dieser Situation Frau Ackermann ein tödliches Medikament verschreiben würde, damit sie sich selber das Leben nehmen kann?	Beihilfe zur Selbsttötung
Item v_020: Wenn nun der Arzt auf den Wunsch von Frau Ackermann hin ihr ein tödliches Medikament selber spritzt, wie richtig oder falsch finden Sie das persönlich?	Tötung auf Verlangen

Fallvignette (Situation) 3

Frau Graf ist 54 Jahre alt und hat unheilbaren Lungenkrebs. Sie hat schon mehrere Chemotherapien hinter sich, die aber keine Besserung erzielt haben. Jetzt liegt sie im Krankenhaus und hat ständig das Gefühl, zu ersticken. Die Ärzte sagen ihr, dass sie bald sterben wird. Darum bittet Frau Graf ihren Arzt, ihre Luftnot und ihre Schmerzen zu lindern und ihr beim Sterben zu helfen.

Tabelle 2: Situation 3 (Item v_026)

Item	Umstrittene Sterbehilfeform
Item v_026: Stellen Sie sich nun folgendes vor: Weil der Arzt Frau Graf nicht nur von ihrem Leiden befreien, sondern ihren Wunsch nach einem schnellen Tod erfüllen will, spritzt er eine tödliche Dosis des Schmerzmittels. Kurz darauf stirbt Frau Graf. Finden Sie persönlich das Vorgehen des Arztes richtig oder falsch?	Tötung auf Verlangen

Fallvignette (Situation) 4

Herr Marbach ist 85 Jahre alt und bei klarem Verstand. Er sieht und hört fast nichts mehr und sitzt im Rollstuhl, ist jedoch nicht unheilbar krank. Seit einem Jahr braucht er Windeln für Erwachsene. Er findet sein Leben nicht mehr lebenswert und möchte sterben. Er bittet seinen Arzt ihm beim Sterben zu helfen.

Tabelle 3: Situation 4 (Item v_028)

Item	Umstrittene Sterbehilfeform
Item v_028: Finden Sie persönlich es richtig oder falsch, wenn ein Arzt Herrn Marbach unter diesen Umständen ein tödliches Medikament verschreibt, mit dem er sich selber das Leben nehmen kann?	Beihilfe zur Selbsttötung

Fallvignette (Situation) 6

Herr Bühler ist 60 Jahre alt und leidet an Alzheimer. Er kann sich schon nach kurzer Zeit an einfache Sachen nicht mehr erinnern und vergisst manchmal sogar die Namen von seinen Kindern. Er merkt selber, dass er sich immer schlechter erinnern kann und weiß, dass er durch diese Krankheit zu einem Pflegefall wird und schließlich an ihr stirbt. Diesem Fall möchte er zuvorkommen, solange er noch kann. Er bittet seinen Arzt, ihm beim Sterben zu helfen.

Tabelle 4: Situation 6 (Item v_035)

Item	Umstrittene Sterbehilfeform
Item v_035: Finden Sie persönlich es richtig oder falsch, wenn ein Arzt Herrn Bühler unter diesen Umständen ein tödliches Medikament verschreibt, damit er sich selber das Leben nehmen kann?	Beihilfe zur Selbsttötung

In der nachfolgenden Tabelle werden die Skalen der umstrittenen Sterbehilfeformen mit den dazugehörigen Items dargestellt.

Tabelle 5: Skalen der umstrittenen Sterbehilfeformen

Umstrittene Sterbehilfeform	Items
Tötung auf Verlangen	v_020; v_026
Beihilfe zur Selbsttötung	v_016; v_028; v_035

4.2.2. Bewertung der Argumente und Einstellungen

Der Fragebogen war Teil eines großen Projekts zur Einstellung zur Sterbehilfe und enthielt verschiedene Konzepte, von denen nur die folgenden für die vorliegende Promotionsarbeit relevant waren. Es folgt eine Darlegung der generellen sowie der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen.

Generelle Argumente und Einstellungen:

Autoritarismus wurde mit der 12-Punkte-RWAD-Skala von Funke (2005) erhoben. Ein Beispiel-Item lautete: "Es gibt kein Verbrechen, dass die Todesstrafe rechtfertigen würde."

Die Studierenden konnten ihrer Zustimmung oder Ablehnung auf einer Skala von 0 (völlig falsch) bis 6 (völlig richtig) Ausdruck verleihen.

Selbstwirksamkeit wurde mit der 10-Punkte Skala von Schwarzer und Jerusalem (1999), basierend auf Bandura (1997) evaluiert. Ein Beispiel-Item lautete: "Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern." Die Studierenden konnten ihrer Zustimmung oder Ablehnung auf einer Skala von 1 (stimmt nicht) bis 4 (stimmt genau) Ausdruck verleihen. Hohe Werte zeigten eine höhere Selbstwirksamkeit an.

Diese beiden Skalen wurden als feststehende Messinstrumente in den Fragebogen mit aufgenommen.

Religiosität wurde durch das einzelne Item "Hat ihre Religion eine große Bedeutung für Ihr Leben?" abgefragt. Antworten konnten auf einer Skala von 1 (überhaupt keine Bedeutung) bis 10 (sehr große Bedeutung) gegeben werden.

Konservatismus wurde durch das Item "In politischer Hinsicht, wie konservativ würden Sie sich einschätzen?" abgefragt. Antworten konnten auf einer Skala von 1 (nicht konservativ) bis 10 (sehr konservativ) gegeben werden.

Sterbehilfe-spezifische Argumente und Einstellungen:

Weiterhin wurden Argumente und Einstellungen abgefragt, die in der aktuellen Sterbehilfedebatte relevant sind. Die Studierenden konnten ihrer möglichen Zustimmung oder Ablehnung der einzelnen Items auf einer zehnstufigen Likertskala (von 1 „völlig falsch“ bis 10 „völlig richtig“) Ausdruck verleihen.

Mit dem Ziel der Datenreduktion wurde eine Hauptfaktorenanalyse⁹⁷ mit Promax-Rotation⁹⁸ durchgeführt. Hier zeigte sich eine 5-Faktor-Lösung (Eigenwerte > 1, erklärte Varianz 58,80%). Eine Mustermatrix der Hauptfaktorenanalyse ist in der nächsten Tabelle dargestellt.

Drei Items zeigten niedrige oder unklare Ladungen und wurden aus der Auswertung entfernt (v_43, v_46, v_51).

Der erste Faktor konnte als ein *Generelles Tötungsverbot* interpretiert werden und bestand aus zwei Items. Er beschrieb eine allgemeine Opposition gegen das Töten, ohne Bezug auf die Religion zu nehmen. Um den religiösen Aspekt zu differenzieren, wurde ein einzelnes Item als *Religiöses Tötungsverbot* betrachtet. Da die Motivationshintergründe dieser zwei Tötungsverbote gänzlich anderer Natur waren, differenzierten wir die Items.

Darüber hinaus waren die Ladungen für das *Religiöse Tötungsverbot* auf zwei Faktoren verteilt. Dies deutete stark darauf hin, dass sein Inhalt von dem *Generellen Tötungsverbot* abwich.

Zwei weitere Items mit geringer Ladung auf dem ersten Faktor (und noch geringeren Ladungen auf den anderen Faktoren) wurden aus theoretischen Gründen in der Auswertung belassen: einmal die durch Ausführung der Sterbehilfe entstehende Belastung für Ärzte (*Ärztelastung*), das auf die Haltung hindeutete, dass die Sterbehilfe verboten werden sollte. Zum anderen *Palliativmedizin*, was auf die Haltung hindeutete, dass Patienten nach palliativmedizinischen Maßnahmen keine Sterbehilfe verlangten.

Drei Items zeigten klare Ladungen auf dem zweiten Faktor der Analyse. Dieser Faktor konnte als *Dammbrech* interpretiert werden und deutete auf die Haltung hin, dass wenn erst einmal mit harmlosen Maßnahmen der Sterbehilfe begonnen wurde, sie am Ende nicht mehr zu stoppen sei.

Zwei Items zeigten klare Ladungen auf dem dritten Faktor, der als Vergleich zur *Nationalsozialistischen-Zeit* interpretiert werden konnte. Diese Items bezogen sich auf die Haltung, dass die Euthanasie-Praktiken während der NS-Zeit in Deutschland die aktuelle Sterbehilfediskussion weiterhin beeinflussten.

⁹⁷ Bortz und Schuster 2010, S. 428

⁹⁸ Bortz und Schuster 2010, S. 418

Letztlich fanden sich bei drei Items klare Ladungen auf dem vierten Faktor, der als *Patientenautonomie* interpretiert werden konnte. Diese Items deuteten auf die Haltung hin, dass jeder Patient über seinen eigenen Tod entscheiden sollte.

Faktor-Ladungen unter 0,30 werden nicht dargestellt.

Tabelle 6: Explorative Faktorenanalyse der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen

	F1	F2	F3	F4	F5
Generelles Tötungsverbot					
v_053 „Du sollst nicht töten“ ist ein moralischer Grundsatz, dem auch ein Arzt nicht zuwider handeln darf.	0,72				
v_041 Ich lehne Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) ab, weil ich finde, dass auch die Erfahrung von unerträglichem Leid am Lebensende zum Menschenleben dazugehört.	0,65				
Religiöses Tötungsverbot					
v_040. Das Leben ist ein Geschenk Gottes und der Mensch hat nicht das Recht, darüber zu entscheiden, wann es endet.	0,63				0,40
Ärztebelastung					
v_044 Die Ausführung einer Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) oder der ärztlichen Beihilfe zum Suizid stellen für Ärzte eine sehr große Belastung dar, die Ihnen nicht zugemutet werden sollte.	0,50				
Palliativmedizin					
v_054 Wenn kranke Menschen richtig betreut werden und eine ausreichende Schmerztherapie erhalten, werden sie nicht den Wunsch haben, frühzeitig ihr Leben zu beenden.	0,33				
Dammbruch					
v_039 Wenn man das Verabreichen von tödlichen Medikamenten auf den ausdrücklichen Wunsch von einem Patienten hin erlaubt, führt das längerfristig auch dazu, dass man solche Medikamente einsetzt, wenn die Patienten das nicht wollen		0,44			
v_047 Die Legalisierung von Tötung auf Verlangen und ärztlicher Beihilfe zum Suizid führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um keine weiteren Behandlungskosten zu verursachen.		0,91			

v_048 Die Legalisierung von Tötung auf Verlangen und ärztlicher Beihilfe zum Suizid führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um nicht länger eine Belastung für ihr soziales Umfeld zu sein.		0,90			
Nationalsozialismus					
v_050 Die deutsche nationalsozialistische Vergangenheit beeinflusst immer noch die Sterbehilfe-Diskussion.			-0,47		
v_052 Die Zeit des Nationalsozialismus liegt lange zurück und sollte in der „Sterbehilfe-Debatte“ keinen Einfluss mehr haben, denn die junge Generation von heute sollte nicht mehr unter der Vergangenheit leiden müssen. (umkodiert)			-0,64		
Patientenautonomie					
v_038 Jeder erwachsene Mensch sollte selber darüber entscheiden dürfen, wann er sein Leben beenden will.				0,57	
v_042 Wenn jemand wirklich sterben will, aber von seinem Arzt kein tödliches Medikament bekommen kann, beendet er sein Leben auf eine andere Art, z.B. mit Schlaftabletten oder indem er vor einen Zug springt.				0,42	
v_049 Tötung auf Verlangen oder ärztliche Beihilfe zum Suizid sollten auch Menschen mit schwerer psychischer Krankheit in Anspruch nehmen können, wenn sich diese Menschen über die Konsequenzen im Klaren sind.				0,45	
Ausgeschlossene Items					
v_043 Kommerzielle Sterbehilfe sollte verboten werden, weil die Gefahr einfach zu groß ist, dass Leute versuchen, ein Geschäft daraus zu machen.					
v_046 Über den Begriff „Sterbehilfe“ sollte als Begriff diskutiert werden.					
v_051 Tötung auf Verlangen sollte in Deutschland schon allein wegen der nationalsozialistischen Vergangenheit nicht erlaubt werden.	0,34		-0,50		

So konnten die aufgelisteten Items auf eine kleinere Anzahl von Skalen reduziert werden.

In den nachfolgenden Tabellen werden einmal die generellen sowie die neu erstellten Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen, mit den dazugehörigen Items, dargestellt.

Tabelle 7: Skalen der generellen Argumente und Einstellungen

Generelle Argumente und Einstellungen	Items
Autoritarismus (AUT)	v_081 – v_092
Selbstwirksamkeit (SW)	v_068 – v_077
Religiosität (REL)	v_012
Konservatismus (KON)	v_013

Tabelle 8: Skalen der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen

Sterbehilfe-spezifische Argumente und Einstellungen	Items
Generelles Tötungsverbot (TV)	v_041; v_053
Religiöses Tötungsverbot (RTV)	v_040
Ärztebelastung (ÄB)	v_044
Palliativmedizin (PM)	v_054
Dammbruch (DB)	v_039; v_047; v_048
Nationalsozialismus (NS)	v_050; v_052
Patientenautonomie (PA)	v_038; v_042; v_049

Anschließend wurden für die einzelnen Kohorten die Mittelwerte der Skalen berechnet und miteinander verglichen.

4.2.3. Einfluss der Argumente und Einstellungen

Es wurde analysiert, wie einmal die generellen (Autoritarismus, Selbstwirksamkeit, Religiosität und Konservatismus) und zum anderen die Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen, die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen beeinflussten. Im Zuge dessen wurden jeweils multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Die Skalen der Argumente und Einstellungen wurden als die unabhängigen Variablen gewählt. Die Skala der jeweiligen umstrittenen Sterbehilfeform entsprach der abhängigen Variablen.

Im ersten Schritt wurden Autoritarismus, Selbstwirksamkeit, Religiosität und Konservatismus als Prädiktoren eingegeben, im zweiten Schritt folgten die Sterbehilfe-spezifischen Argumente.

So konnte der Einfluss der Argumente auf die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeform geprüft werden. Dieser Einfluss wurde durch Steigungskoeffizienten ausgedrückt. Oft hatten verschiedene Variablen unterschiedliche Messeinheiten und waren deshalb nicht vergleichbar. Aus diesem Grunde verwendeten wir standardisierte Gewichte, die sogenannten Beta-Gewichte. Diese drückten die Veränderung von Prädiktor und Kriterium in Standardabweichungen aus und ließen sich untereinander vergleichen.⁹⁹

⁹⁹ Bortz und Schuster 2010, S. 346

5. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenauswertung vorgestellt. Aufgrund des öffentlichen Diskurses wurde in dieser Arbeit das Augenmerk auf die gesellschaftlich umstrittenen Formen der Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen gelegt.

5.1. Moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen

Wie bereits in Kapitel 4.2 dargelegt, wurden die Items aus den Fallvignetten den umstrittenen Sterbehilfeformen zugeordnet und zu zwei Skalen zusammengefasst.

Die Studierenden konnten ihrer moralischen Bewertung der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung auf einer Likertskala von 1 (völlig falsch) bis 10 (völlig richtig) Ausdruck verleihen.

Die Theologie-Studierenden bewerteten in beiden Fällen die umstrittenen Sterbehilfeformen moralisch am niedrigsten. In den folgenden zwei Abbildungen werden die signifikanten Unterschiede hinsichtlich der moralischen Zustimmung der einzelnen Fachbereiche bezogen auf die Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung dargestellt.

Tötung auf Verlangen

Die moralische Akzeptanz der Tötung auf Verlangen lag bei den Theologie-Studierenden am niedrigsten. Sie unterschieden sich signifikant von den Jura- und Medizin-Studierenden. Zwischen Jura- und Medizin-Studierenden konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Abbildung 1: Tötung auf Verlangen: Vergleich der Mittelwerte

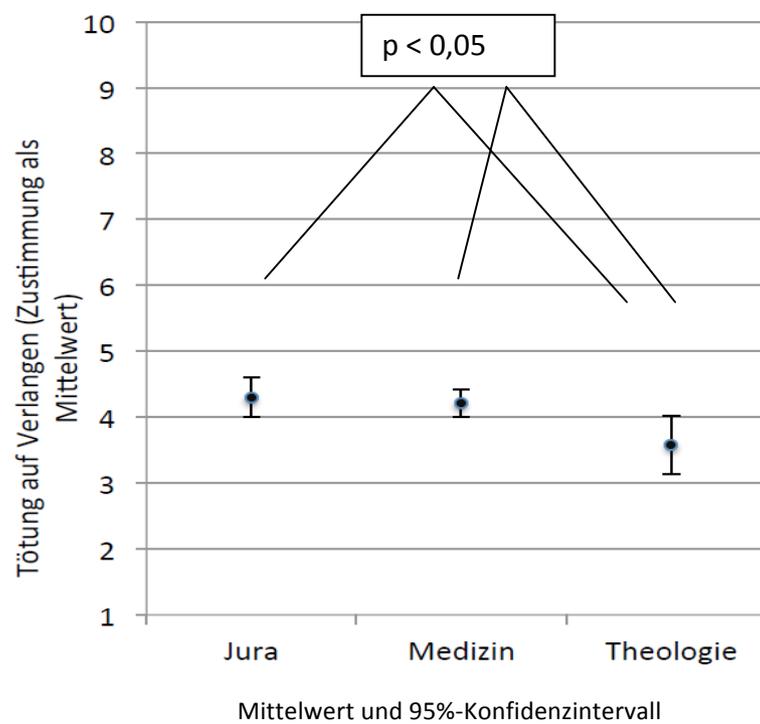


Tabelle 9: Tötung auf Verlangen

		n	MW	SD
Tötung auf Verlangen	Jura	278	4,30	2,55
	Medizin	522	4,21	2,42
	Theologie	120	3,58	2,46

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Beihilfe zur Selbsttötung

Die moralische Akzeptanz der Beihilfe zur Selbsttötung lag bei den Jura-Studierenden am höchsten, gefolgt von den Medizin-Studierenden. Die Theologie-Studierenden bewerteten die Beihilfe zur Selbsttötung moralisch am niedrigsten. Alle drei Fachbereiche unterschieden sich signifikant voneinander.

Abbildung 2: Beihilfe zur Selbsttötung: Vergleich der Mittelwerte

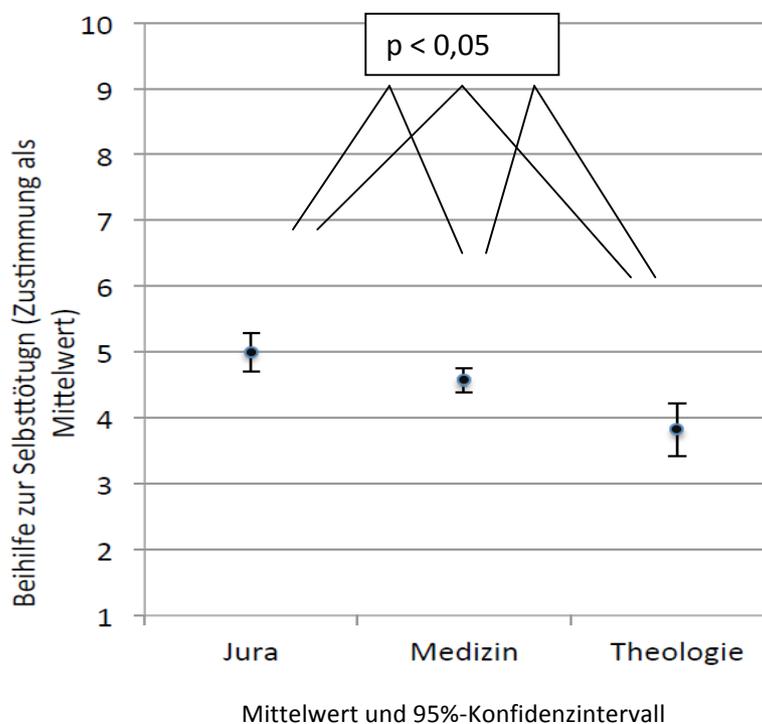


Tabelle 10: Beihilfe zur Selbsttötung

		n	MW	SD
Beihilfe zur Selbsttötung	Jura	278	5,00	2,47
	Medizin	522	4,57	2,19
	Theologie	120	3,82	2,27

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

5.2. Bewertung der Argumente und Einstellungen

In den folgenden Tabellen und Abbildungen wird die deskriptive Statistik der Skalen für die generellen und Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen nach Kohorten getrennt, dargestellt. Die Mittelwerte beziehen sich auf eine Likertskala zwischen 1 (völlig falsch) bis 10 (völlig richtig).

Abbildung 3: Generelle Argumente und Einstellungen

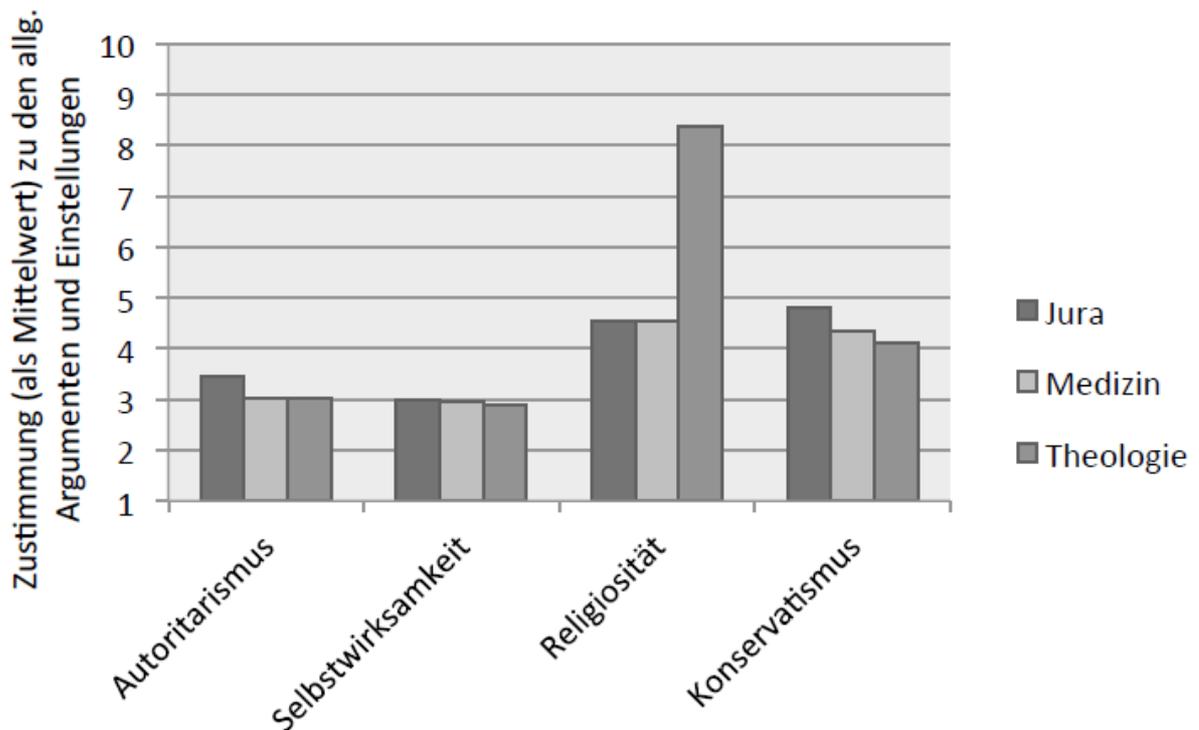


Tabelle 11: Deskriptive Statistik der generellen Argumente und Einstellungen

	Jura			Medizin			Theologie		
	n	MW	SD	n	MW	SD	n	MW	SD
Autoritarismus	278	3,44	0,88	522	3,01	0,84	120	3,02	0,80
Selbstwirksamkeit	278	3,00	0,37	522	2,96	0,40	120	2,90	0,37
Religiosität	278	4,55	2,92	522	4,54	2,89	120	8,38	2,05
Konservatismus	278	4,82	2,36	522	4,35	2,08	120	4,13	2,07

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Abbildung 4: Mittelwerte der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen

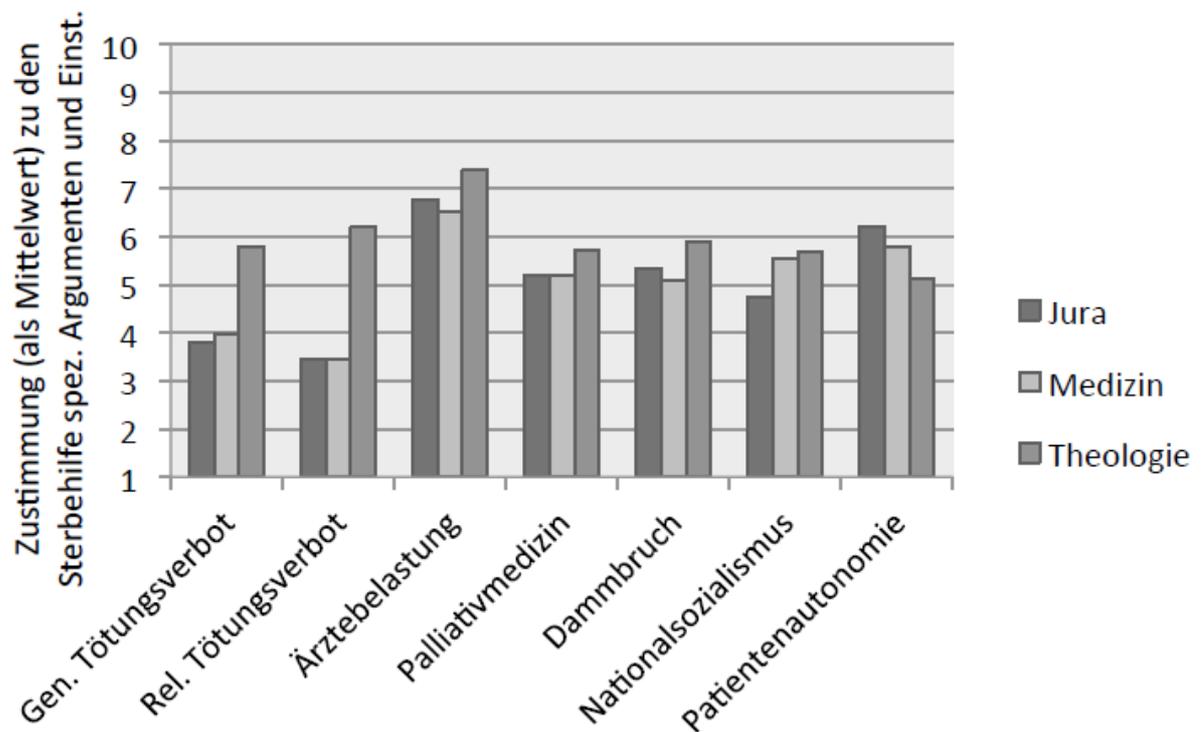


Tabelle 12: Deskriptive Statistik der Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen

	Jura			Medizin			Theologie		
	n	MW	SD	n	MW	SD	n	MW	SD
Generelles Tötungsverbot	278	3,82	2,29	522	3,99	2,07	120	5,79	2,46
Religiöses Tötungsverbot	278	3,45	2,86	522	3,44	2,56	120	6,20	2,98
Ärztelastung	278	6,77	2,50	522	6,51	2,57	120	7,38	2,30
Palliativmedizin	278	5,19	2,82	522	5,21	2,74	120	5,73	2,78
Dammbruch	278	5,35	2,41	522	5,08	2,22	120	5,90	2,35
Nationalsozialismus	278	4,74	2,41	522	5,56	2,35	120	5,68	2,40
Patientenautonomie	278	6,21	1,87	522	5,80	1,86	120	5,12	2,23

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Es erfolgte ein Mittelwertsvergleich zwischen den Kohorten. Im weiteren werden die Abbildungen und Tabellen der generellen und Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen, innerhalb der Kohorten dargestellt:

Autoritarismus:

Die Jura-Studierenden erreichten auf der Autoritarismus-Skala die höchsten Mittelwerte und unterschieden sich signifikant von den Medizin- und Theologie-Studierenden. Die beiden letzteren erreichten niedrigere Mittelwerte, unterschieden sich aber nicht signifikant voneinander.

Abbildung 5: Autoritarismus: Vergleich der Mittelwerte

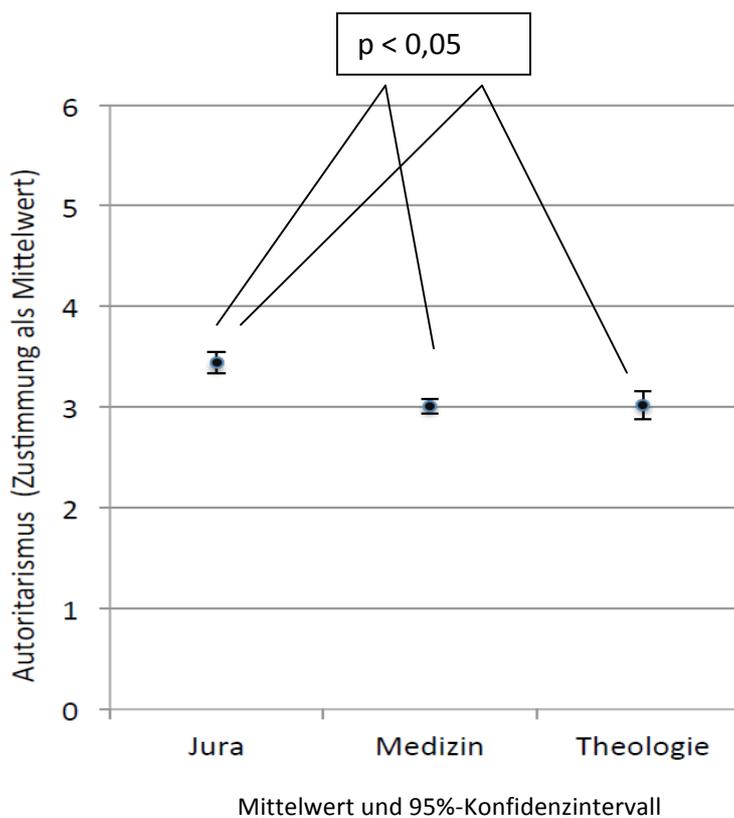


Tabelle 13: Autoritarismus

	n	MW	SD
Autoritarismus	278	3,44	0,88
	522	3,01	0,84
	120	3,02	0,80

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Selbstwirksamkeit:

Die Studierenden aller Fachrichtungen unterschieden sich auf der Selbstwirksamkeits-Skala nicht signifikant voneinander

Abbildung 6: Selbstwirksamkeit: Vergleich der Mittelwerte

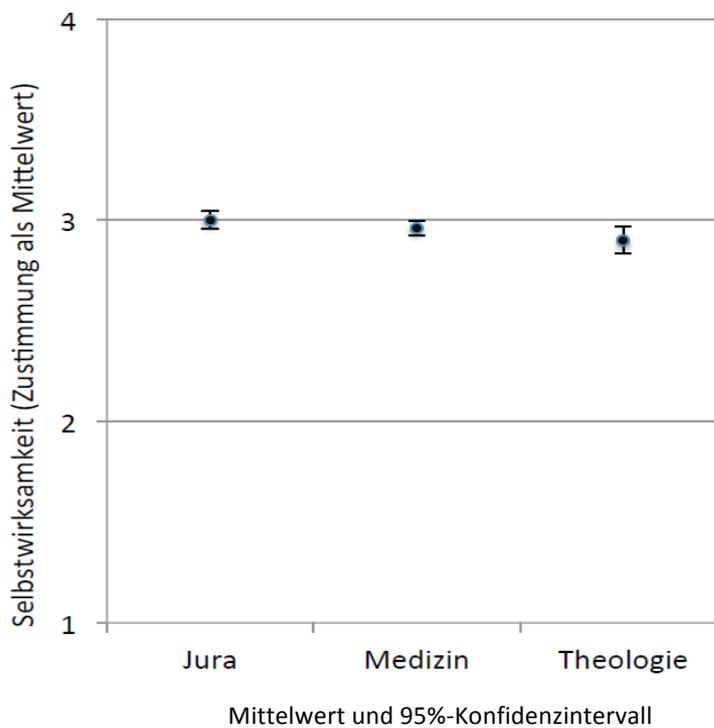


Tabelle 14: Selbstwirksamkeit

		n	MW	SD
Selbstwirksamkeit	Jura	278	3,00	0,37
	Medizin	522	2,96	0,40
	Theologie	120	2,90	0,37

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Religiosität:

Innerhalb der Studierenden maßen die Theologie-Studierenden der Religion die größte Bedeutung bei. Sie unterschieden sich signifikant von den Jura- und Medizinstudierenden, welche der Religion eine geringere Bedeutung beimaßen und sich nicht signifikant voneinander unterschieden.

Abbildung 7: Religiosität: Vergleich der Mittelwerte

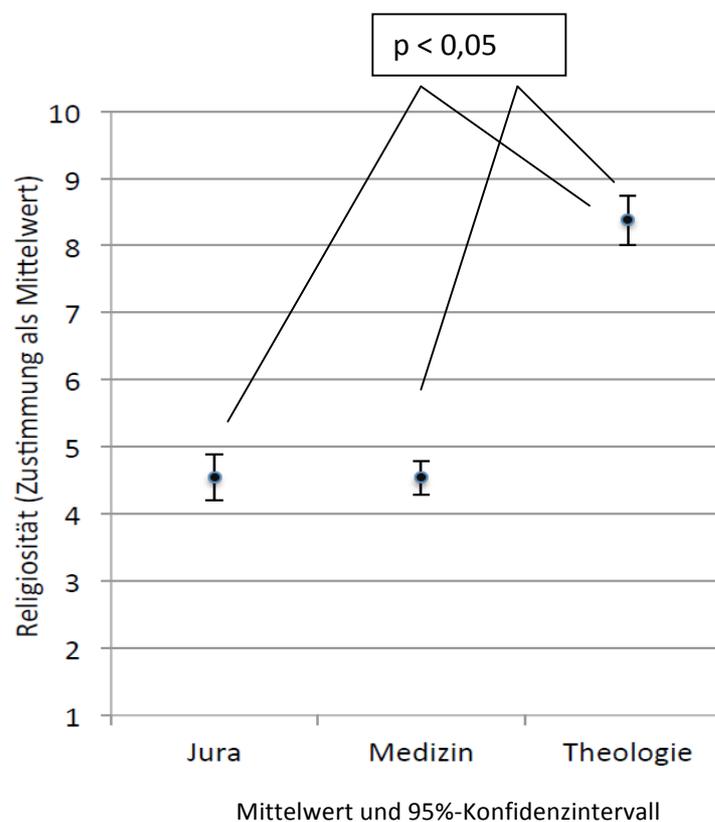


Tabelle 15: Religiosität

		n	MW	SD
Religiosität	Jura	278	4,55	2,92
	Medizin	522	4,54	2,89
	Theologie	120	8,38	2,05

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Konservatismus:

Innerhalb der Studierenden schätzen sich die Jura-Studierenden am konservativsten ein. Sie unterschieden sich signifikant von den Medizin- und Theologie-Studierenden, die sich weniger konservativ einschätzten und nicht signifikant voneinander unterschieden.

Abbildung 8: Konservatismus: Vergleich der Mittelwerte

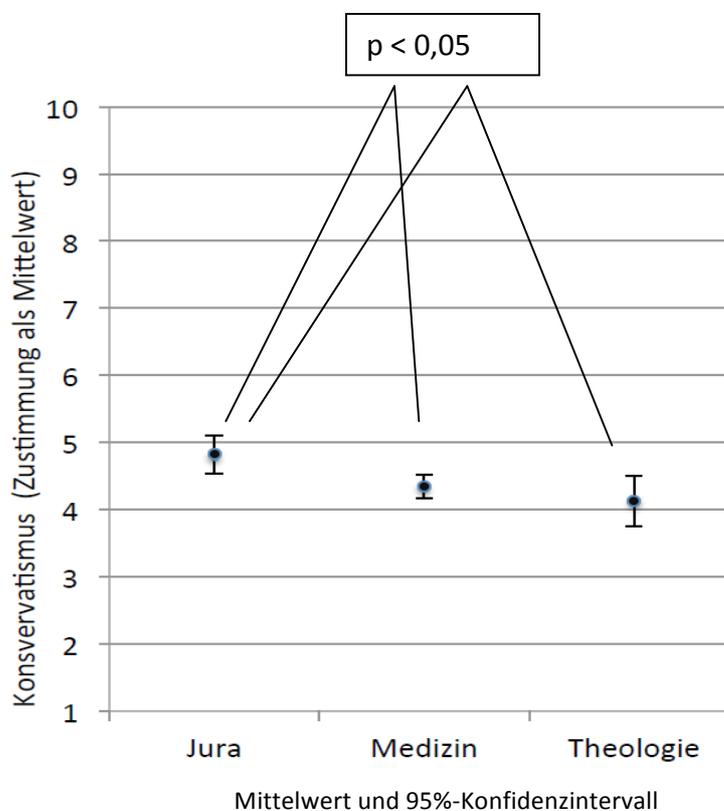


Tabelle 16: Konservatismus

		n	MW	SD
Konservatismus	Jura	278	4,82	2,36
	Medizin	522	4,35	2,08
	Theologie	120	4,13	2,07

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Generelles Tötungsverbot

Die Theologie-Studierenden stimmten dem generellen Tötungsverbot am meisten zu und unterschieden sich signifikant von den Jura- und Medizin-Studierenden.

Zwischen beiden letzteren konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Abbildung 9: Generelles Tötungsverbot: Vergleich der Mittelwerte

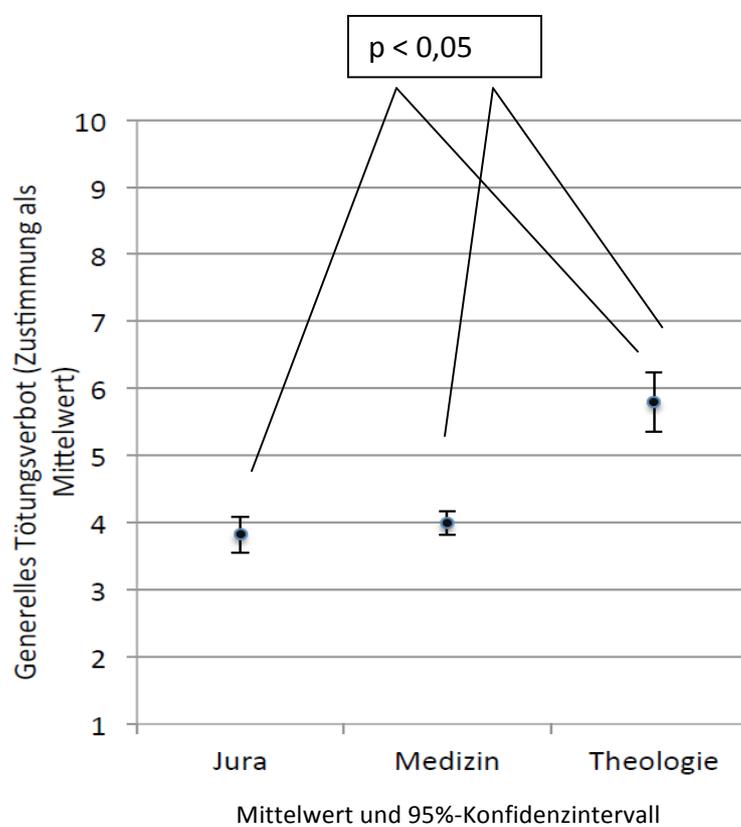


Tabelle 17: Generelles Tötungsverbot

		n	MW	SD
Generelles Tötungsverbot	Jura	278	3,82	2,29
	Medizin	522	3,99	2,07
	Theologie	120	5,79	2,46

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Religiöses Tötungsverbot

Die Theologie-Studierenden stimmten dem religiösem Tötungsverbot am meisten zu und unterschieden sich signifikant von den Jura- und Medizin-Studierenden.

Zwischen beiden letzteren konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Abbildung 10: Religiöses Tötungsverbot: Vergleich der Mittelwerte

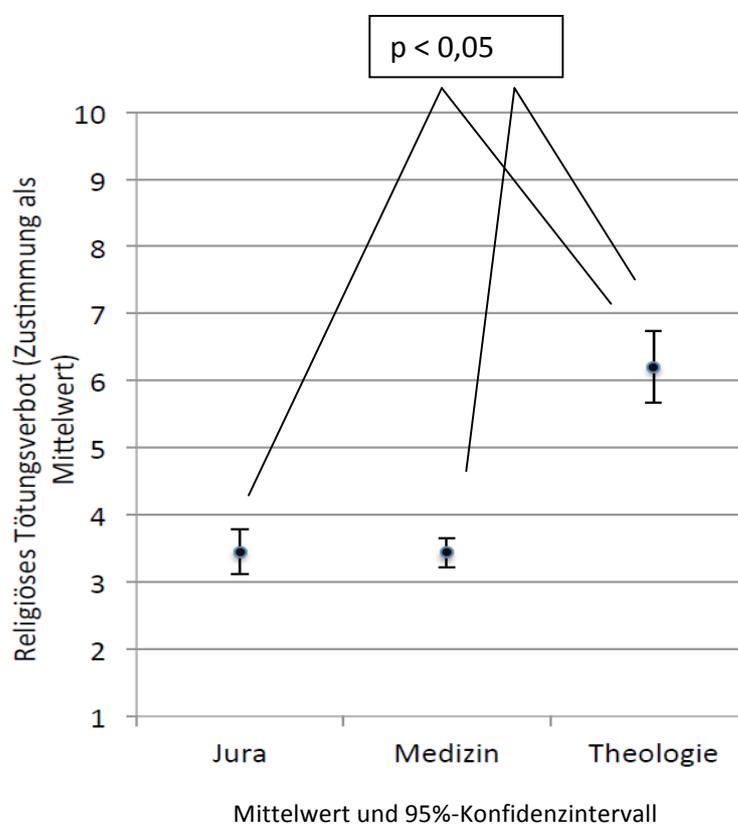


Tabelle 18: Religiöses Tötungsverbot

		n	MW	SD
Religiöses Tötungsverbot	Jura	278	3,45	2,86
	Medizin	522	3,44	2,56
	Theologie	120	6,20	2,98

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Ärztebelastung

Die Theologie-Studierenden stimmten dem Argument der Ärztebelastung am meisten zu und unterschieden sich signifikant von den Medizin-Studierenden. Der Mittelwert der Jura-Studierenden lag zwischen den beiden anderen, unterschied sich aber nicht signifikant.

Abbildung 11: Ärztebelastung: Vergleich der Mittelwerte

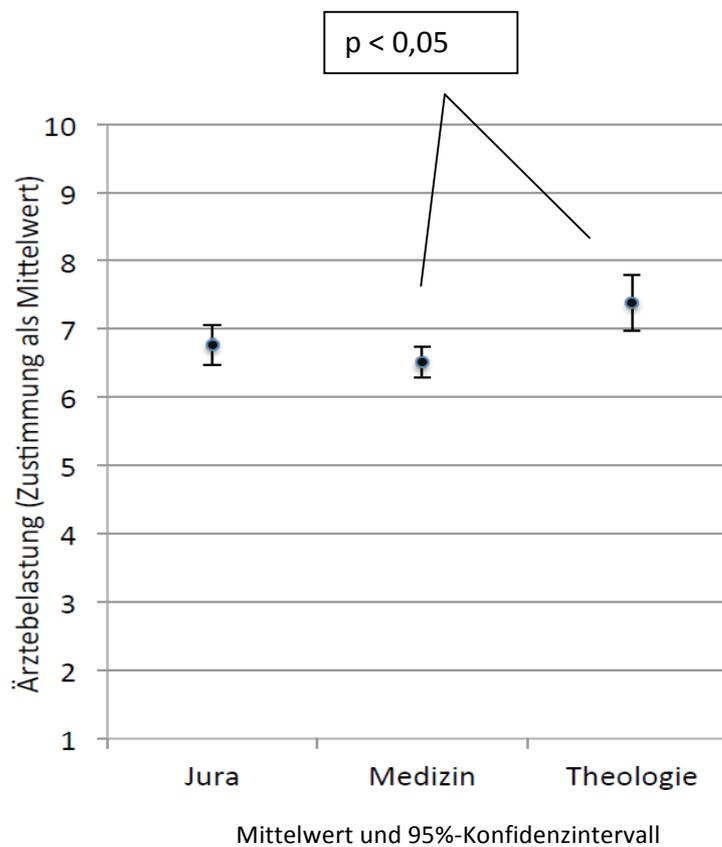


Tabelle 19: Ärztebelastung

		n	MW	SD
Ärztebelastung	Jura	278	6,77	2,50
	Medizin	522	6,51	2,57
	Theologie	120	7,38	2,30

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Palliativmedizin:

Die Studierenden aller Fachrichtungen stimmten dem Argument der Palliativmedizin in sehr ähnlicher Weise zu, sie unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

Abbildung 12: Palliativmedizin: Vergleich der Mittelwerte

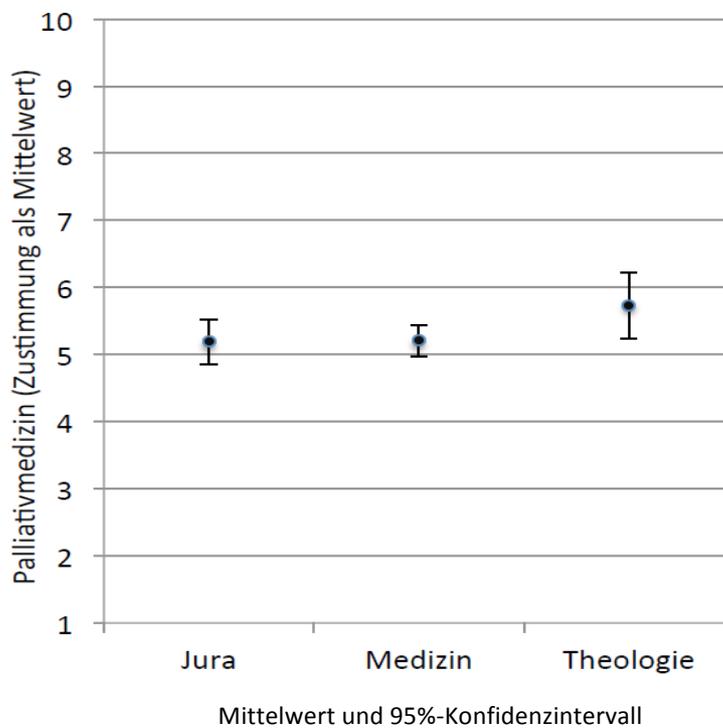


Tabelle 20: Palliativmedizin

	n	MW	SD
Palliativmedizin	278	5,19	2,82
	522	5,21	2,74
	120	5,73	2,78

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Dammbruch:

Die Theologie-Studierenden stimmten dem Dammbruch-Argument am meisten zu und unterschieden sich signifikant von den Medizin-Studierenden. Die Jura-Studierenden lagen zwischen den beiden anderen, unterschieden sich aber nicht signifikant.

Abbildung 13: Dammbruch: Vergleich der Mittelwerte

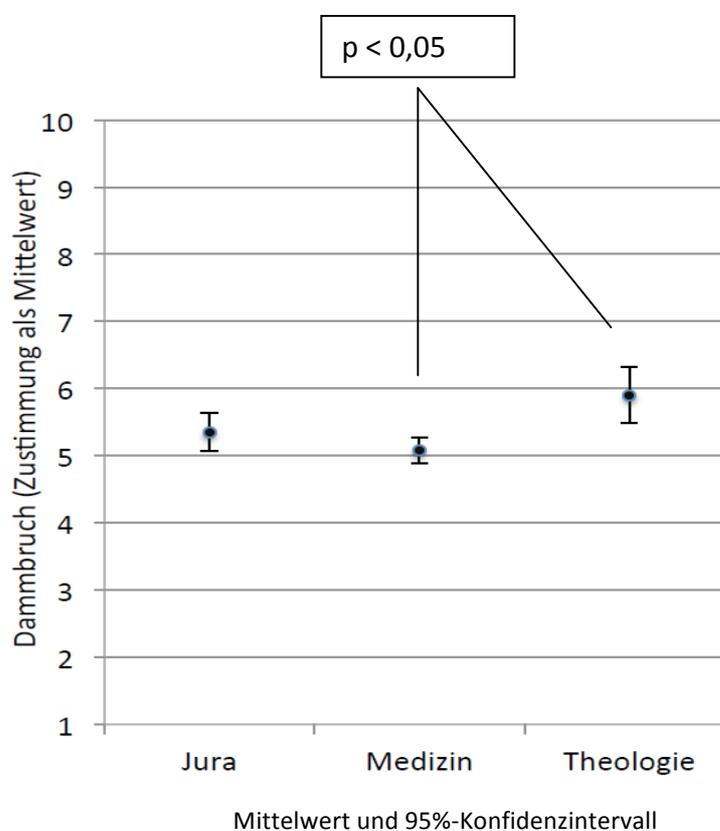


Tabelle 21: Dammbruch

		n	MW	SD
Dammbruch	Jura	278	5,35	2,41
	Medizin	522	5,08	2,22
	Theologie	120	5,90	2,35

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Nationalsozialismus:

Die Jura-Studierenden stimmten dem Argument des Nationalsozialismus am wenigsten zu und unterschieden sich signifikant von den und Medizin- und Theologie-Studierenden. Die beiden letzteren stimmten dem Argument des Nationalsozialismus stärker zu, unterschieden sich aber nicht signifikant voneinander.

Abbildung 14: Nationalsozialismus: Vergleich der Mittelwerte

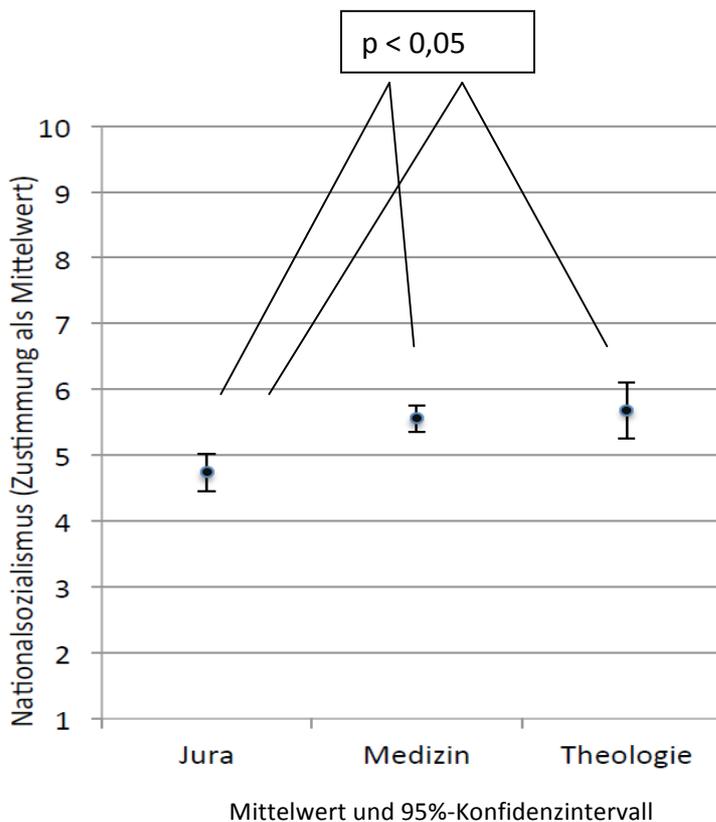


Tabelle 22: Nationalsozialismus

		n	MW	SD
Nationalsozialismus	Jura	278	4,74	2,41
	Medizin	522	5,56	2,35
	Theologie	120	5,68	2,40

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Patientenautonomie:

Die Jura-Studierenden stimmten der Patientenautonomie am meisten zu, gefolgt von den Medizin-Studierenden. Die Theologie-Studierende bewerteten die Patientenautonomie am niedrigsten. Alle drei Fachbereiche unterschieden sich signifikant voneinander.

Abbildung 15: Patientenautonomie: Vergleich der Mittelwerte

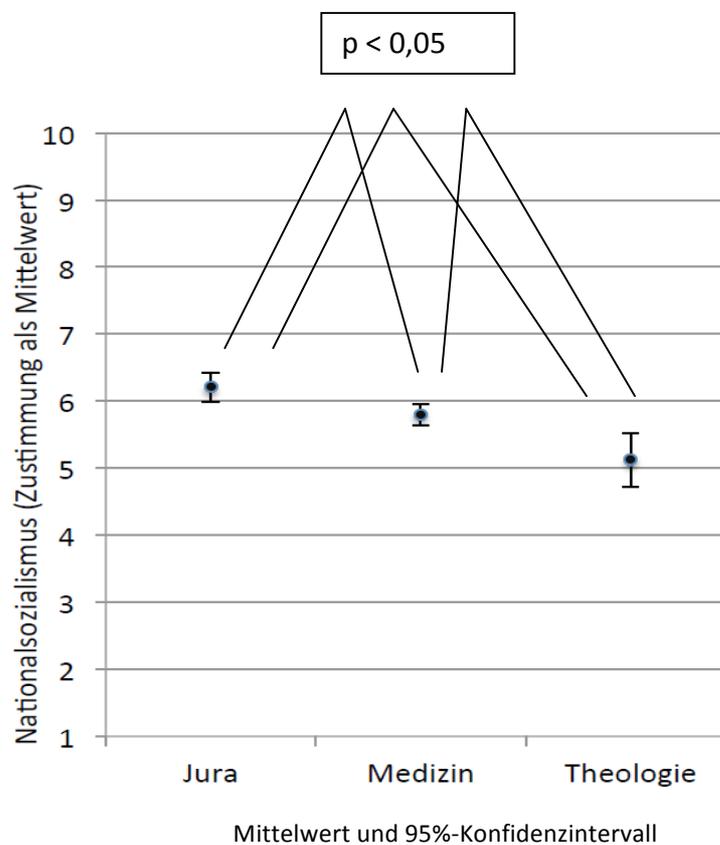


Tabelle 23: Patientenautonomie

		n	MW	SD
Patienten- autonomie	Jura	278	6,21	1,87
	Medizin	522	5,80	1,86
	Theologie	120	5,12	2,23

n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Einfluss der Argumente und Einstellungen

Die in der Diskussion um die Sterbehilfe häufig vorgetragenen Argumente¹⁰⁰ wurden in dem verwendeten Fragebogen in verschiedene Items gruppiert. Auf einer Likert Skala von 1 bis 10 konnten die Studierenden das Argument ablehnen (1) oder ihm zustimmen (10).

Danach wurde mithilfe einer (multiplen) linearen Regression die Bewertung der allgemeinen und Sterbehilfe-spezifischen Argumente in Relation gesetzt zur moralischen Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen, um deren Einfluss auf die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen beurteilen zu können.

Im ersten Schritt wurden Autoritarismus, Selbstwirksamkeit, Religiosität und Konservatismus als Prädiktoren eingegeben, im zweiten Schritt folgten die Sterbehilfe-spezifischen Argumente. "Die multiple Regressionsgleichung diente der Vorhersage einer Kriteriumsvariablen aufgrund mehrerer Prädiktoren."¹⁰¹ Dies bedeutete, dass die Zustimmung oder Ablehnung der Argumente (mehrere Prädiktoren) die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen (abhängige Variable) vorhersagte. Durch das Beta-Gewicht (standardisiertes β) wurde angegeben, wie groß der Einfluss der einzelnen Prädiktoren auf die abhängige Variable war.¹⁰² Ob dieser Einfluss insgesamt klein, mittel oder groß war, konnte mit der aufgeklärten Varianz (korrigiertes R^2) dargestellt werden.

Als die unabhängigen Variablen wurden die generellen und Sterbehilfe-spezifischen Argumente und Einstellungen gewählt, die in Kapitel 4.2.2 aufgeführt wurden. Im folgenden Abschnitt werden die Regressionsanalysen für die abhängigen Variablen Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung der verschiedenen Fachrichtungen dargestellt.

¹⁰⁰ Vgl. Kapitel 2.4

¹⁰¹ Bortz und Schuster 2010, S. 335

¹⁰² Bortz und Schuster 2010, S. 346

5.2.1. Jura-Studierende

Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Tötung auf Verlangen

Nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen) zeigte nur Religiosität ($\beta = -0,22$; $p < 0,001$) einen signifikanten Effekt.

Nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Argumente im zweiten Schritt fanden sich folgende signifikante Effekte auf die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen:

Je mehr die Jura-Studierenden dem Konzept der Selbstwirksamkeit ($\beta = -0,11$; $p < 0,04$) zustimmten, desto geringer fiel ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen aus .

Je mehr die Jura-Studierenden dem Tötungsverbot ($\beta = -0,36$; $p < 0,002$) und dem Dambruch-Argument ($\beta = -0,20$; $p < 0,002$) zustimmten, desto geringer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen ausgeprägt.

Je mehr die Jura-Studierenden die Ausführung der Sterbehilfe als eine Belastung für Ärzte ($\beta = -0,16$; $p < 0,01$) ansahen, desto geringer fiel ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen aus

Abbildung 16: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Tötung auf Verlangen

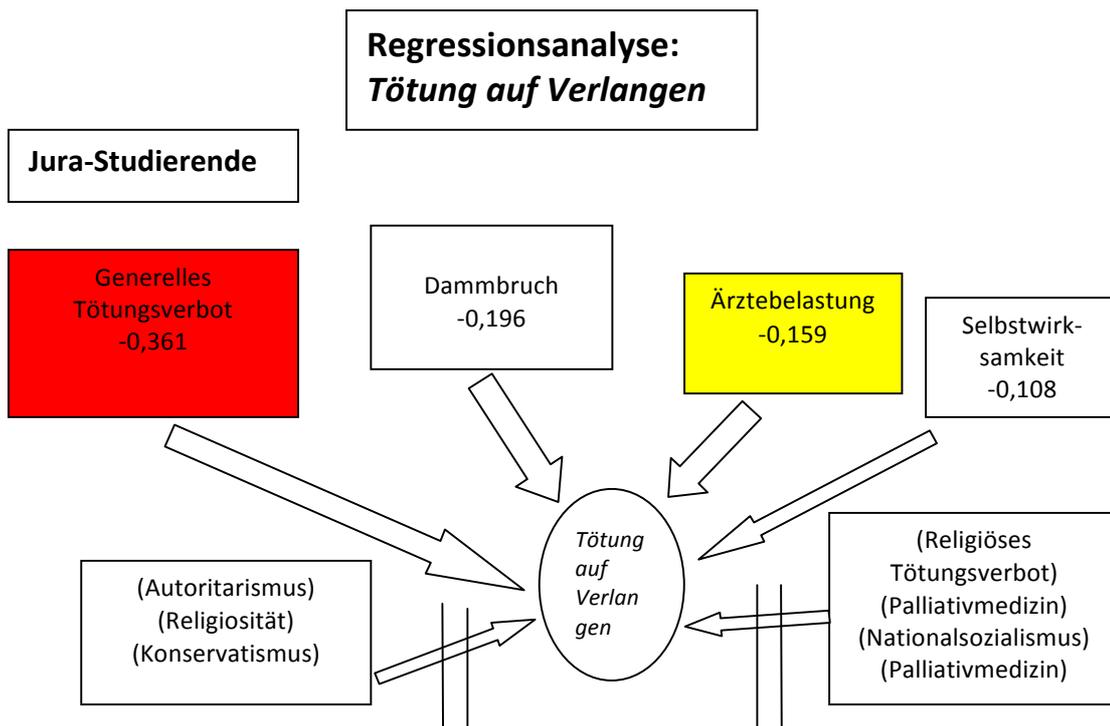


Tabelle 24: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Tötung auf Verlangen

Jura		
Model	Standardisierter Koeffizient β	Signifikanz (p)
Schritt 1		
Autoritarismus	-0,046	0,476
Selbstwirksamkeit	-0,055	0,348
Religiosität	-0,224	0,000
Konservatismus	-0,031	0,619
Schritt 2		
Autoritarismus	-0,015	0,803
Selbstwirksamkeit	-0,108	0,042
Religiosität	0,037	0,608
Konservatismus	-0,039	0,492
Generelles Tötungsverbot	-0,361	0,002
Religiöses Tötungsverbot	0,099	0,372
Ärztebelastung	-0,159	0,012
Palliativmedizin	0,029	0,609
Dambruch	-0,196	0,002
Nationalsozialismus	-0,067	0,217
Patientenautonomie	0,083	0,181

Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

Nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen) zeigte nur Religiosität ($\beta = -0,28$; $p < 0,001$) einen signifikanten Effekt.

Im zweiten Schritt (nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Argumente) fanden sich nur unter den Sterbehilfe-spezifischen Argumenten, signifikante Effekte auf die moralische Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung:

Je mehr die Jura-Studierenden dem Tötungsverbot ($\beta = -0,37$; $p < 0,001$) zustimmten, desto geringer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung ausgeprägt.

Je mehr die Jura-Studierenden die Patientenautonomie befürworteten ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$), desto größer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung ausgeprägt.

Abbildung 17: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

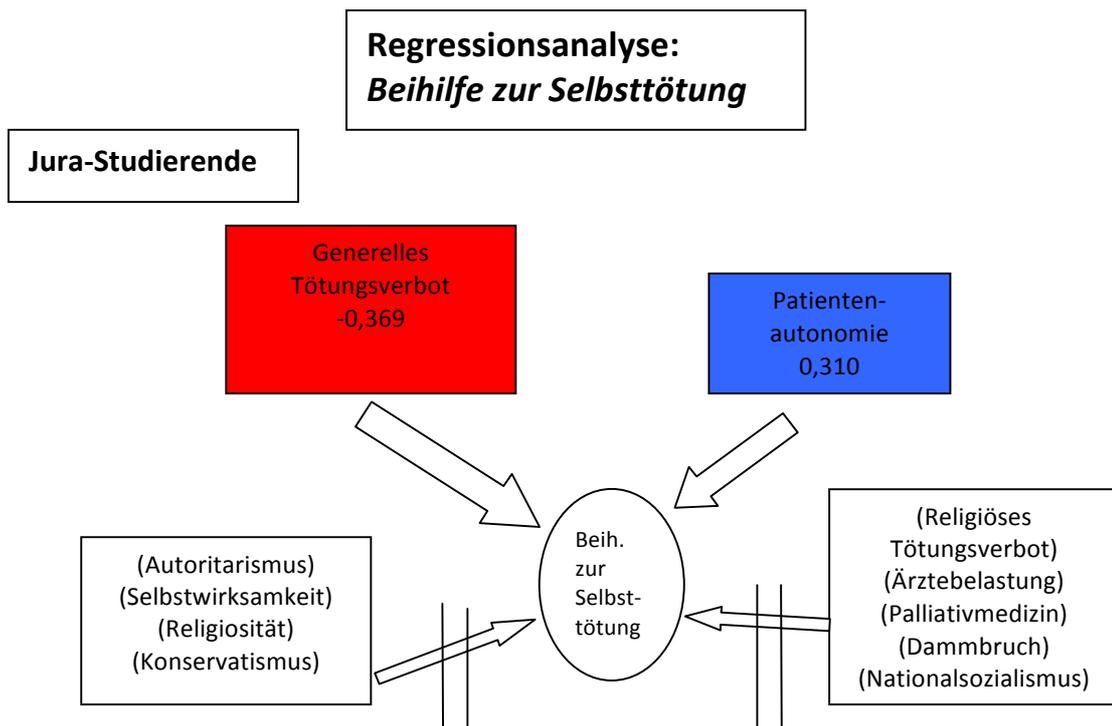


Tabelle 25: Regressionsanalyse der Jura-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

Jura		
Model	Standardisierter Koeffizient β	Signifikanz (p)
Schritt 1		
Autoritarismus	-0,101	0,107
Selbstwirksamkeit	0,058	0,315
Religiosität	-0,280	0,000
Konservatismus	-0,006	0,917
Schritt 2		
Autoritarismus	-0,049	0,375
Selbstwirksamkeit	0,007	0,892
Religiosität	0,063	0,351
Konservatismus	-0,043	0,415
Generelles Tötungsverbot	-0,369	0,001
Religiöses Tötungsverbot	0,047	0,650
Ärztebelastung	-0,096	0,098
Palliativmedizin	-0,039	0,453
Dammbruch	-0,083	0,146
Nationalsozialismus	-0,012	0,806
Patientenautonomie	0,310	0,000

5.2.2. Medizin-Studierende

Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Tötung auf Verlangen

Nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen) zeigte nur Religiosität ($\beta = -0,23$; $p < 0,001$) einen signifikanten Effekt.

Nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Argumente im zweiten Schritt fanden sich nur unter den Sterbehilfe-spezifischen Argumenten, signifikante Effekte auf die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen:

Je mehr die Medizin-Studierenden einem generellen Tötungsverbot zustimmten, desto geringer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen ($\beta = -0,41$; $p < 0,001$) ausgeprägt. Dies war der stärkste Prädiktor im Regressionsmodell.

Interessanterweise führte ein Befürwortung des religiösen Tötungsverbots zu einer höheren moralischen Bewertung der Tötung auf Verlangen ($\beta = 0,17$; $p < 0,011$).

Je mehr die Medizin-Studierenden dem Konzept der Palliativmedizin zustimmten, desto geringer fiel ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen aus ($\beta = -0,14$; $p < 0,001$).

Je mehr die Medizin-Studierenden die Ausführung der Sterbehilfe als eine Belastung für Ärzte ansahen, desto geringer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen ($\beta = -0,30$; $p < 0,001$) ausgeprägt.

Abbildung 18: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Tötung auf Verlangen

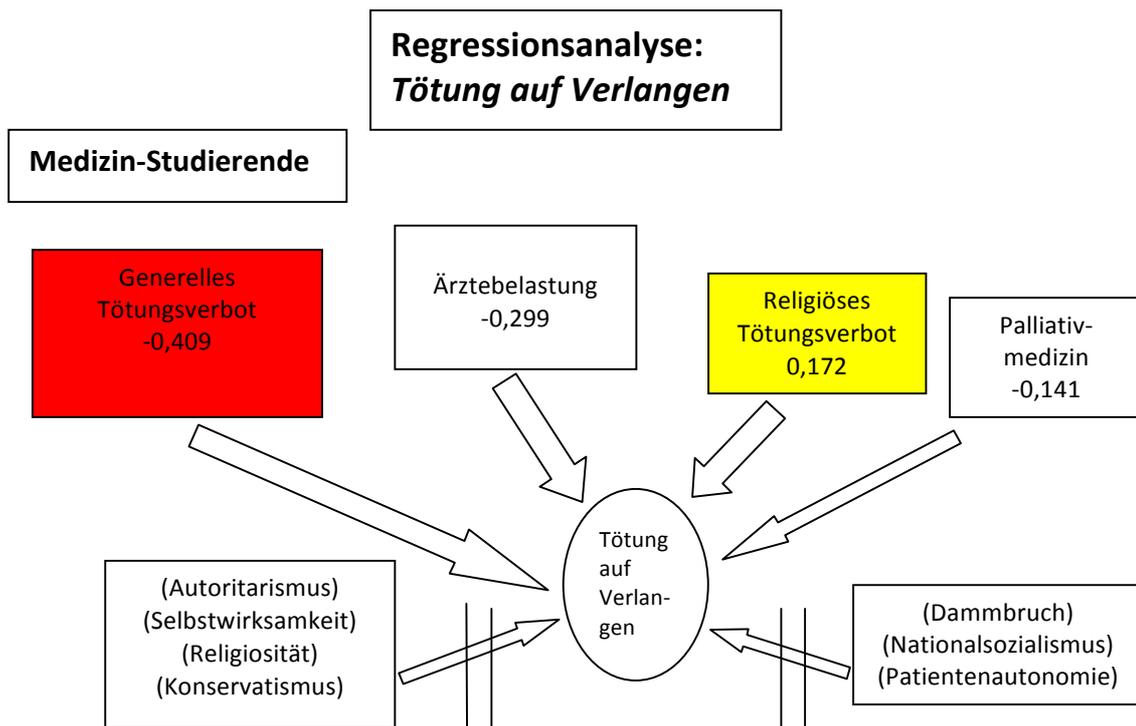


Tabelle 26: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Tötung auf Verlangen

Medizin		
Model	Standardisierter Koeffizient β	Signifikanz (p)
Schritt 1		
Autoritarismus	0,033	0,506
Selbstwirksamkeit	0,021	0,630
Religiosität	-0,225	0,000
Konservatismus	-0,059	0,234
Schritt 2		
Autoritarismus	0,061	0,149
Selbstwirksamkeit	0,004	0,905
Religiosität	0,000	0,993
Konservatismus	-0,010	0,817
Generelles Tötungsverbot	-0,409	0,000
Religiöses Tötungsverbot	0,172	0,011
Ärztebelastung	-0,299	0,000
Palliativmedizin	-0,141	0,000
Dambruch	-0,026	0,517
Nationalsozialismus	-0,068	0,071
Patientenautonomie	0,068	0,087

Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

Nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen) zeigte nur Religiosität ($\beta = -0,26$; $p < 0,001$) einen signifikanten Effekt.

Im zweiten Schritt (nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Argumente) fanden sich nur unter den Sterbehilfe-spezifischen Argumenten, signifikante Effekte auf die moralische Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung:

Je mehr die Medizin-Studierenden dem Tötungsverbot ($\beta = -0,28$; $p < 0,001$) zustimmten und die Ausführung der Sterbehilfe als eine Belastung für Ärzte ($\beta = -0,25$; $p < 0,001$) ansahen, desto geringer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung ausgeprägt.

Je mehr die Medizin-Studierenden dem Dammbuch-Argument ($\beta = -0,11$; $p < 0,005$) und dem Konzept der Palliativmedizin ($\beta = -0,13$; $p < 0,001$) zustimmten, desto geringer fiel ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung aus.

Je mehr die Medizin-Studierenden die Patientenautonomie ($\beta = 0,27$; $p < 0,001$) befürworteten, desto größer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung ausgeprägt.

Abbildung 19: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

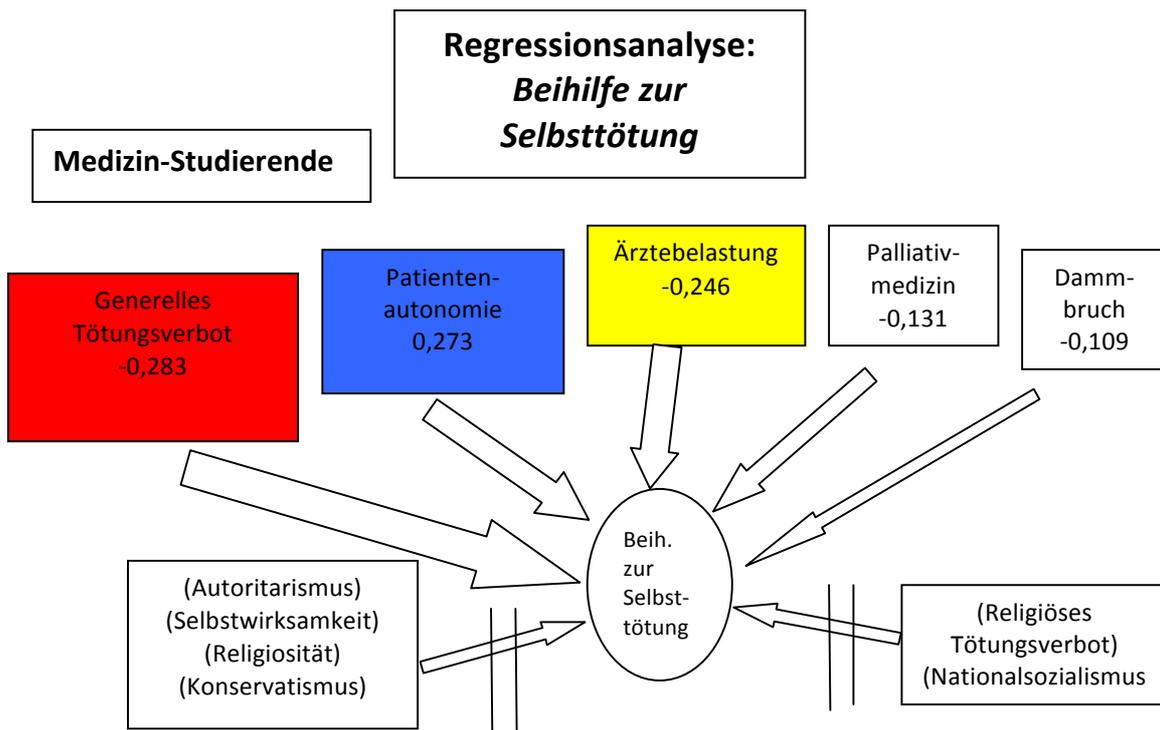


Tabelle 27: Regressionsanalyse der Medizin-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

Medizin		
Model	Standardisierter Koeffizient β	Signifikanz (p)
Schritt 1		
Autoritarismus	0,013	0,793
Selbstwirksamkeit	-0,037	0,387
Religiosität	-0,255	0,000
Konservatismus	-0,082	0,094
Schritt 2		
Autoritarismus	0,057	0,148
Selbstwirksamkeit	-0,066	0,054
Religiosität	0,006	0,896
Konservatismus	-0,019	0,625
Generelles Tötungsverbot	-0,283	0,000
Religiöses Tötungsverbot	0,060	0,333
Ärztebelastung	-0,246	0,000
Palliativmedizin	-0,131	0,000
Dammbruch	-0,109	0,005
Nationalsozialismus	0,026	0,465
Patientenautonomie	0,273	0,000

5.2.3. Theologie-Studierende

Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Tötung auf Verlangen

Nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen) zeigte nur Religiosität ($\beta = -0,27$; $p < 0,005$) einen signifikanten Effekt.

Nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Argumente im zweiten Schritt fand sich nur unter den Sterbehilfe-spezifischen Argumenten, ein signifikanter Effekt auf die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen:

Je mehr die Theologie-Studierenden die Ausführung der Sterbehilfe als eine Belastung für Ärzte ($\beta = -0,33$; $p < 0,001$) ansahen, desto geringer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen ausgeprägt.

Abbildung 20: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Tötung auf Verlangen

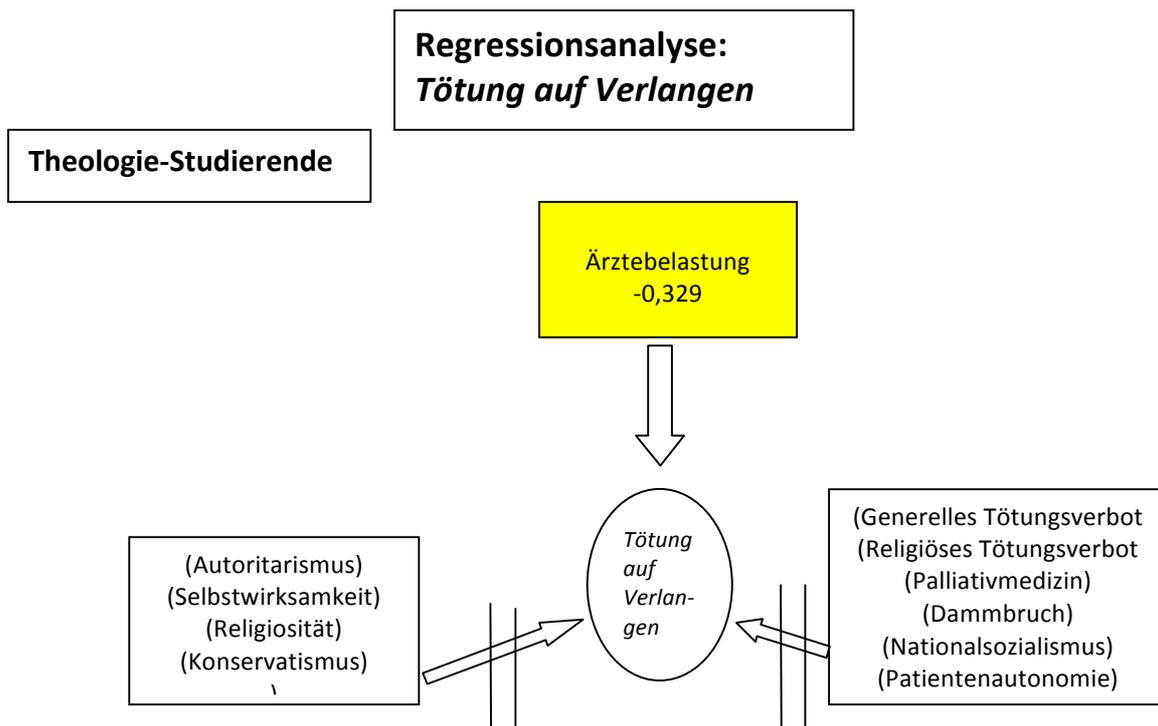


Tabelle 28: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Tötung auf Verlangen

Theologie		
Model	Standardisierter Koeffizient β	Signifikanz (p)
Schritt 1		
Autoritarismus	0,019	0,855
Selbstwirksamkeit	0,155	0,084
Religiosität	-0,265	0,005
Konservatismus	0,001	0,992
Schritt 2		
Autoritarismus	0,113	0,180
Selbstwirksamkeit	0,096	0,202
Religiosität	-0,135	0,100
Konservatismus	0,062	0,470
Generelles Tötungsverbot	-0,203	0,181
Religiöses Tötungsverbot	-0,093	0,532
Ärztebelastung	-0,329	0,000
Palliativmedizin	-0,097	0,220
Dambruch	-0,026	0,767
Nationalsozialismus	-0,019	0,798
Patientenautonomie	0,132	0,124

Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

Nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen) zeigte nur Religiosität ($\beta = -0,19$; $p < 0,05$) einen signifikanten Effekt.

Im zweiten Schritt (nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Argumente) fanden sich nur unter den Sterbehilfe-spezifischen Argumenten, signifikante Effekte auf die moralische Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung:

Je mehr die Theologie-Studierenden die Patientenautonomie ($\beta = 0,48$; $p < 0,001$) befürworteten, desto größer war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung ausgeprägt.

Je mehr die Theologie-Studierenden die Ausführung der Sterbehilfe als eine Belastung für Ärzte ($\beta = -0,17$, $p < 0,04$) ansahen, desto geringer fiel ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Beihilfe zur Selbsttötung aus.

Abbildung 21: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

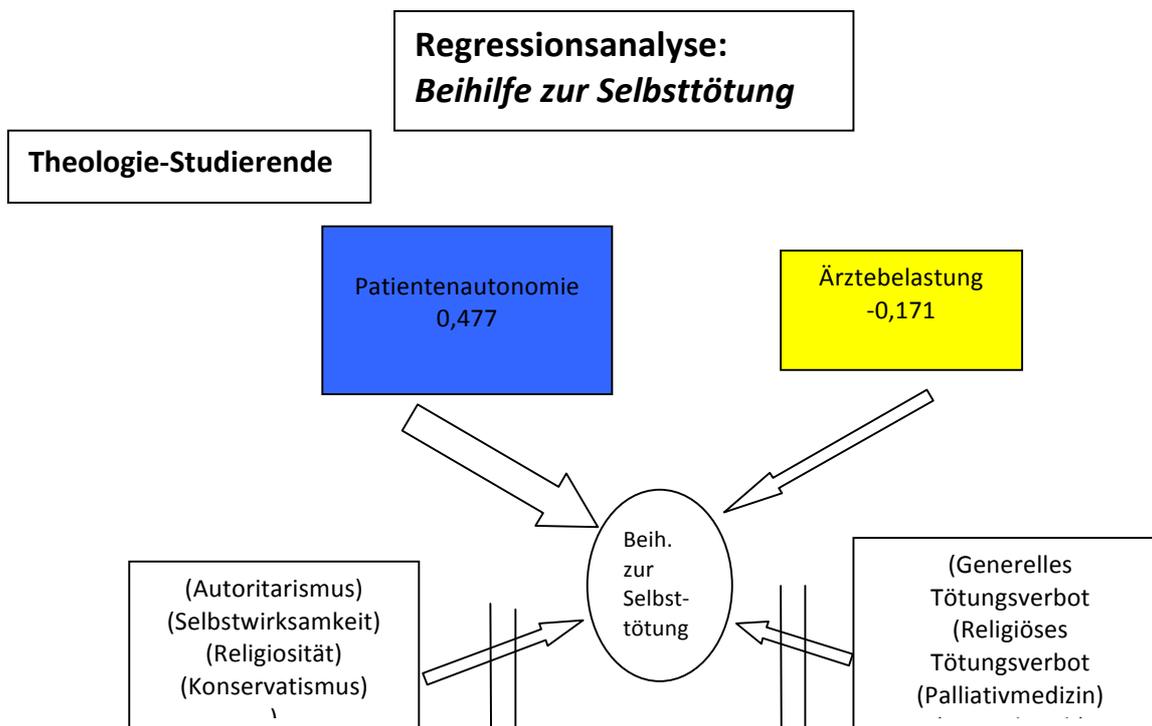


Tabelle 29: Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden: Beihilfe zur Selbsttötung

Theologie		
Model	Standardisierter Koeffizient β	Signifikanz (p)
Schritt 1		
Autoritarismus	-0,038	0,717
Selbstwirksamkeit	0,053	0,560
Religiosität	-0,193	0,047
Konservatismus	0,014	0,898
Schritt 2		
Autoritarismus	0,084	0,294
Selbstwirksamkeit	-0,002	0,973
Religiosität	0,003	0,973
Konservatismus	0,050	0,542
Generelles Tötungsverbot	-0,184	0,202
Religiöses Tötungsverbot	-0,022	0,877
Ärztebelastung	-0,171	0,041
Palliativmedizin	-0,014	0,854
Dammbruch	-0,070	0,397
Nationalsozialismus	0,052	0,456
Patienentenaonomie	0,477	0,000

5.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Es gab folgende Hauptargumente, die die Verweigerung oder Annahme von Beihilfe zur Selbsttötung und/oder Tötung auf Verlangen als moralisch zulässig prognostizierten: Generelles Tötungsverbot, Ärztebelastung und Patientenautonomie, wobei letzteres interessanterweise nur für die moralische Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung wichtig war. Für die Subgruppe der Theologie-Studierenden schien weder das generelle noch das religiöse Tötungsverbot für die beiden umstrittenen Sterbehilfeformen von Bedeutung, überraschenderweise stand das Argument der Ärztebelastung für die Theologie-Studierenden im Zusammenhang mit der Tötung auf Verlangen klar im Vordergrund.

In der Subgruppe der Jura-Studierenden schien das Argumente der Ärztebelastung bei der moralischen Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung keine signifikante Rolle zu spielen.

In den einzelnen Fachbereichen war das Argument der Palliativmedizin nur für die Medizin-Studierenden signifikant. Weiterhin war das Dammbbruch-Argument bei der moralischen Bewertung der Tötung auf Verlangen nur bei den Jura-Studierenden, und bei der moralischen Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung nur bei den Medizin-Studierenden signifikant.

Die allgemeinen Argumente zeigten nach zusätzlicher Eingabe der Sterbehilfe-spezifischen

Argumente fast keinen Einfluss auf die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen (lediglich in der Subgruppe der Jura-Studierenden bei der Tötung auf Verlangen).

Hinsichtlich der moralischen Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen zeigte sich, dass die Studierenden insgesamt eine ablehnende Haltung gegenüber der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung einnahmen. Innerhalb der Fachbereiche war dies bei den Theologiestudierenden am deutlichsten ausgeprägt.

6. Diskussion

Aktuell findet eine kontroverse Debatte über die Legalisierung der Sterbehilfe in Europa statt. Dies zeichnete sich in Deutschland zuletzt in der neuen Gesetzgebung¹⁰³ vom 06.11.2015 ab. Laut dieser ist die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar, solange sie geschäftsmäßiger Natur ist.

In der überwiegend theoretisch geführten Debatte wurden von Befürwortern und Gegnern der Sterbehilfe verschiedene ethische Argumente ins Felde geführt. Es ist jedoch nicht bekannt, ob diese Argumente tatsächlich die individuelle moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung beeinflussen. Daher wurde für die vorliegende Promotionsarbeit bei einer großen Gruppe von Jura-, Medizin- und Theologie-Studierenden, der Einfluss der einschlägigen Argumente der Sterbehilfedebatte, sowie verschiedener Persönlichkeitsmerkmale bzw. allgemeiner Einstellungen (zum Beispiel Konservatismus) auf die individuelle moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen untersucht.

Hierbei zeigte sich, dass die Studierenden insgesamt eine moralisch ablehnende Haltung gegenüber der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung einnahmen. Innerhalb der Fachbereiche war dies bei den Theologiestudierenden am deutlichsten ausgeprägt.

Es gab folgende Hauptargumente, welche die moralische Zustimmung oder Ablehnung von Beihilfe zur Selbsttötung und/oder Tötung auf Verlangen prognostizierten:

Generelles Tötungsverbot, Ärztebelastung und Patientenautonomie, wobei letzteres interessanterweise nur für die moralische Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung wichtig war.

Von den untersuchten Persönlichkeitsmerkmalen zeigten lediglich die Religiosität (für alle untersuchten Subgruppen) und die Selbstwirksamkeit (nur in der Subgruppe der Jura-Studierenden) einen minimalen Einfluss auf die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen.

¹⁰³ Vgl. Kapitel 2.3

6.1. Die umstrittenen Sterbehilfeformen

Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung:

"Die Tötung auf Verlangen ist als das bewusste und intentionale Herbeiführen des Todes auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten definiert."¹⁰⁴ Im Gegensatz zu Deutschland ist sie in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg gesetzlich erlaubt. Ebenso ist die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland seit der neuen Gesetzgebung vom 06.11.2015 strafbar, solange sie geschäftsmäßiger Natur ist.

In der Allgemeinbevölkerung zeigte sich eine breite Zustimmung zu den umstrittenen Sterbehilfeformen. Im Jahr 2014 führte das Institut Allensbach eine Repräsentativbefragung in Deutschland durch (1530 Probanden, älter als 16 Jahre). 67% der Befragten sprachen sich für die Tötung auf Verlangen aus. 6 Jahre zuvor hatte die Zustimmung noch bei 58% gelegen.¹⁰⁵ Auf die Frage, ob es "privaten Sterbehilfe-Organisationen (nach dem Vorbild der Schweiz) erlaubt sein sollte, unheilbar kranke Menschen bei der Selbsttötung zu unterstützen?" -antworteten 60% der befragten Bürger mit ja.¹⁰⁶ In einer Studie von Stronegger et al.¹⁰⁷ wurden zwischen 2001 und 2009 Medizinstudierende in Österreich zu ihrer Einstellung zur Sterbehilfe befragt. Die Akzeptanz der Tötung auf Verlangen sei hierbei von 16.3% auf 49.5% angestiegen.

In einer Studie von Stiel et al.¹⁰⁸ 2011 wurden Jura-, Medizin- und Theologie-Studierende in Deutschland zu Entscheidungen am Lebensende befragt. Zwischen 40-60% aller Studierenden befürworteten die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und 65% die Legalisierung der Beihilfe zur Selbsttötung.¹⁰⁹

Auch über Deutschland hinaus scheint es eine große Zustimmung zu geben. In Belgien wurde von Smets et al (2011) eine Studie unter belgischen Ärzten durchgeführt. Es sprachen sich 90% der befragten Ärzte für die Tötung auf Verlangen (bei unheilbar kranken, an starken Schmerzen leidenden Patienten) aus. 60% der befragten Ärzte waren dafür, auch bei entscheidungsunfähigen Patienten (zusammen mit den

¹⁰⁴ Maio 2012, S. 343

¹⁰⁵ Institut der Demoskopie Allensbach

¹⁰⁶ Institut der Demoskopie Allensbach, S. 3

¹⁰⁷ Stronegger et al. 2011

¹⁰⁸ Stiel et al. 2011

¹⁰⁹ Stiel et al. 2011, S. 1 bzw. 271

Angehörigen) die Entscheidung über den Tod für den Patienten treffen zu dürfen, im Sinne einer Tötung ohne Verlangen.¹¹⁰

In der vorliegenden Promotionsarbeit fand sich ein anderes Meinungsbild. Hier zeigte sich insgesamt eine ablehnende Haltung hinsichtlich der moralischen Akzeptanz der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung. Beide Sterbehilfeformen wurden von 63% bzw. 65% der Jura-, jeweils 67% der Medizin- und jeweils 78% der Theologie-Studierenden als moralisch nicht zulässig angesehen.

Vereinzelte Studien fanden eine ähnlich hohe Ablehnung der Sterbehilfe. Anneser et al befragten im Jahr 2016 deutsche Medizin-Studierende. Nur 20% hielten die Tötung auf Verlangen als ethisch vertretbar.¹¹¹ Interessanterweise schienen die Medizinstudierenden die umstrittenen Sterbehilfeformen zu differenzieren, denn über 50% befürworteten die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung. Ebenfalls eine niedrige Zustimmung fanden Schildmann et al. (2006). Nur ein Drittel der befragten Medizin-Studierenden gab an, dass es Situationen gäbe, in denen Beihilfe zur Selbsttötung eine ethisch akzeptable Option darstellte.¹¹²

Besonders die deutsche Ärzteschaft scheint den umstrittenen Sterbehilfeformen sehr kritisch gegenüber zu stehen. In einer Repräsentativbefragung (2010) sprachen sich 78% der befragten Ärzte gegen eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen und 62% gegen eine Legalisierung der Beihilfe zur Selbsttötung aus.¹¹³

Dieses sehr heterogene Meinungsbild in Bezug auf die Sterbehilfe in den aufgeführten Studien, lässt sich möglicherweise auf folgende Ursachen zurückführen. Der dieser Promotionsarbeit zugrunde liegende Fragebogen verwendete Fallvignetten, welches in den meisten anderen Studien nicht der Fall war. Möglicherweise könnte so eine real geschilderte Situation dazu geführt haben, dass die Studierenden eine konkrete Handlung im Rahmen eines anschaulichen Fallbeispiels anders beurteilten. Es wurden keine abstrakten Begriffe wie Tötung auf Verlangen verwendet, sondern es wurde beschrieben, wie ein Arzt einem Menschen ein todbringendes Medikament verabreichte. So bekam diese Handlung einen sehr persönlichen Bezug und könnte

¹¹⁰ Smets et al. 2011, S. 580–593

¹¹¹ Anneser et al. 2016, S. 12

¹¹² Schildmann et al. 2006, S. 35

¹¹³ Institut der Demoskopie Allensbach

dazu geführt haben, dass das Antwortverhalten der Studierenden restriktiver ausfiel. Diese Hypothese wird zum Teil durch die Ergebnisse von Anneser et al gestützt (ebenfalls Fallvignetten; hohe Ablehnung der Tötung auf Verlangen)¹¹⁴ Andere Ergebnisse fanden sich bei Stiel et al. Trotz Verwendung von Fallvignetten zeigte sich eine Befürwortung der umstrittenen Sterbehilfeformen. Ein möglicher Grund könnte in der Struktur der Fallvignetten gelegen haben. Bei Anneser et al und in der vorgelegten Promotionsarbeit wurde das hypothetische Szenario ausführlicher beschrieben (z.B. erhielt der Patient einen Namen). Dies könnte den persönlichen Bezug verstärkt haben.

Des Weiteren sind die Ergebnisse der Studien nur schwer miteinander zu vergleichen, da sich die Fragemodalitäten unterschieden. In manchen Studien wurde entweder nach der persönlichen Einstellung ("Sind sie für oder gegen die Tötung auf Verlangen"; Allensbach-Umfrage der Allgemeinbevölkerung 2014) oder der Legalisierung der umstrittenen Sterbehilfeformen ("Unterstützen Sie gesetzliche Regelungen, die es dem Arzt erlaubt eine tödliche Medikation zu verabreichen...?"; Stiel et al) gefragt.

In der vorgelegten Promotionsarbeit wurde die moralische Bewertung der Studierenden eruiert. Möglicherweise führten diese unterschiedlichen Fragemodalitäten auch zu verschiedenen Ergebnissen. So könnte die Tötung auf Verlangen und / oder Beihilfe zur Selbsttötung als Tat an sich moralisch abgelehnt werden, was möglicherweise auf der wichtigen Stellung des Tötungsverbots in der Sterbehilfedebatte gründen könnte, welches wir in der Studie als eines der zentralen Argumente identifizierten. Zum anderen könnte die Legalisierung eines abstrakten Gesetzes befürwortet werden, wenn man einem schwer leidendem Patienten die Möglichkeit eines selbstbestimmten Todes nicht vorenthalten möchte, auch wenn die tödliche Handlung an sich moralisch abgelehnt wird.

Ein ähnlicher Trend zeigte sich in einer anderen Studie. Mangus et al¹¹⁵ verglich 1999 die Einstellung zum Thema Sterbehilfe von Medizin-Studierenden aus Oregon - in diesem US-Bundesstaat war 2 Jahre zuvor die Beihilfe zur Selbsttötung zugelassen worden - mit drei weiteren US-Staaten, die keine solche Gesetzesänderung hatten. Über 60% aller Studierenden befürworteten die Legalisierung der Beihilfe zur

¹¹⁴ Anneser et al. 2016, S. 12

¹¹⁵ Mangus et al. 1999

Selbsttötung, unabhängig in welchem Bundesstaat sie lebten. Interessanterweise würden nur 44% der Medizin-Studierenden des höheren Semesters in Oregon ein Rezept für ein todbringendes Medikament selber ausstellen, während 60% der Medizinstudierenden in den anderen US-Bundesstaaten hierzu bereit wären, sollte die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in dem jeweiligen Bundesstaat erlaubt sein. Dies schien darauf hin zu deuten, dass die Medizin-Studierenden aus Oregon (Beihilfe zur Selbsttötung gesetzlich erlaubt) die persönliche Teilnahme bei der Beihilfe zur Selbsttötung weniger befürworteten als die anderen Medizinstudierenden. Möglicherweise führte die Legalisierung und damit reale Konfrontation mit der Beihilfe zur Selbsttötung in Oregon dazu, dass die dortigen Medizinstudierenden ein restriktivere Einstellung hinsichtlich des persönlichen Mitwirkens einnahmen.

Im Falle der von uns befragten Medizinstudierenden könnte dies ebenfalls eine tragende Rolle gespielt haben. Sie sahen sich möglicherweise selbst als potenziell ausführende Akteure der Beihilfe zur Selbsttötung und / oder Tötung auf Verlangen. und stimmten deshalb weniger zu. Einen ähnlichen Konflikt beschrieb Karlsson et al.¹¹⁶ in seiner Studie "Einstellung zur Sterbehilfe unter schwedischen Medizin-Studierenden". Der Anteil der Studierenden, der die Tötung auf Verlangen legalisieren wollte, war niedriger als der Anteil, der sie als eine zukünftige Option betrachtete, ihr eigenes Leben zu beenden. Karlsson diskutierte, dass die befragten Studierenden womöglich eine doppeldeutige Einstellung zur Sterbehilfe haben könnten. Einerseits wollten sie Tötung auf Verlangen für sich selbst in Anspruch nehmen können, aber als zukünftige Ärzte nicht bei anderen durchführen müssen. Möglicherweise hatten die von uns befragten Medizinstudierenden ebenfalls eine doppeldeutige Einstellung und beantworteten die Frage nach der moralischen Zulässigkeit von Beihilfe zur Selbsttötung und / oder Tötung auf Verlangen nicht auf persönlicher Ebene, sondern in der Rolle als zukünftige Ärzte. Dies könnte sich in einer höheren moralischen Ablehnung gegenüber den umstrittenen Sterbehilfeformen niedergeschlagen haben. Diese Möglichkeit sollte in zukünftigen Studien bedacht werden, wenn die Einstellung Medizinstudierender zur Sterbehilfe eruiert wird.

¹¹⁶ Karlsson et al. 2007, S. 620

Ein weiterer Grund für die hohe moralische Ablehnung könnte die Studierenden-Population in Marburg selbst gewesen sein. So könnte sich in Marburg eine hinsichtlich der Sterbehilfe sehr restriktiv eingestellte Studierenden-Population befunden haben.

Möglicherweise unterschieden sich die von uns befragten Studierenden aufgrund von Einflüssen, die speziell in Marburg wirken oder weiterer Faktoren, die wir in der Studie nicht identifizierten. Dass verschiedene universitäre Curricula möglicherweise Einfluss nehmen, konnte in einer Studie von Clemens et al.¹¹⁷ gezeigt werden. Hier wurden Medizin-Studierende zweier verschiedener Universitäten (Bonn und Düsseldorf) befragt, ob sie eine Tötung auf Verlangen durchführen würden, wenn ein Patient sie darum bitten würde und dies in Deutschland gesetzlich erlaubt wäre. Die beiden medizinischen Fakultäten unterschieden hinsichtlich ihres Lehrangebotes in dem Fach Palliativmedizin:

In Bonn war das Fach Palliativmedizin Teil des medizinischen Lehrcurriculums, in Düsseldorf nicht. 43% der befragten Studierenden in Bonn und 25% der befragten Studierenden in Düsseldorf zeigten sich bereit, eine Tötung auf Verlangen durchzuführen.

Dies könnte Hinweis darauf sein, dass das Lehrangebot im Fach Palliativmedizin einen Einfluss auf die Einstellung der Studierenden hinsichtlich der Tötung auf Verlangen nahm. Im Falle der Marburger Medizin-Studierenden war das Fach Palliativmedizin zum Erhebungszeitraum noch nicht Bestandteil des medizinischen Lehrcurriculums.

¹¹⁷ Clemens et al. 2008

6.2. Die Rolle bzw. Bedeutung der Argumente

Wie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben, wurden in der Vergangenheit verschiedene Untersuchungen durchgeführt, um entweder die Einstellung zur Sterbehilfe in verschiedenen Populationen (Allgemeinbevölkerung, Studierende, Ärzte) zu erheben oder die Legalisierung der Sterbehilfe zu diskutieren. Es gibt jedoch kaum oder nur wenige Daten über die der Diskussion zugrunde liegenden Argumente. Für das neue Gesetz zur Beihilfe zur Selbsttötung wurden in der einjährigen vorangehenden Debatte viele pro- und Contra-Argumente hinsichtlich der Sterbehilfe vorgebracht. Welche dieser Argumente nahmen aber tatsächlich Einfluss bei der moralischen Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen?

Im Folgenden soll der Einfluss verschiedener einschlägiger Argumente der Sterbehilfedebatte auf die Einstellung der befragten Studierenden hinsichtlich der moralischen Zulässigkeit der beiden umstrittenen Sterbehilfeformen diskutiert werden. Das sind:

Generelles und religiöses Tötungsverbot

In der theoretischen Debatte um die Sterbehilfe wird das Tötungsverbot oft als ein ablehnendes Argument im Hinblick auf die umstrittenen Sterbehilfeformen verwendet.

Laut Maio lässt sich anführen, dass jedes Töten eine in sich schlechte Handlung sei (*intrinsece malum*). Unabhängig von Kontext, Intention und weiteren Faktoren sei diese Handlung per se unmoralisch. Bei dieser Grundannahme, könne keine Willensäußerung, und kein Umstand etwas an dieser grundsätzlichen Verwerflichkeit des Tötens ändern.¹¹⁸

Wie in Kapitel 4.2.2. dargelegt, bestand das Tötungsverbot in der vorgelegten Promotionsarbeit aus religiösen und nicht-religiösen Aspekten. Da die Ladungen des Items "Tötungsverbot" in der Faktorenanalyse auf zwei verschiedenen Faktoren luden, entschieden wir uns, das Tötungsverbot in ein allgemeines und ein religiöses zu differenzieren. Für die Jura- und Medizin-Studierenden war das allgemeine

¹¹⁸ Maio 2012, S. 363

Tötungsverbot eines der stärksten Argumente, welches die moralische Ablehnung von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung vorhersagte.

Dies könnte möglicherweise im säkularen Tötungsverbot begründet gewesen sein. Laut Albert Schweitzer¹¹⁹ gibt es eine "Ehrfurcht vor dem Leben". Das säkulare Tötungsverbot basiert auf dem Leben innewohnenden moralischen Wert und der Idee, dass das Tötungsverbot das Fundament einer Minimalmoral bildet. Hieraus lässt sich ein universelles ethisches "Verbot" ableiten. Dies könnte erklären, warum das Tötungsverbot eine solche Relevanz für die Jura- und Medizinstudierenden hatte.

Erstaunlicherweise war das *religiöse* Tötungsverbot nur bei der moralischen Bewertung der Tötung auf Verlangen für die Medizin-Studierenden signifikant und zeigte eine positive Korrelation. Das hieß, je mehr die Medizin-Studierenden dem religiösen Tötungsverbot zustimmten, desto höher war ihre moralische Akzeptanz gegenüber der Tötung auf Verlangen ausgeprägt. Erwartet hätte man eine *geringere* moralische Akzeptanz, da bei der Tötung auf Verlangen das (religiöse) Tötungsverbot missachtet wird.

Interessanterweise beeinflusste in der Subgruppe der Theologie-Studierenden weder das allgemeine noch das religiöse Tötungsverbot die moralische Bewertung der beiden umstrittenen Sterbehilfeformen. Der christliche Glaube ist normalerweise mit einer moralischen Orientierung der "Heiligkeit des Lebens" verbunden¹²⁰ Weiterhin verbietet das christliche Gebot "Du sollst nicht töten" strikt das Töten unabhängig von der medizinischen Kondition, in der sich ein Patient befindet.

Schlussfolgernd wäre zu erwarten gewesen, dass das allgemeine und / oder das religiöse Tötungsverbot für die Theologie-Studierenden eine tragende Rolle bei der moralischen Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen hätten spielen können. Warum dies nicht der Fall war, könnte folgende Gründe gehabt haben...

(a).....,dass die untersuchte Studienpopulation der Theologie-Studierenden an der Universität Marburg das allgemeine und / oder religiöse Tötungsverbot nicht als wichtig erachtet hatte, da sie der "Heiligkeit des Lebens"¹²¹ und / oder

¹¹⁹ Vgl. Kapitel 2.4.2

¹²⁰ Vgl. Kapitel 2.4.2

¹²¹ Vgl. Kapitel 2.4.2

dem christlichen Gebot "Du sollst nicht töten" keine so große Bedeutung beigemessen haben könnte.

(b)....,dass sich die beiden Konstrukte (1. generelles- 2. religiöses Tötungsverbot) in der statistischen Auswertung überschritten. Wie eingangs dargelegt, differenzierten wir das Item Tötungsverbot, um die religiösen und nicht religiösen Aspekte darstellen zu können. Dies könnte dazu geführt haben, dass sich die beiden Konstrukte inhaltlich sehr ähnlich waren und sich in ihrem Effekt quasi gegenseitig aufhoben.

Da die Subgruppe der Theologie-Studierenden ihrer Religiosität¹²² eine große Bedeutung beimaßen, könnte man daraus schlussfolgern, dass sie die christlichen Gebote beachteten und vermuten lassen, dass (b) die wahrscheinlichere Erklärung sein könnte. Schlussendlich kann dies jedoch nicht hinreichend geklärt werden.

Wie bereits erläutert, bestand das Tötungsverbot in unserer Studie aus religiösen und nicht-religiösen Aspekten. Unabhängig vom Hintergrund war der große Effekt des Tötungsverbots im Einklang mit der ethischen Debatte, welche die große Bedeutung des Tötungsverbots aufzeigte. Weiterhin war es theoretisch verbunden mit einem anderen stark ablehnendem Argument gegenüber der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung, nämlich der Ärztebelastung¹²³.

¹²² Vgl. Kapitel 5.2

¹²³ Vgl. Kapitel 2.4.3

Ärztebelastung

Die mögliche Belastung für Ärzte, die die Ausführung von Sterbehilfe mit sich bringen kann, kommt im aktuellen Diskurs um die Sterbehilfe nur am Rande vor. Es wird zwar der Einfluss auf die "Arzt-Patienten-Beziehung" diskutiert, der durch die ausführende Rolle des Arztes bei der Sterbehilfe entstehen kann, jedoch nicht die Auswirkung bzw. mögliche Belastung für den Arzt selber. So äußerte sich der aktuelle Präsident der Bundesärztekammer Montgomery im Januar 2014 in einem Interview mit der Wochenzeitung „Die Zeit“¹²⁴ folgendermaßen zur Rolle des Arztes im Zusammenhang mit der Sterbehilfe: "Ärzte sind in ihrer ethischen Grundausrichtung auf den Erhalt des Lebens ausgerichtet. Der Patient muss wissen, dass der Arzt in diesem Kontext an sein Bett tritt und nicht als jemand, der ihn tötet."¹²⁵ Es wurde nicht näher eingegangen auf die mögliche Belastung für den Arzt selber. Viel mehr erwarten Teile der Gesellschaft die Mitwirkung des Arztes, wie am Beispiel des Deutschen Juristentages 2006 deutlich wurde. Dieser sprach sich mehrheitlich für eine Mitwirkung des Arztes am Suizid eines Patienten mit „unerträglichem, unheilbarem Leiden aus“.¹²⁶

In der Subgruppe der Jura-Studierenden sahen diese, eine durch Ausführung von Sterbehilfe entstehende Belastung für Ärzte, nur im Hinblick auf die Tötung auf Verlangen. Dies könnte als Hinweis darauf gesehen werden, dass die Jura-Studierenden die Argumentationslinie des Deutschen Juristentage teilten und die umstrittenen Sterbehilfeformen differenzierten. So mag in den Augen der befragten Jura-Studierenden möglicherweise die Belastung bei der Beihilfe zur Selbsttötung für Ärzte zumutbar zu sein.

Im Hinblick auf die Tötung auf Verlangen sahen alle Studierende eine mögliche Belastung für Ärzte bei der Mitwirkung von todesbringenden Maßnahmen.

Beträfe dies nur die Medizinstudierenden, könne man argumentieren, sie assoziierten ihre eigene Zukunft mit der Ausführung von Sterbehilfe. Jedoch war die Ärztebelastung ebenso relevant für die Jura- und Theologiestudierenden. Laut der Regressionsanalyse der Theologie-Studierenden war die Ärztebelastung das einzige Argument, welches die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen beeinflusste.

¹²⁴ Zeit 2014a

¹²⁵ Zeit 2014a

¹²⁶ 66_DJT_Beschluesse, S. 12

Dies mag ein Hinweis darauf sein, dass es über den medizinischen Bereich hinaus ein relevantes Thema in der Gesellschaft darstellen könnte.

Die Mitwirkung bei den umstrittenen Sterbehilfeformen benötigt eine direkte und vorsätzliche Handlung durch den Arzt. Sei es entweder durch das Verabreichen einer tödlichen Spritze bei der Tötung auf Verlangen oder das Bereitstellen einer tödlichen Substanz als Suizidassistenz. Laut Maio übernimmt der Suizidassistierende [der Arzt] eine Mitverantwortung, da er durch die Beschaffung eines todesbringenden Medikaments an der Selbsttötung mitwirke. Diese Mitverantwortung sei kausaler Natur, da die Selbsttötung ohne die Assistenz überhaupt nicht durchführbar sei.¹²⁷ Konsekutiv sei der Arzt unweigerlich mitverantwortlich für das weitere Handeln seines Patienten.¹²⁸ Aus diesem Grunde kann der eintretende Tod eines Patienten auf die Handlung des Arztes zurück bezogen werden. So mag aus Patientensicht der eintretende Tod als das gewünscht Ziel erscheinen. Der Wunsch des Patienten nach seinem eigenen Tod steht jedoch dem Konzept eines generellen Tötungsverbots gegenüber. Da das Tötungsverbot von Mitgliedern fast aller Gesellschaften anerkannt wird, kann man es als Grundregel betrachten. Erfüllt der Arzt den Todeswunsch des Patienten, führe es zu einer Verletzung dieses generellen Tötungsverbots. Es braucht eine sehr starke moralische Rechtfertigung, und fast unabhängig von der Rechtfertigung, mündet ein verantwortlicher Verstoß gegen das Tötungsverbot in einer moralischen, emotionalen und psychologischen Belastung. Diese Belastung kann auch durch eine sogenannte Freiwilligkeit bei der Teilnahme der Sterbehilfe nicht relativiert werden. Vielmehr steht der Arzt in einem Spannungsverhältnis zwischen Patientenwunsch (z.B. nach Sterbehilfe) und seinem eigenen Gewissen, mit dem es möglicherweise unvereinbar ist, Sterbehilfe zu leisten. Dies versinnbildlicht den Konflikt zwischen Erfüllung des Patientenwillens und Respektierung der Autonomie des behandelnden Arztes. Weiterhin kann man postulieren, dass diese Belastung für Ärzte noch wesentlich höher sei, da sie gegen das ärztliche Ethos verstößt. Im Hippokratischen Eid heißt es: „Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen.“¹²⁹ Die Struktur des ärztlichen Handelns ist folglich auf das "Heilen" ausgerichtet. Maio führt

¹²⁷ Maio 2012, S. 347

¹²⁸ Maio 2012, S. 348

¹²⁹ Dietrich Kettler 2005, S. 128

dazu weiter aus, dass eine Institutionalisierung der Tötung auf Verlangen dem Arzt etwas zumuten würde, was mit dem tradierten ärztlichen Selbstverständnis unvereinbar sei.¹³⁰ Demgegenüber wendet Birnbacher ein, dass "der Arzt nicht mehr nur Heiler und Lebenserhalter, sondern auch Helfer ist, der seine Hilfe nicht nur nach selbst gesetzten, sondern auch nach den jeweils individuellen Maßstäben des Patienten bemisst."¹³¹

In unserer Studie verliehen die Studierenden dem Argument der Ärztebelastung im Zusammenhang mit der moralische Zulässigkeit von Tötung auf Verlangen und / oder Beihilfe zur Selbsttötung eine große Rolle. Deshalb sollte diesem Argument im Diskurs um die Sterbehilfe wesentlich mehr Bedeutung beigemessen werden. Da Beihilfe zur Selbsttötung in den meisten Ländern auf Ärzte beschränkt ist, könnte gesellschaftlich diskutiert werden, ob man dies auf einen größeren Personenkreis ausweiten sollte.

¹³⁰ Maio 2012, S. 364

¹³¹ Maio 2012, S. 365

Patientenautonomie

Die Patientenautonomie ist eines der zentralen Argumente, welches von Befürwortern der Sterbehilfe vorgebracht wird. In ihrem Namen wird das Recht auf den eigenen Tod proklamiert. Als Gegenargument wird vorgebracht, das der Mensch nicht das Recht habe, über sein eigenes Lebens(ende) zu verfügen. Dies läge außerhalb seiner Befugnis.

In der deutschsprachigen Philosophie prägte Immanuel Kant den Autonomiebegriff wesentlich. Seiner Ansicht nach ist Autonomie mehr als die Selbstbestimmung des Individuums. Vielmehr bedeutet Autonomie die Möglichkeit, den eigenen Willen auf der Basis nicht bloß individueller Präferenzen, sondern reflektierter Gründe bestimmen zu können: *"Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte."*¹³² Laut diesem Autonomieverständnis werden nicht nur die Individualität und die persönlichen Wünsche des Einzelnen betrachtet, sondern die Selbstgesetzlichkeit jedes Menschen. Somit lässt sich der Kantsche Autonomiebegriff nicht ohne weiteres auf den heute in der Medizin gängigen Ausdruck von Autonomie übernehmen. Dieser fußt auf der "Anerkennung, der grundsätzlichen Freiheit des Menschen, die es gebietet, dass jede Handlung am Menschen immer danach beurteilt werden muss, ob diese den Respekt vor der Freiheit des anderen zur Geltung bringt."¹³³

Dieser Respekt vor der Autonomie kommt zur Geltung, mit der Einholung der Einwilligung in das medizinische Verfahren, dem sogenannten Informed Consent.¹³⁴

Laut Schöne-Seifert "muss die Zustimmung oder Ablehnung (in eine medizinische Behandlung) eines Patienten mehrere Bedingungen erfüllen, um hinreichend autonom zu sein und somit Respekt zu verdienen. So muss der betreffende Patient:

- (a) entscheidungsfähig oder -kompetent sein;
- (b) so informiert sein, dass er versteht, worum es geht;
- (c) seine Entscheidung , ohne steuernde Einflussnahme durch andere Personen fällen und sie ebenso geltend machen sollte.¹³⁵

¹³² Winfried Hassemer 2000

¹³³ Maio 2012, S. 122–123

¹³⁴ Maio 2012, S. 123

¹³⁵ Schöne-Seifert 2007, S. 44

Zwei weitere wichtige Wegbereiter für den heute in der Medizinethik gängigen Autonomiebegriff sind Beauchamp und Childress¹³⁶. Sie entwickelten in den 1970er Jahren vier ethisch-moralische Grundprinzipien, welche heute als 4 Säulen der Medizinethik angesehen werden. Die Patientenautonomie ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Grundsatzprinzipien ärztlichen Handelns.

Im medizinischen Kontext bedeutet Autonomie, "Selbstbestimmung, die frei ist vom kontrollierendem Einfluss Anderer und ein notwendiges Verständnis über die Konsequenzen der (medizinischen) Handlung beinhaltet".¹³⁷

Es ist Gegenstand aktueller Diskussion, ob sich Patientenautonomie nur auf die Entscheidungen des Lebens erstreckt, oder auch die Umstände des Todes mit einbezieht.

Überraschenderweise schien in unserer Studie Patientenautonomie nur im Zusammenhang mit der Beihilfe zur Selbsttötung und nicht der Tötung auf Verlangen von Bedeutung. Dies könnte folgende Gründe gehabt haben:

(a) Einmal ist Patientenautonomie nicht unbegrenzt, ihr gegenüber steht die Autonomie und Freiheit von Anderen. Im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung, benötigt die Tötung auf Verlangen eine aktive Handlung einer anderen Person, um den Tod herbei zu führen. So könnte die Autonomie des Arztes die Patientenautonomie einschränken, wenn dieser es mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann, Sterbehilfe zu leisten und die Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen negiert. Schlussfolgernd könnte dies die Autonomie des Patienten einschränken. So herrscht ein allgemeiner Konsens darüber, dass Patientenautonomie zwar als Abwehrrecht verstanden wird, aber es herrscht Uneinigkeit, ob sie auch ein allgemeines Anspruchsrecht darstellt.¹³⁸ So kann der Patient nach dem neuen Gesetz zur Patientenverfügung¹³⁹ von 2009 zwar darlegen, welche Therapien oder Medikamente er in besonderen Situationen

¹³⁶ Beauchamp und Childress 2009

¹³⁷ Vgl. Kapitel 2.4.1

¹³⁸ Vgl. Kapitel 2.4.1

¹³⁹ Vgl. Kapitel 2.3.1

nicht mehr erhalten möchte. Er kann aber nicht verfügen, dass ein Arzt ihm ein todbringendes Mittel zur Verfügung stellt oder ihm dieses verabreicht.

(b) Zum anderen könnten die Studierenden die Patientenautonomie missverständlich interpretiert haben, im Sinne einer Eigenschaft, selbstständig mit der Umwelt zu interagieren, im Gegensatz zur normativ-ethischen Definition. Schlussfolgernd, könnte die Patientenautonomie mit der Beihilfe zur Selbsttötung assoziiert worden sein. Das eigene „Handeln“ des Patienten, zum Beispiel das Einnehmen einer tödlichen Medikamentendosis, könnte von den befragten Studierenden möglicherweise in einer Form definiert worden sein, bei der sich Autonomie auf Handeln bezog. Diese Definition des Wortes Autonomie, spielt jedoch für die moralischen Bewertung der Sterbehilfe eigentlich keine Rolle. Die Patientenautonomie ist nicht als bloßes „Handeln“ zu verstehen, sondern der Kernpunkt liegt in der autonomen Entscheidungsfähigkeit des Patienten. Diese unterschiedliche Definition der Patientenautonomie könnte ein möglicher Grund sein, warum die Patientenautonomie nur bei der moralischen Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung eine tragende Rolle gespielt hat.

Die unterschiedliche Gewichtung von Patientenautonomie im Hinblick auf die Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen verdeutlichte, dass die Konzepte der vorgebrachten Argumente allen Teilnehmern der Sterbehilfedebatte bekannt und verständlich sein sollten.

Palliativmedizin

Der Begriff der Palliativmedizin wurde in den 1970er Jahren von Cicely Saunders geprägt¹⁴⁰. Sie prägte auch den Satz: „Nicht dem Leben mehr Tage hinzuzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben.“ Das Behandlungsziel ist Lebensqualität und nicht Lebensquantität.^{141 142} Im Diskurs um die Sterbehilfe wird vorgebracht, dass eine effektive Palliativmedizin den Sterbewunsch von Patienten minimieren oder sogar beseitigen kann.¹⁴³ Warum beeinflusste das Argument der Palliativmedizin die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen nur in der Subgruppe der Medizin-Studierenden?

Möglicherweise setzten sich die Medizin-Studierenden während des Studiums mehr mit medizin-ethischen Grundfragen auseinander. Dies könnte dazu geführt haben, dass den Medizin-Studierenden dadurch das Konzept der Palliativmedizin eher bekannt war als den Studierenden der anderen Fachrichtungen. So hat das Konzept der Palliativmedizin bei den Medizin-Studierenden vielleicht Einfluss nehmen können bei der moralischen Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen.

Im theoretischen Diskurs um die Sterbehilfe wird argumentiert, dass wenn den Menschen das Prinzip der Palliativmedizin (schmerzstillende Medikamente, Linderung von Atemnot ect.) bekannt ist, diese nicht (so oft) den Wunsch nach Sterbehilfe äußern.¹⁴⁴

Bei den von uns befragten Medizin-Studierenden kam Palliativmedizin im curricularem Lehrplan noch nicht vor, so dass keine Aussage getroffen werden kann, inwieweit die Einführung des Faches Palliativmedizin zu einer Änderung des Antwortverhaltens der Medizinstudierenden führen würde.

Möglicherweise nahm das Konzept der Palliativmedizin keinen Einfluss auf die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen durch die Jura- und Theologie-Studierenden, da ihnen der Inhalt nicht geläufig war. Unter diesem Gesichtspunkt wäre es gut, den Studierenden der anderen Fachrichtungen das

¹⁴⁰ Vgl. Kapitel 2.4.5

¹⁴¹ Dietrich Kettler 2005, S. 134

¹⁴² Vgl. Kapitel 2.4.5

¹⁴³ Vgl. Kapitel 2.4.5

¹⁴⁴ Sitte 2014, S. 9

Konzept der Palliativmedizin verständlich zu machen. Es könnte Anreiz sein, diese Themen im Jura und Theologiestudium einzuflechten, oder ggf als Wahlfach anzubieten.

Es ist begrüßenswert, dass nach Durchführung unserer Studie das Fach Palliativmedizin im curricularem Lehrplan der Medizin an der Universität in Marburg aufgenommen wurde, sodass es zu einem weiteren Zugewinn an Wissen bei den Medizinstudierenden kommen kann. Dies ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg, die Palliativmedizin im Diskurs um die Sterbehilfe allen Beteiligten nahe zu bringen und verständlich zu machen.

Dambruch

Im Diskurs um die Sterbehilfe wird vorgebracht, dass die Legalisierung der umstrittenen Sterbehilfeformen zu einem gesellschaftlichen Dambruch führen könnte. Hierbei sind folgende Szenarien denkbar.

Z. B. könnte die Freigabe der Beihilfe zur Selbsttötung einen schleichenden Übergang zur Tötung auf Verlangen begünstigen. Eine andere Möglichkeit ist die persönliche Ebene. Im Idealfall sollte ein Patient, der den Wunsch nach dem eigenen Tod äußert, bei klarem Verstand sein, aus eigenen Stücken handeln und sich der Tragweite seiner Entscheidung völlig bewusst sein. Dies trifft jedoch nicht für alle Patienten zu. In den Niederlanden gibt es Tendenzen, Sterbehilfe auch Patienten zu gewähren, bei denen dies nicht immer der Fall ist. So wird z.B. die Tötung auf Verlangen auch für demente Patienten diskutiert. Hierdurch könnte möglicherweise die Gefahr entstehen, dass die Entscheidung für die Tötung auf Verlangen für den Patienten getroffen wird. In einer Studie von Kouwenhoven et al (2015)¹⁴⁵ wurden niederländische Bürger und Ärzte hierzu befragt. Die Ärzte gestanden Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Tötung auf Verlangen bei dementen Patienten zu, da diese nicht klar ihren Todeswunsch äußern könnten. Wenn jedoch ein entscheidungsfähiger Patient einen Todeswunsch schriftlich fixiert habe, für den Fall, dass er dement werde, läge dies nach niederländischem Recht im Bereich des Möglichen.

Ein weiteres Beispiel ist die Tötung auf Verlangen bei Kindern. Es stellt sich die Frage, inwieweit Kinder die Tragweite des eigenen Todes begreifen können?

¹⁴⁵ Kouwenhoven, Pauline SC et al.

Im Nachbarland Belgien wurde 2014 die Tötung auf Verlangen auch bei Kindern (ohne Altersbeschränkung) gesetzlich erlaubt. Zwei Jahre später (2016) wurde das erste Mal über einen Fall berichtet (Zeit-Online) indem ein todkrankes Kind Tötung auf Verlangen erhalten habe.¹⁴⁶

Besonders prekär ist das Zusammenspiel von Sterbehilfe und Organspende. Im Jahre 2011 wurde das erste Mal in einem Artikel der Wochenzeitschrift "Die Zeit" von einem Fall berichtet, bei dem Ärzte eine Patientin auf deren Wunsch hin sterben ließen, sofort danach entnahmen ihr andere Mediziner Organe.¹⁴⁷

Dies sind Beispiele, dass nicht immer der Patient alleine entscheidet. Möglicherweise könnten diese Entwicklungen in den Beneluxstaaten in einer Tötung ohne Verlangen enden.

Dass es solche Tendenzen bereits gibt, zeigte eine Studie aus den Beneluxländern (Smets et al 2011). Hier sprachen sich 60% der befragten belgischen Ärzte dafür aus, dass ein Arzt bei einem sterbenskranken, leidenden und entscheidungsunfähigen Patienten die Entscheidung über die Verabreichung einer todbringenden Medikation selber treffen dürfen soll.¹⁴⁸

Eine weitere Form des Dammbrechens könnte darin bestehen, dass der Todeswunsch eines Patienten nicht wirklich seinem eigenen Wunsch entspricht, sondern dass er durch äußere Faktoren dazu gedrängt wird, z.B. um den Angehörigen in pflegerischer oder finanzieller Hinsicht nicht zur Last zu fallen. Oder ein sterbenskranker Patient könnte den Wunsch nach Sterbehilfe äußern, um den eigenen Angehörigen das Leid der letzten Wochen ersparen zu wollen.

In der vorgelegten Promotionsarbeit beeinflusste das Dammbrech Argument die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen durch die Jura-Studierenden und die moralische Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung durch die Medizin-Studierenden.

Im Studium der Rechtswissenschaften wird die Fähigkeit vermittelt, Sachverhalte im "juristischen Sinne" genau zu differenzieren. So könnten die Jura-Studierenden die Grenze zwischen Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen professioneller ziehen als die übrigen Studierenden. Per Definition ist ein Suizid kein Strafbestand, solange die Tatherrschaft beim Patienten bleibt. Da es kein rechtliches Selbst-

¹⁴⁶ Zeit 2016

¹⁴⁷ Keller

¹⁴⁸ Smets et al. 2011

Tötungsverbot gibt, stellt der Suizid eine legale rechtliche Möglichkeit dar. So könnten die Jura-Studierenden bei der Beihilfe zur Selbsttötung keine Gefahr des Dammbrochs sehen. Dies würde mit der Forderung des Deutschen Juristentag 2006 nach ärztlich assistierten Suizid in Einklang stehen.¹⁴⁹ Anders verhält es sich bei der Tötung auf Verlangen. Hier wird das Tötungsverbot missachtet, da die Tatherrschaft nicht mehr beim Patienten selbst liegt. Aus diesem Grunde könnten sie in der Tötung auf Verlangen deutlich die Gefahr eines Dammbroches erkennen, da hier die Grenze zur aktiven Tötung deutlich überschritten ist, d.h. gegen das Tötungsverbot verstoßen wird.

Im Falle der Medizin-Studierenden könnte es sein, dass sie bereits bei der Beihilfe zur Selbsttötung eine Art Dammbroch befürchten. Des weiteren könnten sich die Medizinstudierenden als zukünftige Ärzte möglicherweise selbst als potenzielle Akteure im Hinblick auf die Beihilfe zur Selbsttötung sehen, somit bekommt es einen persönlichen Bezug. Es ist eine persönliche "aktive" Handlung des Arztes notwendig, zum Beispiel das Ausstellen eines Rezeptes für ein todbringendes Medikament. So könnte sich der Medizinstudent in letzter Konsequenz doch persönlich für den eintretenden Tod verantwortlich fühlen und bewertet dies als einen möglichen Dammbroch zu weiteren todesbringenden Handlungen.

¹⁴⁹ Deutscher Ärzte-Verlag GmbH und Ärzteblatt

Nationalsozialismus

Im Gegensatz zu anderen Staaten wird in Deutschland bereits die Diskussion über das Thema Sterbehilfe, mit Verweis auf die historische Vergangenheit des Nationalsozialismus in Deutschland, oft abgelehnt.¹⁵⁰ In der Sterbehilfedebatte wird das Argument des Nationalsozialismus von Sterbehilfe-Gegnern oftmals instrumentalisiert, um vor einer Lockerung der gesetzlichen Restriktion zu warnen.¹⁵¹

In einer Studie von Schildmann et al. fand man heraus, dass nur ein kleiner Teil der Medizin-Studierenden die Zeit des Nationalsozialismus als einen Einflussfaktor für die persönliche Bewertung der Tötung auf Verlangen ansah.¹⁵²

In einer Studie von Stiel et al. konnte gezeigt werden, dass bei Jura-, Medizin- und Theologie-Studierenden der Einfluss der deutschen Vergangenheit auf die Einstellung zur Tötung auf Verlangen sehr gering war.¹⁵³ Dieser Trend spiegelte sich auch in unseren Ergebnissen wider. Erstaunlicherweise tauchte das Argument des Nationalsozialismus weder bei der moralischen Bewertung der Tötung auf Verlangen noch der Beihilfe zur Selbsttötung auf. Dies könnte möglicherweise daran gelegen haben, dass in den Augen der heutigen Studierenden das Thema an Brisanz verloren haben könnte, weil sie sich Generationen nach der NS-Zeit für die unter dem Namen des Nationalsozialismus durchgeführten Gräueltaten nicht verantwortlich fühlen.

Dies legt die Vermutung nahe, dass die Zeit des Nationalsozialismus als Einflussfaktor in der Sterbehilfe-Debatte bei jungen Erwachsenen nicht so bedeutsam sein könnte wie für Menschen älterer Generationen. Dies könnte als Hinweis gesehen werden, dass die jüngere Generation einen Diskurs um die Sterbehilfe ohne einen Verweis auf die NS-Vergangenheit führen möchte.

¹⁵⁰ Hans-Walter Schmuhl 2000, S. 386

¹⁵¹ Hans-Walter Schmuhl 2000, S. 391

¹⁵² Schildmann et al. 2004, S. 130–131

¹⁵³ Stiel et al. 2011, S. 275

Einfluss der allgemeinen vs. der Sterbehilfe-spezifischen Argumente

Wie in den vorangehenden Abschnitten dargelegt wurde, schienen die Sterbehilfe-spezifischen Argumente die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen beeinflusst zu haben. Im Gegensatz dazu waren keine signifikanten Zusammenhänge hinsichtlich der allgemeinen Argumente und Einstellungen (Autoritarismus, Selbstwirksamkeit, Religiosität und Konservatismus) zu erkennen. Wie in Kapitel 4.2.3 dargestellt, fanden sich zwar signifikante Zusammenhänge nach Schritt 1 (Eingabe der allgemeinen Argumente und Einstellungen):

Religiosität schien die moralische Bewertung der beiden umstrittenen Sterbehilfeformen durch die Jura-, Medizin- und Theologie-Studierenden zu beeinflussen. Dieser Effekt verschwand jedoch nach zusätzlicher Eingabe der restlichen Sterbehilfe-spezifischen Argumente. Nach Schritt 2 schien nur in der Subgruppe der Jura-Studierenden Selbstwirksamkeit einen geringen Einfluss auf die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen zu haben.

Dass Autoritarismus, Selbstwirksamkeit, Religiosität und Konservatismus scheinbar keinen oder nur einen geringen Einfluss nahmen, könnte folgenden Grund gehabt haben:

(a) Möglicherweise ist die moralische Zulässigkeit oder Ablehnung der Tötung auf Verlangen und / oder der Beihilfe zur Selbsttötung mit bestimmten Werten (Tötungsverbot, Patientenautonomie) assoziiert. Diese scheinen einen größeren Stellenwert einzunehmen als die allgemeinen Persönlichkeitsmerkmale. Dies könnte darauf hindeuten, dass Autoritarismus, Selbstwirksamkeit, Religiosität und Konservatismus nur eine untergeordnete Rolle spielen bei einem so facettenreichen Thema wie der Sterbehilfe. Diese These wird gestützt durch die Ergebnisse der Allensbach Studie (2014: Deutsche Gesamtbevölkerung). Die Zustimmung zur Tötung auf Verlangen ging quer durch alle Bevölkerungsschichten, weitestgehend unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildung oder Konfessionszugehörigkeit. So waren 70 Prozent der Männer und 65 Prozent der Frauen für die Möglichkeit der Tötung auf Verlangen; in den verschiedenen Generationen waren es zwischen 65 und 68 Prozent. Auch die Schulbildung hatte kaum eine Auswirkung. In allen

Bildungsschichten war mit 64 bis 70 Prozent eine große Mehrheit dafür, dass schwerkranke Menschen dabei unterstützt werden dürfen, ihr Leben auf eigenen Wunsch hin zu beenden. Auch unter Katholiken und Protestanten war jeweils eine große Mehrheit für die aktive Sterbehilfe.¹⁵⁴

Dies zeigte, dass sich die verschiedenen Einstellungen zur Sterbehilfe nicht in einer "Klasse der Gesellschaft" sammeln, sondern die Gesellschaft wie ein buntes Band durchziehen. Da die Einstellung zur Sterbehilfe ein sehr facettenreiches Konstrukt darstellt, welches auf persönlichen Erfahrungen und Meinungen fußt, könnten zum Beispiel Vertreter von unterschiedlichen Schichten die selbe Einstellung bezüglich der Sterbehilfe vertreten.

Vielmehr sind, im Einklang mit der theoretischen Debatte die Sterbehilfe-spezifischen Argumente, wie das Tötungsverbot, die Patientenautonomie und überraschenderweise auch die Ärztebelastung von Relevanz. Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt, scheinen diese die theoretische Debatte um die Sterbehilfe in ihren Grundzügen wegweisend mit zu beeinflussen.

¹⁵⁴ Institut der Demoskopie Allensbach, S. 3

6.3. Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Einschränkungen zu bedenken. Einmal könnten bei der Konstruktion des Fragebogen theoretische Vorannahmen dazu geführt haben, dass relevante Argumente nicht in den Fragebogen mit aufgenommen wurden. Weitere Argumente, welche die moralische Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen beeinflussen, könnten somit nicht identifiziert worden sein.

Weiterhin wurden einige Argumente möglicherweise vielschichtiger abgefragt als andere, da die verwendeten Anzahl von Items aus unterschiedlichen Mengen bestand. Da die Einstellung der Studierenden durch Fallvignetten erhoben wurde, könnte dies zu anderen Ergebnissen geführt haben, als dies mit direkten Fragen der Fall gewesen wäre. Dies lässt einen Vergleich mit Studien, welche direkte Fragen benutzten, nur bedingt zu.

Aufgrund des in der Gesellschaft kontrovers diskutierten und komplexen Themas der Sterbehilfe könnten die Studierenden die Fragen so beantwortet haben, wie es in ihren Augen sozial erwünscht schien. Trotz Anonymität der Studierenden könnte möglicherweise nicht die reale Einstellung der Studierenden abgefragt worden sein.

Die Ergebnisse können keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, da die Studie nur an einer deutschen Universität in Marburg durchgeführt wurde. Weiterhin stellte die Stichprobe eine sehr selektive Gruppe dar, da sie nur aus Studierenden (der Rechtswissenschaft, Medizin und Theologie) bestand. Somit ließ die Studie keine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf andere Personengruppen (z. B. der Allgemeinbevölkerung) zu.

Letztlich ist der Ansatz in der vorgelegten Promotionsarbeit ein wissenschaftliches Konstrukt, das nicht zwingend beweisen kann, dass es im Einzelfall zwischen den spezifischen Argumenten und der moralischen Beurteilung der umstrittenen Sterbehilfeformen tatsächlich einen validen Zusammenhang gibt.

6.4. Zusammenfassung

Die Diskussion um das neue Gesetz zur "Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung"¹⁵⁵ vom 06.11.2015 verdeutlichte, dass Sterbehilfe und seine moralische, wie auch rechtliche Zulässigkeit, unverändert gesellschaftliches Interesse erregt und einen kontroversen Diskurs auslöst. Vom wissenschaftlichen Blickpunkt aus beschäftigten sich viele Untersuchungen bisher vor allem mit der generellen Einstellung hinsichtlich einer Legalisierung der umstrittenen Sterbehilfeformen Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung.

Die vorliegende Promotionsarbeit erfragte mittels Fallvignetten, in denen jeweils das Vorgehen eines Arztes im Rahmen von Sterbehilfe-Handlungen beschrieben wurde, in einem Kollektiv von Studierenden der Rechtswissenschaften, Theologie und Medizin die moralische Bewertung dieser Handlungen. Zudem wurden erstmals allgemeine Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale (Autoritarismus, Konservatismus, Religiosität und Selbstwirksamkeit) sowie die in der theoretischen Sterbehilfe-Debatte üblicherweise angeführten Argumente, auf ihren Einfluss hinsichtlich dieser moralische Bewertung untersucht.

Trotz der bekannten Einschränkung, dass aufgrund von empirischen Ergebnissen nicht sicher auf ethische Grundannahmen geschlossen werden kann, konnten mit diesem Vorgehen wichtige Hinweise hinsichtlich der Wirkmächtigkeit der verschiedenen Argumente gewonnen werden. So zeigte sich, dass die Studierenden aller Fachrichtungen größtenteils die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zur Selbsttötung im Rahmen der geschilderten Fallsituationen als moralisch unzulässig bewerteten - entgegen bisheriger Studien, die in verschiedenen Kollektiven eher positive Einstellungen hinsichtlich einer möglichen Legalisierung von Sterbehilfe nachwiesen. Es kann vermutet werden, dass durch die Verwendung von Fallvignetten die Sterbehilfesituationen den Studierenden konkreter und weniger abstrakt dargelegt wurden, wodurch deren Entscheidung hinsichtlich der moralischen Bewertung der gesellschaftlich umstrittenen Sterbehilfe-Handlungen restriktiver ausfiel. Dieser Effekt sollte bei weiteren Untersuchungen zu Sterbehilfe berücksichtigt werden.

¹⁵⁵ Kosfeld 2015

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass von den hier untersuchten Argumenten, die allgemein in der Sterbehilfe-Debatte angeführt wurden, wie beispielsweise das Tötungsverbot, der Respekt vor der Patientenautonomie und Dammbuchbefürchtungen, einige besonders relevant für die moralische Zustimmung oder Ablehnung von Beihilfe zur Selbsttötung und / oder Tötung auf Verlangen bei den Studierenden waren und in dieser Hinsicht einflussreicher als allgemeine Einstellungen oder Persönlichkeitsmerkmale.

Im Einklang mit der theoretischen Debatte um die Sterbehilfe spielte vor allem das Tötungsverbot und die Patientenautonomie eine große Rolle hinsichtlich der moralischen Bewertung der umstrittenen Sterbehilfeformen. Die Medizin-Studierenden schienen zudem der Palliativmedizin eine größere Wichtigkeit bei Fragen am Lebensende einzuräumen, wobei ihre Bedeutung als "Alternative" zur Sterbehilfe auch in der öffentlichen Diskussion immer wieder hervorgehoben wird.

Das öffentlich oft lautstark diskutierte Argument des Dammbuchs schien nur einen untergeordneten Einfluss auf die Bewertung der Teilnehmer zu haben, wohingegen ein in der Öffentlichkeit eher selten angeführtes Argument, nämlich die mögliche Belastung für Ärzte, die letztlich die Sterbehilfe durchführen oder begleiten müssen, einen großen Einfluss ausübte. Daher sollte dieses Argument in der theoretischen Debatte mehr Berücksichtigung finden.

Insgesamt wurde in der vorliegenden Promotionsarbeit zum ersten Mal der Einfluss der in der theoretischen Diskussion um Sterbehilfe verwendeten Argumente auf die moralische Bewertung von Sterbehilfe in unterschiedlichen Studierenden-Gruppen untersucht und belegt.

6.5. Summary

The discussion on the new law on "criminal liability for the commercial promotion of suicide" of 06.11.2015 made it clear that euthanasia and its moral as well as legal admissibility, continues to attract social interest and trigger a controversial discourse. From a scientific point of view, many studies have so far focused mainly on the general attitude regarding the legalization of active euthanasia and (physician) assisted suicide.

The present doctoral thesis analyzed the moral evaluation of euthanasia in a collective of law, theology and medical students by means of case vignettes describing in each case the procedure of a doctor in the context of euthanasia. In addition, general attitudes and personality traits (authoritarianism, conservatism, religiosity and self-efficacy) as well as the arguments usually cited in the theoretical euthanasia debate were examined for their influence on this moral assessment.

Despite the well-known restriction that it is not possible to conclude ethical assumptions on the basis of empirical results, this procedure provided important indications as to the influence of the various arguments. Thus, it was found that the students of all disciplines largely rated active euthanasia and (physician) assisted suicide in the context of the described case vignettes as morally inadmissible - contrary to previous studies, which showed rather positive attitudes regarding a possible legalization of euthanasia in various groups. It may be presumed that by the use of case vignettes the situations in which euthanasia was performed became more vivid and less abstract for the students, thus making their decision regarding the moral assessment of euthanasia more restrictive. This effect should be taken into account in further investigations on euthanasia.

Furthermore, it could be shown that of the arguments in this study, which have been widely cited in the euthanasia debate, such as the prohibition of killing, respect for patient autonomy and slippery slope concerns, some were particularly relevant for the moral approval or rejection of (physician) assisted suicide and / or active euthanasia by the students and in this regard more influential than general attitudes or personality traits.

In line with the theoretical debate on euthanasia, the prohibition of killing and patient autonomy in particular played a major role in the moral assessment of euthanasia. The medical students also seemed to give palliative medicine a greater importance in matters of end-of-life-care, although their importance as an "alternative" to euthanasia is repeatedly emphasized in public debate.

The slippery slope argument, which is controversially discussed in public seemed to have only a minor influence on the evaluation of the students. Whereas a rarely cited argument in the theoretical debate of euthanasia, namely the possible burden for doctors who perform or accompany euthanasia had a major impact. Therefore, this argument should be given more consideration in the theoretical debate.

Overall, the influence of the arguments used in the theoretical discussion on euthanasia for the moral evaluation of euthanasia in different groups of students was examined and demonstrated for the first time in this dissertation.

Literaturverzeichnis

66_DJT_Beschluesse. Online verfügbar unter http://www.djt.de/fileadmin/downloads/66/66_DJT_Beschluesse.pdf, zuletzt geprüft am 04.07.2014.

Ärzte-Verlag, Deutscher (1987): Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute? Deutsches Ärzteblatt 1987: A-3286. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/84/48/a3286.pdf#view=Fit&toolbar=0&statusbar=0&messages=0&navpanes=0>, zuletzt geprüft am 23.05.2016.

Ärztezeitung: Beihilfe zum Suizid? Bundesärztekammer sagt strikt nein! Online verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/522727/beihilfe-suizid-bundesaerztekammer-sagt-strikt-nein.html, zuletzt geprüft am 07.07.2014.

Anneser et al. (2016): Ärztlich assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen und palliative Sedierung: Einstellungen und Wissensstand von Medizinstudierenden. In: *GMS Journal für Medical Education* (Vol. 33(1)), zuletzt geprüft am 04.08.2017.

Beauchamp, Tom L.; Walters, LeRoy (1989): *Contemporary issues in bioethics*. 3rd ed. Belmont, Calif: Wadsworth Pub. Co.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2009): *Principles of biomedical ethics*. 6. ed. New York, NY: Oxford Univ. Press.

Benzenhöfer, Udo (2009): *Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Birnbacher, Dieter (2012): Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht. In: *MedR* 30 (9), S. 560–565. DOI: 10.1007/s00350-012-3223-1.

Bortz, Jürgen; Schuster, Christof (2010): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch), zuletzt geprüft am 19.07.2016.

Bundesärztekammer, B.Ä.K. (2014): Bundesärztekammer. BÄK Bundesärztekammer. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1>, zuletzt aktualisiert am 11.04.2014, zuletzt geprüft am 09.07.2014.

Bundesärztekammer (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/101/19/a1298.pdf#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit>, zuletzt geprüft am 14.07.2014.

Bundesärztekammer (2011a): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/sterbebegleitung_17022011.pdf, zuletzt geprüft am 09.07.2014.

Bundesärztekammer (2011b): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. -MBO-Ä 1997 -* in der Fassung der Beschlüsse des 114. Ärztetages 2011 in Kiel. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/108/38/a1980.pdf#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit>, zuletzt geprüft am 14.07.2014.

Bundesgerichtshof (2014). Online verfügbar unter <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=2010-6&Seite=1&anz=261&pos=31&nr=52416&linked=pm&Blank=1>, zuletzt aktualisiert am 07.07.2014, zuletzt geprüft am 07.07.2014.

Carlo Grimm / Ingo Hillebrand (2012): Blickpunkt Sterbehilfe. Zentrale Diskussionsfelder - DRZE. Hg. v. DRZE – Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Online verfügbar unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/zentrale-diskussionsfelder>, zuletzt aktualisiert am 26.10.2012, zuletzt geprüft am 12.03.2014.

Clemens, K. E.; Jaspers, B.; Klein, E.; Klaschik, E. (2008): Palliativmedizinische Lehre. In: *Schmerz* 22 (4), S. 458–464. DOI: 10.1007/s00482-008-0649-5.

Deutsche Bischofskonferenz: Katholische Kirche in Deutschland. Online verfügbar unter <http://www.dbk.de/katholische-kirche/katholische-kirche-deutschland/>, zuletzt geprüft am 14.07.2014.

Deutsche Bischofskonferenz: Über uns. Online verfügbar unter <http://www.dbk.de/ueber-uns/>, zuletzt geprüft am 17.07.2014.

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (DHGS) Grundsatzprogramm. Online verfügbar unter http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Grundsatzprogramm_2014-03_v01_print01.pdf, zuletzt geprüft am 18.07.2014.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hg.) (2016): Startseite. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/>, zuletzt aktualisiert am 27.05.2016, zuletzt geprüft am 27.05.2016.

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; Ärzteblatt, Redaktion Deutsches: Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben (17.01.2014). Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/152921/Aerztlich-assistierter-Suizid-Hilfe-beim-Sterben-keine-Hilfe-zum-Sterben>, zuletzt geprüft am 05.11.2015.

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; Ärzteblatt, Redaktion Deutsches: Deutscher Juristentag: Patientenverfügungen als verbindlich anerkennen (29.09.2006). Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/52842/Deutscher-Juristentag-Patientenverfuegungen-als-verbindlich-anerkennen>, zuletzt geprüft am 03.07.2014.

Deutscher Bundestag (2015): Das Parlament - Neue Regeln für das Ende. Online verfügbar unter <http://www.das-parlament.de/2015/46/titelseite/-/394644>, zuletzt aktualisiert am 09.11.2015, zuletzt geprüft am 20.11.2015.

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf>, zuletzt geprüft am 11.05.2016.

Die Deutschen Bischöfe: Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie. 1. Juni 1975 (= Die deutschen Bischöfe 4). In: Evangelische Kirche, Deutsche Bischofskonferenz (Hg.): Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte (17), S. 42–51.

Dieter Birnbacher (2005): Sterbehilfe - eine philosophische Sicht. In: F. Thiele (Hg.): Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Wilhelm Fink (Neuzeit & Gegenwart), S. 31–42.

Dietrich Kettler (2005): Palliativmedizin - eine Alternative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe? In: F. Thiele (Hg.): Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Wilhelm Fink (Neuzeit & Gegenwart), S. 127–137.

Dr. Gottfried Schüz: 100 Jahre Albert Schweitzer - Ehrfurcht vor dem Leben: Ehrfurcht vor dem Leben - Geschichte und Bedeutung. Online verfügbar unter <http://www.albert-schweitzer-100.de/einst-heute/ehrfurcht-vor-dem-leben-geschichte-und-bedeutung/>, zuletzt geprüft am 18.05.2016.

Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts Vom 29. Juli 2009 2009. Online verfügbar unter http://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/Dokumente/Jubilaeum/03_Drittes_BtAEndG_BGBI.pdf, zuletzt geprüft am 08.07.2014.

Evangelische Kirche, Deutsche Bischofskonferenz (Hg.): Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte (17). Online verfügbar unter http://www.dbk-shop.de/media/files_public/fcvipgquouf/DBK_617_2.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2014.

Felix Thiele (2005): Aktive Sterbehilfe. Eine Einführung in die Diskussion. In: F. Thiele (Hg.): Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Wilhelm Fink (Neuzeit & Gegenwart), S. 9–29.

Hans-Walter Schmulh (2000): Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs. Eine Zwischenbilanz. In: Andreas Frewer und Clemens Eickhoff (Hg.): "\"Euthanasie\" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt, New York: Campus, S. 385–407.

Hoerster, Norbert (2002): Sterbehilfe im säkularen Staat. [2. Aufl.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1377).

Horst Dreier (2007): Grenzen des Tötungsverbots. In: *JuristenZeitung* 62. Jahrgang (6), S. 261–270. Online verfügbar unter <http://www.jstor.org/stable/pdf/20828649.pdf>, zuletzt geprüft am 17.05.2016.

Institut der Demoskopie Allensbach: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf>, zuletzt geprüft am 22.07.2014.

Institut der Demoskopie Allensbach: Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. Online verfügbar unter http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/KB_2014_02.pdf, zuletzt geprüft am 25.01.2017.

Joerden, Jan C. (2003): Menschenleben. Ethische Grund- und Grenzfragen des Medizinrechts. Stuttgart: Steiner (Grundlagen der Rechtsphilosophie, Bd. 1).

Karl Lehmann, Manfred Kock: Einführung der 1. Auflage von 2003. In: Evangelische Kirche, Deutsche Bischofskonferenz (Hg.): Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte (17), S. 13–16.

Karlsson, Marit; Strang, Peter; Milberg, Anna (2007): Attitudes toward euthanasia among Swedish medical students. In: *Palliative Medicine* 21 (7), S. 615–622. DOI: 10.1177/0269216307081940.

Keller, Martina: Sterbehilfe. Carine, 43, lässt sich töten. In: *Zeit Online*, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Kirschner, R.; Elkeles, T. (1998): Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten. In: *Gesundheitswesen* 60 (4), S. 247–253.

Kosfeld, Claus-Peter (2015): Deutscher Bundestag - Recht: Debatte über die Vorlagen zur Sterbebegleitung. Deutscher Bundestag. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_ak_sterbebegleitung/379940, zuletzt aktualisiert am 23.06.2015, zuletzt geprüft am 20.11.2015.

Kouwenhoven, Pauline SC et al.: Opinions about euthanasia and advanced dementia: a qualitative study among Dutch physicians and members of the general public. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350907/pdf/12910_2014_Article_328.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2017.

Maio, Giovanni (2012): Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. 1. korrigierter Nachdruck der 1. Auflage 2012: Schattauer.

Mangus, R. S.; Dipiero, A.; Hawkins, C. E. (1999): Medical students' attitudes toward physician-assisted suicide. In: *JAMA* 282 (21), S. 2080–2081.

Nationaler Ethikrat 2006: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende: Stellungnahme, zuletzt geprüft am 30.06.2014.

Nikolaus Knoepffler (2008): Patientenautonomie – Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel der Sterbehilfedebatte. In: V. Schumpelick und Bernhard Vogel (Hg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven : Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia. Originalausg. Freiburg: Herder, S. 37–52.

Paul, Johannes, II. (2012): Evangelium Vitae, Enzyklika über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, Johannes Paul II. Internet Office of the Holy See. Online verfügbar unter http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_ge.html, zuletzt aktualisiert am 25.07.2012, zuletzt geprüft am 21.07.2014.

Peintinger, M. (2008): Ethische Grundfragen in der Medizin: Facultas-WUV. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=I2UW8RIdoM8C>.

Radulovic, S.; Mojsilovic, S. (1998): Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 6 (4), S. 410–415.

Schildmann, Jan; Herrmann, Eva; Burchardi, Nicole; Schwantes, Ulrich; Vollmann, Jochen (2004): Sterbehilfe. In: *Ethik in der Medizin* 16 (2), S. 123–132. DOI: 10.1007/s00481-004-0302-5.

Schildmann, Jan; Herrmann, Eva; Burchardi, Nicole; Schwantes, Ulrich; Vollmann, Jochen (2006): Physician Assisted Suicide: Knowledge and Views of Fifth-Year Medical Students in Germany. In: *Death Studies* 30 (1), S. 29–39. DOI: 10.1080/07481180500236693.

Schnell, Martin W.; Schulz, Christian (2012): Basiswissen Palliativmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch), zuletzt geprüft am 27.05.2016.

Schöne-Seifert, Bettina: Stellungnahme zur ethischen Beurteilung ärztlicher/organisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzentwürfe. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/blob/388596/3f89ba6f985b7667af403bedfd001358/schoene_seifert-data.pdf, zuletzt geprüft am 12.07.2016.

Schöne-Seifert, Bettina (2007): Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner (Kröner-Taschenbuch, 503).

Schwarzenegger, Christian: Jusletter - Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält, zuletzt geprüft am 06.08.2014.

Sitte, Thomas (2014): Was kann Palliativmedizin leisten? Ein Beitrag zur aktuellen "Sterbehilfe"-Diskussion. Sankt Augustin, Berlin: KAS. Online verfügbar unter <http://library.kas.de/GetObject.ashx?GUID=e9e1426b-7f9d-e411-b9c3-005056b96343>, zuletzt geprüft am 27.05.2016.

Smets, Tinne; Cohen, Joachim; Bilsen, Johan; van Wesemael, Yanna; Rurup, Mette L.; Deliens, Luc (2011): Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (3), S. 580–593. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015.

Spiegel Online; Hamburg; Germany: EUTHANASIE: Recht zu sterben - DER SPIEGEL 6/1973. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-42675577.html>, zuletzt geprüft am 25.05.2016.

Spiegel Online; Hamburg; Germany (2010): BGH-Urteil zu Sterbehilfe: Recht revolutionär - SPIEGEL ONLINE. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/bgh-urteil-zu-sterbehilfe-recht-revolutionaer-a-702945.html>, zuletzt aktualisiert am 25.06.2010, zuletzt geprüft am 07.07.2014.

Stiel, S.; Daemberg, K.; Matejek, M.; Pianta, T.; Voltz, R.; Ostgathe, C. (2011): Einstellungen von Studierenden unterschiedlicher Studienfächer zu Entscheidungen am Lebensende – eine Pilotstudie an einer Universität in Deutschland. In: *Palliativmedizin* 12 (06), S. 271–278. DOI: 10.1055/s-0031-1276930.

Strafgesetzbuch (StGB), zuletzt geprüft am 05.06.2014.

Stronegger, Willibald J.; Schmölzer, Christin; Rásky, Eva; Freidl, Wolfgang (2011): Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria. In: *J Med Ethics* 37 (4), S. 227–229. DOI: 10.1136/jme.2010.039792.

Süddeutsche.de GmbH; Munich; Germany: Bundestag - Engagierte Debatte zur Sterbehilfe. Online verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/politik/bundestagsdebatte-zur-sterbehilfe-es-gibt-menschen-denen-laesst-sich-nicht-helfen-1.2547808>, zuletzt geprüft am 04.11.2015.

Tagesschau (2010): Definitionen und juristische Bewertungen der Sterbehilfe. tagesschau.de. Online verfügbar unter <http://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe114.html>, zuletzt aktualisiert am 25.06.2010, zuletzt geprüft am 02.07.2014.

Winfried Hassemer (2000): Kategorischer Imperativ: Was bedeutet er? Online verfügbar unter http://www.zeit.de/2000/02/NOCH_MAL_VON_VORN_WAS_BEDEUTET_DER_KATEGORISCHE, zuletzt aktualisiert am 05.01.2000, zuletzt geprüft am 13.03.2017.

Verrel, Torsten (2006): Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. Gutachten C für den 66. Deutschen Juristentag. München: Beck (Verhandlungen des Sechsendsechzigsten Deutschen Juristentages, T. C : Bd. 1, Gutachten).

Zeit Online GmbH; Hamburg; Germany (2014a): Sterbehilfe-Debatte: Ärzte und Kirche gegen aktive Sterbehilfe. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-Reaktionen>, zuletzt aktualisiert am 21.01.2014, zuletzt geprüft am 30.07.2014.

Zeit Online GmbH; Hamburg; Germany (2014b): Belgien: Abgeordnete legalisieren Sterbehilfe für Kinder. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2014-02/belgien-sterbehilfe-kinder-abstimmung>, zuletzt aktualisiert am 13.02.2014, zuletzt geprüft am 11.08.2014.

Zeit Online GmbH; Hamburg; Germany (2014c): Bekenntnis: Liebe statt Amt: "Wir halten die Wahrheit aus". Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2014/30/nikolaus-schneider-ehfrau-krebs/seite-2>, zuletzt aktualisiert am 19.07.2014, zuletzt geprüft am 12.08.2014.

Zeit Online GmbH: Belgien: Erstmals Sterbehilfe für todkrankes Kind (2016). Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/politik/ausland/2016-09/belgien-sterbehilfe-todkrankes-kind>, zuletzt aktualisiert am 17.09.2016, zuletzt geprüft am 01.09.2017.

Zimmermann-Acklin, Markus (2002): Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. 2., erw. und überarb. Aufl. Freiburg, Schweiz, Freiburg [im Breisgau]: Universitätsverlag; Herder (Studien zur theologischen Ethik Etudes déthique chrétienne, 79).

Anhang

Verzeichnis der akademischen Lehrer der Philipps-Universität

Marburg

Barth, Bartsch, Czubayko, Donner-Banzhoff, Eggert, Ellenrieder, Fendrich, Fuchs-Winkelmann, Görg, Hertl, Heverhagen, Hoyer, Kann, König, Leonhardt, Lohoff, Maisch, Moll, Mutters, Neubauer, Oertel, Pagenstecher, Plant, Renz, Richter, Riera, Rothmund, Ruchholtz, Schäfer, Schmidt, Seifart, Sekundo, Steinkamp, Vogelmeier, Wagner, Waldegger und Weihe.

Danksagung

Ich möchte Frau PD Dr. Carola Seifart herzlich danken, für ihre unermüdlichen Verbesserungsvorschläge hinsichtlich dieser Arbeit. Ebenso gilt mein Dank Herr Prof. Dr. Gerd Richter als Vorsitzender der Ethik-Kommission der Philipps-Universität Marburg.

Bei Martin Brossmann bedanke ich mich sehr für die gute Zusammenarbeit und Durchführung des Projektes Doktorarbeit.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Prof. Frank Asbrock für die bereitwilligen und geduldigen Auskünfte im Hinblick auf die statistische Auswertung dieses Projektes.

Weiterhin bedanken möchte ich mich bei meinen Eltern, meiner Familie, Vera Aklan und Tine Nasrun, die jeder auf ihre Weise einen Beitrag zu dieser Arbeit geleistet haben.

Mein größter Dank gilt jedoch meinem Mann, der mir den Rücken frei gehalten hat, in dem er sich um unsere beiden Töchter gekümmert hat, gekocht und alles unternommen hat, damit diese Arbeit zu einem Abschluss kommen konnte!

Fragebogen



Fragebogen zu Einstellungen und Entscheidungen am Lebensende

(In Zusammenarbeit mit dem kriminologischen Institut der Universität Zürich, Prof. Dr. Chr. Schwarzenegger, und dem Institut für Kriminalwissenschaften der Universität Marburg, Prof. Dr. G. Freund)

Fachbereich Medizin

Ethik-Kommission / Klinische Ethik

PD Dr. Carola Seifart
Prof. Gerd Richter
Baldingerstrasse
35032 Marburg
Postfach 2360
Telefon 06421/5866487

Fachbereich Psychologie

AG Sozialpsychologie

Dr. Frank Asbrock
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg

A) Allgemeiner Teil

Zu Beginn unseres Fragebogens bitten wir Sie, ein paar allgemeine Fragen zu beantworten:

1. **Wie alt sind Sie?** _____ Jahre
2. **Sind Sie...**
 - ...männlich
 - ...weiblich
3. **Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**
 - deutsche Staatsangehörigkeit
 - andere Staatsangehörigkeit
4. **Sind Sie...**
 - ...verheiratet und leben mit ihrem Partner / ihrer Partnerin zusammen
 - ...verheiratet und leben getrennt von ihrem Partner/ ihrer Partnerin
 - ...ledig
 - ...geschieden
 - ...verwitwet
5. **Leben Sie mit einem Lebenspartner zusammen?**
 - Ja
 - Nein
6. **Haben Sie Kinder?**
 - Ja
 - Nein

Wenn ja:
Wie viele Kinder haben Sie?

Wie viele dieser Kinder leben mit Ihnen in Ihrem Haushalt?
7. **Welches Fach studieren Sie?**
 - Medizin (im 5. Fachsemester, Kohorte Innere)
 - Medizin (im 6. Fachsemester, Kohorte Innere)
 - andere (_____)
8. **In welchem Fachsemester befinden Sie sich?** _____ Fachsemester

14. Bitte ordnen Sie die folgenden Definitionen den jeweils dazugehörigen Begriff zu.	aktive Sterbehilfe	passive Sterbehilfe	indirekte Sterbehilfe	Ärztliche Beihilfe zum Suizid
a) Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen (z.B. maschineller Beatmung) bei einer infausten Grunderkrankung auf (mutmaßlichen) Wunsch des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Verschreibung eines tödlichen Medikamentes, das der Patient selbstständig einnehmen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eine gezielte Herbeiführung des Todes durch Verabreichen eines tödlichen Medikamentes auf Wunsch des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eine durch intensivierete Schmerztherapie unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene Lebensverkürzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ist die jeweilige Form von Sterbehilfe nach aktueller Gesetzeslage rechtlich zulässig?	legal	illegal
a) Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen (z.B. maschineller Beatmung) bei einer infausten Grunderkrankung auf (mutmaßlichen) Wunsch des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Verschreibung eines tödlichen Medikamentes, das der Patient selbstständig einnehmen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eine gezielte Herbeiführung des Todes durch Verabreichen eines tödlichen Medikamentes auf Wunsch des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eine durch intensivierete Schmerztherapie unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene Lebensverkürzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Fallbeispiele Sterbehilfe

Wir möchten Ihnen jetzt konkret sechs unterschiedliche Menschen in schwierigen Situationen vorstellen und Ihnen anschließend Fragen dazu stellen. Es geht hier nicht darum, ob etwas rechtlich erlaubt oder verboten ist, sondern um Ihre ganz persönliche Meinung.

Situation 1:

Frau Ackermann leidet an unheilbarem Krebs, der sich in ihrem Körper ausbreitet und ihr unerträgliche und nicht aufhörende Schmerzen bereitet. Die Ärzte sagen, dass sie höchstens noch sechs Monate leben wird. Nach langem Überlegen bittet sie ihren Arzt ihr beim Sterben zu helfen.

16. Finden Sie es persönlich richtig oder falsch, wenn ein Arzt in dieser Situation Frau Ackermann ein tödliches Medikament verschreiben würde, damit sie sich selber das Leben nehmen kann?

Bitte geben Sie eine Antwort von 1 bis 10, wobei 1 „völlig falsch“ bedeutet und 10 „völlig richtig“.

völlig falsch 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlig richtig

17. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, Frau Ackermann ein tödliches Medikament zu verschreiben, damit sie es selber einnehmen kann?

Sollte gesetzlich verboten sein
 Sollte gesetzlich erlaubt sein
 Weiss nicht

18. Frau Ackermann wendet sich an eine Sterbehilfe-Organisation. Ein Sterbebegleiter dieser Organisation informiert Frau Ackermann darüber, wie sie sich mit dem vom Arzt verschriebenen tödlichen Medikament selbst das Leben nehmen kann und übergibt es ihr. Er ist auch anwesend, während sie es trinkt. Finden Sie es persönlich richtig oder falsch, wenn ein Sterbebegleiter einer Sterbehilfe-Organisation Frau Ackermann in dieser Weise bei ihrem Vorhaben hilft?

völlig falsch 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlig richtig

19. Sollte es gesetzlich verboten oder erlaubt sein, dass ein Sterbebegleiter einer Sterbehilfeorganisation so bei der Selbsttötung von Frau Ackermann mithilft?

Sollte gesetzlich verboten sein
 Sollte gesetzlich erlaubt sein
 Weiss nicht

20. Wenn nun der Arzt auf den Wunsch von Frau Ackermann hin ihr ein tödliches Medikament selber spritzt, wie richtig oder falsch finden Sie das persönlich?

völlig falsch 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlig richtig

21. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, Frau Ackermann auf ihren Wunsch hin ein tödliches Medikament selber zu spritzen?

Sollte gesetzlich verboten sein
 Sollte gesetzlich erlaubt sein
 Weiss nicht

Situation 2:

Herr Hollenstein leidet an einer tödlichen Muskelkrankheit. Er ist fast vollständig gelähmt und kann nur noch mit Hilfe eines Beatmungsgerätes atmen. Trotz allem ist Herr Hollenstein bei klarem Verstand und kann seinen Willen noch durch Augenzwinkern ausdrücken. Immer wieder hat er seinem Arzt auf diese Weise zu verstehen gegeben, dass er sterben will.

22. Der Arzt kommt Herr Hollensteins Bitte nach. Nachdem er ihm ein Beruhigungsmittel gespritzt hat, stellt er das Beatmungsgerät ab und Herr Hollenstein stirbt. Finden Sie persönlich das Vorgehen des Arztes richtig oder falsch?

völlig falsch 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlig richtig

23. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, das Beatmungsgerät von Herrn Hollenstein abzustellen?

Sollte gesetzlich verboten sein
 Sollte gesetzlich erlaubt sein
 Weiss nicht

Situation 3:

Frau Graf ist 54 Jahre alt und hat unheilbaren Lungenkrebs. Sie hat schon mehrere Chemotherapien hinter sich, die aber keine Besserung erzielt haben. Jetzt liegt sie im Krankenhaus und hat ständig das Gefühl, zu ersticken. Die Ärzte sagen ihr, dass sie bald sterben wird. Darum bittet Frau Graf ihren Arzt, ihre Luftnot und ihre Schmerzen zu lindern und ihr beim Sterben zu helfen.

24. Der Arzt spritzt Frau Graf auf ihren Wunsch hin eine hohe Dosis Schmerzmittel, und behandelt so die Luftnot und die Schmerzen. Durch die Behandlung wird Frau Graf bewusstlos und verspürt keine Luftnot und keine Schmerzen mehr. Obwohl der Arzt das nicht möchte, weiß er, dass die hohe Dosis des Schmerzmittels das Leben von Frau Graf verkürzt.

Finden Sie persönlich das Vorgehen vom Arzt richtig oder falsch?

völlig falsch 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlig richtig

25. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, Frau Graf so viel Schmerzmittel zu spritzen, dass sie keine Luftnot und keine Schmerzen mehr hat, auch wenn sie dadurch ungewollt früher stirbt?

Sollte gesetzlich verboten sein

Sollte gesetzlich erlaubt sein

Weiss nicht

26. Stellen Sie sich nun folgendes vor: Weil der Arzt Frau Graf nicht nur von ihrem Leiden befreien, sondern ihren Wunsch nach einem schnellen Tod erfüllen will, spritzt er eine tödliche Dosis des Schmerzmittels. Kurz darauf stirbt Frau Graf. Finden Sie persönlich das Vorgehen des Arztes richtig oder falsch?

völlig falsch 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlig richtig

27. Sollte es Ihrer Meinung nach dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, auf Wunsch von Frau Graf eine tödliche Dosis des Schmerzmittels zu spritzen, damit sie sofort sterben kann?

Sollte gesetzlich verboten sein

Sollte gesetzlich erlaubt sein

Weiss nicht

32. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, Frau Fischers künstliche Ernährung einzustellen?

Sollte gesetzlich verboten sein

Sollte gesetzlich erlaubt sein

Weiss nicht

33. Stellen Sie sich nun vor, dass die Angehörigen sich nicht haben einigen können, was mit Frau Fischer geschehen soll. Wie finden Sie es persönlich, wenn ein Arzt dann die künstliche Ernährung von Frau Fischer einstellt?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
völlig falsch	<input type="checkbox"/>	völlig richtig									

34. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, Frau Fischers künstliche Ernährung einzustellen, wenn sich die Angehörigen nicht einigen können?

Sollte gesetzlich verboten sein

Sollte gesetzlich erlaubt sein

Weiss nicht

Situation 6:

Herr Bühler ist 60 Jahre alt und leidet an Alzheimer. Er kann sich schon nach kurzer Zeit an einfache Sachen nicht mehr erinnern und vergisst manchmal sogar die Namen von seinen Kindern. Er merkt selber, dass er sich immer schlechter erinnern kann und weiß, dass er durch diese Krankheit zu einem Pflegefall wird und schließlich an ihr stirbt. Diesem Fall möchte er zuvorkommen, solange er noch kann. Er bittet seinen Arzt, ihm beim Sterben zu helfen.

35. Finden Sie persönlich es richtig oder falsch, wenn ein Arzt Herrn Bühler unter diesen Umständen ein tödliches Medikament verschreibt, damit er sich selber das Leben nehmen kann?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
völlig falsch	<input type="checkbox"/>	völlig richtig									

36. Sollte es dem Arzt in dieser Situation gesetzlich verboten oder erlaubt sein, Herrn Bühler ein tödliches Medikament zu verschreiben, damit er sich damit selber das Leben nehmen kann?

Sollte gesetzlich verboten sein

Sollte gesetzlich erlaubt sein

Weiss nicht

	lehne ich völlig ab	stimme ich voll und ganz zu
44. Die Ausführung einer Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) oder der ärztlichen Beihilfe zum Suizid stellen für Ärzte eine sehr große Belastung dar, die Ihnen nicht zugemutet werden sollte.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
45. Welche Personen sollten Ihrer Meinung nach die Aufgabe übernehmen, jemandem bei der Selbsttötung zu helfen?		
a) Ärzte	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Speziell ausgebildetes Pflegepersonal	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Ausgebildete Sterbebegleiter von Sterbehilfeorganisationen (ohne medizinische/pflegerische Ausbildung)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Angehörige/Freunde	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
e) Jedermann	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
f) Andere Personen (<i>bitte angeben</i>) ?: _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46. Über den Begriff „Sterbehilfe“ sollte als Begriff diskutiert werden.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
47. Die Legalisierung von Tötung auf Verlangen und ärztlicher Beihilfe zum Suizid führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um keine weiteren Behandlungskosten zu verursachen.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
48. Die Legalisierung von Tötung auf Verlangen und ärztlicher Beihilfe zum Suizid führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um nicht länger eine Belastung für ihr soziales Umfeld zu sein.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

	lehne ich völlig ab										stimme ich voll und ganz zu
49. Tötung auf Verlangen oder ärztliche Beihilfe zum Suizid sollten auch Menschen mit schwerer psychischer Krankheit in Anspruch nehmen können, wenn sich diese Menschen über die Konsequenzen im Klaren sind.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>										
50. Die deutsche nationalsozialistische Vergangenheit beeinflusst immer noch die Sterbehilfe-Diskussion in Deutschland.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>										
51. Tötung auf Verlangen sollte in Deutschland schon allein wegen der nationalsozialistischen Vergangenheit nicht erlaubt werden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>										
52. Die Zeit des Nationalsozialismus liegt lange zurück und sollte in der „Sterbehilfe-Debatte“ keinen Einfluss mehr haben, denn die junge Generation von heute sollte nicht mehr unter der Vergangenheit leiden müssen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>										
53. „Du sollst nicht töten“ ist ein moralischer Grundsatz, dem auch ein Arzt nicht zuwider handeln darf.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>										
54. Wenn kranke Menschen richtig betreut werden und eine ausreichende Schmerztherapie erhalten, werden sie nicht den Wunsch haben, frühzeitig ihr Leben zu beenden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>										
55. Einige Menschen wollen ihr Leben vorzeitig beenden, indem sie ein tödliches Medikament einnehmen. Könnten Sie sich vorstellen, dass dies für Sie selber auch einmal in Frage käme?											
Ja, auf jeden Fall.....											<input type="checkbox"/>
Eher ja.....											<input type="checkbox"/>
Vielleicht.....											<input type="checkbox"/>
Eher nein.....											<input type="checkbox"/>
Nein, auf keinen Fall.....											<input type="checkbox"/>

56. Haben Sie selbst oder eine andere Person, die Ihnen nahe steht, aktuell oder in der Vergangenheit schon jemals eine Krankheit gehabt, bei der Sie befürchtet haben, dass Sie daran sterben müssen, bzw. die Ihnen nahestehende Person daran sterben muss?

- Ja, ich leide im Moment an einer solchen Krankheit
- Ja, ich hatte schon mal eine solche Krankheit
- Ja, eine mir nahe stehende Person leidet im Moment
an einer solchen Krankheit
- Ja, eine mir nahe stehende Person hatte schon mal
eine solche Krankheit
- Nein

57. Haben Sie jemanden gekannt, der sich aufgrund einer Erkrankung gewünscht hat zu sterben und der darunter litt, dass sein Wunsch nicht erfüllt werden konnte?

- Ja, jemand, der mir nahe stand
- Ja, jemand, der mir nicht sehr nahe stand
- Nein
- Weiß nicht

58. Die schweizerische Sterbehilfe-Organisationen EXIT und Dignitas unterstützen ihre Mitglieder dabei, ihr Leben vorzeitig durch ein tödliches Medikament zu beenden, sofern sie an einer schwerwiegenden, zum Tode führenden Erkrankung leiden. Wie beurteilen Sie persönlich die Tätigkeit solcher Organisationen auf einer Skala von 1 „sehr negativ“ bis 10 „sehr positiv“ ?

- | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| sehr negativ | <input type="checkbox"/> | sehr positiv |

59. Sollten solche Organisationen auch in Deutschland zugelassen sein?

- Sollte gesetzlich verboten sein
- Sollte gesetzlich erlaubt sein
- Weiss nicht

D) Patientenverfügungen und Hospiz

60. Ich bin darüber informiert, dass es seit Juni 2009 ein Gesetz zur rechtlichen Stellung der Patientenverfügung gibt.

Ja.....
 Nein

61. Patientenverfügungen sind sinnlos, weil sich die Ärzte sowieso nicht daran halten.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 lehne völlig ab stimme völlig zu

62. Rechtlich sind Ärzte an die Patientenverfügung gebunden.

Ja.....
 Nein
 Weiß nicht

63. Haben Sie schriftlich geregelt, was mit Ihnen passieren soll, wenn Sie einmal schwer krank werden und nicht mehr selber darüber entscheiden können?

Ja.....
 Nein

64. Ich habe vor, eine Patientenverfügung aufzusetzen, wenn ich schwer krank werde.

Ja.....
 Nein

65. Ich habe mir nahe stehenden Familienmitgliedern angeraten eine Patientenverfügung aufzusetzen.

Ja.....
 Nein

Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der Menschen mit einem tödlichen Leiden bis zum Ende Ihres Lebens begleitet werden, wobei das Lindern von Schmerzen, Atemnot etc., sowie menschliche Zuwendung im Vordergrund stehen. Es findet keine Beihilfe zur Selbsttötung und auch keine Tötung auf Verlangen statt.

66. Die Einrichtung von Palliativstationen und Hospizen tragen wesentlich dazu bei, dass in Deutschland ein menschenwürdiges Sterben möglich ist.

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
lehne völlig ab	<input type="checkbox"/>	stimme völlig zu

67. Im Falle einer tödlichen Erkrankung... [Mehrfachnennung möglich]

	Ja	Nein
a) ...kann ich mir vorstellen in ein Hospiz zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...möchte ich zu Hause sterben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...kann ich mir vorstellen, selbst Tötung auf Verlangen in Anspruch zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...kann ich mir vorstellen, selbst ärztliche Beihilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...das ist so weit weg, ich habe mir noch keine Gedanken dazu gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) Allgemeinen Lebenseinstellung 1

Jetzt folgen einige Fragen zur Lebenseinstellung allgemein.

Bitte geben Sie an, inwieweit die im Folgenden aufgeführten Aussagen auf Sie zutreffen (von „stimmt genau“ bis „stimmt nicht“).

	stimmt genau	stimmt eher	stimmt kaum	stimmt nicht
68. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F) Allgemeinen Lebenseinstellung 2

78. Glauben Sie, die meisten Menschen würden Sie ausnutzen, sobald sich ihnen die Möglichkeit bietet? Oder glauben Sie, die meisten Menschen würden sich fair und korrekt verhalten?

Sie können Ihre Antwort von 1 bis 10 abstimmen, 1 bedeutet „die Menschen nutzen mich aus“ und 10 bedeutet „die Menschen verhalten sich fair“

Die Menschen nutzen mich aus 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Die Menschen verhalten sich fair

79. Jetzt geht es um Ihre Einstellungen zu verschiedenen Themen. Bitte geben Sie zu den untenstehenden Stichworten spontan an, ob Sie „dagegen“, „eher dagegen“, „eher dafür“ oder „dafür“ sind.

	dagegen	eher dagegen	eher dafür	dafür	Weiss nicht
a) Härtere Strafen bei gewalttätigen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>				
b) Gleichbehandlung von Homosexuellen	<input type="checkbox"/>				
c) Verkleinerung der Armee	<input type="checkbox"/>				
d) Frauen in Führungspositionen	<input type="checkbox"/>				
e) Adoption von Kindern durch Homosexuelle	<input type="checkbox"/>				
f) Bau von Minaretten in Deutschland	<input type="checkbox"/>				
g) Abschiebung von kriminellen Ausländern	<input type="checkbox"/>				

80. Die Menschen verfolgen verschiedene Ziele in ihrem Leben. Können Sie bitte für jedes von den folgenden Zielen sagen, ob Sie „überhaupt nicht zustimmen“, „nicht zustimmen“, „zustimmen“ oder „voll und ganz zustimmen“?

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Weiss nicht
a) Eines von meinen wichtigsten Zielen im Leben ist es, dass meine Eltern stolz auf mich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich versuche, ich selber zu sein, statt anderen nachzueifern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich bemühe mich sehr, den Erwartungen von meinen Freunden zu entsprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich bestimme meine Ziele im Leben selber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier haben Sie noch die Möglichkeit, uns Bemerkungen oder Gedanken zum Thema Sterbehilfe aufzuschreiben, die Ihnen wichtig sind, oder nach denen wir vergessen haben zu fragen:

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit, mit der Sie unser Forschungsvorhaben sehr unterstützt haben!