

Aus der

Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Tübingen

Abteilung Innere Medizin VI

(Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

**Ärztlich assistierter Suizid bei Depression – eine  
gemischt methodische Umfrage unter Studierenden der  
Humanmedizin und Ärzt:innen**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Reichel, Rebecca Theresa, geb. Popp**

**2023**

Aus der

Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Tübingen

Abteilung Innere Medizin VI

(Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

**Ärztlich assistierter Suizid bei Depression – eine  
gemischt methodische Umfrage unter Studierenden der  
Humanmedizin und Ärzt:innen**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Reichel, Rebecca Theresa, geb. Popp**

**2023**

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. S. Zipfel  
2. Berichterstatter: Professor Dr. N. Schmitz

Tag der Disputation: 04.08.2023

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Ärztliche Suizidassistenz</b> .....	<b>4</b>
2.1.1	Begriffsklärung.....	4
2.1.2	Medizin-ethische Prinzipien als Diskussionsgrundlage.....	5
<b>2.2</b>	<b>Ärztliche Suizidassistenz in Deutschland</b> .....	<b>11</b>
2.2.1	Gesetzliche Regelung.....	11
2.2.2	Öffentliche Diskussion .....	14
<b>2.3</b>	<b>Ärztliche Suizidassistenz bei Depression</b> .....	<b>20</b>
2.3.1	Krankheitsbild Depression .....	21
<b>2.4</b>	<b>Medizinethische Diskussion ärztlicher Suizidassistenz bei Depression</b> .....	<b>25</b>
2.4.2	Fazit der medizinethischen Diskussion .....	49
2.4.3	Diskussion ärztlicher Suizidassistenz bei Depression in Deutschland.....	50
<b>3</b>	<b>Methoden</b> .....	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Studiendesign, Studienaufbau und Durchführung</b> .....	<b>55</b>
<b>3.2</b>	<b>Fragebogen-Konzeption</b> .....	<b>56</b>
3.2.1	Aufbau .....	56
3.2.2	Entwicklung der Fallvignette .....	58
3.2.3	Fragestellungen .....	58
<b>3.3</b>	<b>Datenerhebung</b> .....	<b>59</b>
<b>3.4</b>	<b>Statistische Auswertung</b> .....	<b>59</b>
3.4.1	Quantitativ.....	59
3.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse .....	65
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>70</b>
<b>4.1</b>	<b>Quantitative Auswertung</b> .....	<b>70</b>
4.1.1	Soziodemographie .....	70
4.1.2	Bereitschaft zur Suizidbeihilfe .....	71
4.1.3	Bewertung medizinethischer Aspekte durch die Teilnehmenden.....	72

4.1.4	Untersuchung Einflussfaktoren auf die Teilnehmerentscheidung .....	73
<b>4.2</b>	<b>Freie Begründungen der Teilnehmer- MAXQDA-Analyse .....</b>	<b>81</b>
4.2.1	Genannte Begründungen als Codesystem.....	81
4.2.2	Weiterführende genannte Argumente.....	82
4.2.3	Bildung von Argumentationstypen.....	83
4.2.4	Zusammenfassende Visualisierung der Rolleneinnahme: .....	86
4.2.5	Verweis auf gesetzliche Rahmenbedingungen .....	89
<b>5</b>	<b><i>Diskussion</i> .....</b>	<b>90</b>
<b>5.1</b>	<b>Zusammenfassende Ergebnisse.....</b>	<b>90</b>
5.1.1	Ärztliche Suizidassistenz als patientenzentrierte Entscheidung.....	92
5.1.2	Ärztliche Suizidassistenz als persönliche Entscheidung.....	94
5.1.3	Suizidassistenz aus ärztlicher Sicht .....	96
5.1.4	Bedeutung der gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen .....	98
<b>5.2</b>	<b>Limitationen und Stärken der Arbeit .....</b>	<b>98</b>
<b>5.3</b>	<b>Schlussfolgerung und Ausblick .....</b>	<b>100</b>
<b>6</b>	<b><i>Zusammenfassung</i> .....</b>	<b>104</b>
<b>7</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i>.....</b>	<b>106</b>
<b>8</b>	<b><i>Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift</i>.....</b>	<b>118</b>
<b>9</b>	<b><i>Danksagung</i>.....</b>	<b>119</b>
<b>10</b>	<b><i>Anhang</i> .....</b>	<b>120</b>
10.1	Anschreiben Umfrage .....	120
10.2	Vollständiger Fragebogen .....	121
10.3	Log-Sheet STATA.....	130

Hinweis: In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit auf die Mehrfachnennung weiblicher, männlicher und diverser Personen verzichtet, diese sind aber ausdrücklich in der Nennung eingeschlossen.

# 1 Einleitung

Im Februar 2020 wurde vom Bundesverfassungsgericht die seit 2015 geltende gesetzliche Regelung in Deutschland, die eine geschäftsmäßige Suizidassistenz bisher untersagte, aufgehoben. Diese war zuvor nach ausführlichen Debatten im deutschen Bundestag geschaffen worden, auch mit der Intention die zunehmende Suizidassistenz durch Sterbehilfevereine zu regulieren (Wiesing, 2021). Das Gericht entschied dabei, dass ein generelles Verbot von Suizidassistenz nicht mit den grundlegenden Werten der deutschen Verfassung vereinbar sei und erteilte den Auftrag zur Schaffung einer gesetzlichen Neuregelung (Bundesverfassungsgericht, 2020). Ausdrücklich gestärkt wurde im Urteil die Autonomie Betroffener, die eine Beurteilung der jeweiligen Beweggründe unzulässig mache. Somit darf nach Ansicht des Gerichts eine legitime Assistenz auch nicht vom Vorliegen einer terminalen Erkrankung abhängig gemacht werden. Die Möglichkeit eines grundlegenden Verbots von Suizidassistenz oder einer allgemeinen Beschränkung auf bestimmte Gruppen - wie beispielsweise terminal Erkrankte in Oregon - wäre somit nicht zulässig.

In den Niederlanden, wo derartige Beschränkungen nicht etabliert sind, führte dies zu einer intensiven Debatte um die Frage, inwiefern auch psychisch Erkrankte eine autonome Entscheidung für einen assistierten Suizid treffen können (Buiting et al., 2008; Kim et al., 2016; Schuklenk & van de Vathorst, 2015a).

In Deutschland führte das Urteil ebenso zu intensivierten gesellschaftlichen Debatten, insbesondere auch der ärztlichen Rolle in der assistierten Suizidbeihilfe (Ärzteblatt, 2020; Wortmann, 2020). So sah der Vorstand der Bundesärztekammer einen Änderungsbedarf bei der aktuellen Musterberufsordnung, die bisher ein berufsrechtliches Verbot von ärztlicher Suizidassistenz vorsieht.

Gleichzeitig werden Mediziner laut Erhebungen unter anderem der Bundesärztekammer in ihrem Alltag wiederkehrend mit derartigen Anfragen konfrontiert (Bundesärztekammer, 2010; Schildmann et al., 2015). Es konnte gezeigt werden, dass Personen, die um Suizidassistenz bitten zudem häufig unter depressiven Symptomen leiden (Bruns et al., 2016; Levene & Parker, 2011). In einer Analyse in den Niederlanden von 2005 zeigte sich, dass 8% aller Patienten, die einen Antrag auf Suizidassistenz gestellt hatten, in den letzten 24 Stunden ihres Lebens unter einer schweren depressiven Symptomatik litten Onwuteaka-Philipsen et al. (2010).

Aufgrund der zentralen Rolle von Ärzten als Ansprechpartner für Betroffene erscheint es wichtig, dass die Einstellungen und Ansichten von Ärzten in Deutschland bei der Schaffung einer zukünftigen gesetzlichen Regelung zur Kenntnis genommen werden sollten. Es besteht die Notwendigkeit für Mediziner sich entsprechend nicht nur mit möglichen Anfragen somatisch erkrankter Personen auseinanderzusetzen, sondern auch mit Anfragen von psychisch Erkrankten.

Das Thema der Dissertation umfasst die ethische Diskussion des ärztlich assistierten Suizids für depressive Patienten. Hierzu wurde eine Umfrage unter Ärzten und Medizinstudierenden in Deutschland durchgeführt. Ziel der in dieser Arbeit enthaltenen Befragung ist es mehr über den Standpunkt und die Beweggründe von Medizinern in Erfahrung zu bringen, die mit einer fiktiven Bitte um Suizidassistenz konfrontiert wurden. Ein weiterer Aspekt war es zu ermitteln, welche ethischen und moralischen Maßstäbe bei einer derartigen Entscheidung relevant sind. Beachtung fanden dabei die hervorgebrachten Ansichten und Befürchtungen der Teilnehmer für ihre individuelle Arbeit, aber auch für die gesamte Ärzteschaft, das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Wahrnehmung des Berufsstandes in der Gesellschaft.

Zusammenfassend soll durch diese Arbeit ein Beitrag zur Debatte über den assistierten Suizid geleistet werden, der diese komplexe ethische Thematik weiter zu beleuchten hilft.

## 2 Hintergrund

Im Folgenden wird die medizinethische Diskussion um ärztliche Suizidassistenz für depressiv Erkrankte schwerpunktmäßig in Deutschland zusammengefasst.

### 2.1 Ärztliche Suizidassistenz

Zur Diskussion der Thematik ist einleitend eine Abgrenzung des Begriffs „ärztliche Suizidassistenz“ gegenüber weiteren Praktiken am Lebensende notwendig.

#### 2.1.1 Begriffsklärung

Als Grundlage für die in der Arbeit genutzten Terminologie dient die Stellungnahme des deutschen Ethikrats (2006): Die *Beihilfe zur Selbsttötung bzw. Suizidassistenz* beschreibt demnach eine Unterstützung bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung. Abzugrenzen ist dies von der Begrifflichkeit *Tötung auf Verlangen*. Dabei handelt es sich um ein aktives Durchführen

einer tödlichen Handlung, beispielsweise das Verabreichen einer Spritze oder Medikamentenüberdosis, mit der Absicht den Tod einer dritten Person auf deren Wunsch hin herbeizuführen. Des Weiteren werden *Therapien am Lebensende* definiert, im Rahmen derer es zu einer Verkürzung des natürlichen Sterbeprozesses kommen kann, ohne dass der Tod des Patienten dabei Ziel der Maßnahmen wäre. Wird eine lebensverlängernde medizinische Behandlung nicht begonnen, nicht fortgeführt oder aktiv beendet, ist dies gemäß der Definition des Ethikrates als *Sterbenlassen* zu bezeichnen. Das Ziel der konsequenten Verwendung dieser Terminologie ist neben einer Vereinheitlichung auch die Vermeidung einer unscharfen Abgrenzung, wie sie beispielsweise bei der Begrifflichkeit *passiver Sterbehilfe* zu finden ist. Diese kann entgegen des Wortsinns auch ein aktives Eingreifen zur Beendigung einer medizinischen Maßnahme bedeuten. Auftreten können laut Ethikrat auch problematische Assoziationen sowohl im positiven Sinne, wie beispielsweise bei der Bezeichnung *Sterbe-Hilfe*, aber auch im negativen Sinne, wie der historischen Verknüpfung des Euthanasie-Begriffs mit der NS-Zeit in Deutschland.

#### 2.1.2 Medizin-ethische Prinzipien als Diskussionsgrundlage

Zur Diskussion der Thematik werden die von Beauchamp und Childress 1979 erstmalig etablierten und 2019 zuletzt überarbeitet veröffentlichten *Prinzipien der Biomedizinischen Ethik* herangezogen. Diese dienen in der Medizin als inzwischen gut etablierter Ausgangspunkt zur systematischen Bearbeitung ethischer Problemstellungen, da sich komplexe Entscheidungskonflikte als Konflikte zwischen den einzelnen Prinzipien darstellen lassen. Die Prinzipien bieten dabei in der praktischen Entscheidungsfindung Orientierung durch ihre gegenseitige Abwägung (Beauchamp & Childress, 2019; Holm, 1995).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Prinzipien und deren Relevanz in der allgemeinen Debatte um Sterbehilfe gegeben werden.

##### 2.1.2.1 Achtung der Autonomie

Das Prinzip der Selbstbestimmung beschreibt nach Beauchamp und Childress den Anspruch eines Individuums darauf, entsprechend eigener Wertvorstellungen zu entscheiden und zu handeln. Als Elemente der Autonomie benennen die Autoren drei

notwendige Voraussetzungen: Eine Person handelt autonom, wenn Sie ihre Entscheidung mit Intention und Verständnis trifft und dabei frei von kontrollierenden Einflüssen ist.

Intentionalität definiert eine Handlung, die auf ein Ziel ausgerichtet ist. Die Autoren betonen dabei, dass es nicht darum gehe, dass das Ziel erreicht wird oder vom Handelnden überhaupt gewünscht wird. Menschliche Motivation basiere häufig auf widersprüchlichen Bedürfnissen, sodass ein antizipiertes, aber nicht erwünschtes Ergebnis eine Handlung nicht weniger autonom mache.

Weiter muss der Ausführende seine Handlung und deren Konsequenzen zumindest im Wesentlichen verstehen. Ein Ideal einer autonomen Entscheidung, welches ein vollumfängliches Verstehen voraussetzen würde, halten die Autoren insbesondere in der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten für nicht adäquat. In der Praxis seien menschliche Entscheidungen gemessen am Ideal eines absoluten Verständnisses selten, wenn nicht sogar niemals vollkommen autonom.

Als dritten Aspekt benennen die Autoren, dass der Handelnde nicht fremdbestimmt ist. Das heißt, dass kein äußerer oder auch innerer Zwang vorliegen darf. Wichtig ist hierbei, dass eine Beeinflussung von außen nicht mit einem Zwang gleichzusetzen ist. Hinsichtlich der inneren Zwänge verweisen die Autoren als Beispiel auf das Vorliegen von psychischen Erkrankungen.

Während die erste Voraussetzung von Autonomie – das Vorhandensein einer Intention – entweder als gegeben oder nicht gegeben zu betrachten ist, handelt es sich bei den Aspekten des Verständnisses und der Selbstbestimmtheit um graduelle Konzepte.

Somit kann Autonomie für das Verständnis der Autoren auch zu einem gewissen Grad vorhanden sein. Für die Frage, ob ein Patient die Entscheidung über medizinische Maßnahmen und das Festlegen eines Therapiezielen autonom treffen kann, ist damit ein Schwellenwert-Konzept notwendig.

Basierend auf diesem Konzept betont Birnbacher (2020), dass der normative Begriff des *Autonomieanspruchs* einer Person unbedingt von der deskriptiven Begrifflichkeit der *Autonomiefähigkeit* dieser Person abzugrenzen ist. In der Medizin muss entsprechend zum einen die Patientenautonomie als grundlegendes Recht des Patienten geachtet werden, zum anderen die Frage inwiefern ein Patient in der Lage ist eine autonome Entscheidung zu treffen, beachtet und beantwortet werden.

Als Konzept zur Beurteilung dieser Frage insbesondere im Fall von psychisch erkrankten Patienten steht das Modell der *Decision making capacity* (Einwilligungs-/Entscheidungsfähigkeit) von Appelbaum und Grisso (1988) zur Verfügung. Grundvoraussetzung ist dabei, dass Betroffene überhaupt eine Entscheidung treffen und diese ihrer Umwelt mitteilen können. Darüber hinaus definieren die Autoren als Anforderung, dass der Patient in der Lage sein muss, relevante Informationen zu verstehen, sich seiner gegenwärtigen Situation und wahrscheinlicher Konsequenzen seiner Entscheidung bewusst zu sein und erhaltene Informationen eigenständig rational verarbeiten zu können. In Hinblick auf die Fähigkeit eine Entscheidung zu treffen und diese zu kommunizieren, betonen die Autoren, dass es sich dabei um eine „klare und konsistente“ Entscheidung handeln müsse.

Dies ist besonders relevant in der Diskussion des ärztlich assistierten Suizids. Wichtig ist bei der Frage nach der Autonomiefähigkeit eines Patienten entsprechend des Schwellenwert-Konzepts von Beauchamp und Childress auch die strenge Eingrenzung auf das jeweilige Individuum zum jeweiligen Zeitpunkt und der jeweils zu treffenden Entscheidung (Palmer & Harmell, 2016).

Ausgehend von der Definition des *Verständnisses* nach Beauchamp und Childress (2019) kann zudem die ärztliche Verpflichtung, dem Patienten eine eigenständige Entscheidung zu ermöglichen - beispielsweise im Rahmen des *informierten Einverständnisses* durch zur Verfügung stellen ausreichender Informationen - abgeleitet werden. Im Laufe des letzten Jahrhunderts hat dabei das Modell des *autonomen Patienten* insbesondere auch in der Arzt-Patienten-Kommunikation die zuvor paternalistisch geprägte Arzt-Patienten Beziehung abgelöst (Will, 2011). Gleichzeitig betonen Beauchamp und Childress (Beauchamp & Childress, 2019), dass Respekt für Autonomie auch bedeuten kann, dass manche Patienten sich gegen eine partizipative informierte Entscheidung entscheiden.

#### 2.1.2.2 *Patientenwohl*

Das Prinzip des Wohltuns beschreibt in der Medizin die Verpflichtung, das ärztliche Handeln am Wohl der Patienten auszurichten. Dies bedeutet, dass eine Entscheidung über Behandlungen oder Therapieziele nicht vordergründig aufgrund medizinischer Indikationen getroffen werden sollte, sondern das individuelle

Wohlergehen des Patienten im Vordergrund zu stehen hat. Grundlegend ist bei diesem Prinzip die Frage nach dem Nutzen einer Intervention für den Betroffenen, wobei die Beurteilung des Nutzens durch den Betroffenen selbst erfolgt.

Damit ist das Prinzip des Patientenwohls sehr eng verknüpft mit dem Prinzip der Patientenautonomie. Im Falle einer fehlenden Entscheidungsfähigkeit kann die Sorge für das Patientenwohl auch eine Übernahme der Verantwortung, beispielsweise im Sinne einer stellvertretenden Entscheidung bedeuten (Beauchamp & Childress, 2019; Holm, 1995).

#### 2.1.2.3 Schadensvermeidung

Das Prinzip der Schadensvermeidung folgt dem hippokratischen Grundsatz *primum non nocere*, der als oberste Handlungsmaxime der ärztlichen Tätigkeit vorgibt, dem Patienten nicht zu schaden. Im deutschen Grundgesetz verankert ist dieses Prinzip als das Recht eines Jeden auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Beauchamp & Childress, 2019). Im medizinischen Alltag findet das Prinzip vor allem Anwendung bei der Abwägung zwischen Nebenwirkung und Wirkung von Medikamenten oder Prozeduren. Das Ziel Leid vom Patienten abzuwenden, kann dabei sowohl im Einklang mit dem Patientenwillen oder in paternalistischer Fürsorge für den Patienten erfolgen (Jakob, 2004).

#### 2.1.2.4 Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit umfasst neben dem Gebot der gerechten Verteilung von Ressourcen auch das Gebot der *Gleichbehandlung* eines jeden Individuums.

Für Ärzte bedeutet dies im Alltag vordergründig einen Umgang mit knappen zeitlichen Ressourcen zu finden, der allen Patienten gerecht wird. Das Prinzip der Gerechtigkeit umfasst aber auch die Frage nach gesamt-gesellschaftlicher Gerechtigkeit.

Die Frage nach Gerechtigkeit stellt damit eine grundlegende Abwägung zwischen der jeweiligen Freiheit und dem jeweiligen Schutz verschiedener Parteien dar (Beauchamp & Childress, 2019; Gillon, 1985).

#### 2.1.2.5 *Praktische Anwendung*

Beauchamp und Childress stellen die beschriebenen Prinzipien ausdrücklich als gleichberechtigte theoretische Konstrukte vor. In der praktischen Anwendung auf ethische Konfliktfälle erfolgt zunächst eine Interpretation der Prinzipien in Hinblick auf die Fragestellung. Dann wird betrachtet, inwiefern aus der Anwendung der Prinzipien auf die Situation konkurrierende Verpflichtungen entstehen.

Für den Fall, dass zwischen der Umsetzung der Prinzipien ein Konflikt besteht, müssen diese gegeneinander abgewogen werden. Eine Konfliktlösung wird damit letztlich durch eine situative Gewichtung erreicht (Marckmann, 2000).

Beauchamp und Childress (2019) betonen, dass die Anwendung ihrer ethischen Prinzipien gerade zur Lösung komplexer Situationen einer jeweiligen Spezifizierung bedarf. Diese muss dabei trotz der konkreten Eingrenzung auf einen bestimmten Inhalt immer auf das jeweilige Grundprinzip rückführbar sein, ermöglicht dadurch aber die konkrete und handlungsleitende praktische Anwendung der Prinzipien. Ein Abwägen zwischen den in Konflikt stehenden Normen soll im Rahmen der folgenden Einschränkungen erfolgen:

1. *Es müssen gute Gründe für die Bevorzugung einer Norm gegenüber einer anderen bekannt werden.*
2. *Die moralische Zielvorstellung muss realistischer Weise erreichbar sein.*
3. *Keine moralisch zu bevorzugenden Alternativen sehen zur Verfügung.*
4. *Es wird der geringstmögliche Eingriff, der ein Erreichen des primären Handlungsziels erlaubt, gewählt.*
5. *Alle negativen Effekte des Eingreifens wurden minimiert.*
6. *Alle betroffenen Parteien erfahren eine unparteiische Behandlung.*

Um eine subjektive oder voreingenommene Anwendung der Prinzipien zu verhindern, sollen nach Vorgabe der Autoren ergänzend Anforderungen an die Kohärenz gestellt werden. Bei durch Spezifizierung abgeleiteten, unterschiedlichen Normen oder Regeln ist darauf zu achten, dass diese untereinander trotzdem kohärent sind. Um dies zu erreichen, kann eine Einschränkung oder Anpassung einzelner Regeln notwendig sein (Beauchamp & Childress, 2019).

#### 2.1.2.6 Grundkonflikte in Bezug auf den ärztlich assistierten Suizid bei Depression

Die Spezifizierung der Prinzipien hinsichtlich der Frage nach assistiertem Suizid für Depressive berührt alle vier ethischen Prinzipien:

Der Respekt für die Autonomie von Betroffenen umfasst in seiner Spezifizierung das Recht eine eigenständige Entscheidung über das eigene Leben und damit auch die Beendigung des eigenen Lebens zu treffen. Das Prinzip der Gerechtigkeit betrifft wiederum bezogen auf die Frage der Zulässigkeit eines ärztlich assistierten Suizids auch mögliche Folgen für Dritte. Hierunter fällt in der Debatte ein möglicherweise in Folge einer gesetzlichen Legalisierung entstehender gesellschaftlicher Druck auf besonders vulnerable Gruppen wie erkrankte oder ältere Personen, Minderheiten oder von Armut betroffene.

Dem Grundsatz des Nicht-Schadens und des Patientenwohls zu folgen, kann zudem einerseits bedeuten sich hinsichtlich der Frage nach Suizidassistenz stellvertretend für den Patienten, um die Wahrung seiner körperlichen Unversehrtheit und seines Lebens zu kümmern, andererseits aber auch den Patienten - mit der Absicht fortgesetztes Leiden zu verhindern - in seinem Todeswunsch zu unterstützen. Hinsichtlich der Spezifizierung des Nicht-Schaden-Prinzips ordnen Beauchamp und Childress (2019) zudem Argumente der *Schiefen Ebene*, die eine graduelle Erosion des Lebensschutzes und eine mögliche Beschädigung des Arzt-Patientenverhältnisses antizipieren, als zumindest teilweise zulässig ein.

Daraus resultieren in der Abwägung multiple grundlegende Konflikte:

Zwischen dem Respekt für die Autonomie Betroffener und der aus dem Prinzip des Patientenwohl ableitbaren Fürsorgepflicht für das Leben und der Unversehrtheit Betroffener; zwischen dem Respekt für den autonomen Sterbewunsch eines Individuums und der Gerechtigkeit für vulnerable Populationen in der Gesellschaft. Aber auch zwischen den verschiedenen Spezifizierungen des Prinzips der Schadensvermeidung und des Patientenwohls in ihrer jeweiligen Auslegung.

Beauchamp und Childress (2019) nehmen in ihrer Diskussion des ärztlich assistierten Suizids unterschiedliche Abwägungen ihrer Prinzipien vor, je nachdem, ob die Frage nach einer individuellen Zulässigkeit von ärztlicher Suizidassistenz unter bestimmten Bedingungen oder die generelle Frage nach der Legalisierung des ärztlichen Suizids beantwortet werden soll.

Auch Wiesing (2021) verweist in seinem Kommentar zur aktuellen Rechtsprechung in Deutschland darauf, dass von Seiten des Bundesverfassungsgerichts lediglich der Einfluss des Staates auf eine individuell zu treffende, moralische Abwägung der einzelnen Bürger beschränkt worden sei, nicht aber festgelegt worden sei, dass ärztlich assistierter Suizid generell moralisch zulässig sei.

## 2.2 Ärztliche Suizidassistenz in Deutschland

### 2.2.1 Gesetzliche Regelung

Im Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht (2020) die *„Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen“* zu einem *„Akt autonomer Selbstbestimmung“* der *„von Staat und Gesellschaft zu respektieren“* sei. Damit wurde die seit 2015 geltende Regelung, die durch § 217 des deutschen Strafgesetzbuches eine geschäftsmäßige Suizidassistenz in Deutschland grundsätzlich untersagt hatte, aufgehoben. Von einer geschäftsmäßigen Handlung war bisher auszugehen, wenn Dritte, die weder als Angehörige noch als nahestehende Personen handelten, Suizidassistenz leisteten und diese Handlung grundsätzlich auf Wiederholung anlegten.

Das Bundesverfassungsgericht leitet die Entscheidung § 217 aufzugeben, vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) und der darin begründeten persönlichen Autonomie ab. Weiterhin wird im Urteil betont, dass dies die Freiheit sich hierfür Hilfe bei Dritten zu suchen, einschließt, sofern diese Hilfe angeboten wird. Mit einem in der Verfassung verankerten Recht auf Selbsttötung, sei eine Beurteilung der individuellen Beweggründe eines Suizidentschlusses nicht erlaubt. Entsprechend ist eine grundsätzliche Einschränkung auf terminale Erkrankungen in einer zu schaffenden gesetzlichen Regelung nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts nicht zulässig.

Im Grundgesetz verankert bleibt auf der anderen Seite weiterhin das Lebensrecht eines jeden Individuums (Art. 2 Abs. 2 GG) und damit auch die staatliche Aufgabe für den Schutz eines jeden Lebens zu sorgen. Jedoch stellte bereits im Jahr 2006 in Hinblick auf die fortlaufende Debatte um Suizidassistenz der deutsche Ethikrat (2006) fest: *„Das Lebensrecht verpflichtet den einzelnen Träger dieses Rechts nicht zum Weiterleben.“*

Entsprechend erteilte das Bundesverfassungsgericht den Auftrag an zukünftige gesetzliche Regelungen angemessene Anforderungen an die Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Selbsttötungswillens zu stellen. Begründet wird dies damit, dass eine Regelung sich im Spannungsfeld des notwendigen Schutzes der Autonomie Suizidwilliger und der in der Verfassung verankerten Aufgabe des Lebensschutzes bewege. Ebenso müsse sichergestellt sein, dass der Entschluss zur Selbsttötung auf dem freien Willen des Betroffenen basiere. Voraussetzung dafür sei eine ausreichende Aufklärung und Beratung Betroffener, sodass diese über alle notwendigen Informationen zu ihrer Situation verfügen. Sicherzustellen sei weiterhin, dass die Entscheidung nicht durch eine akute psychische Störung beeinflusst sei und die Entscheidung auf „*Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider*“ getroffen wird (Bundesverfassungsgericht, 2020). Eine weitere Einschränkung der Freiverantwortlichkeit könne durch autonomiegefährdende soziale Pressionen bestehen. Die Gefahr solcher Einflussnahmen besteht nach Einschätzung des Bundesverfassungsgerichts vor allem in der Interaktion Suizidwilliger mit ihrem Umfeld und durch eine uneingeschränkte geschäftsmäßige Suizidbeihilfe.

Eine zukünftige Regulation müsse allerdings gleichzeitig sicherstellen, dass auch ein „*faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung*“ bestehen bleibe (Bundesverfassungsgericht, 2020). Mögliche Hürden zum Zugang zu Suizidassistenten dürfen also nicht so angesetzt werden, dass Betroffene in der Wahrnehmung ihres Rechts eingeschränkt werden.

Während eine Strafflosigkeit von Suizid(versuchen) in den letzten Jahren unverändert bestehen blieb, wurde die Frage nach der Garantenpflicht für Angehörige und Mediziner in Hinblick auf Suizidassistenten weiterhin kontrovers diskutiert. Der deutsche Ethikrat (2006) arbeitete auf, dass die Möglichkeit bestehe, dass eine Verurteilung von Angehörigen oder Medizinern erfolgen könnte, wenn diese noch anwesend seien, nachdem der Suizidwillige sein Bewusstsein verloren habe. Die Garantenstellung sehe in diesem Fall eine Pflicht zur Hilfeleistung vor. Die bestehende Hilfeleistungspflicht würde lediglich erlöschen, wenn die Eigenverantwortlichkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches feststehen würden.

Im Juli 2020 folgte der Strafsenat des Bundesgerichtshofs dieser Argumentation beim Freispruch zweier Ärzte, die nach erfolgtem Suizid ihrer Patienten keine

Rettungsmaßnahmen eingeleitet hatten. Begründet wurde der Freispruch damit, dass die Garantenpflicht durch die ausdrückliche Erklärung des Sterbewunsches und der Aufforderung von Seiten der Patienten medizinische Interventionen zu unterlassen, erloschen sei (Hoven, 2019).

Unter den vom Bundesverfassungsgericht gestellten Voraussetzungen ist damit nicht von einer Verletzung der Garantenpflicht im Fall einer Suizidassistenz auszugehen.

#### 2.2.1.1 Vergleich mit internationaler Gesetzgebung

Während in Deutschland aufgrund der gesetzlichen Regelung in den letzten Jahren die Frage nach einer möglichen Sterbehilfe für psychische Kranke und im Besonderen an Depressionen Erkrankten in der Öffentlichkeit kaum präsent war, wird dieser Aspekt in Ländern mit einer liberalen Gesetzgebung offen diskutiert.

Im US-Bundesstaat Oregon, in dem Sterbehilfe unter dem *Death with Dignity Act* bereits 1997 legalisiert wurde, ist der Zugang zu Sterbehilfe auf absehbar terminal erkrankte Patienten beschränkt. In der Folge wurde vor allem der Umgang mit Depressionen, als eine am Lebensende auftretende Komorbidität thematisiert. Gezeigt werden konnte, dass 26% der Patienten, die eine Anfrage zur Suizidassistenz am Lebensende stellten, die Diagnosekriterien für Depressionen erfüllten (Ganzini et al., 2008). Für den Fall, dass Sie als kompetent eingeschätzt werden, haben in Oregon terminal Erkrankte, aber trotz einer vorliegenden Depression Zugang zu Suizidassistenz. Kritisiert wird dabei, dass in Oregon keine klaren Standards für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit vorliegen (Borasio et al., 2017).

Hinweise darauf, dass vulnerable Gruppen Suizidassistenz vermehrt in Anspruch nehmen, bestehen in Oregon nicht (Blanke et al., 2017; Borasio et al., 2017). In der ethischen Diskussion wird die Entwicklung in Oregon entsprechend immer wieder als Beleg für die Umsetzbarkeit einer klaren gesetzlichen Regelung, ohne einen daraus resultierenden Dambruch, benannt (Battin et al., 2007b; Orentlicher, 2016).

Ein häufiger Vergleich findet dabei mit den Niederlanden statt, die keine derartige Begrenzung implementierten (Buiting et al., 2008). Dort wurde im Jahr 2002 eine gesetzliche Regelung geschaffen, die ärztlich assistierten Suizid bzw. Tötung auf Verlangen (in den Niederlanden zusammengefasst als Euthanasie) unter Beachtung von Sorgfaltskriterien grundsätzlich legalisiert. Vorausgesetzt ist, dass die Bitte um

Suizidassistenz freiwillig und wohlüberlegt gestellt wird. Zudem muss das Leiden des Patienten in unerträglicher Form, ohne Hoffnung auf Besserung und auf Grundlage einer medizinischen Diagnose bestehen. Es muss sich zudem um eine informierte Entscheidung handeln, bei der Betroffene ihre Erkrankung hinsichtlich der Prognose und Behandlungsmöglichkeiten verstanden haben. Notwendig ist weiter, dass keine zumutbaren Alternativen bestehen. In der Umsetzung muss ein zweiter, unabhängiger Arzt involviert sein und medizinischen Standards entsprochen werden.

Diese Regelung der Suizidassistenz führte dazu, dass auch depressive Patienten Zugang zu Suizidassistenz bzw. Tötung auf Verlangen erhielten und im Jahr 2019 insgesamt 1.1% aller assistierten Suizide/Tötungen auf Verlangen Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen betrafen Calati et al. (2020). Gezeigt werden konnte, dass Frauen mehrheitlich Suizidassistenz aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch nahmen und unter meist komplexen und chronifizierten Krankheitsverläufen litten (Kim et al., 2016).

In einer Befragung niederländischer Ärzte fiel die Beurteilung des *unerträglichen Leidens* Kriteriums insbesondere bei psychischen Erkrankungen durch Mediziner heterogen aus (van Tol et al., 2010). Der Fokus auf unerträgliches Leiden, führte zudem zu Erweiterungen der Legalisierung von Suizidassistenz auch für Minderjährige oder an Demenz erkrankte Patienten.

### 2.2.2 Öffentliche Diskussion

Im Dezember 2015 trat nach einer längeren, offen geführten Debatte im deutschen Bundestag eine gesetzliche Regelung der Beihilfe zur Selbsttötung in Kraft. Das „*Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung*“ besagte dabei laut § 217 StGB:

*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.*

(Bundesministerium der Justiz, 2015)

Diese Gesetzgebung stieß dabei auf ein geteiltes öffentliches Echo. Anhaltende Zustimmung erhielt die Regelung von Seiten der Ärzteschaft beispielsweise durch die Bundesärztekammer. So bekräftigte dessen Vorsitzender Montgomery (2019), dass eine Sterbehilfe „*kein Sterben in Würde*“ ermögliche und vielmehr eine adäquate Behandlung von Patienten verhindere. Die 2015 erfolgte Gesetzgebung sei aus Sicht des Vorsitzenden, dabei „*richtig*“ und habe „*der geschäftsmäßigen Sterbehilfe*“ einen Riegel vorgeschoben. Weiter äußerte Montgomery die Befürchtung, dass eine Legalisierung von Sterbehilfe dazu führen könnte, dass diese von Ärzten erwartet wird, was aber nicht mit der „*medizinisch-ethischen Grundhaltung der Ärzteschaft*“ vereinbar wäre. Die 2015 erfolgte Gesetzgebung diene dem Lebensschutz und müsse daher bestehen bleiben.

Im Gegensatz dazu standen kritische Reaktionen von medizinrechtlicher Seite unter anderem von Taupitz (2017), der argumentierte, dass durch die erfolgte Rechtsprechung eine „*unerträgliche Rechtsunsicherheit für Ärzte*“ entstanden sei, da eine geschäftsmäßige Handlung rechtlich vor allem dadurch definiert sei, ob die durchgeführte Handlung auf Wiederholung angelegt ist.

In der 2017 veröffentlichten, interdisziplinären Aufarbeitung zum *Stand der Wissenschaft* im Bereich Suizidassistentz merkte Taupitz (2017) zudem an, dass durch die Regelung von 2015 gerade das Umfeld der Betroffenen, welches etwaige finanzielle oder emotionale Lasten zu tragen habe, pauschal straffrei bleibe. Die Gefahr einer Einflussnahme auf Betroffene sei dadurch ausdrücklich nicht gebannt. Eine nicht geschäftsmäßig geleistete Suizidbeihilfe könne nicht als Indikator für einen freiverantwortlichen Sterbewunsch herangezogen werden. Einen Schutz der Rechtsgüter „*Leben*“ und „*Selbstbestimmung*“ werde durch die Regelung somit nicht gewährleistet.

Auch von medizinethischer Seite folgte Kritik auf den Gesetzesbeschluss. So kritisierte Wiesing (2017) in der Veröffentlichung, dass bei der Entscheidung des Bundestags „*persönliche moralische Überzeugungen*“ im Vordergrund gestanden hätten. Die Parlamentarier hätten damit „*ihre eigenen moralischen Vorstellungen per Mehrheit*

*allgemein verbindlich gemacht*“. Der eigentlichen Aufgabe der Gesetzgebung Rechtsgüter, die von der Fragestellung betroffen sind, ausreichend zu schützen und gleichzeitig die Pluralität individueller Vorstellungen eines gelingenden Sterbens zu respektieren, seien die Abgeordneten damit nicht gerecht geworden.

Als Reaktion auf die gesetzliche Regelung reichten mehrere Kläger Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht ein, da sie sich durch die 2015 erfolgte Gesetzgebung in der Wahrnehmung ihrer Grundrechte beeinträchtigt sahen.

Im Rahmen des Prozesses nahm der deutsche Anwaltsverein (2020) dabei auf Bitte des Bundesverfassungsgerichts hin, folgendermaßen Stellung zu der bisherigen gesetzlichen Regelung: Der Gesetzgeber habe „den *moralischen Pluralismus innerhalb der Gesellschaft negiert und seine weltanschauliche Neutralitätspflicht verletzt*“. Zudem werde das Thema der Suizidalität durch die Regelung tabuisiert, was wiederum einer guten Suizidprävention im Weg stehe.

Auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 die bisherige gesetzliche Regelung für verfassungswidrig zu erklären, folgten nach Einschätzung des deutschen Ärzteblatts (2020) heftige Reaktionen. Zitiert wird unter anderem Thomas Sitte, Mitbegründer der Deutschen Palliativ Stiftung, der erklärt, dass das Urteil dazu führe, dass „die *Erleichterung der Selbsttötung für Kranke und Lebensmüde zur normalen Dienstleitung*“ werde. Die Selbstbestimmung der „*ohnehin Starken*“ sei über den „*Schutz der Schwächsten*“ gestellt worden.

Schwerpunktmäßig betont wurde vor allem von Vertretern der deutschen Ärzteschaft, dass auch laut des Urteils des Bundesverfassungsgerichts für Ärzte keine Pflicht zu Mitwirkung bestehe. In Reaktionen sowohl von politischer als auch von ärztlicher Seite wurde zudem die Gefahr eines Dammbrochs und einer daraus folgenden Entsolidarisierung mit Erkrankten gesehen (Ärzteblatt, 2020).

Die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2020) reagierte ebenfalls auf das Urteil und erörterte in einer Stellungnahme „*Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistenz*“.

Betont wird in der Stellungnahme vor allem die Notwendigkeit den gesetzlichen Vorgaben zur Freiverantwortlichkeit, die die Selbstbestimmtheit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches umfasse, durch hohe Anforderungen gerecht zu werden. Die DGPPN spricht sich zudem dafür aus, im Sinne der Suizidprävention keine

Organisationen zuzulassen, deren Angebot sich einseitig auf die geschäftsmäßige Suizidassistenz beschränkt, da eine offene Beratung und alternative Hilfsangebote wie beispielsweise eine palliative Begleitung notwendig wären, um somit ein „*Klima der Normalisierung*“ der Suizidassistenz zu verhindern.

In Folge der neuen Rechtsprechung antizipierte der Wissenschaftliche Dienst (2020) des deutschen Bundestags in seiner Ausarbeitung zur Thematik, dass vor allem das ärztliche Handeln im Fokus der folgenden Diskussionen stehen werde. Dies sei durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Aufklärung und Beratung sowie der Frage nach der Freiwilligkeit gegeben. Eine besondere Herausforderung sah der Wissenschaftliche Dienst dabei im Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen und Demenzerkrankten.

#### 2.2.2.1 *Die Rolle der Ärzteschaft in Deutschland*

Ein deutlicher Unterschied zeigte sich in den letzten Jahren zwischen der Entwicklung der deutschen gesamt-gesellschaftlichen Einstellung im Vergleich zur deutschen Ärzteschaft. Auf der einen Seite vollzog sich eine Liberalisierung der deutschen Gesellschaft, die sich mehrheitlich für eine Legalisierung von Suizidassistenz ausspricht (Ärztezeitung, 2019; Borasio et al., 2017). Auf der anderen Seite bestand bis zum Jahr 2021 die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer weiterhin unverändert fort. Berufsrechtlich geregelt ist dabei in §16 ein Verbot von Tötung auf Verlangen. Zudem ist festgehalten, dass Ärzte in Deutschland keine Hilfe zu Selbsttötung leisten dürfen (Bundesärztekammer, 2011, 2018).

Zwar besitzt die Musterberufsordnung lediglich einen empfehlenden Charakter und dient als Grundlage für die verbindlichen Berufsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern, führte aber letztlich größtenteils zu einer Übernahme des Verbots. Jedoch kam es auch zu abweichenden Berufsordnungen innerhalb Deutschlands. In der Bekanntmachung zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wird von einem Verbot abgesehen und lediglich eingegrenzt: „*Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe*“ (Bundesärztekammer, 2011).

Auch die DGPPN (2020) beruft sich in ihrer Stellungnahme zu einer möglichen Neuregelung auf den Grundsatz, dass es sich bei Suizidassistenz nicht um eine ärztliche

Aufgabe handle. Dies schließe die Verschaffung und Bereitstellung eines Mittels zum Suizid mit ein. Hierbei beruft sich die DGPPN ebenfalls auf die Musterberufsordnung für deutsche Ärzte, die den Schutz des Lebens priorisiere.

Im internationalen Vergleich zeigt sich dabei, dass diese Dynamik am ehesten einer europaweiten Entwicklung entspricht. So kommen Bosshard et al. (2008) in einer Analyse der Entwicklung der Gesetzgebung in 6 westeuropäischen Ländern im Vergleich zu der jeweiligen offiziellen Position des Berufsverbands zu dem Schluss, dass von Seiten der Ärzteschaften, mit Ausnahme der Niederlanden, jeweils klare Ablehnung vorherrschte. Die nationalen Berufsverbände lehnten ärztliche Suizidassistenz entweder grundsätzlich, oder jeweils so lange ab, bis eine gesetzliche Legalisierung in Kraft trat, woraufhin jeweils ein neutraler Standpunkt gewählt wurde. Lediglich in den Niederlanden war und ist die Ärzteschaft aktiv in der Regulation und Durchführung von Suizidassistenz involviert.

Neben der konkreten Durchführung der Suizidassistenz selbst, stehen als weitere mögliche ärztliche Aufgaben die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich des Suizidwunsches und die Aufklärung über weitere Behandlungsoptionen bzw. die Frage der grundsätzlichen Prognose der jeweiligen Erkrankungen zur Diskussion.

Als möglichen ärztlichen Verantwortungsbereich sieht die DGPPN (2020) lediglich die Prüfung der im Bundesverfassungsgericht-Urteil vorausgesetzten Freiverantwortlichkeit und die Sicherstellung einer informierten Entscheidung. Hierzu führt der Fachverband aus: *„Eine umfassende und mehrzeitige, suizidpräventiv ausgerichtete, fachärztliche Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen und Behandlungsoptionen ist obligatorisch.“* Im Falle von Anhaltspunkten für eine Einschränkung der freien Willensbildung fordert die DGPPN eine gutachterliche Einschätzung durch einen psychiatrischen Facharzt.

Ein ähnliches Aufgabenspektrum sieht auch der wissenschaftliche Dienst des deutschen Bundestags (2020), der als Vorschlag zur ärztlichen Rolle vor allem Aufklärungs- und Beratungspflichten gegenüber Einwilligungsfähigen sieht, um so der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts, Betroffenen eine realitätsbezogene, rationale Einschätzung der eigenen Situation zu ermöglichen, gerecht zu werden.

### 2.2.2.2 Unklarheiten in der Rolle der Ärzteschaft

Vom Bundesverfassungsgericht (2020) wird in den weiteren Ausführungen zum Urteil betont, das trotz der Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe zulässig wäre, denn grundsätzlich habe der Gesetzgeber „aus den ihm obliegenden Schutzpflichten für die Autonomie bei der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise einen Handlungsauftrag abgeleitet.“ Hinsichtlich einer neuen gesetzlichen Regelung gelte jedoch:

*„Allerdings muss jede regulatorische Einschränkung der assistierten Selbsttötung sicherstellen, dass sie dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belässt. Das erfordert nicht nur eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und der Apotheker, sondern möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts.“*

(Bundesverfassungsgericht, 2020)

Die DGPPN (2020) sieht in ihrer Stellungnahme die Notwendigkeit, dass „einschlägig erfahrene Experten von Psychiatrie/Psychotherapie und Suizidologie den Gesetzgeber über besonders gefahrenträchtige Angebote sowie angemessene Maßnahmen zur Suizidprävention beraten“. In ihrem Kommentar zu dieser Stellungnahme kritisiert Henking (2020) als Mitglied der Kommission *Ethik und Recht* der DGPPN, dass unklar bleibe, an wen Sterbewillige sich letztlich wenden sollten, solange die Vorgabe gelte, dass es sich bei Sterbehilfe nicht um eine ärztliche Aufgabe handle. Sie hebt als problematisch hervor, dass geeignete Medikamente legal nur durch ärztliche Verschreibung zugänglich seien. Insgesamt sieht Henking weiteren Regelungsbedarf innerhalb der Ärzteschaft.

Dem setzt die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020) gemeinsam mit weiteren Vereinigungen in ihrem Statement zur Verfassungsmäßigkeit des §217 entgegen, dass es pharmakologisch fraglich sei, ob die Einnahme einer Überdosis ärztlich

verordneter Medikamente tatsächlich sanfter wirke, oder sicherer sei als die Einnahme von anderen, gegebenenfalls sogar primär tödlichen Substanzen. Gleichzeitig wird auch hier die Gefahr betont, die durch eine frei verfügbare Suizidbeihilfe insbesondere für vulnerable Patienten, ausgehen könnte. Die Gesellschaft äußert die Sorge, dass für Betroffene so eine moralische Pflicht entstehen könne, Suizidbeihilfe zur Entlastung Dritter in Anspruch zu nehmen. Der Marburger Bund (2020) hebt in diesem Statement wiederum die drohende moralischen Pflicht für Ärzte Suizidbeihilfe zu leisten, hervor. Wie die Rolle und Position der deutschen Ärzteschaft auch hinsichtlich einer Begrenzung von Sterbehilfeorganisationen aussehen könnte bleibt bisher offen.

Im Juni 2020 äußerte der aktuelle Vorstand der Bundesärztekammer Reinhardt gegenüber dem Spiegel: *"Wir können nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts keine Norm aufrechterhalten, die dem Arzt jede Form von Unterstützung untersagt. Die Berufsordnung kann so nicht bleiben."* (Schmergal, 2020). Eine Abstimmung über eine mögliche Änderung der Musterberufsordnung durch das Ärzteparlament ist noch ausstehend. Laut Reinhardt sei aber denkbar, dass das Verbot ersatzlos gestrichen werde (Schmergal, 2020).

### 2.3 Ärztliche Suizidassistenz bei Depression

Durch die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebene rechtliche Situation in Deutschland wurde die Möglichkeit Suizidassistenz grundsätzlich auf somatisch-terminale Erkrankungen zu beschränken - wie beispielsweise in Oregon - aufgehoben. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (2020) lässt eine generelle Einschränkung der Suizidassistenz auf Basis einer zugrundeliegenden Erkrankung oder Motivation nicht zu. Dies sei nach Ansicht des Gerichts der Fall, da ein selbstbestimmtes Sterben als *„Ausdruck personaler Freiheit“* nicht von außen definiert oder begrenzt werden könne. Eine Begrenzung würde eine unzulässige Bewertung von Beweggründen bedeuten, die im Widerspruch zur im Grundgesetz verankerten Würde des Menschen und dessen Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung stünde.

Neben erheblichen Schwierigkeiten eine grundsätzliche Beschränkung in der Praxis umzusetzen, führt das Bundesverfassungsgericht (2020) aus, dass sich das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende grundsätzlich *„der Bewertung anhand*

*allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entzieht.“*

Insbesondere eine Regelung, die wie in den Niederlanden als Bedingung die Bewertung des Leidens Betroffener als *unerträglich* vorsieht, wäre damit nicht zulässig.

Letztlich lässt sich aus dem Urteil ein möglicher Anspruch auf Suizidassistenz auch für depressiv Erkrankte, deren Autonomie nicht eingeschränkt ist, ableiten.

In der Diskussion um eine Suizidassistenz für depressive Patienten steht entsprechend die Frage nach der Entscheidungsfähigkeit, über die ein Depressiver in Bezug auf seinen Sterbewunsch verfügen kann, im Mittelpunkt (Nicolini, Kim, et al., 2020).

### 2.3.1 Krankheitsbild Depression

Im folgenden Kapitel soll genauer auf das Krankheitsbild der rezidivierenden depressiven Störung - insbesondere der therapie-resistenten bzw. refraktären Form - eingegangen werden.

Zur Gruppe der unipolaren depressiven Störungen zählen laut des diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen in der 5. Ausgabe (DSM 5) die Dysthyme Störung und die (rezidivierende) Majore Depression (American Psychiatric Association, 2013). Die Majore Depression ist dabei durch das Vorhandensein einer depressiven Verstimmung oder dem Verlust von Interesse oder Freude sowie mindestens vier weiteren Krankheitssymptomen, wie Schlafstörungen, Gewichts- oder Appetit Veränderungen, Konzentrationsstörungen oder Antriebslosigkeit definiert.

Als eine der für Depressionen bestehenden Diagnosekriterien wird dabei *„wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord, Selbstmordversuch oder einen bestimmten Plan, um Selbstmord zu begehen“* benannt (Coryell, 2018).

Bei der dysthymen Störung handelt sich hingegen um eine anhaltende depressive Verstimmung, die über einen zweijährigen Zeitraum hinaus andauert und von mindestens einem weiteren Symptom begleitet wird. Hier stellt anhaltende Hoffnungslosigkeit eines der Symptome dar, Gedanken an den Tod oder Suizidalität sind hingegen kein Kriterium. Eine Überlagerung einer Dysthymie durch (rezidivierende) Majore Depressive Episoden wird im DSM5 als *Double Depression* bezeichnet (American Psychiatric Association, 2013).

Bisher nicht klar abgegrenzt, ist als Unterform der Major Depression, bei Nicht-Eintreten einer Remission trotz Therapie, die *Therapie-resistente Depression* zu nennen. Definiert wird eine *Therapie-resistente Depression* in der Literatur dabei häufig als ein Nichtansprechen auf Behandlungsversuche mit zwei verschiedenen Antidepressiva, in jeweils ausreichender Dosis und Dauer. Diese Definition wurde aber bisher nicht standardisiert (Gaynes et al., 2020).

Abgeleitet wurde die Definition unter anderem aus den Ergebnissen der sogenannten STAR-D\*-Study, die zeigte, dass nach zweimaligen medikamentösen Therapieversuchen die Remissionsraten bei Depressionen drastisch sinken (Gaynes et al., 2009). Kritiker der Studie bemängeln dabei aber, dass weitere wirksame Therapien wie die Verhaltenstherapie, die Elektrokrampftherapie und die tiefe Hirnstimulation außer Acht gelassen werden und geben zu bedenken, dass ein signifikanter Abfall in den Remissionsraten in der STAR D\* Studie auch in der Methodik der Studie, die evtl. im Vorfeld stattgefundenen Therapien nicht sicher erfasst, begründet liegen könnte (Anderson, 2018).

Ein alternativer Vorschlag zur Definition besteht in der Begrifflichkeit *Therapie-refraktäre Depression*, welche ein Nicht-Ansprechen auf mindestens drei verschiedene medikamentöse Therapieversuche, mindestens zwei augmentative medikamentöse Behandlungen, einen suffizienten Behandlungsversuch mit Elektrokrampftherapie und transkranieller Magnetstimulation sowie mindestens eine unterstützende psychotherapeutische Behandlung beschreibt. Auch Patienten, die zuvor durch multiple medikamentöse Behandlungsversuche keine Remission erreichen konnten, zeigen im Schnitt zu 60% ein Ansprechen auf die Behandlung mit Elektro-Krampf-Therapie (Park et al., 2021). Jedoch existiert bisher keine ausreichende empirische Forschung zu der Häufigkeit und Dauer des Auftretens von *Therapie-refraktärer Depression* (Michael, 2020; Üstün & Kessler, 2018).

Belegt werden konnte, dass bei Auftreten einer major depressionen Episode ein relevantes Risiko für einen chronischen Krankheitsverlauf besteht (Spijker et al., 2002). In verschiedenen Langzeitstudien zeigten zwischen 10% und 20% depressiver Patienten einen chronischen, nicht remittierenden Krankheitsverlauf (Mrazek et al., 2014; Steinert et al., 2014). Eine einheitlich verwendete und klar abgrenzbare Definition einer therapieresistenten Depression existiert bisher nicht, was in der im Kapitel 1.4.2 beleuchteten

Diskussion immer wieder zu einer fehlenden Präzision der hervorgebrachten Argumente führt.

#### 2.3.1.1 Suizidalität bei Depression

Suizidale Gedanken sind im Rahmen von depressiven Störungen häufig und treten bei ungefähr 80% aller Betroffenen auf, während 30% aller Erkrankten einen Suizidversuch verüben. In der Folge versterben 5-20% aller Patienten, die in der Vorgeschichte mit schweren oder rezidivierenden Depressionen behandelt wurden, durch Suizid. In der Gesamtschau bedeutet dies, dass zwischen 40% und 70% aller erfolgten Suizide im Rahmen einer depressiven Erkrankung stattfanden (Berzewski&Pajonk 2012).

Mit depressiven Episoden assoziiert auftretende Suizidversuche können in drei Clustern beschrieben werden (Lopez-Castroman et al., 2016). Am häufigsten tritt der *impulsiv-ambivalente* Cluster auf, der durch weniger organisierte und weniger schädliche Suizidversuche charakterisiert ist. Der zweite Cluster umfasst *wohlüberlegte* Suizidversuche, die mit einer aufwendigeren Vorbereitung und mehr Vorkehrungen, um nicht gestört zu werden, einhergehen. Betroffene dieses Clusters konsumieren zudem häufiger Alkohol oder Drogen im Vorfeld des Suizidversuchs. Zusammenfassend besteht für diese Gruppe eine stärker ausgeprägte Suizidabsicht und ein höheres Risiko für einen letalen Ausgang des Suizidversuchs. Der dritte Cluster beschreibt die kleinere Gruppe der *häufigen* Suizidversuche. Betroffene in dieser Gruppe leiden unter dem Auftreten von Suizidalität bereits im jungen Alter, unternehmen häufige Wiederholungsversuche und litten häufiger unter Misshandlungen in der Kindheit.

Ein weiterer Aspekt ist die zeitliche Entwicklung. Häufig leiden Depressive unter akuter Suizidalität, die durch ein rasches Auftreten gekennzeichnet ist. Zwischen dem Entschluss zum Suizid und dem folgenden Suizid(versuch) liegen entsprechend in der Mehrheit der Fälle nur wenige Stunden (Wolfersdorf et al., 2015).

Unterschiede bestehen in den Populationen von Suizidversuchen mit tödlichem Ausgang gegenüber Suizidversuchen, die nicht tödlich enden. Für Männer, insbesondere mit zunehmendem Alter besteht ein höheres Risiko an Suizid zu versterben. Gleichzeitig zeigen Studien, dass sich hinsichtlich der Risiko- und Belastungsfaktoren keine grundlegenden Unterschiede zwischen der Population, die ernsthafte Suizidversuche unternimmt und der Population, die an Suizid verstarb, feststellen lassen.

Ein möglicher Bias wird von Autoren durch die Einschränkung, lediglich Überlebende von Suizidversuchen befragen zu können, diskutiert (Beautrais, 2001).

Im Verhältnis kommt es weltweit etwa 20-mal häufiger zu Suizidversuchen als zu einem vollendeten Selbstmord (Lopez-Castroman et al., 2016). Für Patienten mit einer Therapie-resistenten Depression besteht ein ungefähr doppelt so hohes Suizid-Risiko mit tödlichem Ausgang im Vergleich zum Risiko für Patienten mit einer einfachen Depression. Im zur Thematik veröffentlichten Review-Artikel, wird von Bergfeld et al. (2018) diskutiert, ob durch eine realistische Einschätzung der begrenzten Therapieoptionen diese Patienten häufiger einen *wohlüberlegten* Suizidversuch unternahmen. Gleichzeitig konnte für Therapie-resistent-depressive Patienten aber auch einen Anstieg der Anzahl an erfolgten Suizidversuchen auf das 10-fache gezeigt werden. Hierbei wird von den Autoren wiederum als mögliche Erklärung das häufige Auftreten von komorbiden Persönlichkeitsstörungen in den Raum gestellt.

Im Langzeitverlauf von über 10 Jahren sterben etwa 5% der Personen, die in der Vorgeschichte einen Suizidversuch begingen, durch einen vollendeten Suizid (Henriques et al., 2005). Höher liegen die Zahlen für Personen, die ihren Suizidversuch nicht selbst unterbrochen hatten, sondern von Dritten abgehalten wurden. Aus dieser Gruppe suizidierten sich in einer Langzeitstudie knapp 15% der Betroffenen (Henriques et al., 2005). Ein mehr als doppelt so hohes Risiko für einen vollendeten Suizid hatten in einer weiteren Langzeitstudie die 22% der Probanden, die 5-10 Jahre nach Suizidversuch angaben, sich zu wünschen, dass der Suizidversuch erfolgreich gewesen wäre (Henriques et al., 2005).

Nach Wolfersdorf (2015) ist Suizidalität durch den zunehmenden Verlust äußerer wie innerer Ressourcen sowie Phasen von Ambivalenz und Appell, der inneren Zerrissenheit zwischen so nicht leben können, aber eigentlich nicht sterben zu wollen, geprägt. Damit sei für die meisten Suizidversuche nicht von einem zugrundeliegenden Todeswunsch auszugehen.

Entsprechend wird im klinisch-psychiatrischen Alltag im Allgemeinen angenommen, dass eine Suizidabsicht im Rahmen einer depressiven Erkrankung normalerweise nicht dem Wunsch eines Patienten in gesundem und entscheidungsfähigem Zustand entspricht und somit unter therapeutischer Behandlung zurückgehen wird.

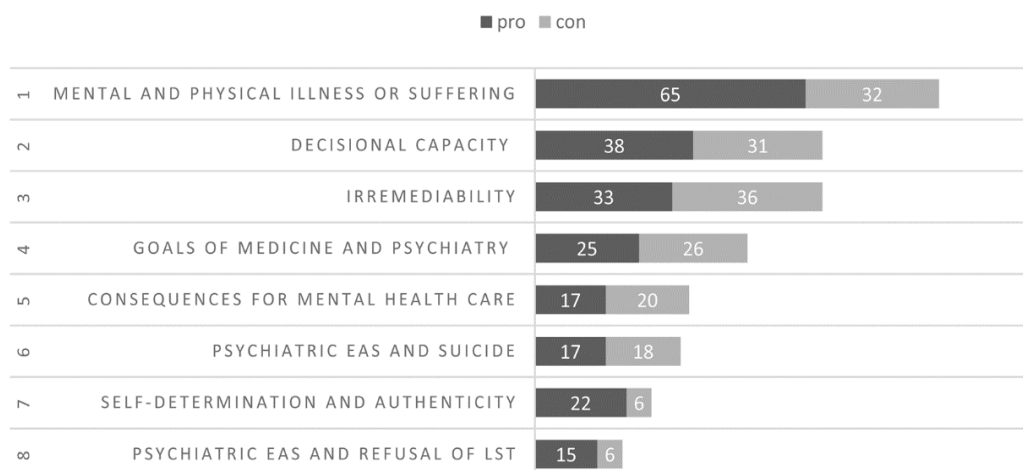
## 2.4 Medizinethische Diskussion ärztlicher Suizidassistenz bei Depression

In einem systematischen Review der internationalen medizinethischen Diskussion ärztlicher Suizidassistenz für psychiatrisch erkrankte Patienten stellten Nicolini et al. (2020) fest, dass befürwortende und ablehnende Artikel in ähnlicher Häufigkeit veröffentlicht wurden. Unterschiede fanden sich vor allem in der Form der Artikel. Befürworter waren meist nicht klinisch tätig und verfassten ausführliche Artikel zur Thematik. Autoren, die eine Suizidassistenz für psychiatrisch erkrankte Patienten ablehnten, waren häufiger Kliniker und taten dies meist in Form von kürzeren Kommentaren. In diese Analyse wurden aber lediglich publizierte Artikel eingeschlossen, Bücher und Stellungnahmen zur Thematik wurden nicht eingeschlossen.

Die Autoren teilten die verwendeten Argumente dabei in insgesamt acht Inhaltsdomänen ein. Diese umfassen neben praktischen Gesichtspunkten auch die bereits thematisierten Prinzipien der Patientenautonomie, des Patientenwohls, der Gerechtigkeit und der Schadensvermeidung, in der jeweiligen praktischen Anwendung. Wie in der Abbildung 1 zu sehen, wurden dabei alle Argumente in ihrer jeweiligen Auslegung von beiden Seiten verwendet.

### Abbildung 1

*Number of mentions per content domain*



**Abbildung 1** illustriert die Häufigkeit der Nennung der von Nicolini et al. identifizierten Inhaltsdomänen 1-8. In dunkelgrau dargestellt sind dabei Nennungen im Rahmen einer Befürwortung ärztlicher Suizidassistenz für psychische Erkrankte, in hellgrau die Nennung im Rahmen einer Ablehnung dieser.

Als häufiger Referenzpunkt der folgenden Diskussion dient die aktuelle Praktik in den Niederlanden, wo ärztliche Suizidassistenz unter den folgenden Sorgfaltskriterien auch für psychisch Erkrankte durchgeführt wird:

Der Patient muss eine freiwillige, informierte und wohlüberlegte Anfrage stellen, er muss jetzt oder in unmittelbarer Zukunft von unerträglichem Leiden betroffen sein, für das keine Erleichterung zu erwarten ist und keine zumutbare Therapiemöglichkeit mehr besteht (Kim et al., 2016). Ärzte sind angehalten einen zweiten, unabhängigen Kollegen zu konsultieren und jeden Fall an die zuständige regionale Kontroll-Kommission zu melden. Eine psychiatrische Untersuchung ist nicht zwingend vorgeschrieben (Battin et al., 2007a).

Aufgrund dieses Systems ist zu den durchgeführten Fällen eine gute Datenlage vorhanden, auf die sich beide Seiten der Diskussion wiederholt berufen. In der Folge hatten im Jahr 2019 insgesamt 4.2 % aller Verstorbenen in den Niederlanden einen ärztlich assistierten Suizid in Anspruch genommen. Davon erfolgten wiederum 1% der assistierten Suizide (68 Fälle) aufgrund von psychischen Erkrankungen (Euthanasia-Review-Committees, 2019).

Im Folgenden sollen die wichtigsten medizinethischen Aspekte der Diskussion aufgegriffen und die Argumentation beider Seiten beleuchtet werden.

#### 2.4.1.1 *Patientenautonomie bei Depressiven*

Ein Schwerpunkt der medizinethischen Diskussion liegt in der Frage, inwiefern Patienten, die unter Depressionen leiden, autonome Entscheidungen über ihr Lebensende treffen können und damit das grundlegende Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende wahrnehmen können (Nicolini, Kim, et al., 2020). Die bisherige Diskussion um die Patientenautonomie bei psychisch Erkrankten dreht sich dabei um die folgenden drei Fragen:

- Kann eine ausreichende Entscheidungsfähigkeit für die Inanspruchnahme einer Suizidassistenz bei psychisch Erkrankten überhaupt vorliegen?
- Kann diese im Falle eines Vorliegens sicher beurteilt werden?
- Sollten strengere Kriterien als Schwelle für das Erreichen einer Entscheidungsfähigkeit entwickelt werden, wenn es um Suizidassistenz für psychisch Kranke geht?

In einer Umfrage unter forensischen Psychiatern in Kanada, deren Arbeit die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit von Erkrankten beinhaltet, erklärten 58% der Teilnehmer, dass eine Major Depression automatisch dafür sorgen sollte, dass Betroffene in Hinblick auf Suizidassistenten für nicht-entscheidungsfähig erklärt werden (Ganzini et al., 2000). In der theoretischen Diskussion wird dieser Standpunkt ebenfalls vertreten. Dass die Entscheidung für den Suizid nicht autonom ist, lässt sich nach Ansicht von Autoren, die Suizidassistenten für Depressive ablehnen, an den vorliegenden Zahlen ableiten (Gather & Vollmann, 2015; Sahn, 2020): Von den jährlich in Deutschland in etwa 100.000 begangenen Suizidhandlungen enden nur ca. 10.000 Fälle letal. Zudem wiederholt eine überwältigende Mehrheit die durchgeführte Suizidhandlung nicht. Auch der ausgeprägte Impulscharakter von Suizidversuchen – bei über 90 % der Betroffenen liegen zwischen der Entscheidung und Durchführung weniger als 24 Stunden – spricht gegen einen wohlüberlegten Entschluss. Ebenso spricht das von Wolfersdorf (2015) beschriebene Modell der Einengung gegen die Möglichkeit einer autonomen Suizidalität. Das Modell besagt, dass Betroffene den eigenen Tod oft als einzigen Ausweg aus ihrer Situation wahrnehmen und nicht in der Lage sind, die alternative Möglichkeit am Leben zu bleiben, adäquat wahrzunehmen. Durch die fehlende innere Wahlmöglichkeit würde es sich somit nicht um eine *freie Entscheidung* handeln. Weiter betont Wolfersdorf, dass Suizidalität häufig nicht den eigentlichen Wunsch zu sterben beinhaltet, sondern als Kommunikation von Leid, Bindungsstabilisierung, Ausdruck von dysfunktionalen Problemlösungsstrategien oder Erlebensvermeidung betrachtet werden müsse. Ein weiterer Aspekt ist für zahlreiche Autoren die bei Depressiven deutlich höhere Ambivalenz und Instabilität ihres Sterbewunsches, welche sich auch in der Quote zurückgezogener Bitten um Suizidassistenten zeigt, die beispielsweise in einer Erfassung in Belgien bei 38% lag (Borasio et al., 2017; Jansen-van der Weide et al., 2005; Kirby, 2017; Thienpont et al., 2015). Kritiker zweifeln aufgrund dieser Zahlen an der Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen und der tatsächlichen Therapie-Resistenz bei Depressionen (Charland, 2016).

Zur Frage der praktischen Beurteilbarkeit führen Kim et al. (2017) aus, dass die Entscheidungsfähigkeit von Depressiven insbesondere schwer zu beurteilen ist. Begründet ist dies nach Ansicht der Autoren durch die Tatsache, dass Depressive grundsätzlich zwar Informationen aufnehmen und verstehen können und auch klare

Entscheidungen kommunizieren können, der Entscheidungsprozess aber dort beeinträchtigt ist, wo es um die Bewertung von Informationen geht. Ein schwer depressiv Erkrankter, der aufgrund seiner Depressionen nichts mehr wertschätzen kann, wäre damit auch nicht in der Lage eine Bewertung von möglichen Folgen vornehmen.

Die verzerrte Wahrnehmung von Depressiven beinhaltet dabei oft auch die Annahme, dass das eigene Leben wertlos und die eigene Situation hoffnungslos sind (Miller & Appelbaum, 2018).

Um autonom entscheiden zu können, müsste ein Betroffener im Einklang mit seinem eigenen Wertesystem handeln können und Informationen auf seine individuelle Situation anwenden. Typisch für Depressionen ist aber, dass nichts mehr von Bedeutung und Wert für den Betroffenen ist, er also keinen Zugriff auf sein eigenes Wertesystem mehr hat. Als Beispiel hierfür beschreibt Steinbock (2017) den Fall einer Patientin, die in den Niederlanden Suizidassistentz erhielt. Die Patientin erklärte zuvor gegenüber Forschern, dass ihr Leben ohne Liebe sei und sie daher kein Recht auf eine Existenz habe. Steinbock ordnet eine solche Aussage als deutliches Warnzeichen für das Vorliegen einer durch die Depression verzerrten Wahrnehmung ein, welche im Gegensatz zu einem sorgfältig abgewägten, rationalen Sterbewunsch stehe.

In ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Entscheidungsfähigkeit Depressiver in Hinblick auf Behandlung und Forschung kamen Hindmarch et. al. (2013) ebenso zu dem Schluss, dass - trotz einer schlechten Datenlage - Hinweise darauf bestehen, dass das Vorliegen einer Depression die Entscheidungsfähigkeit der jeweils Betroffenen beeinträchtigt. Owen et. al. (2015) konnten weiter zeigen, dass diese Beeinträchtigung vor allem im Rahmen von schweren depressiven Episoden auftritt.

Für den Fall, dass eine Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit möglich und zulässig ist, appellieren Autoren wie Charland, Cowley und den Hartogh (2016; 2015; 2015a) dafür, dass ein hoher Schwellenwert für die Bescheinigung des Vorhandenseins einer Entscheidungsfähigkeit gelten müsse. Begründet wird diese Forderung damit, dass bei einer allumfassend irreversiblen Entscheidung - wie dem eigenen Tod - absolute Sicherheit über die vorhandene Entscheidungsfähigkeit bestehen müsse. Miller und Appelbaum (2018) befinden, dass die Sicherheit und der Grad Entscheidungskompetenz mit der sich der Patient entscheidet, damit so hoch sein müsste, dass sie de facto unerfüllbar wird. In der Praxis könnten klinisch tätige Ärzte letztlich nicht ausreichend

sicher sein, dass die Entscheidung des Patienten nicht durch die psychische Krankheit beeinflusst ist (Appelbaum, 2018; Broome & de Cates, 2015).

Wiederkehrend findet sich in der Diskussion die Argumentation es seien alle bisher zur Verfügung stehenden Mittel - wie das als Goldstandard geltende *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* - zur Beurteilung der Entscheidungskompetenz bzw. Entscheidungsfähigkeit unzureichend bei einer Entscheidung solchen Ausmaßes (Charland, 2016; den Hartogh, 2015a; Steinbock, 2017). Zwar werde das Informationsverständnis, die Einschätzung und Anwendung von Informationen und das Treffen einer Wahl überprüft, dieses basiere jedoch auf einem primär legalen Verständnis von Entscheidungskompetenz, ohne der Rolle von entscheidungsbeeinflussenden Emotionen gerecht zu werden.

In der Auswertung von Fällen erfolgter Suizidassistenz für psychisch erkrankte Patienten in den Niederlanden zeigte sich, dass in ca. einem Viertel der Fälle Uneinigkeit zwischen den beurteilenden Psychiatern bezüglich der Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen bestand (Kim et al., 2016). Ohne einen robusten Standard für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit sehen Charland et al. (2016) entsprechend die Gefahr, dass letztlich beurteilt wird, ob der jeweilige Sterbewunsch dem Beurteilenden vernünftig erscheint, anstelle der eigentlichen Frage, ob der Betroffene über die Vernunft die Entscheidung zu treffen verfügt. Sullivan et al. (1998) sehen diese Gefahr ebenfalls als gegeben an und verweisen darauf, dass Umfragen unter Psychologen und Psychiatern zeigen konnten, dass persönliche Ansichten zur Thematik Suizidassistenz einen Einfluss auf die Beurteilung der Kompetenz von Patienten haben. Auch Ganzini et al. (2000) konnten zeigen, dass Psychiater die ärztliche Suizidassistenz grundsätzlich ablehnten, höhere Anforderungen an das Vorliegen einer Entscheidungsfähigkeit stellten.

Kritisch sehen verschiedene Autoren hinsichtlich der praktischen Umsetzung zudem, dass in einer Analyse von genehmigten Fällen ärztlicher Suizidassistenz in den Niederlanden aufgezeigt wurde, dass die Frage nach der Entscheidungsfähigkeit häufig nur global beantwortet wurde (Doernberg et al., 2016; Kim et al., 2018). Dies habe sogar für Patienten gegolten, die unter einer Psychose litten, obwohl diese Diagnose grundsätzliche Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit eines Betroffenen wecken sollte. Miller&Appelbaum (2018) kommen entsprechend zu dem Schluss, dass nicht in Kauf genommen werden darf, dass es Patienten gibt, denen „*fälschlicher Weise*“ beim Sterben

geholfen wird. Nach Ansicht der Autoren steht der Schutz des Lebens eines jeden Betroffenen damit einer möglichen Legalisierung entgegen.

Ganzini (2017) wiederum sieht als entscheidenden Punkt bei der Frage der Beurteilbarkeit der Entscheidungsfähigkeit von Depressiven, vor allem die Notwendigkeit den Patienten sowohl in einer depressiven als auch in einer euthymen Episode kennengelernt zu haben. Nur so sei die Frage, ob der Betroffene eine wertekohärente, seine Krankheitsepisode überdauernde Entscheidung trifft, zu beantworten. Ganzini (1996) zitiert diesbezüglich eine eigene Umfrage unter Psychiatern in Oregon: Unter der Voraussetzung, dass eine lange Beziehung zum Patienten besteht, trauten sich die Teilnehmer in großer Mehrheit zu, zu beurteilen inwiefern ein vorliegender Sterbewunsch durch eine psychiatrische Erkrankung beeinflusst wurde.

In ähnlicher Weise ist auch in den Leitlinien für niederländische Psychiater festgehalten, dass davon ausgegangen werden könne, dass Patienten mit rezidivierenden, schweren depressiven Episoden in symptomfreien Intervallen einen guten Einblick in die Natur ihrer Erkrankung haben und wohlüberlegte Entscheidungen bezüglich eines Suizids treffen können (Schuklenk & van de Vathorst, 2015b).

Forensische Psychiater in Oregon befürworteten zu 38% eine generelle Aberkennung der Autonomie Depressiver in der Frage der Suizidassistenz, allerdings stimmten 42% Prozent gegen ein solches Verfahren (Ganzini et al., 2000). Ganzini (2000) schlussfolgert daraus, dass es auch zahlreiche Experten gibt, die Depressive nicht grundsätzlich vom Zugang zu Suizidassistenz ausschließen würden.

Autoren, die eine Suizidassistenz bei Depressionen grundsätzlich befürworten, nehmen in der Diskussion wiederkehrend die Position ein, dass sich die Evaluation der Entscheidungsfähigkeit in der Frage der psychiatrischen Suizidbeihilfe nicht von der Evaluation der Entscheidungsfähigkeit in jeglichen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung unterscheiden sollte (Dembo et al., 2018; Nicolini, Kim, et al., 2020; Steinbock, 2017). Als beispielhafte Argumentation wird von Baron (2000) dabei die Beurteilung der Kompetenz für die Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen als inzwischen langjährig etabliert angeführt. Die Kriterien und Methodik in dieser Fragestellung würden sich nicht von der in Fragen der Suizidassistenz unterscheiden, da in beiden Szenarien ein Menschenleben auf dem Spiel stehe. Sofern es möglich sei, dass Menschen in kompetenter Weise lebenserhaltende Maßnahmen

ablehnten, müssten sie auch kompetent sein können, um eine Suizidassistenz zu bitten. Grundsätzliche Zweifel an einer Beurteilbarkeit müssten entsprechend immer für beide Szenarien gelten.

Mit Verweis auf die gängige Praxis von psychiatrischen Assessments in Rechtsfragen z.B. bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit, spricht auch Hewitt (2013) sich dafür aus, dass eine Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit grundsätzlich möglich wäre. Des Weiteren findet sich bei Befürwortern die Argumentation, dass auch mögliche praktische Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit kein generelles Verbot rechtfertigen würden, sondern vielmehr Anreiz für eine präzise gesetzliche Regelung sein sollten. Vorgeschlagen wird hier beispielsweise von Rooney et al. (2017), dass für die Inanspruchnahme ärztlicher Suizidassistenz ein hoher Schwellenwert angesetzt werden sollte und nur Personen Zugang erhalten sollten, die eindeutig in der Lage sind autonom zu entscheiden. In ihrer Argumentation folgen die Autoren dabei dem von Appelbaum (2007) - im generellen Kontext der Frage nach der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit - postulierten Konzept des Schwellenwertes der Autonomie, bei der diese für jede Entscheidung nur als absolut ausreichend oder unzureichend - also nicht gegeben - sein kann. Entsprechend dieser *sliding scale* müsse die Schwelle bei gravierenden und insbesondere potenziell tödlichen Entscheidungen heraufgesetzt werden.

Im deutlichen Gegensatz dazu steht, die von den Hartogh (2015b) aufgegriffene Richtlinie der Vereinigung niederländischer Psychiater. Diese besagt, dass in besonders extremen Fällen - in denen Psychiater den Sterbewunsch der Betroffenen insbesondere gut nachvollziehen können - es zulässig sei, niedrigere Standards als üblich anzuwenden, um Patienten für kompetent zu erklären.

Dembo et al. (2018) betonen in ihrem Diskussionsbeitrag, dass eine grundsätzliche Aberkennung der Autonomie für Depressive nicht zulässig sei und berufen sich darauf, dass empirisch gezeigt werden konnte, dass selbst bei schweren Depressionen mehrheitlich die Entscheidungsfähigkeit fortbestehe. Pauschal Patienten von einer Intervention auszuschließen, die dazu diene die Autonomie Betroffener zu wahren und Leiden zu vermindern, ohne dabei die individuelle Variabilität zu berücksichtigen, sei nicht zu verteidigen (Dembo et al., 2018; Owen et al., 2008).

Rooney et al. (2017) sehen in einem generellen Verbot der Suizidassistentz für psychisch Erkrankte einen Beitrag zur „willkürlichen Diskriminierung“ dieser. Auch in der aktuellen deutschen Diskussion kritisiert Henking (2020) in ihrem Kommentar zur Stellungnahme der DGPPN:

*„Jeder Wunsch nach Selbsttötung, jede Bitte um Unterstützung hierbei, wird zunächst unter den Verdacht des Pathologischen gestellt“*

(Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2020)

Anstelle einer generellen Aussage über die Kompetenz Depressiver fordern Befürworter der Suizidassistentz eine individuelle Bewertung für die jeweilige Fragestellung zum jeweiligen Zeitpunkt (Dembo et al., 2018). Dies steht in Einklang mit den Ausführungen von Charland et al. (2016) zum Konzept der Entscheidungsfähigkeit speziell in Hinblick auf Suizidassistentz für psychisch Erkrankte. Die Autoren schränken zwar ein, dass die aktuellen klinischen Assessments unzureichend sind, um zu bewerten, inwiefern psychisch Erkrankte einen kompetenten Wunsch nach Suizidassistentz äußern, erklären jedoch gleichzeitig, dass die Frage nach der Entscheidungsfähigkeit immer nur in Hinblick auf die jeweilige Entscheidung, die jeweilige Person zum jeweiligen Zeitpunkt und unter den jeweiligen Umständen bewertet werden könne.

In der Frage der Autonomie Depressiver und der möglichen Zulässigkeit einer Suizidassistentz zeigen sich Unterschiede auch in der Interpretation der bisher vorhandenen Empirik: Während Gegner der Suizidbeihilfe für Depressive die hohe Zahl der zurückgezogenen Bitten um Suizidassistentz (beispielsweise in Belgien oder Oregon) als Beleg für die fortbestehende Ambivalenz der Betroffenen sehen, findet sich bei Befürwortern die Argumentation, dass dies zeige, dass allein die Möglichkeit der Selbsttötung zu haben, bereits ausreichend sei, um Betroffene zu entlasten und ihnen ein Weiterleben zu ermöglichen (Steinbock, 2017; Thienpont et al., 2015).

Bezüglich der Schlussfolgerung, dass eine mangelnde Entscheidungsfähigkeit auch durch die ausgeprägte Impulsivität der allermeisten Suizide belegt sei, postuliert den Hartogh (2016) angesichts der Zahlen in den Niederlanden, dass es sich bei Personen, die um Suizidassistentz bitten, nicht um das gleiche Kollektiv handle, wie bei Personen, die eigenständig Suizid begehen. Den Hartogh geht davon aus, dass diese Personen in Ländern ohne legale Suizidassistentz nicht in Statistiken erfasst werden, da sie beispielsweise durch das Verweigern von Nahrung und Flüssigkeit ihren Tod herbei

führen - was nicht als Suizid erfasst würde - oder ihre Angehörigen in die Planung mit einbinden, sodass keine Obduktion veranlasst wird. Letztlich plädiert den Hartogh für die Unterscheidung von „*impulsiv, gewaltvoll und einsam*“ durchgeführten Suiziden und „*sorgfältig geplanten, die Umwelt einbeziehenden*“ Suiziden mit „*nicht-gewaltsamen Mitteln*“.

Unterstützend für den Hartoghs These kann angeführt werden, dass laut Reviews über 80% aller vollendeten Suizide beim ersten Versuch stattfinden und häufig von Individuen durchgeführt werden, die zuvor keinen Kontakt zum psychiatrischen Behandlungssystem hatten (Yager & Feinstein, 2017). Einer ähnlichen Argumentation folgt auch die Amerikanische Gesellschaft für Suizidprävention (2017): Suizid und ärztliche Sterbehilfe seien grundsätzlich verschiedene Phänomene, die sich in konzeptuellen, medizinischen und legalen Aspekten voneinander unterscheiden.

Die oben ausgeführte Argumentation, dass eine depressive Erkrankung das Wertesystem eines Betroffenen so beeinflusse, dass dieser nicht mehr zu einer authentischen und damit kompetenten Entscheidung gelangen könne, betrachten Schuklenk und Vathorst (2015b) als nicht zulässig: Diese Argumentation sei nur relevant, wenn der Betroffene eine realistische Chance habe, wieder zu seinem „prä-depressiven, authentischem Selbst“ zu finden. Davon sei aber bei einer chronisch depressiven Erkrankung nach Verständnis der Autoren nicht auszugehen.

Zusammenfassend werden die zugrundeliegenden Fragen, ob bei depressiv Erkrankten eine ausreichende Entscheidungsfähigkeit für eine autonome Entscheidung für den Suizid vorliegen kann und ob diese auch in ausreichendem Maße beurteilt werden kann, von Ablehnern und Befürwortern deutlich unterschiedlich beantwortet.

Ablehner kommen zu dem Schluss, dass der Suizidwunsch depressiv Erkrankter zum einen als nicht autonom zu betrachten sei, da nicht davon ausgegangen werden könne, dass die notwendigen Bedingungen für eine stabile und freie Entscheidung in ausreichendem Maße vorliegen. Zum anderen wird von dieser Seite keine Möglichkeit gesehen, das Vorliegen einer fraglichen Autonomie ausreichend sicher zu beurteilen, da kein ausreichendes Maß an Objektivität zu erreichen sei.

Befürworter sehen hingegen keinen relevanten Unterschied zur bestehenden Praxis der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich anderer Fragestellungen.

Ergänzend berufen sie sich dabei auf das Schwellenwert-Konzept, also eine graduelle Höherstufung notwendiger Voraussetzungen abhängig von der jeweiligen Entscheidung, für die die Entscheidungsfähigkeit beurteilt werden soll. Die Autoren verweisen zudem darauf, dass die Population, die derartige Voraussetzungen erfülle, nicht der Population durchgeführter Suizid(versuche) entspreche und diese aufgrund ihrer impulsiven Natur keine zulässige empirische Vergleichsgruppe darstellen würden.

Kritisiert wird von Befürwortern insbesondere, dass eine generelle Aberkennung der Entscheidungsfähigkeit für depressive Erkrankte letztlich eine Diskriminierung Betroffener darstellen würde.

#### 2.4.1.2 Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis

In Hinblick auf die Arzt-Patienten-Beziehung werden zwei grundlegende Aspekte diskutiert: Zum einen die Frage, ob es eine ärztliche Aufgabe sein darf - beziehungsweise sein sollte - die im vorangegangenen Kapitel besprochene Beurteilung der Kompetenz für eine Bitte um Suizidassistenz durchzuführen. Zum anderen die Frage, welche Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis für den Fall einer regulären ärztlichen Assistenz bei Suiziden entstehen. Hierbei besteht von Seiten der Gegner die Annahme, dass ärztliche Suizidassistenz einen Vertrauensbruch darstellt, während Befürworter diese Argumentation ablehnen.

Grundlegend kann das Verhältnis von Patienten zu Ärzten als Mitglieder einer Profession als charakterisiert durch den Vertrauensvorschuss seitens der Patienten beschrieben werden: Ein Patient kann allein aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Profession bestimmte Erwartungen an jedes einzelne Mitglied der Profession stellen. Im modernen Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung hat eine Abwendung vom ursprünglichen Paternalismus hin zu einer Beziehung auf Augenhöhe stattgefunden. Im Zentrum steht dabei das Konzept des *informierten Einverständnisses*, bei dem von ärztlicher Seite lediglich die autonome Entscheidungsfindung des Patienten begleitet wird. Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung ist die Annahme von Patienten, dass Ärzte grundsätzlich im Interesse ihrer Patienten handeln. Dies bedeutet im psychiatrischen Alltag im Falle eines suizidalen Patienten diesen vorübergehend auch durch einen Eingriff in seine Freiheitsrechte zu schützen.

Miller und Appelbaum (2018) argumentieren, dass die Bereitschaft eines Arztes auf eine Anfrage zum ärztlich-assistierten Suizid einzugehen, einen der Therapie entgegengesetzten Effekt hätte, da sich Patienten dadurch in ihrer depressiven Hoffnungslosigkeit bestätigt sehen. Auch Blikshavn et al. (2017) betonen, dass dies letztlich zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung führen könnte, da Hoffnung an Stelle der Patienten zu haben, diese vom Suizid bewahre. Insbesondere der wichtige psychotherapeutische Aspekt des Erarbeitens einer Akzeptanz für die eigene Situation werde verhindert, da Suizidalität letztlich als extremer Ausdruck der Erfahrungsvermeidung gesehen werden könne. In beiden Veröffentlichungen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Gefahr besteht, dass durch eine Legalisierung und damit Normalisierung von Suizidassistenz, Ärzte und Angehörige zu früh den oft anstrengenden Kampf für das Leben Betroffener aufgeben (Blikshavn et al., 2017; Miller & Appelbaum, 2018). Zudem wird davon ausgegangen, dass es möglich ist, sich dem Patienten hinzuwenden ohne psychiatrische Suizidassistenz zu billigen, da trotzdem auf die weiteren Aspekte einer solchen Anfrage (s.a. Kapitel 1.4.2.1) eingegangen werden kann (Blikshavn et al., 2017).

Von Gegnern wird weiter ausgeführt, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe darstellt. Zum einen, da dies dem Heilungsauftrag der Profession widerspreche. Zum anderen, da dies zu einer Belastung für die betroffenen Ärzte führen würde. Auch angesichts der grundsätzlichen Möglichkeit eines eigenständigen Suizids Betroffener sei es nicht geboten, die ärztliche Profession zu involvieren (Miller & Appelbaum, 2018; Simpson, 2018).

Als diesbezüglich besorgniserregende Entwicklung wird die in den Niederlanden entstandene, kritische Diskussion der ärztlichen Freiheit, die Durchführung von Suizidbeihilfe abzulehnen, erwähnt (Bolt et al., 2015). So fordern beispielsweise Savulescu und Schuklenk (2017), dass Ärzte verpflichtet werden sollten, Suizidassistenz auf Wunsch der Patienten hin zu leisten.

Sullivan et al. (1998) kritisieren besonders die Vorstellung, dass sich durch eine ärztliche Beurteilung der Entscheidungskompetenz das grundlegende moralische Dilemma, dass mit einer Suizidassistenz verbunden ist, auflösen lassen würde. Dabei würde auf unangebrachte Weise eine technisch-klinische Prozedur genutzt, um die eine gesellschaftlich vorherrschende Ambivalenz bezüglich der Thematik zu kaschieren. Der

beurteilende Psychiater würde so zu seinem „säkularen Priester im medizinischen Gewand“ gemacht. Zudem sehen Kritiker die Gefahr, dass durch die grundsätzliche Involvement von Psychiatern beispielsweise durch ein verpflichtendes Assessment eine „Psychiatisierung“ von menschlichen und ethischen Entscheidungen stattfinden könnte (Parker, 2013).

In der praktischen Umsetzung in den Niederlanden kam es trotz einer klar umschriebenen Gesetzgebung und dem Vorsatz der maximalen Transparenz, bisher in keinem Fall zu rechtlichen Konsequenzen für die Durchführenden und nur in ca. 1% der Fälle wurden Verstöße oder ein fehlerhaftes Vorgehen bemängelt. Kritiker sehen darin den Beleg, dass es nicht gelingt, in einem solchen System einen klaren Kontrollmechanismus zu etablieren, da die zugrundeliegenden Kriterien zu vage für eine klare Grenzziehung seien. Dies führe zu einem mangelnden Schutz vulnerabler Patienten (Kim & Lemmens, 2016; Onwuteaka-Philipsen et al., 2017).

Letztlich besteht die grundlegende Befürchtung, dass Ärzte durch eine Beteiligung in schwerwiegende ethische Konflikte geraten und eine Legalisierung von ärztlicher Suizidassistenz mit negativen Folgen für das grundsätzliche Arzt-Patienten-Verhältnis einhergeht (Borasio et al., 2017; Simpson, 2018).

Befürworter einer ärztlichen Suizidassistenz sehen das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht in Gefahr. In verschiedenen Umfragen zeigt sich der befürchtete Vertrauensverlust von Patientenseite nicht (Birnbacher, 2006; Hall et al., 2005).

Birnbacher (2006) argumentiert in seiner Stellungnahme zudem, dass das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine Weigerung des Arztes, einen suizidwilligen Patienten in Sterbehilfesituationen zu unterstützen, eher gefährdet werde, als durch eine Mitwirkung. Weiter sieht er ausdrücklich auch durch die ärztliche Berufsordnung eine Abwägung zwischen der Verpflichtung zur Lebenserhaltung und der Verpflichtung zur Leidenslinderung als zulässig an.

Steinbock (2017) äußert hinsichtlich eines detailliert erfassten Patientenfalls die Annahme, dass die Möglichkeit eines assistierten Suizids, der Betroffenen das entlastende Gefühl gegeben habe, dass ihr Leiden ernst genommen werde und ihr ermöglicht habe einen anderen Weg zu finden. Diese Argumentationslinie wird auch von Boer (2017) ausgeführt, der durch eine professionell-ärztliche Betreuung von Patienten, die eine Suizidassistenz wünschen, die Möglichkeit sieht, dass dies Betroffene vor verfrühten,

unfreiwilligen oder schlecht-informierten Entscheidungen bewahrt und letztlich auch zum Lebensschutz der Patienten beitrage. Für diesen Effekt könnte auch sprechen, dass die Thematik Suizidalität häufig sehr schambesetzt für Patienten ist und die Befürchtung bei Offenbarung von Suizidgedanken entmündigt zu werden, ein offenes Ansprechen von Seiten der Patienten verhindern kann.

Richter (2016) argumentiert weiterführend, dass es der gegenwärtigen sozialpsychiatrischen Bestrebung Patienten in ihrer Selbständigkeit zu bestärken entgegenstehe, ihnen diese Selbständigkeit dann im entscheidenden Moment wieder zu entziehen. Auch Ganther und Vollmann (2015) sehen es als Teil einer professionellen ärztlichen Haltung an, einen selbstbestimmten Sterbewunsch nach einer ausführlichen, offenen Beratung und reiflicher Überlegung anzuerkennen.

Dembo et al. (2018) wiederum sehen die Gefahr, dass eine ärztliche Gesinnung eines bedingungslosen Schutzes des Lebens keine gute Patientenversorgung fördern würde. Von Patienten werde so erwartet, dass Sie jede verfügbare Behandlung ausprobieren, auf die Entwicklung einer passenden Therapie warten, fortgesetzt leiden oder ihr Leben eigenständig beenden. Diese Erwartungen seien in ihrem Ursprung paternalistisch. Paternalismus sei in der Medizin aber nur zu rechtfertigen, wenn er zum eindeutigen Wohle von Patienten eingesetzt werde.

In schweren Fällen, die nicht auf vorhandene Therapien ansprechen, stoße man nach Annahme von Bolt et al. (2015) an Grenzen, in denen das oben beschriebene Prinzip der therapeutischen Hoffnung letztlich illusorisch und damit auch moralisch problematisch werde. In solchen Fällen wäre es weniger schädlich und respektvoller gegenüber dem Betroffenen, sich mit der Hoffnungslosigkeit der Situation auseinanderzusetzen. Bedingungslos hoffnungsvoll zu sein, führe sonst dazu, dass Patienten alleine gelassen würden.

Zudem seien Ärzte auch ohne die grundsätzliche Möglichkeit eines assistierten Suizids nicht davor gefeit, ihre Patienten aufzugeben, sobald klar sei, dass prognostisch nur wenig Hoffnung auf eine Verbesserung bestehe (Rooney et al., 2017).

Parker et al. (2013) sehen Psychiater aufgrund ihrer fachspezifischen Expertise hinsichtlich psychischer Erkrankungen, mentaler Kapazität und psychosozialer Aspekte explizit in der Zuständigkeit Bitten um Suizidassistenz zu interpretieren. Ganther und Vollmann (2015) befinden abschließend, dass kein „*unauflösbarer ethischer*

*Widerspruch*“ im Auftrag der Suizidprävention und der ärztlichen Suizidassistentz bestehe. Die Autoren plädieren dafür, dass Psychiater sich aufgrund ihrer Expertise insbesondere hinsichtlich Fragen der Suizidalität und der Selbstbestimmungsfähigkeit an der gesellschaftlichen Debatte beteiligen sollten.

Borasio et al. (2020) kommen zu dem Schluss, dass bisher keine empirischen Belege erbracht werden konnten, dass eine Legalisierung einer ärztlichen Suizidassistentz zu einer Gefährdung des Arzt-Patientenverhältnisses führe. Während Gegner so theoretisch durch eine Legalisierung einen eintretenden Vertrauensverlust antizipieren, sehen auf der anderen Seite Befürworter ärztlicher Suizidassistentz eine offenere und vertrauensvollere Beziehung als anzunehmende Folge.

Bezüglich der Frage, ob Suizidassistentz eine ärztliche Aufgabe darstellen sollte, sehen Befürworter Mediziner aufgrund ihrer Expertise im Bereich der Suizidalität und bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit klar in der Zuständigkeit, während Gegner sich auf einen Widerspruch von Suizidassistentz mit dem ärztlichen Heilungsauftrag berufen und auf die hohe, drohende Belastung für Mediziner verweisen.

#### 2.4.1.3 Frage der Prognose

Im Unterschied zur ärztlichen Suizidassistentz am Lebensende, kommt der Frage der Krankheits-Prognose in der Diskussion der ärztlichen Suizidassistentz für Depressive eine besondere Rolle zu. Verstärkt wird dies durch die Vorgaben in den Niederlanden und Belgien, wo ärztliche Suizidassistentz unter der Voraussetzung, dass der Betroffene unerträglich leidet und keine Aussicht auf eine Besserung besteht, auch für Depressive gestattet wird (Kim et al., 2016).

Gegner einer ärztlichen Suizidassistentz für Depressive bewerten die Frage nach der Prognose als besonders problematischen Aspekt. Broome und de Cates (2015) kritisieren, dass allein durch die Kategorisierung „*Therapie-refraktäre Depression*“ keine prognostische Aussage über den individuellen Verlauf gemacht werden könne und dieser nicht als irreversibel oder unheilbar charakterisiert werden dürfe. Die statistische Verlaufserfassung, beispielsweise der häufig zitierten STARD-Study, würde nicht abbilden, ob eine Depression von einer schweren Episode zu einer lediglich leichten Episode hin remittiert sei. Klinisch ist hier zu bedenken, dass es sich bei Depressionen generell um eine episodisch-rezidivierendes Krankheitsbild handelt, womit trotz einer

fortbestehenden Erkrankung auch immer wieder symptomfreie Episoden zu erwarten sind.

Kritiker bemängeln zudem, dass die gegenwärtigen psychiatrischen Klassifikationssysteme lediglich eine symptomatische Zusammenfassung darstellen. Die Diagnose Depression stellt keine klare ätiologische Eingrenzung dar und es ist davon auszugehen, dass diese Klassifikation in der Realität durch eine ausgeprägte Heterogenität charakterisiert ist (Blikshavn et al., 2017). So gehe es nicht nur um die Frage, ob überhaupt eine *Therapie-refraktäre Depression* bestehe, sondern, ob Ärzte diese präzise identifizieren können. Da dies von einigen Psychiatern für nicht möglich gehalten werde, argumentiert Steinbock (2017), dass Suizidassistentz aus klinischer Sicht nicht zu rechtfertigen sei. Zahlreiche weitere Autoren teilen diese Einschätzung und kommen zu dem Schluss, dass eine Unheilbarkeit für psychische Erkrankungen nicht ausreichend zuverlässig bestimmt werden kann (Blikshavn et al., 2017; den Hartogh, 2015b; Kelly, 2017; Kelly & McLoughlin, 2002; Kissane & Kelly, 2000; Naudts et al., 2006; Pearce, 2017).

Als weiteren Aspekt, der gegen eine Zulässigkeit einer Suizidassistentz für Depressive spricht, sehen Broome und de Cates (2015) die mögliche Entdeckung neuer Therapien. Da Depressionen an sich keine terminale Erkrankung darstellen, sei es nicht absehbar, wie gut die Heilungschancen in der Zukunft sein werden.

Befürworter einer ärztlichen Suizidassistentz für Depressive argumentieren dagegen, dass zumindest in manchen Fällen eine depressive Erkrankung und das damit verbundene Leiden unheilbar seien (Dembo et al., 2018; Rooney et al., 2017; Schuklenk & van de Vathorst, 2015a; Tanner, 2018). Belegt sei dies durch die starke Abnahme der Erfolgsaussichten einer Therapie mit jedem zusätzlichen Behandlungsversuch, wie es beispielsweise in der STAR D Study gezeigt werden konnte. Dembo et al. (2018) betonen, dass selbst in der häufig als Ultima Ratio angewandten Elektrokonvulsionstherapie ein Therapieansprechen in Studien nur bei ca. 60 % gelegen habe. Damit sei die Existenz einer unheilbaren Depression belegt.

Ein Teil der Autoren betrachtet die vorhandenen Möglichkeiten der Diagnostik und Prognostik in der Psychiatrie als ausreichend (Rooney et al., 2017; Tanner, 2018). Andere Autoren gehen auf die mögliche Ungenauigkeit bei der prognostischen Einschätzung näher ein. Steinbock (2017) merkt an, dass das Problem einer

prognostischen Unsicherheit nicht spezifisch für den Fachbereich Psychiatrie gelte, sondern die Medizin grundsätzlich betreffe. Größere Ungenauigkeiten in der Diagnose und Prognose von Depressionen gegenüber somatischen Erkrankungen könnten gemäß Schuklenk et al. (2015a) zudem nicht als Gegenargument verwendet werden, da die diagnostische Reliabilität nichts an der Lebensrealität eines Patienten mit multiplen fehlgeschlagenen Therapieversuchen ändere. Wenn für den Zugang zu ärztlicher Suizidassistenz das ethische Grundprinzip der Gerechtigkeit gelte, stelle ein genereller Bann für kompetente, an *Therapie-refraktärer Depression* Erkrankte eine Diskriminierung dar, die auch nicht mit der möglicherweise geringen Anzahl Betroffener zu rechtfertigen sei (Schuklenk & van de Vathorst, 2015a; Steinbock, 2017).

Steinbock (2017) betont, dass kompetente Patienten die Möglichkeit haben sollten, eigenständig zwischen Risiko und Nutzen einer Therapie oder eben auch einer Suizidassistenz abzuwägen, auch wenn Psychiater noch potenzielle Therapiemöglichkeiten sehen.

Auch das Argument, dass aufgrund der - trotz der Depression - noch möglicherweise langen Lebensspanne auf eine Therapieentwicklung gehofft werden könnte, ist für Dembo et al. (2018) nicht zulässig. Kompetente Patienten sollten diese Möglichkeit zwar in ihre Abwägung mit einbeziehen, dürften aber nicht gezwungen werden, ihr Leiden für eine unbegrenzte Zeit auszuhalten.

Schuklenk und van de Vathorst (2015a) sehen gerade in der Tatsache, dass es sich bei Depressionen nicht um eine terminale Erkrankung handelt, ein Argument Suizidassistenz zuzulassen: Das empfundene Leiden depressiver Patienten finde, anders als bei einer terminal-somatischen Erkrankung kein absehbares Ende.

Abschließend fordern Befürworter, dass Unheilbarkeit nicht als die absolute Sicherheit, dass keine Behandlung mehr Linderung bringen könnte, behandelt werden dürfe (Rooney et al., 2017). Die Definition *unheilbar* sei vielmehr ausreichend gegeben durch das unerträgliche Leiden, welches nicht unter Bedingungen, die für die Betroffenen akzeptabel wären, behoben werden kann (Dembo et al., 2018). Rooney et al. (2017) verweisen hierbei auch auf die Richtlinien der Vereinigung Niederländischer Psychiater, die besagt, dass Unheilbarkeit als Abwägung zwischen den erhofften Therapieerfolgen und der durch die Behandlung entstehenden Belastung sowie Besserungsaussichten in einem angemessenen Zeitrahmen, verstanden werden muss.

Nicolini et al. (2020) fassen in ihrer Metaanalyse zusammen, dass hauptsächlich „Nicht-Kliniker“ das Risiko von „falsch Positiven“ - also Personen die Suizidassistentz erhalten, ohne dass ihr Leiden unheilbar wäre - als nicht ausreichend für ein grundsätzliches Verbot von Suizidassistentz für psychisch Erkrankte erachten.

Während Befürworter ärztlicher Suizidassistentz für Depressive damit die Betroffenen in der Verantwortung sehen eine eigene Abwägung zwischen zumutbarem Leiden und möglichen Therapieoptionen zu treffen, sehen ablehnende Autoren in dieser Vorgehensweise eine Gefährdung für Betroffene. Die Autoren berufen sich dabei darauf, dass ein individueller Krankheitsverlauf, auch aufgrund der ätiologischen Vielfalt von Depressiven Erkrankungen bisher nicht individuell vorhersagbar sei.

#### 2.4.1.4 *Psychisches Leiden*

In der theoretischen Diskussion wird von den Autoren häufig die Gefahr einer Diskriminierung gesehen, sofern zwischen physischem und psychischem Leiden unterschieden wird (Nicolini, Kim, et al., 2020). Dabei sehen Befürworter weder in der Intensität des Leids noch in der logischen Betrachtung einen Unterschied zu Leid, das durch eine somatische Erkrankung verursacht wird (Parker, 2013; Steinbock, 2017).

Schuklenk und van de Vathorst (2015a) gehen davon aus, dass ein Aspekt der Diskriminierung bereits in der Wahrnehmung von psychischem Leiden liege, da dieses von Außenstehenden oft als weniger begründet abgetan werde. Die Autoren sehen diese Annahme unter anderem durch eine Umfrage in der niederländischen Bevölkerung bestätigt, bei der 35% der Befragten angegeben hatten, dass eine schwere Depression kein unerträgliches Leid bei den Betroffenen hervorrufe.

In einer qualitativen Analyse der Beweggründe von Personen, die in den Niederlanden Suizidassistentz beantragt hatten, zeigte sich, dass Betroffene, die unter einer psychiatrischen Erkrankung litten, ihr Leiden häufiger als ununterbrochen vorhanden charakterisierten (Dees et al., 2011). Auch in einer vergleichbaren Analyse von Verhofstadt et al. (2017) schätzen die Betroffenen selbst psychische Beschwerden als belastender im Vergleich zu körperlichen Beschwerden ein. Gleichzeitig konnten die Autoren in ihrer Analyse zeigen, dass neben medizinischen auch intra- und interpersonelle sowie gesellschaftliche und existenzielle Aspekte das Leid der Betroffenen verursachten.

Kritiker betrachten insbesondere die Erkenntnis, dass psychisches Leiden durch mehr Quellen bedingt ist, als die reinen Erkrankungssymptome, als problematisch. Vor allem aufgezeigte soziale und sozioökonomische Aspekte von (gefühlter) Isolierung und Einsamkeit sowie fehlender gesellschaftlicher Teilhabe führten dazu, dass Suizidassistenten drohe die „billige Lösung“ für gesellschaftlich komplexe Themen zu werden (Pearce, 2017). Appelbaum (2017) kritisiert, dass es „ironisch“ wäre, wenn Patienten anstelle einer adäquaten psychiatrischen Versorgung Suizidassistenten erhalten würden. Er verweist darauf, dass selbst in einem Land wie der Niederlande, in dem eine gute sozialpsychiatrische Versorgung bestehe, über die Hälfte der Betroffenen, die Sterbehilfe beantragten, soziale Isolation als eines ihrer Probleme benannt hatte.

Auch Verhofstadt et al. (2017) thematisieren in ihrer Analyse, dass Betroffene als einen Leidensaspekt ein niedriges Einkommen genannt hätten. Dies erfordere eine gesellschaftspolitische Debatte, wie gesellschaftliche Ungleichheiten reduziert werden könnten, um den Wunsch bei Patienten nach Sterbehilfe zu reduzieren.

Autoren, die Suizidassistenten für Depressive kritisch sehen, kommen zusammenfassend zu dem Schluss, dass psychische Erkrankungen und entsprechend auch das daraus verursachte Leiden, in stärkerem Ausmaß multifaktoriell sind, als physische Erkrankungen, wodurch auch eine grundsätzliche Ungleichbehandlung gerechtfertigt sei (Bozzaro, 2015; Kelly, 2017; Pearce, 2017).

Einen weiteren Kritikpunkt hinsichtlich der Gleichstellung von körperlichem und mentalem Leiden sehen mehrere Autoren in der Problematik unerträgliches Leiden - wie aktuell in der Niederländischen Gesetzgebung vorgesehen - zu definieren (Borasio et al., 2017; Sahm, 2020; Simpson, 2018).

Die Beurteilung der Erträglichkeit eines Leidens durch Dritte kann kritisiert werden, da entweder die Wahrnehmung des Patienten als einzig gültiges Kriterium grundsätzlich immer voll akzeptiert werden müsste, oder aber die Frage der Lebensqualität von Dritten beantwortet werden muss. Dies beinhaltet nach Annahme von Simpson (2018) auch immer die Beurteilung der Frage was ein lebenswertes Leben darstelle. Die Beurteilung von Leid käme damit einer normativen Werteentscheidung gleich (Borasio et al., 2017).

Auch Sahn (2020) betont, dass medizinische Kriterien für ein Urteil über das Leid eines Patienten nicht existierten und entsprechend eine Rechtfertigung einer Suizidassistenz nicht aufgrund einer ärztlichen Einschätzung des Leidens zu vertreten sei.

Während Befürworter dafür plädieren, dass psychisches Leid als Beweggrund für ärztliche Suizidassistenz grundsätzlich gleich wie physisches Leid zu behandeln sei, betrachten Ablehner eine Ungleichbehandlung aufgrund der in besonderem Ausmaß multifaktoriellen Genese – insbesondere den sozioökonomischen Aspekten – für zulässig.

Als grundlegende Kritik an der Verwendung des Arguments *psychisches Leiden* wird zudem hervorgebracht, dass eine Beurteilbarkeit von Leid von außen letztlich unabhängig von der Interpretation grundlegend nicht zulässig sei.

#### 2.4.1.5 Leidensminderung

Als weiterer Aspekt der medizinethischen Diskussion besteht neben dem psychischen Leiden für den Betroffenen, die grundsätzliche Überlegung, wie das Prinzip der Leidensminderung in der Frage des ärztlich assistierten Suizids zu betrachten ist. Steinbock (2017) argumentiert hier, dass ein Ausschluss psychisch Erkrankter, diese zu einem fortgesetzten Leiden zwingen würde. Beachtung findet in der Diskussion aber auch, dass ein begleiteter Suizid im Vergleich zu einem eigenständigen Suizid, weniger traumatisch und belastend für Angehörige, Bekannte, aber auch weitere Betroffene wie medizinisches Personal, Rettungspersonal oder Passanten - wäre (Boer, 2017). Rooney et al. (2017) gibt diesbezüglich zu bedenken, dass nach Schätzungen nach jedem vollendeten Suizid etwa sechs weitere Personen in der Folge unter psychischen Belastungen bis hin zu Depressionen oder Suchterkrankungen leiden und selbst wiederum ein erhöhtes Risiko Suizid zu begehen haben.

Dafür spricht auch die Auswertung von Thienpont et al. (2015), die zeigt, dass bei einer großen Mehrheit der Patienten, die Suizidassistenz aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung in Belgien erhielten, Freunde oder Familie bei der Durchführung anwesend waren. Die Angehörigen und Freunde der Betroffenen berichteten, den Prozess als humaner erlebt zu haben und erwarteten subjektiv einen weniger komplizierten Trauerprozess im Vergleich zur erwarteten Trauer bei einem eigenständigen Suizid des Betroffenen.

Auch die American Association of Suicidology (2017) verweist neben den Zahlen aus den Niederlanden auf ähnliche Zahlen aus Oregon, die zeigten, dass Familienmitglieder deren Angehörige sich eigenständig suizidierten, höhere Raten von komplizierten Trauerreaktionen und Post-Traumatischer-Belastungsstörung erlitten. Im Gegensatz zu den meisten selbstständig durchgeführten Suiziden würden Betroffene, die Suizidhilfe in Anspruch nehmen, nicht allein und in Verzweiflung versterben. Ein weiterer Unterschied zwischen einem eigenständigen Suizid und einem assistierten Suizid sei zudem, dass Suizide oft mit einem starken sozialen Stigma behaftet seien, was zu einer deutlichen Belastung für Angehörige, aber auch für Behandler führe.

Zu bemängeln ist an der Argumentation der Befürworter, dass häufig die Folgen eines gewaltsamen Suizides mit dem einer Suizidassistenz abgeglichen werden, ohne dass klar ist, ob Betroffene diesen Weg überhaupt wählen würden. Diesbezüglich zeigte sich, dass von 52 Patienten in Belgien, deren Bitte um Suizidassistenz abgelehnt wurde, sich im Verlauf der nächsten vier Jahre insgesamt fünf Patienten ohne medizinische Assistenz suizidierten (Sheehan, 2017).

Diese Annahme steht zudem im Widerspruch mit der unter 1.4.2.1 ausgeführten Argumentation, dass es sich bei der Population, die eine Suizidassistenz beantragt, eben nicht um dieselbe Population wie die der impulsiven Suizidenten handelt. Weiter kritisiert Boer (2017), dass mit einer Argumentationslinie, die eine Leidensminderung als Maxime des medizinischen Handelns über den Lebensschutz von Patienten stellen würde, es (die Umwelt des Patienten außer Acht gelassen) fast immer die effektivste Leidensminderung wäre, den Tod zu wählen, da die meisten Behandlungen mit Schmerzen oder Nebenwirkungen einhergehen.

Auch weitere Autoren kommen zu dem Schluss, dass in einer Güterabwägung letztlich relevant bleibt, ob der Patienten einen kompetenten Entschluss gefasst hat, nicht in welchem Ausmaß dies zu einer möglichen Verminderung von Leid führen könnte (Hindmarch et al., 2013; Steinbock, 2017).

#### 2.4.1.6 *Schiefe Ebene*

Im Folgenden wird das häufig in auch in anderen Kontexten hervorgebrachte Argument der *Schiefen Ebene* oder auch des *Dammbrechts* betrachtet. Dieses folgt der Argumentation, dass für den Fall, dass eine ethisch umstrittene Prozedur unter

bestimmten Voraussetzungen und mit bestimmten Einschränkungen zugelassen wird, diese Bedingungen im Laufe der Zeit aufgeweicht werden und in der Folge weitere Veränderungen eintreten, die ursprünglich für nicht zulässig erklärt wurden.

Appelbaum (2017) sieht im Falle einer Legalisierung von Suizidassistenten für psychisch Kranke die Gefahr, dass sowohl belastete Angestellte im Gesundheitswesen als auch Angehörige von Betroffenen, Patienten schneller aufgeben oder sie sogar darin bestärken, sich Suizidassistenten zu suchen. Bereits jetzt sei die Gesellschaft bereit, das Leben von Menschen beispielsweise mit Demenzen, schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen als problematisch zu betrachten. Dabei sehe die Gesellschaft die Erkrankungen nicht nur als Last für die Betroffenen, sondern auch für die Gesellschaft an sich (Borasio et al., 2017). Als insbesondere drastisch betrachtet wird die Gefahr für Länder mit unzureichenden psychiatrischen Versorgungsnetzwerken. Dort könnte nach Argumentation der Autoren ärztlich assistierter Suizid letztlich ein Ersatz für eine adäquate psychiatrische Behandlung werden (Appelbaum, 2018; Miller & Appelbaum, 2018).

Autoren wie Steinbock (2017) sehen dadurch auch die Übertragbarkeit der Erfahrungen aus beispielsweise den Niederlanden als nicht gegeben, da dort Betroffene durch eine gesetzliche Krankenversicherung und ein stabiles ambulantes Versorgungsnetz mit oft langjährigen Arzt-Patienten-Beziehungen besser geschützt seien als beispielsweise in den USA.

Zudem besteht die Sorge, dass eine Suizidassistenten für psychisch Kranke die Suizidprävention unterlaufen würde, da gut belegt ist, dass allein die Verfügbarkeit von Mitteln zum Suizid (z.B. Schusswaffen) die Suizidraten erhöht. So könnten Patienten durch die Präsenz des Angebotes im Sinne eines Werther-Effekts zum Suizid angeregt werden (Miller & Appelbaum, 2018; Sahm, 2020). Als Hinweis, dass sich diese Annahme bewahrheitet, deuten Kritiker die bisher stetige Zunahme der Euthanasie Fälle von psychisch Kranken seit der jeweiligen Legalisierung in den Niederlanden und Belgien (Appelbaum, 2017; Borasio et al., 2017; Kissane & Kelly, 2000; Nicolini, Petzet, et al., 2020). Als weiteren Hinweis für ein Eintreten einer *schiefen Ebene* wird die in den Niederlanden kontinuierliche Ausweitung der Praxis auf beispielsweise Demente und Minderjährige betrachtet.

Jones und Paton (2015) kommen in ihrer Analyse der Datenlage in den USA zu dem Schluss, dass eine Legalisierung von ärztlicher Suizidassistenz zwar keinen signifikanten Anstieg an eigenständigen Suiziden nach sich gezogen habe, jedoch die gesamte Zahl an Personen, die durch einen Suizid mit oder ohne Assistenz verstarben, zunahm. Boer (2017) sieht aufgrund der kontinuierlich zunehmenden Suizidraten in den Niederlanden im Vergleich zu den fallenden Raten in anderen europäischen Ländern ohne eine Legalisierung von ärztlicher Suizidassistenz einen Beleg dafür, dass die Möglichkeit einer Suizidassistenz für psychiatrisch Erkrankte nicht etwa die Zahl der nicht-assistierten Suizide senkt, sondern vielmehr zu einem Anstieg der Suizidraten beiträgt. Sahm (2020) äußert aufgrund der veröffentlichten Zahlen aus Schweiz, Niederlande und Belgien gar die Annahme, dass durch eine Legalisierung der Suizidassistenz in Deutschland in ähnlicher Form wiederum mit einem Anstieg von Suiziden um bis zu 8000 Fälle jährlich gerechnet werden müsste. Auch weitere Autoren verweisen wiederkehrend auf den zunehmenden, im Jahr 2015 auf 3-4% angestiegenen Anteil der Patienten in den Niederlanden und Belgien, die aufgrund von psychiatrischen Diagnosen Suizidassistenz in Anspruch nahmen (Appelbaum, 2017, 2018; van der Heide et al., 2017).

Kritik an der Analyse von Jones üben auf der anderen Seite Lowe und Downie (2017), die methodische Mängel in der Auswertung sehen und darauf hinweisen, dass in weiteren Ländern mit einer legalen Suizidassistenz für psychisch Kranke, wie Belgien, der Schweiz und Luxemburg, die Suizidraten kontinuierlich fallen. Das Argument der *Schiefen Ebene* an sich wird von Befürwortern einer ärztlichen Suizidassistenz für Depressive zudem als grundsätzlich problematisch betrachtet. Steinbock (2017) unterteilt in ihrer Analyse diese Art der Argumentation in zwei Aspekte, den empirischen und den logischen Anteil des Arguments. Im Rahmen der empirischen Argumentation werden Vorhersagen über inakzeptable Folgen getroffen. Dabei sei diese Argumentation häufig deswegen unzulässig, weil sie in reiner Spekulation begründet sei und kein Beleg für die hervorgebrachten Befürchtungen erbracht werde. Am Beispiel der Zahlen in den Niederlanden, führt sie zudem aus, dass vermeintliche Belege wie ein Anstieg der Fälle weiterhin keine klare Antwort auf die Frage bieten, ob dies bereits eine schiefe Ebene, oder lediglich eine angemessene Antwort auf einen vorhandenen Bedarf darstelle. Steinbock kommt zu dem Schluss, dass sich diese Frage letztlich nicht anhand der Zahlen

beantworten lässt, sondern nur anhand der Überprüfung, der ursprünglich vorausgesetzten Kriterien einer freiwilligen und vernunftbasierten Entscheidung.

Trotzdem finden sich in der Diskussion auch hinsichtlich möglicher positiver Folgen in ähnlicher Weise formulierte Annahmen, dass nach der Legalisierung einer Suizidassistenz mit einer Abnahme von Suiziden mit „harten“ Methoden und möglicher Schädigung bzw. Traumatisierung Dritter zu rechnen sei und eine Suizidassistenz auch Angehörige vor Schaden bewahren würde (Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2020; von Fuchs, 2017). Einzuschränken ist jedoch, dass diese Annahmen eben empirisch nicht klar belegt sind.

Hinsichtlich des logischen Anteils ist laut Steinbock (2017) für die Argumentation wiederum kein empirischer Beleg notwendig, da hier die Frage der Schlüssigkeit möglicher Folgen ausschlaggebend sei. Entsprechend müsse bei Bestehen einer *logischen Schiefen Ebene* vor allem betrachtet werden, ob die antizipierte logische Folge tatsächlich ein problematisches Ergebnis darstellen würde. Für den Fall der niederländischen Gesetzgebung sei durch die Zulässigkeit von *unerträglichem Leiden* als Begründung für ärztliche Suizidassistenz eine schrittweise Erweiterung der Zulässigkeit für psychisch Kranke und Minderjährige erfolgt, die ursprüngliche Bedingung des Leidens und der Selbstbestimmung seien hier aber gewahrt geblieben.

Der deutsche Anwaltsverein (2020) nimmt hierzu Stellung, indem er betont, dass eine Argumentation mit „*Dammbruchszenarien*“ ein bereits aus Diskussionen um die Patientenverfügung bekanntes Argumentationsmuster darstellten und sich auch dort als nicht tragfähig erwiesen hätten. Auch der Verweis auf Entwicklungen in Nachbarländern sei aufgrund von rechtlichen Unterschieden in den einzelnen Ländern nicht als Argumentationsgrundlage zulässig.

Schuklenk und van de Vathorst (2015b) betonen hinsichtlich möglicher gesellschaftlicher Unzulänglichkeiten (wie einem unzureichenden Versorgungssystem), dass es Betroffenen nicht zugemutet werden könne, darauf zu warten, bis die Umstände optimiert wurden, da die gegenwärtige Situation gleichzeitig die Realität der Betroffenen darstelle.

Taupitz (2017) fasst zusammen, dass eine Sorge vor gesellschaftlichen Veränderungen letztlich keine Einschränkung der Selbstbestimmung von Individuen rechtfertige. Zwar seien Sorgen vor gesellschaftlichem Wandel und Druck ernst zu

nehmen. Grundrechte, wie das Recht auf Selbstbestimmung, dürften aber nicht mit dem Ziel der Prävention zugunsten einer Allgemeinheit eingeschränkt werden.

#### 2.4.1.7 *Psychisch Kranke als vulnerable Gruppe*

Der Aspekt der Vulnerabilität psychisch Erkrankter kann als Spezifizierung der Argumentation der Schiefen Ebene betrachtet werden. Aufgrund der besonderen Verletzlichkeit dieser Gruppe wird davon ausgegangen, dass sowohl der Schutz der Selbstbestimmung, als auch der Schutz des Lebens im Falle einer Legalisierung von Suizidassistenten gefährdet wäre.

Kritiker einer Suizidassistenten betonen, dass psychische Erkrankungen häufig mit psychosozialen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, finanzieller Belastung, Obdachlosigkeit und sozialer Isolation einher gehen (Kirby, 2017; Sheehan, 2017). Insgesamt ist diese Gruppe häufig Marion Youngs (2014) *Kriterien der Unterdrückung* wie Ausgrenzung, Machtlosigkeit, Gewalt, Ausbeutung und kulturellem Imperialismus ausgesetzt. In der Folge könnten Ärzte Schwierigkeiten haben die Prognose der Erkrankten losgelöst von diesen Faktoren zu beurteilen.

Auch die Tatsache, dass Frauen mehr als doppelt so häufig Suizidassistenten in den Niederlanden und Belgien beantragten, entspreche laut Kirby et al. (2017) zwar der Inzidenz der infrage kommenden psychiatrischen Erkrankungen, zeige gleichzeitig aber, wie ungleich die Belastung durch psychische Erkrankungen und das damit verbundene Leiden verteilt sei. Bruns et al. (2016) geben angesichts des auch in Deutschland vergleichbaren Geschlechterverhältnisses von assistierten Suiziden vor Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung von 2015 zu bedenken, dass Frauen in zweifacher Hinsicht vulnerabler seien, da sie im Alter häufiger alleinstehend sind und im Schnitt geringere Rentenansprüche haben.

Kim et al. (2018) sehen bei Betroffenen, die eine Suizidassistenten erhielten vor allem die hohe Rate an Komorbiditäten, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, häufige vorangegangene Suizidversuche und die mehrheitliche Nennung von sozialer Isolation als Beweggrund, als Beleg für die befürchtete Vulnerabilität. Zudem zeigten die Daten, dass die Betroffenen bei Erhalt der Suizidassistenten vorhandene Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft hatten.

Blikshavn et al. (2017) verweisen diesbezüglich auf Befragungen von Überlebenden eines Suizidversuches, deren Motiv für den Suizidversuch häufig in dem Wunsch nach einem anderen Leben und der Sehnsucht nach engen und bedeutsamen zwischenmenschlichen Beziehungen begründet gewesen sei. Ein weiteres bekanntes Motiv war zudem die Sorge, anderen zur Last zu fallen. Gerade in Hinblick auf dieses Motiv bestehe die Gefahr, dass ein gesellschaftlicher Druck auf eigentlich nicht Sterbewillige entstehe. Diese könnten sich dann nach Ansicht weiterer Autoren im Falle einer (drohenden) finanziell belastenden Pflegebedürftigkeit genötigt sehen, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen (Bruns et al., 2016). Charland et al. (2016) kritisieren, dass in den Niederlanden zunehmend Personen Suizidassistenten erhielten, die als Beweggründe die Sorge, von Dritten abhängig zu sein, einsam zu sein und einen Rückgang der Lebensqualität nannten, was diese zu einer vulnerablen Gruppe mache.

Auf der anderen Seite sehen Befürworter keinen empirischen Beleg dafür, dass psychisch Erkrankte überdurchschnittlich häufig Suizidbeihilfe erhalten (Sheehan, 2017). So gebe es auch keine Hinweise, dass Personen, die Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen, vermehrt unter sozio-ökonomischen Belastungsfaktoren leiden. In einer Analyse der Daten aus Oregon und den Niederlanden untersuchten Battin et al. (2007a) inwiefern ein erhöhtes Risiko für Gruppen mit geringerem Einkommen, geringerem Bildungsstatus, ethnischen Minderheiten, psychisch Erkrankten oder Personen fortgeschrittenen Alters bestehe. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass lediglich Patienten mit einer HIV-Erkrankung bei der Inanspruchnahme von Suizidassistenten überrepräsentiert waren.

Die Verwendung des Arguments der „*Vulnerabilität einer Gruppe*“ führe zudem nach Ansicht von Dembo et al. (2018) zu einer verstärkten Stigmatisierung psychisch Erkrankter. Nach jahrelangem Kampf für die Ermächtigung psychisch Erkrankter würden psychisch Erkrankte nun pauschal entmündigt. So werde versucht die Notwendigkeit zu umgehen, sich mit den Entscheidungen eines jeden Betroffenen differenziert auseinander zu setzen.

#### 2.4.2 Fazit der medizinethischen Diskussion

Als Fazit der medizinethischen Diskussion ist festzuhalten, dass die im Kapitel 2.4 betrachteten Argumente der Patientenautonomie, der Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis, der Frage nach der Prognose, das psychische Leiden Betroffener und die

Minderung dieses Leid, eine fraglich drohende schiefe Ebene und die Vulnerabilität psychisch Kranker sich jeweils auf beiden Seiten in der Diskussion finden.

In der Betrachtung der Argumente bestehen zwischen Ablehnern und Befürwortern aber jeweils große Unterschiede. Diese entstehen sowohl durch die von Beauchamp und Childress vorgesehene Gewichtung der den Argumenten zugrundeliegenden medizinischen Prinzipien aber auch durch eine divergierende Interpretation der bereits vorhandenen Empirik und für die Zukunft antizipierten Entwicklungen. Während Einigkeit besteht, dass Autonomie als ethisches Prinzip die notwendige Voraussetzung für eine Inanspruchnahme einer Suizidassistentz darstellt, besteht insbesondere Uneinigkeit inwiefern diese Voraussetzung gegeben und überprüfbar ist. Eine enge Verknüpfung besteht dabei in der Diskussion um die Prognose von Depressionen, die insbesondere nach Ansicht der Befürworter bei vorhandener Autonomie als ein von außen nicht zu beurteilender Aspekt zu betrachten sei. Wiedezufinden ist diese Annahme auch bei der Frage nach dem psychischen Leid Betroffener.

Während mögliche Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis zwar aufgrund vergleichbarer internationaler Entwicklungen antizipiert werden können, sind endgültige Belege sowohl für Befürworter als auch Ablehner letztlich nicht vorab zu erbringen. Gleiches gilt für die generelle Diskussion um das Entstehen einer möglichen schiefen Ebene und der Vulnerabilität depressiv Erkrankter.

Auf die Frage inwiefern eine ärztliche Suizidassistentz mit dem ärztlichen Heilungsauftrag in Übereinstimmung gebracht werden kann, wird von Befürwortern und Gegnern durch eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung auf entweder dem Lebensschutz oder dem gegenwärtigen Leid durch die Erkrankung eine jeweils gegensätzliche Antwort gefunden.

#### 2.4.3 Diskussion ärztlicher Suizidassistentz bei Depression in Deutschland

Bevor die Regelung der (ärztlichen) Suizidassistentz im Jahr 2015 in Deutschland in Kraft trat, existierte kein gesetzlicher Rahmen, sodass einzelne Ärzte aber auch Sterbehilfe-Organisationen ohne einheitliche Regulierungen Suizidassistentz leisteten. In einer Analyse von Bruns et al. (2016) wurden die Motive von insgesamt 118 Personen untersucht, die sich zwischen 2010 und 2013 mit Unterstützung des Vereins Sterbehilfe Deutschland suizidierten. Bei 14,5% der Fälle lag als Diagnose eine psychische

Erkrankung vor. Hinsichtlich ihrer Beweggründe nannten 20% aller Betroffenen Lebensmüdigkeit ohne Vorliegen einer schweren Erkrankung als Hauptmotiv für ihren Suizid, knapp 24% nannten die Sorge vor dem Verlust der eigenen Autonomie mit Abhängigkeit von fremder Hilfe und der Belastung von Angehörigen als ausschlaggebend und knapp 14% benannten aus ihrer Sicht nicht behandelbare Symptome einer psychischen Erkrankung.

Die Autoren kommen entsprechend zu dem Schluss, dass die in Deutschland bisherig geführte Debatte mit dem Schwerpunkt der Suizidassistenz am Lebensende und aufgrund von terminalen Erkrankungen thematisch nicht das eigentliche Spektrum der assistierten Suizide und den damit verbundenen Fragestellungen abdeckt. Unerträgliches körperliches Leiden spiele in der Praxis eine untergeordnete Rolle. Folglich müsse die gesellschaftliche Dimension des Problems mehr in den Fokus rücken. Im Zentrum stehe vor allem die Frage nach einem würdigen Umgang mit Alter, Pflegebedürftigkeit und psychischen Erkrankungen. Dafür benötige es nach Ansicht der Autoren eine politische Bereitschaft und auch finanzielle Ressourcen (Borasio et al., 2017; Bruns et al., 2016).

Auch Wiesing (2017) kritisierte, dass keine empirischen Belege für das häufig hervorgebrachte Argument, dem Wunsch nach Suizidassistenz könne durch bessere Palliativmedizin begegnet werden, existierten.

Ganther und Vollmann (2015) forderten bereits 2015, dass insbesondere Psychiater ihr Fachwissen im Bereich der Suizidalität sowie bei der Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit von Personen stärker in die Diskussion einbringen sollten. Nach Ansicht der Autoren müsse „*Suizidprävention und ärztlich assistierte Selbsttötung keinen unauflösbaren ethischen Widerspruch darstellen*“, da letztlich die Frage nach der Selbstbestimmung unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung zu beantworten sein.

Tatsächlich fand nach Inkrafttreten des Verbots der geschäftsmäßigen Suizidassistenz 2015 in Deutschland keine nennenswerte öffentliche Diskussion hinsichtlich der Frage nach ärztlicher Suizidassistenz, speziell für depressiv Erkrankte statt. Veröffentlicht wurden lediglich vereinzelt Stellungnahmen, die sich schwerpunktmäßig mit der Frage nach ärztlicher Suizidassistenz für Depressive oder allgemein psychiatrisch Erkrankte auseinandersetzten (Friedrich Spittler, 2016; Gather & Vollmann, 2015; Krumm, 2016; Richter, 2016).

Wiederkehrend findet die Thematik Erwähnung (teils mit Blick auf die Nachbarländer), um im Sinne eines Dammbbruch-Szenarios zu verdeutlichen, dass für den Fall einer Legalisierung ärztlicher Suizidassistentz eine Ausweitung auf am ehesten nicht kompetente Patienten drohen würde (Borasio et al., 2017; Bruns et al., 2016; Krumm, 2016; Sahm, 2020).

Durch die im Jahr 2020 eindeutig erfolgte Feststellung des Bundesverfassungsgerichts (2020), dass eine „*eigenverantwortliche Entscheidung über das eigene Lebensende keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung*“ bedürfe, da es als Recht auf selbstbestimmtes Sterben in der Menschenwürdegarantie verankert sei, wurde erstmalig ein klarer Fokus der öffentlichen Debatte auch auf die Frage der Suizidassistentz für psychisch Erkrankte gelenkt.

Der Wissenschaftliche Dienst des deutschen Bundestags (2020) arbeitete die erfolgte Rechtsprechung nochmals auf und betonte, dass lediglich eine natürliche Einsichtsfähigkeit als Voraussetzung für den Erhalt einer Suizidassistentz definiert worden sei. Diese Voraussetzung könnten grundsätzlich auch psychisch erkrankte Personen erfüllen. Gleichzeitig wird betont, dass dies in Fragen der praktischen Umsetzung für alle Beteiligten eine große Herausforderung darstelle.

Die DGPPN (2020) betont in ihrer Stellungnahme, dass Sterbehilfe selbst keine ärztliche Aufgabe sei, schlägt aber ein Procedere zur praktischen Umsetzung der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit vor. So sollte das Verfahren zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit nach Ansicht des Berufsverbandes die Selbstbestimmtheit, die Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches prüfen. Dabei müsse die Beratung mehrzeitig und suizidpräventiv erfolgen und über mögliche Entscheidungsalternativen und Behandlungsoptionen aufklären. Die Überwachung der Einhaltung von prozeduralen Vorgaben sollte gerichtlich erfolgen. Eine fachärztliche Untersuchung, Beratung und Aufklärung werden von der DGPPN als obligatorisch betrachtet. Für unklare Fälle schlägt der Verband ein fachärztlich psychiatrisches Gutachten und eine folgende gerichtliche Entscheidung vor. Vor Suizidhilfeorganisationen wird in der Stellungnahme gewarnt, da diese durch ihre einseitige Ausrichtung eine Idealisierung und Normalisierung des Suizids fördern würden.

Einen konkreten Vorschlag für eine verfassungskonforme gesetzliche Neuregelung liefern Borasio et al. in der 2. Auflage von Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben (2020). Vorgeschlagen wird, dass ärztliche Suizidbeihilfe in Deutschland unter bestimmten Bedingungen zulässig sein sollte, sofern diese auf ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen eines Betroffenen hin erfolgt.

Voraussetzung ist, dass der Entschluss dauerhaft besteht und nicht durch eine akute psychische Störung oder Krise oder eine unzulässige Einflussnahme von Dritten beeinflusst wird. Bedingung ist zudem, dass Betroffene über Alternativen aufgeklärt wurden und ein unabhängiger Arzt sämtliche genannte Punkte prüft. Um sicherzustellen, dass es sich um eine freiverantwortliche Entscheidung handelt soll zudem eine Frist von 10 Tagen bis zur möglichen Durchführung einer Suizidassistenz liegen. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass dadurch für niemanden eine Verpflichtung zur Hilfe zur Selbsttötung besteht.

Die Autoren basieren ihren Entwurf dabei auf einer Reihe ethischer Annahmen. So sei in einer pluralistischen Gesellschaft eine verbindliche ethische Verurteilung des freiverantwortlichen Suizids nicht plausibel, was damit auch für die Hilfe zum Suizid gelte. Die in der Diskussion vorgebrachten Gegenargumente ordnen die Autoren dem Bundesverfassungsgericht folgend, als nicht ausreichend für ein ausnahmsloses Verbot von Suizidhilfe ein. Ein berufsethisches Verbot von Suizidassistenz für die ärztliche Profession halten die Autoren für ausdrücklich nicht haltbar, da die zugrundeliegende Sorge, dass dies zu einem Vertrauensverlust in die Ärzteschaft führe, weder empirisch noch ethisch ausreichend belegbar sei. Zudem sind nach Ansicht der Autoren einzig Ärzte aufgrund ihrer Qualifikation in der Lage sowohl die Prüfung der Freiverantwortlichkeit eines Sterbewunsches, als auch die Umsetzung der Suizidassistenz zu leisten. Abschließend verweisen die Autoren nochmals darauf, dass vom Bundesverfassungsgericht klar vorgegeben worden sei, dass persönliche Überzeugungen in einer pluralistischen Gesellschaft nicht als Grundlage für allgemeine politische Regelungen dienen könnten und plädieren dafür, dass in der Zukunft ein sachlich-ethischer Diskurs die Grundlage für Lösungsansätze - nicht nur in der Frage der ärztlichen Suizidassistenz - darstellen sollte.

Während eine theoretisch-ethische Abwägung – wie in Kapitel 2 aufgezeigt – sowohl für als auch gegen eine ärztliche Suizidassistenz für Depressive getroffen werden

kann, bleibt die Frage im Raum, was die medizinethische Debatte letztlich für eine individuelle Einzelfallentscheidung bedeutet.

Einen Vorschlag, wie aus medizinethischer Sicht im Einzelfall derartige rechtfertigende Umstände aussehen könnten, haben Beauchamp und Childress (2019) formuliert. Notwendig sei ein freiwilliger Sterbewunsch eines entscheidungsfähigen Patienten und eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung. Die Entscheidung des Betroffenen soll informiert sein und vom Umfeld des Betroffenen unterstützend aber auch kritisch geprüft worden sein. Die Ablehnung von Alternativen (Behandlungsmöglichkeiten) muss wohlüberlegt stattgefunden haben. Andere medizinische Fachkräfte sollten hinzugezogen werden. Der Sterbewunsch muss stabil vorhanden sein und die Durchführung der Suizidassistenz so schmerzfrei und angenehm wie möglich umgesetzt werden.

Inwiefern derartige Kriterien aus Sicht von Medizinstudierenden und Medizinern eine Rolle spielen und wie diese auf eine individuelle Anfrage einer einzelnen, depressiv erkrankten Person umgehen, wurde in der folgenden Umfrage untersucht.

## 3 Methoden

### 3.1 Studiendesign, Studienaufbau und Durchführung

Als Studiendesign zur Erhebung des Meinungsbildes von Medizinerinnen und Medizinstudierenden zum ärztlich assistierten Suizid bei Patienten mit Depressionen wurde eine Umfrage im Querschnitts-Design gewählt.

Diese wurde mit Questback (Unipark) programmiert und enthielt insgesamt 23 Items, größtenteils bestanden diese aus symmetrischen Likert-Skalen. Bei insgesamt 4 Fragen war den Teilnehmern die Möglichkeit einer Freitextantwort gegeben.

Anstoß zur Erstellung der Umfrage gab die Summer-School des Matariki-Netzwerks - ein internationales Netzwerk von Universitäten zur Exzellenzförderung - in Tübingen im Sommer 2015. Die dortigen Diskussionen mit internationalen Teilnehmern, unter anderem aus den Niederlanden drehten sich um das Thema Suizidassistenz bei depressiven Patienten.

Die Pilotierung des auf einer ausführlichen Literaturrecherche basierenden Fragebogens erfolgte zum einen mit Studierenden des *Querschnitt Bereich 2* Seminars der Medizinethik der Universität Tübingen. Zum anderen durch eine offene Diskussion im Doktorandenkolloquium der Psychosomatischen Medizin der Universitätsklinik Tübingen, bei dem Nachwuchswissenschaftler, Forschungsleiter und Interessierte teilnahmen sowie in Rücksprache mit den Dissertationsbetreuern beider Fächer.

Die Teilnehmer konnten den Fragebogen anonym über einen Link online beantworten. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über Anschreiben mit der Bitte zur Weiterleitung des Fragebogens (s. beispielhaft im Anhang unter 9.1.). Die Anschreiben wurden an sämtliche Berufsverbände für Mediziner und insbesondere an fachspezifische Verbände für Psychiatrie, Palliativmedizin und Allgemeinmedizin vermittelt. Die Rekrutierung von Studierenden erfolgte ebenfalls über Anschreiben an die jeweiligen Fachschaften, aber auch über die jeweiligen Semestergruppen in Facebook. Die teilnehmenden Medizinstudierenden und Ärzte konnten entsprechend anonym online an der Umfrage teilnehmen.

Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang unter 9.2.

## 3.2 Fragebogen-Konzeption

### 3.2.1 Aufbau

Der Inhalt des Fragebogens lässt sich dabei in fünf Abschnitte gliedern.

(1) Der erste Abschnitt des Fragebogens diene zur freiwilligen Erhebung der demographischen Daten der Teilnehmer. Erfragt wurden:

- das Alter
- das Geschlecht
- der gegenwärtige Berufsstand

Teilnehmende Medizinstudierende wurden zudem gefragt nach:

- ihrem Fachsemester
- ihrer zukünftig gewünschten Fachrichtung
- ihrer Universität
- praktischer medizinischer Erfahrung außerhalb des Studiums
- bisherigem Unterricht im Fach Medizinethik

Teilnehmende Ärzte wurden gefragt nach:

- ihrer Fachrichtung
- dem Bundesland ihrer Tätigkeit
- ihrer palliativmedizinischen Ausbildung
- bisheriger beruflicher Konfrontation mit einer Bitte um Suizidassistentz

(2) Im zweiten Abschnitt erhielten die Teilnehmenden die folgende Fallvignette einer depressiven Patientin mit der Bitte in der Rolle des behandelnden Hausarztes zu einer Entscheidung zu finden:

*„Frau Müller, 60 Jahre, leidet seit ihrer Jugend an einer schweren, chronischen depressiven Störung und hat bereits zahlreiche erfolglose, stationäre und ambulante Behandlungsversuche mit unter anderem Psychotherapie, verschiedener Medikation, Schlafentzug und Elektrokonvulsionstherapie hinter sich.*

*Die Patientin gibt an, insgesamt jede Hoffnung auf eine Verbesserung ihrer Situation verloren zu haben. Sie leide in unerträglichem Maße und könne in ihrem Dasein keinen Sinn mehr erkennen. Die Patientin ist nicht in der Lage ihren Alltag zu bewältigen und wirkt verwahrlost. Frau Müller ist nicht akut*

*suizidal und absprachefähig; der geäußerte Sterbewunsch der Patientin ließ in der Vergangenheit auch im Rahmen der Therapie kaum nach und kann als anhaltend bezeichnet werden. Das Sozialleben der alleinstehenden Patientin ist geprägt von Einsamkeit und durch die Erkrankung hervorgerufene Isolation. Die behandelnden Ärzte sehen nur geringe Chancen auf eine Verbesserung des momentanen Zustandes und haben die Depression als therapierefraktär eingestuft. Die Patientin erfüllt die Kriterien für eine Double Depression, da sie seit über 2 Jahren ohne größere Unterbrechungen an einer grundsätzlichen Niedergeschlagenheit (Dysthymie) leidet, die mehrmals im Jahr in schwere depressive Episoden übergeht. In ähnlichen Fällen, wie dem der beschriebenen Patientin, erfüllt eine große Mehrheit der Betroffenen auch nach Jahren noch die Diagnosekriterien für eine chronische depressive Störung. Sie kennen die Patientin als Hausarzt/ behandelnder Arzt schon lange. Wiederholt hat Frau Müller Sie gebeten, sie in ihrer Sterbeabsicht zu unterstützen und ihr dafür Medikamente zu verschreiben, da sie sicher sein möchte nicht wieder zu erwachen und schmerzfrei zu sterben.“*

- (3) Im dritten Abschnitt bestand die Möglichkeit, die getroffene Entscheidung in Freitext-Form zu begründen. Die Freitext-Begründung ermöglicht dabei eine qualitative Analyse der verwendeten Argumente, lässt eine Prüfung inwiefern diese Deckungsgleich mit der ethischen Debatte sind zu und bietet die Möglichkeit die gewählten Verknüpfungen von einzelnen Argumenten auf charakteristische Antworttypen hin zu überprüfen.
- (4) Im vierten Abschnitt wurden die Teilnehmer gebeten die Fallvignette einzuschätzen und anzugeben, welche Aspekte des Falls für sie einen Einfluss hatten.
- (5) Im fünften Abschnitt ordneten die Teilnehmer verschiedene Argumente, die in der ethischen Debatte eine wichtige Rolle spielen, ein und wurden anschließend zu persönlichen Einstellungen in Bezug auf Suizidassistenz befragt. Übergeordnet lassen sich diese Argumente in patientenzentrierte Aspekte, depressionsspezifische, persönliche und gesamtgesellschaftliche Aspekte unterteilen.

### 3.2.2 Entwicklung der Fallvignette

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in Anlehnung an bereits erfolgte allgemeine Umfragen zum Thema Suizidassistenz in Deutschland (DAK-Gesundheit, 2014). Zur Konfrontation mit der zentralen Fragestellung, ob eine Assistenz bei einem Suizidwunsch eines depressiven Patienten denkbar wäre, wurde ein Fallbeispiel geschaffen. Die Grundlage für diese Patienten-Vignette bot dabei die Gesetzeslage in den Niederlanden, wo ärztliche Suizidassistenz ausdrücklich erlaubt ist (Kim et al., 2016). Dort wurden vergleichbare Fälle publik und sorgten für eine öffentliche Diskussion der Thematik (Fuchs & Lauter, 1997). Damit sollten die Teilnehmer bewusst mit einem „*ethischen Grenzfall*“ konfrontiert werden und in diesem Fall zu einer Entscheidung finden. Der Schwerpunkt der Umfrage wurde im folgenden Teil insbesondere auf die Beweggründe der Teilnehmenden gelegt.

### 3.2.3 Fragestellungen

Die folgenden Forschungsfragen lagen der explorativen Untersuchung des Projekts zu Grunde

- Wie reagieren Medizinstudierende und Ärzte in der Theorie auf die Konfrontation mit der Bitte um Suizidbeihilfe durch eine depressive Patientin?
- Welche ethischen und moralischen Maßstäbe sind dabei für die Befragten von Bedeutung?
- Inwiefern sind die von den Teilnehmern genannten Argumente deckungsgleich mit der unter 2.4. ausgeführten ethischen Diskussion?
- Welche Folgen befürchten die Befragten in Bezug auf die gesamte Ärzteschaft, die Arzt-Patienten-Beziehung, die eigene persönliche Belastung für den Fall einer Legalisierung von ärztlicher Suizidassistenz für depressive Personen?
- Welche Bedeutung ordnen die Teilnehmenden der ethischen Perspektive der betroffenen Patientin im Vergleich zu ethischen Argumenten, die die gesamte Gesellschaft betreffen, zu?
- Lassen sich bei den Befragten die Einnahme verschiedener Rollen (Privatperson vs. Ärztliche Perspektive) aufzeigen?

### 3.3 Datenerhebung

Für die Umfrage wurden deutschlandweit tätige Ärzte und Medizinstudierende befragt. Den Link zur Umfrage mit einem Anschreiben, das die Fragestellung und den Rahmen für die Teilnehmenden erläuterte, erhielten die Teilnehmenden per Mail oder über das soziale Netzwerk Facebook in entsprechenden Semestergruppen.

Die Bitte das Anschreiben weiterzuleiten erhielten sämtliche Landesärztekammern, Berufsverbände der Zielgruppen von besonderem Interesse (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychosomatik, Palliativmedizin) sowie weitere Plattformen für Mediziner wie „Coliquio“ und das „Bündnis junger Ärzte“. Zusätzlich wurde das Anschreiben an die im Online Register der Bundesärztekammer vermerkten Mailadressen der Zielgruppen versandt.

Für die Zielgruppe der Studierenden wurden alle erreichbaren Fachschaften ebenfalls per Mail kontaktiert und um Weiterleitung des Fragebogens gebeten. Zusätzlich erfolgte die Bitte zur Teilnahme in geschlossenen Mediziner-Semestergruppen auf Facebook. Das Anschreiben findet sich im Anhang unter 9.1.

Die Möglichkeit die Umfrage über den Link zu beantworten bestand im Zeitraum von Mai 2016 bis Oktober 2016. Nach Abschluss der Umfrage mit einer Laufzeit von ca. 6 Monaten wurden sämtliche vollständige Fragebögen (1484 Bögen) in die Auswertung eingeschlossen.

### 3.4 Statistische Auswertung

#### 3.4.1 Quantitativ

Die Auswertung der Umfrage erfolgt in Hinblick auf die genannten Fragestellungen zu Beginn quantitativ in der Statistik Software IBM SPSS 26 sowie weiterführend mit der Statistik Software Stata SE 16.1, jedem Item ist hierbei eine Variable zugeordnet.

##### 3.4.1.1 Deskriptive Auswertung

Zunächst erfolgte eine soziodemographische Beschreibung der Studienkohorte. Erfasst wurden neben dem Alter der Teilnehmer, das Geschlecht und der Berufsstand. Die Frage nach dem Berufsstand war im Fragebogen dabei mit einer Filterfrage versehen, sodass Ärzte im Anschluss Fragen zum Bundesland ihrer Tätigkeit, ihrer Fachrichtung,

dem Vorhandensein einer palliativmedizinischen Weiterbildung sowie bisher erhaltenen Anfragen zur Suizidassistenz, befragt wurden. Studierende wurden wiederum nach ihrer Universität, dem aktuellen Fachsemester, einer bisherigen praktisch medizinischen Vorerfahrung außerhalb des Studiums sowie bisher stattgehabtem Unterricht im Fach Medizinethik, gefragt.

#### 3.4.1.2 *Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Entscheidung für oder gegen Suizidassistenz*

Im Zentrum der Auswertung stand die Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Frage, inwiefern Teilnehmende sich vorstellen könnten, für den betreffenden Fall einer depressiven Patientin Suizidassistenz zu leisten.

Die Entscheidung der Teilnehmenden wurde mittels eines symmetrischen, eindimensionalen Likert-Ratings erfasst, bei dem sie der Anfrage der Patientin (Fallbeispiel s. 2.2.2) mit Sicherheit zuzustimmen, vermutlich zuzustimmen, vermutlich ablehnen oder sie mit Sicherheit ablehnen. Es wurde eine gerade Skala eingesetzt, bei der die Möglichkeit einer neutralen Antwort bewusst nicht belassen wurde, um eine reale Entscheidungssituation nachzustellen.

Die Abfrage mittels eines Likert-Items ermöglicht die Erhebung der subjektiven Einstellung der Befragten zum betreffenden Merkmal auf einer graduellen Antwortskala. Neben der deskriptiven Erfassung der unterschiedlichen Bereitschaft der Teilnehmer zu Suizidassistenz steht in der Auswertung insbesondere im Fokus, inwiefern die persönliche Entscheidung der Teilnehmer auch durch Argumente der theoretischen ethischen Diskussion beeinflusst wurde.

Die folgenden Argumente wurden hierbei den Teilnehmenden präsentiert und von diesen im Fragebogen mittels einer symmetrischen Likert Skala von 1 (stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu) beantwortet.

##### Frage 11

*Bitte geben Sie an inwiefern die genannten möglichen Begründungen für den Wunsch nach Suizidassistenz für Sie nachvollziehbar sind:*

*11.1 Selbstbestimmung des Patienten*

*11.2 Unerträgliches Leid*

*11.3 Würdevolles Sterben für den Patienten*

<i>11.4 Fehlende Lebensfreude des Patienten</i>
<u>Frage 13</u> <i>Bei der Überlegung in einem bestimmten Fall Suizidbeihilfe zu leisten ist für mich entscheidend, ob ich den Sterbewunsch des Patienten persönlich nachvollziehen kann.</i>
<u>Frage 14</u> <i>Depressive Patienten sind grundsätzlich vom Zugang zum assistieren Suizid auszuschließen, da Sie diese Entscheidung aufgrund ihrer Erkrankung nicht autonom treffen können.</i>
<u>Frage 15</u> <i>Das psychische Leid eines Patienten kann grundsätzlich in gleichem Maße einen Sterbewunsch rechtfertigen wie physisches Leid.</i>
<u>Frage 16</u> <i>Bei der Beantwortung der Fragen zur Beihilfe zur Selbsttötung orientiere ich mich am allgemeinen ärztlichen Berufsethos.</i>
<u>Frage 17</u> <i>Beihilfe zur Selbsttötung ist mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar.</i>
<u>Frage 19</u> <i>Beihilfe zur Selbsttötung bei chronisch depressiven Patienten durch Ärzte wird einen Vertrauensverlust der Gesellschaft in die Ärzteschaft auslösen.</i>
<u>Frage 20</u> <i>Ich fühle mich durch die aktuelle Situation in Deutschland von Politik/Gesellschaft in meiner (zukünftigen) ärztlichen Tätigkeit unter Druck gesetzt.</i>
<u>Frage 22</u> <i>Durch die im November 2015 beschlossene gesetzliche Neuregelung zum assistierten Suizid besteht die Gefahr, dass Ärzte kriminalisiert werden.</i>

#### 3.4.1.3 Hypothesen

Als Haupthypothese wurde formuliert, dass die persönliche Bereitschaft der Teilnehmenden zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel durch ihre persönlichen Merkmale und ihre medizinethischen Einstellungen beeinflusst wird.

Persönliche Merkmale wurden durch erhobene demographische Daten abgebildet, medizinethische Einstellungen durch Abfrage der Bedeutung relevanter medizinethischer

Argumente für jeden Teilnehmer (H1). Die genannten zu untersuchenden Einflussfaktoren stellen dabei die unabhängigen Variablen, die persönliche Bereitschaft der Teilnehmenden zur Suizidbeihilfe die abhängige Zielvariable dar.

Als nachgestellte Hypothesen im Detail zu überprüfen sind damit folgende Aussagen:

- Die Gewichtung von patientenzentrierten Argumenten wie „Selbstbestimmung“ „unerträgliches Leid“, „würdevolles Sterben“ und „fehlende Lebensfreude“ beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Die Gewichtung der persönlichen Nachvollziehbarkeit beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Die Gewichtung des Arguments, dass Depressive aufgrund von mangelnder Autonomie von Suizidbeihilfe ausgeschlossen werden sollten, beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Der Grad der Zustimmung zur Aussage, dass psychisches Leid beim Wunsch nach Suizidassistentz mit physischem Leid gleichzustellen ist, beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Das Ausmaß der Orientierung am Berufsethos bei der Fragenbeantwortung beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Der Grad der Zustimmung zu der Aussage, dass die Beihilfe zur Suizidassistentz nicht mit dem ärztlichen Berufsethos vereinbar sei, beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Die Größe der Sorge um einen Vertrauensverlust der Gesellschaft in die Ärzteschaft im Falle von ärztlicher Suizidassistentz für chronische depressive Patienten, beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Die Einschätzung des empfundenen gesellschaftlichen und politischen Drucks auf die ärztliche Tätigkeit beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)
- Die Größe der Sorge vor einer Kriminalisierung der Ärzteschaft durch die gesetzliche Regelung der Suizidassistentz (2015) beeinflusst die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe im Fallbeispiel (H1)

#### 3.4.1.4 Methodik der Analyse

Zur Überprüfung der Haupt- und Nebenthesen wurde eine ordinale Regression als statistisches Verfahren gewählt, welche in IBM SPSS Version 26 und STATA SE Version 16.1 durchgeführt wurde. Anhand der ordinalen logistischen Regression wird der jeweilige Einfluss der unabhängigen Variablen auf die ordinal skalierte Zielvariable vorhergesagt. Somit kann die Größe und Richtung des Einflusses verschiedener unabhängiger Variablen auf die ordinale Zielvariable (in diesem Fall die Bereitschaft der Teilnehmer zu Suizidassistenten) mittels Durchführung einer ordinalen Regression beurteilt werden.

Zur Vereinfachung der Analyse erfolgte zunächst eine Rekodierung der Variablen, sodass die vorherige Skala von 1 (stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu) in die Ausprägungen von 0 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz) übertragen wurden. Die Durchführung der ordinalen Regression in STATA SE 16.1 erfolgte mittels des `ologit`-commands:

```
ologit BSZB GE Alter Stud_Är AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVZB  
ADPR PSYLD BET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM (s. Anhang unter 9.3.)
```

In die ordinale Regression eingeschlossen wurden neben den oben genannten Argumenten zusätzlich demographische Variablen wie das Geschlecht der Teilnehmenden, das Alter der Teilnehmenden sowie die Angabe, ob diese sich im Medizinstudium befinden oder bereits ärztlich tätig sind. Der Einschluss der in Likert Skala ausgeprägten unabhängigen Variablen erfolgte dabei als quasimetrische Variablen. Auf eine dummy-Codierung (0-1) wurde verzichtet, da bei Vorliegen der Likert Skalierung in symmetrischer Ausprägung, davon ausgegangen werden kann, dass die Abstände der einzelnen Abstufungen von „ich stimme überhaupt nicht zu“ bis zu „ich stimme voll und ganz zu“ von den Befragten als gleich weit entfernt wahrgenommen werden. Hauptziel war die Untersuchung der Richtung des Einflusses der einzelnen Argumente auf die jeweilige Bereitschaft zu Suizidbeihilfe. Zusammenfassend konnte somit ein übersichtliches ordinale Regressionsmodell entwickelt werden, das nun vorgestellt wird.

Entwicklung und Ablauf des ordinalen Regressionsmodells:

- (1) Im ersten Schritt erfolgte die Überprüfung der Voraussetzungen für eine ordinale Regression. Der Ausschluss des Vorliegens einer bedenklichen Multikollinearität der unabhängigen Variablen wurde mittels des Stata Befehls „collin“ überprüft:

```
collin GE Alter Stud_Är AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVZB
ADPR PSYLD BET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM
```

Für keine der Variablen wurde ein Variance Inflation Faktor im grenzwertigen Bereich ( $\geq 10$ ) festgestellt, so dass die Voraussetzung als gegeben betrachtet werden kann.

Collinearity Diagnostics

Variable	VIF	SQRT VIF	Tolerance	R- Squared
GE	1.14	1.07	0.8767	0.1233
Alter	4.86	2.21	0.2056	0.7944
Stud_Är	4.85	2.20	0.2064	0.7936
AG_SBST	1.39	1.18	0.7218	0.2782
AG_UL	1.39	1.18	0.7203	0.2797
AG_WST	1.50	1.22	0.6677	0.3323
AG_FLF	1.26	1.12	0.7951	0.2049
PNVZB	1.15	1.07	0.8709	0.1291
ADPR	1.75	1.32	0.5712	0.4288
PSYLD	1.51	1.23	0.6635	0.3365
BET	1.18	1.09	0.8492	0.1508
KV_BET	1.63	1.28	0.6128	0.3872
DVTVL	1.55	1.24	0.6470	0.3530
DGSST	1.07	1.04	0.9303	0.0697
GKRIM	1.07	1.03	0.9356	0.0644
Mean VIF	1.82			

- (2) Im zweiten Schritt wurde die weitere für ordinale Regressionen bestehende Voraussetzung der proportionalen Odds Ratio mittels Brant Test geprüft (Brant, 1990). Hierbei ergab sich ein signifikantes Ergebnis des Brant-Tests für die einige der unabhängigen Variablen (Frage 11.2, 13, 14, 15 und 16), womit die Annahme einer parallelen Regression (proportionale Odds Ratio) verworfen werden musste.

Eine Verletzung dieser Annahme ist nach Literaturangaben häufig und am ehesten dem explorativen Studiendesign geschuldet (Long, 2014). Dieses führte dazu, dass die Gruppenverteilung der abhängigen Variable der freien Verteilung unter allen Befragten entspricht. Daraus wiederum resultierten deutliche Unterschiede in den Gruppengrößen der abhängigen Variable (s. 3.1.2).

Im Falle einer solchen Verletzung der Voraussetzungen bietet STATA SE 16.1 die Möglichkeit eine generalisierte ordinale Regression zu rechnen, bei der die Annahme proportionaler Odds Ratio für einige Variablen relaxiert werden kann (Williams, 2006):

*gologit2 BSZB GE Alter Stud\_Är AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF  
PNVZB ADPR PSYLD BET KV\_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit*

- (3) Die Untersuchung des jeweiligen Einflusses der einzelnen unabhängigen Variablen wurde mit Hilfe des Margins-Commands durchgeführt. Dieses dient grundsätzlich dazu, durchschnittliche Wahrscheinlichkeiten für das Eintreffen eines Zustands für eine Bedingung abzuleiten (Williams, 2012).

Im Falle der Arbeit soll damit ausdrücklich keine Vorhersage (beispielsweise für einen 19-jährigen Medizinstudierenden) getroffen werden, sondern lediglich die Größe und Richtung der jeweiligen möglichen Einflüsse auf die Entscheidungsfindung untersucht werden.

#### 3.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Auswertung der Umfrage erfolgte durch die Kodierung der Freitextantworten in der Statistik Software MAXQDA Version 20.4.1. Als Verfahren kam dabei die Inhaltsanalyse nach Mayring (2019) zum Einsatz.

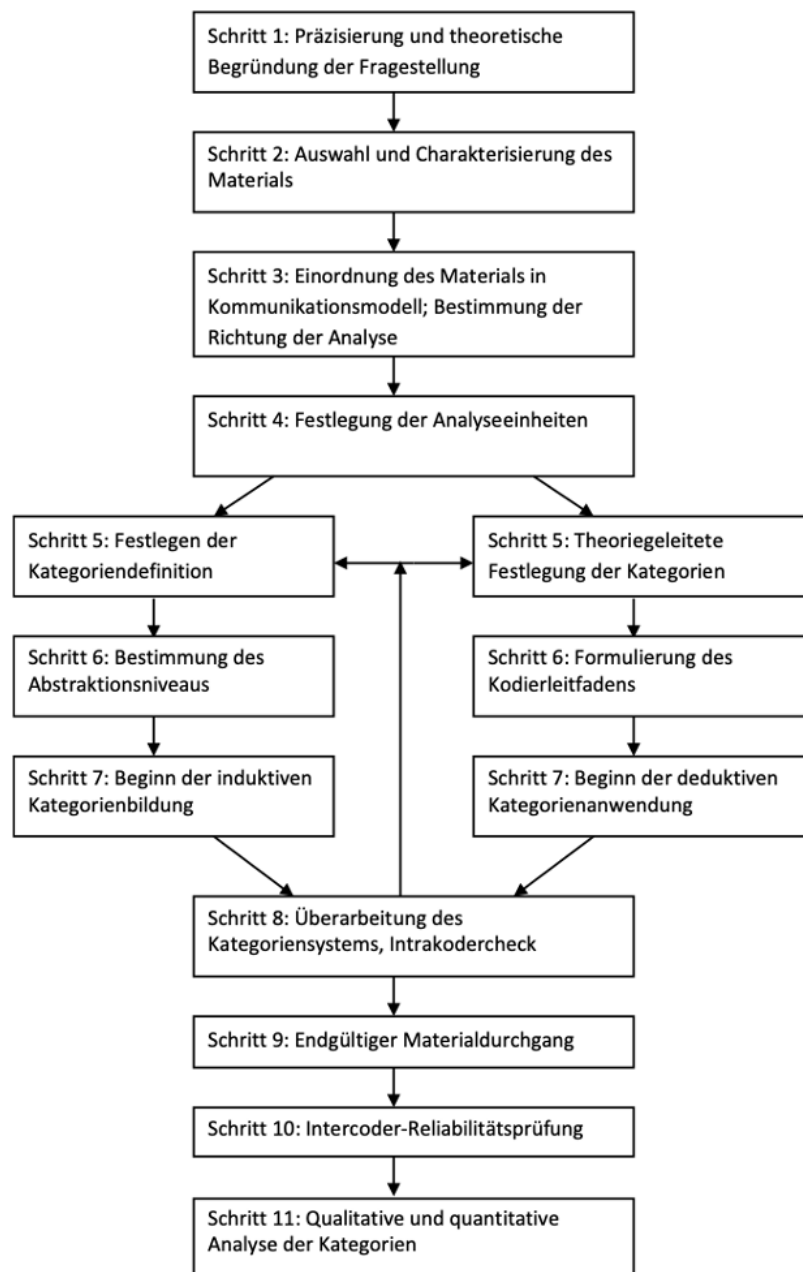
##### 3.4.2.1 Methodik nach Mayring

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um die am häufigsten angewandte Auswertungsmethode zur Textbearbeitung. Im ersten Schritt bleibt die Inhaltsanalyse dabei rein qualitativ interpretativ, gerade bei der Analyse großer Materialmengen können diese aber auch durch ergänzende quantitative Inhalts-Analysen bewältigt werden. Im Unterschied zu anderen Textanalyseverfahren stellt vor allem das Kategorien-geleitete Vorgehen ein entscheidendes Charakteristikum dar. Dabei besteht grundsätzlich die Möglichkeit Kategorien induktiv am Material zu entwickeln oder vorab deduktiv postuliert Kategorien den Textpassagen zuzuordnen. Im Verfahren nach Mayring können diese Techniken zudem ergänzend in Kombination angewandt werden.

Der Einsatz der qualitativen Inhaltsanalyse sieht ein grundsätzlich streng regelgeleitetes Vorgehen vor (Mayring & Fenzl, 2019). Dies bedeutet in der Analyse nach Mayring entsprechend die Einhaltung der in Abbildung 2 aufgeführten Schritte.

## Abbildung 2

*Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung und deduktiver Kategorienanwendung*



**Abbildung 2** beschreibt die Schritte 1-12 des Ablaufmodells der Kategorienentwicklung nach Mayring.

In der Systematik folgte die Ausarbeitung dabei dem vorgegebenen Ablaufmodell:

#### 3.4.2.2 *Vorbereitende Schritte*

- (1) Fragestellung und Materialauswahl: Während die Fragestellung und Materialauswahl bereits durch die oben beschriebene Umfrageimplementierung stattfanden, wurde hinsichtlich des Kommunikationsmodells als Analyseinhalt neben der reinen Textanalyse vor allem die von den Teilnehmern eingenommenen Positionen und das damit assoziierte Selbstverständnis von Mediziner\*innen im Umgang mit einer ethisch anspruchsvollen Situation gewählt.
- (2) Ergänzende Erhebungsmethodik: In der durchgeführten Umfrage dient die qualitative Auswertung vor allem als ergänzende Erhebungsmethodik, um neben einer grundsätzlichen Abfrage der Gewichtung ethischer Argumente auch das spontane Antwortverhalten der Teilnehmer\*innen zu untersuchen. Damit werden zum einen für die Teilnehmer\*innen relevante Aspekte erhoben, die in der Umfrage nicht abgebildet werden, zum anderen wird die Relevanz von ethischen Aspekten für die Teilnehmer\*innen in ihrem eigenständigen Entscheidungsprozess erfasst.
- (3) Festlegung der Analyseeinheiten: Vor Beginn der kombiniert deduktiv-induktiven Kategorienbildung erfolgte die Festlegung der Analyseeinheiten als formale Grundlage der Textanalyse: Als Auswertungseinheit ist „*die Materialportion, der ein Kategoriensystem gegenübergestellt wird*“ definiert (Mayring & Fenzl, 2019). Im Falle der Umfrage stellt jeder einzelne Fragebogen eine Auswertungseinheit dar. Aufgrund der verschiedenen Möglichkeiten für freie Antworten - beispielsweise auch als abschließende freie Rückmeldung zur Umfrage - sind in jeder Auswertungseinheit mehrere Analyseeinheiten vorhanden. Die vollständige qualitative Analyse wurde aber lediglich für die jeweilige Einheit der Begründung der getroffenen Entscheidung durchgeführt. Als Kontexteinheit wurde vorab festgelegt, dass als Information für die einzelne Kodierung lediglich die jeweilige Interviewantwort selbst herangezogen werden darf.
- (4) Festlegung der Kodiereinheit: Als kleinste Analyseeinheit wurde schließlich die Kodiereinheit definiert. Diese legt nach Mayring den minimalsten Textbestandteil fest, der noch ausgewertet werden darf. In dieser Arbeit war dies als einzelnes

Wort definiert, bestand in der Umsetzung aber häufig aus ganzen Sätzen (Mayring & Fenzl, 2019).

In den nächsten Schritten erfolgte zum einen eine deduktive zum anderen eine induktive Kategorienentwicklung.

#### 3.4.2.3 *deduktive Kategorienanwendung*

- (1) **Strukturierende Inhaltsanalyse:** Im ersten Schritt wurde eine strukturierende Inhaltsanalyse mit deduktiver Anwendung von Kategorien durchgeführt. Die im Teil 1 der Arbeit ausgeführten bekannten Argumente der ethischen Diskussion stellten die Grundlage des theoriegeleiteten Kategoriensystems dar, welches für die Antworten implementiert wurde. Die Abgrenzung zwischen den einzelnen Unter-Kategorien folgte dabei den im Teil 1 ausgearbeiteten Definitionen der einzelnen Argumente.
- (2) **Erstellung Kodierleitfaden:** Die schrittweise am Material weiterentwickelten Hauptkategorien wurden in ihrer Definition im Sinne eines Kodierleitfadens ausgearbeitet und mit charakteristischen Ankerbeispielen versehen. Die inhaltliche Präsentation dieser findet sich im Ergebnissteil (Kap. 3.2).

#### 3.4.2.4 *Ergänzende induktiv-zusammenfassende Kategorienanwendung*

- (1) **Induktive Kategorienentwicklung:** Ergänzend wurden für im deduktiven Kategoriensystem nicht erfasste Aspekte eine induktive Kategorienentwicklung am Material durchgeführt. Diese betraf vor allem persönliche Motive der Befragten, die im deduktiven Kategoriensystem nicht vertreten waren.
- (2) **Integration:** Auch hier erfolgte nach einer ersten Kategorienbildung schrittweise eine Zusammenfassung durch Integration in bereits deduktiv entwickelte Hauptkategorien bzw. Ergänzung dieser. Als anvisiertes Abstraktionsniveau wurden die unter 2.2.3. ausgeführten Fragestellungen zugrunde gelegt, sodass Hauptkategorien letztlich als charakteristische Verknüpfung von Argumenten, die auf die Einnahme einer bestimmten Perspektive hindeuteten, formuliert wurden.

#### 3.4.2.5 *Inhaltliche Kategorienanalyse*

- (1) Diskussion: Nach Entwicklung des induktiv-deduktiven Codesystems erfolgte die mehrmalige Diskussion mit Betuern und im Rahmen mehrerer Doktorandenkolloquien unter Prüfung der Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit.
- (2) Kodierung des Gesamtmaterials: Anschließend wurde die Kodierung des Gesamtmaterials vorgenommen und die Hauptkategorien um weitere charakteristische Textbeispiele ergänzt.
- (3) Abgleich: Im Anschluss fand ein Abgleich mit den in der ethischen Debatte verwandten Argumente statt. Im nächsten Schritt wurden die genannten Argumente (der Methodik nach Mayring folgend) in Kategorien zusammengefasst und geprüft inwiefern sich Argumentationstypen - also wiederkehrende oder charakteristische Verknüpfungen von Argumenten - finden lassen.
- (4) Intracoder-Analyse: In einer, wie von Mayring vorgesehenen ausschnittweise vorgenommenen Intracoder-Analyse, bei der Textstellen erneut codiert wurden, ohne vorher zugeordnete Kategorisierungen einzusehen, zeigte sich eine gute Reliabilität des entwickelten Codesystems.
- (5) Intercoder-Analyse: Auf eine Intercoder-Prüfung wurde angesichts des explorativen Charakters der Arbeit und des eher geringen Abstraktionsniveaus des Kategoriensystems verzichtet.

#### 3.4.2.6 *Qualitativ-Quantitative Ergebnisanalyse*

Als letzter Schritt des Modells wurde die Analyse der abgeschlossenen Kodierung durch die graphische Darstellung aller verwendeten Argumente und derer Häufigkeiten umgesetzt. Diese erfolgte mittels des Codelandkarten/Max-Maps-Tools in MAXQDA, welches mit dem Verfahren der klassischen multidimensionalen Skalierung die Häufigkeit verwendeter Codes und die Verknüpfung verschiedener Codes bei Auftreten in derselben Analyseeinheit graphisch darstellt. Damit konnten zuvor qualitativ entwickelte „Argumentationstypen“ unterstützend quantitativ ausgewertet werden.

Ergänzend wurde zudem wiederum mittels der Erstellung von Codelandkarten ein graphischer Vergleich des Vorkommens der verschiedenen Argumentationstypen bei Befürwortern und Ablehnern der ärztlichen Suizidassistenz im Fallbeispiel durchgeführt.

## 4 Ergebnisse

*Hinweis: Die in Kapitel 4 beschriebenen Ergebnisse sowie Auszüge aus der Diskussion in Kapitel 5 sind für eine zeitnahe Veröffentlichung vorgesehen. Es wird entsprechend um eine Zurückstellung der Veröffentlichung der Dissertation gebeten.*

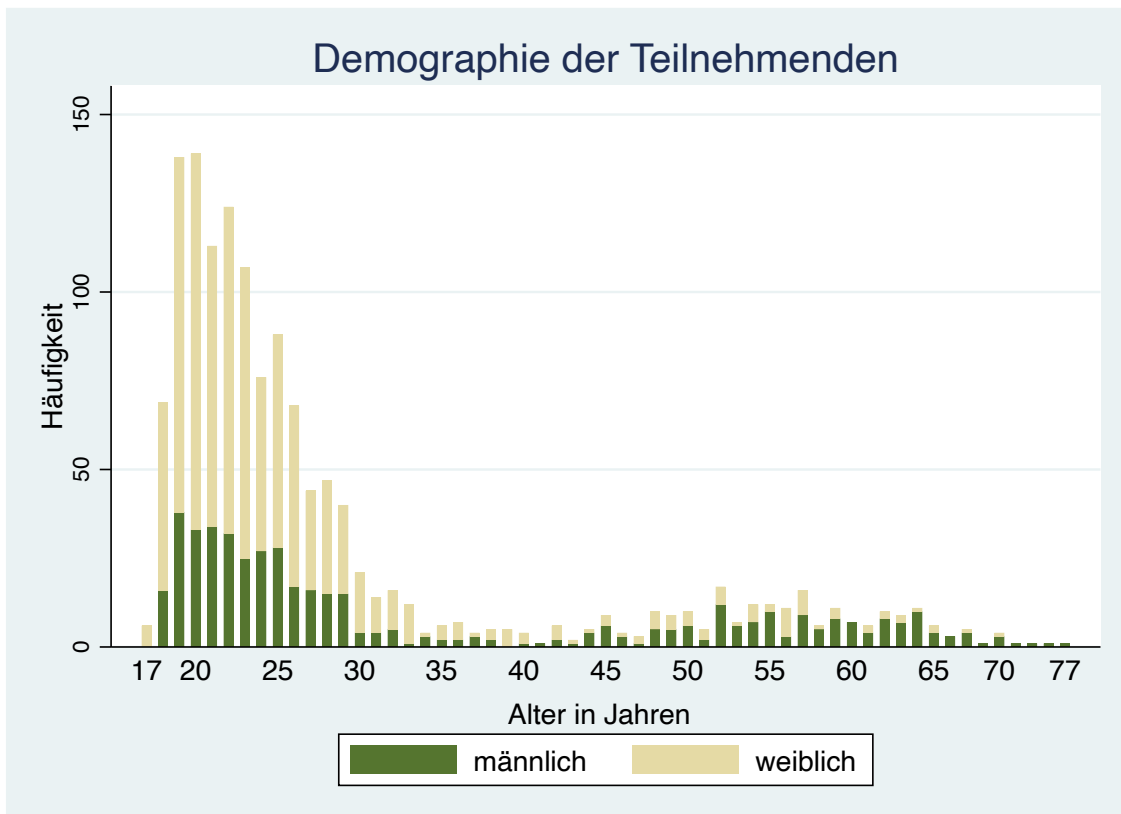
### 4.1 Quantitative Auswertung

#### 4.1.1 Soziodemographie

Die eingeschlossenen Teilnehmer der Umfrage waren mit  $n=478$  zu 32% männlich und mit  $n=911$  zu 61% weiblich, während mit  $n=95$  insgesamt 6 % keine Angabe diesbezüglich machten. Die Altersverteilung erstreckte sich über  $R=17-77$  Jahre.

#### Abbildung 3

##### Teilnehmer Demographie



**Abbildung 3** illustriert die Altersverteilung der Gesamtstichprobe. Die X-Achse zeigt dabei das Alter der Teilnehmenden in Jahren, die Y-Achse zeigt die Häufigkeit. Die Farben kennzeichnen dabei die zugrundeliegende Geschlechterverteilung.

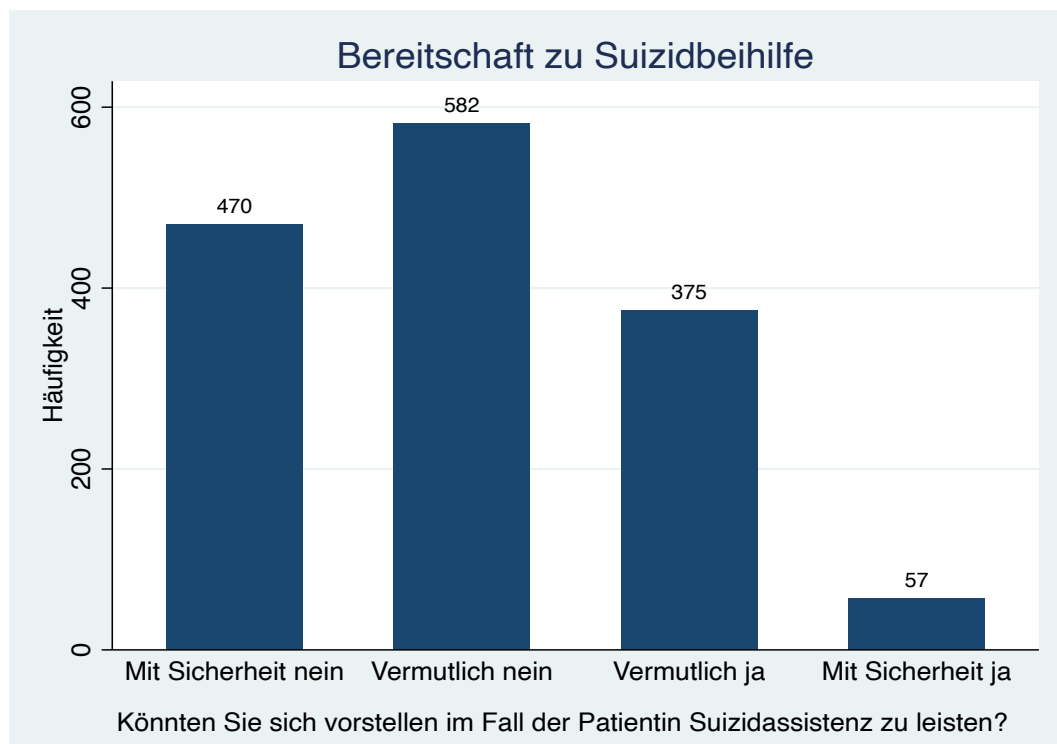
Mit n=1186 befanden sich knapp 80% der Teilnehmenden im Studium der Humanmedizin, während mit n=292 knapp 21% bereits ärztlich tätig waren. Insgesamt 41% (n=119) der teilnehmenden Ärzte waren im Bereich Allgemeinmedizin tätig, 11% (n=32) im Fach Psychiatrie. Überwiegend arbeiteten die teilnehmenden Ärzte in Baden-Württemberg, gefolgt von Bayern, jedoch waren alle Bundesländer vertreten. Die Mehrheit von 57% (n=166) der Ärzte verfügte über eine palliativmedizinische Ausbildung. Eine Mehrheit von 64% (n=186) gab an, bereits im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit einer Anfrage nach Suizidassistenz konfrontiert gewesen zu sein. Bei den teilnehmenden Studierenden waren sämtliche staatliche Fakultäten der Humanmedizin in Deutschland vertreten, bis auf die Universität Tübingen mit knapp 11% (n=130) alle im einstelligen Bereich. Eine Mehrheit der Studierenden von 57% (n=676) verfügte bereits über praktische medizinische Erfahrung außerhalb des Studiums, lediglich 42% (n=498) wurden zum Zeitpunkt der Umfrage bereits im Fach Medizinethik unterrichtet.

#### 4.1.2 Bereitschaft zur Suizidbeihilfe

Hinsichtlich der Hauptfragestellung inwiefern sich die Teilnehmer vorstellen konnten, der beschriebenen Patientin mit langjährigen, therapieresistenten Depressionen auf deren Wunsch hin Suizidassistenz zu leisten, antworteten die Befragten wie in Abbildung 4 dargestellt.

#### Abbildung 4

##### *Bereitschaft zur Suizidbeihilfe*



**Abbildung 4** illustriert die Bereitschaft zu Suizidbeihilfe unter den Teilnehmern. Die X-Achse zeigt die 4 Antwortmöglichkeiten des Likert-Ratings, die Y-Achse die Häufigkeit der gewählten Antworten.

Wie in Abbildung 4 zu sehen zeigten knapp 71% (n=1052) der Teilnehmer im Falle der Patientin keine Bereitschaft Suizidassistenz zu leisten. Von den knapp 30% (n=432), die sich dies grundsätzlich vorstellen konnten, waren sich wiederum lediglich 15% (n=57) der Zustimmung sicher in ihrer Entscheidung.

#### 4.1.3 Bewertung medizinethischer Aspekte durch die Teilnehmenden

Im anschließenden Abschnitt der Umfrage wurden den Teilnehmern die unter 4.4.2.1 beschriebenen verschiedenen Argumente (Fragen 11-19) präsentiert:

In der ersten Frage hierzu wurden die Teilnehmer gebeten, anzugeben inwiefern die genannten möglichen Begründungen für den Wunsch nach Suizidassistenz für Sie nachvollziehbar seien, Mehrfachnennungen waren möglich. Mehrheitlich gaben die Teilnehmer an, die Selbstbestimmung Betroffener (zu 68%; n=1009), unerträgliches Leiden Betroffener (zu 79%; n=1172) sowie den Wunsch nach einem würdevollen

Sterben (zu 65%; n=964) nachvollziehen zu können. Fehlende Lebensfreude als mögliche Begründung für den Wunsch nach Suizidassistenz erschien im Gegensatz dazu lediglich 40% (n=593) der Teilnehmer nachvollziehbar. Der Aussage „Bei der Überlegung in einem bestimmten Fall Suizidbeihilfe zu leisten ist für mich entscheidend, ob ich den Sterbewunsch des Patienten persönlich nachvollziehen kann“ stimmten 56% (n=831) der Teilnehmer zu. Der Aussage „Depressive Patienten sind grundsätzlich vom Zugang zum assistieren Suizid auszuschließen, da Sie diese Entscheidung aufgrund ihrer Erkrankung nicht autonom treffen können“ stimmten 47% (n=697) der zu. Dass psychisches Leid eines Patienten grundsätzlich in gleichem Maße einen Sterbewunsch rechtfertigen könne wie physisches Leid, fand die Zustimmung von 65% (n=964) der Teilnehmenden. Von den Teilnehmern orientierten sich bei der Beantwortung von Fragen zur Suizidassistenz 59% (n=875) am allgemeinen ärztlichen Berufsethos, knapp 40% (n=592) gaben an, ärztliche Suizidassistenz sei mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar.

Die Hälfte der Teilnehmer ging für den Fall einer Beihilfe zur Selbsttötung bei chronisch depressiven Patienten durch Ärzte davon aus, dass dies einen Vertrauensverlust der Gesellschaft in die Ärzteschaft zur Folge haben würde. Von der zum Umfragezeitpunkt bestehenden gesellschaftlichen und politischen Situation in Deutschland fühlten sich 40% (n=593) der Befragten in ihrer (zukünftigen) ärztlichen Tätigkeit unter Druck gesetzt. Eine Gefahr, dass die gesetzliche Regelung des assistierten Suizids von 2015 zu einer Kriminalisierung von Ärzten führt, sahen 43% (n=638) der Teilnehmer.

#### 4.1.4 Untersuchung Einflussfaktoren auf die Teilnehmerentscheidung

Die Nummer der eingeschlossenen Fälle (number of observations) lag bei n=1368, da zum Schutze der Anonymität der Teilnehmenden die Angabe von Geschlecht und Alter freiwillig für die Teilnahme war. Das Regressionsmodell als Gesamtes war hierbei signifikant (Prob > chi2 = 0.0000, p=0,05) mit einem Pseudo R (Mc Fadden) von 0.36.

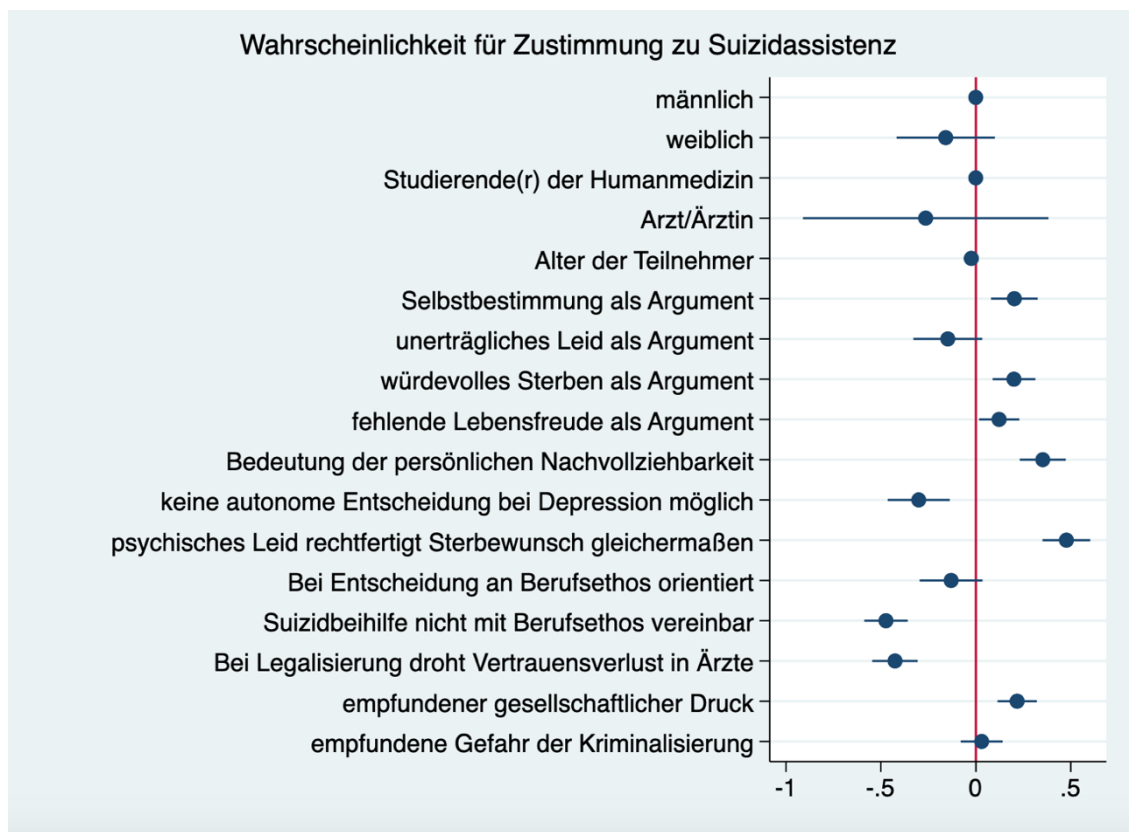
Generalized Ordered Logit Estimates	Number of obs	=	1,368
	LR chi2(23)	=	1176.19
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1064.1484	Pseudo R2	=	0.3559

Im Überblick zeigt sich, dass die einzelnen Faktoren nur teilweise einen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen Suizidbeihilfe hatten. Für die demographischen Faktoren des Geschlechts, des Alters und des Berufsstandes zeigten sich zwar Unterschiede in der Bereitschaft zur Suizidassistenz, die jedoch nicht signifikant wurden.

Wie Teilnehmer die verschiedenen Argumente der theoretischen Diskussion bewerteten, hatte wiederum für die meisten Aspekte einen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung der Teilnehmer.

### Abbildung 5

#### Wahrscheinlichkeit für Zustimmung zu Suizidassistenz



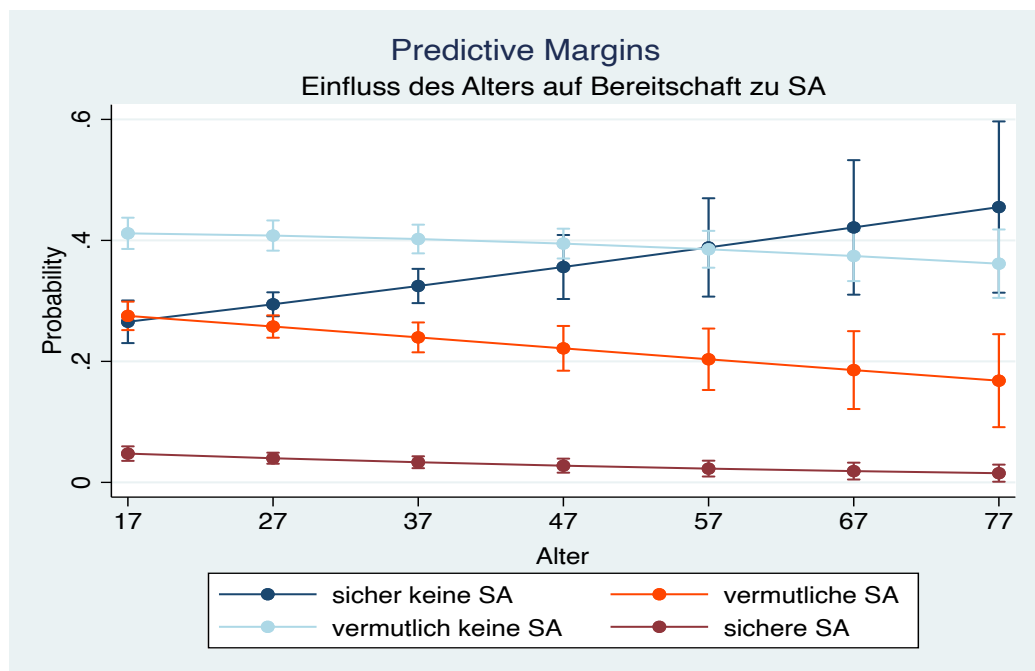
**Abbildung 5** illustriert die Wahrscheinlichkeit Suizidbeihilfe im Fallbeispiel zu leisten. Die X-Achse zeigt den Wahrscheinlichkeitskoeffizienten für jedes auf der Y-Achse abgebildeten Items. Mit rot markiert ist die Nulllinie der X-Achse. Ein negativer Koeffizient zeigt eine verminderte Wahrscheinlichkeit an, ein positiver Koeffizient eine erhöhte Wahrscheinlichkeit.

Für den Einfluss demographischer Faktoren zeigte sich für das Geschlecht ein negativer Koeffizient von -0.16, der jedoch nicht signifikant wurde ( $p=0.23$ ). Wie auch in der graphischen Darstellung zu sehen, lehnten Frauen zwar häufiger Suizidbeihilfe sicher ab und stimmten seltener zu, jedoch hatte das Geschlecht der Teilnehmenden insgesamt keinen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung zur Suizidassistenz.

Ebenso hatten teilnehmende Ärzte eine höhere Wahrscheinlichkeit Suizidassistenz abzulehnen (Koeffizient von -0.26) jedoch zeigte sich dieser Unterschied am ehesten aufgrund der deutlich geringeren Teilnahme von Ärzten (lediglich 20%) nicht signifikant ( $p=0.42$ ).

### Abbildung 6

*Einfluss des Alters auf die Bereitschaft zur Suizidassistenz (=SA)*

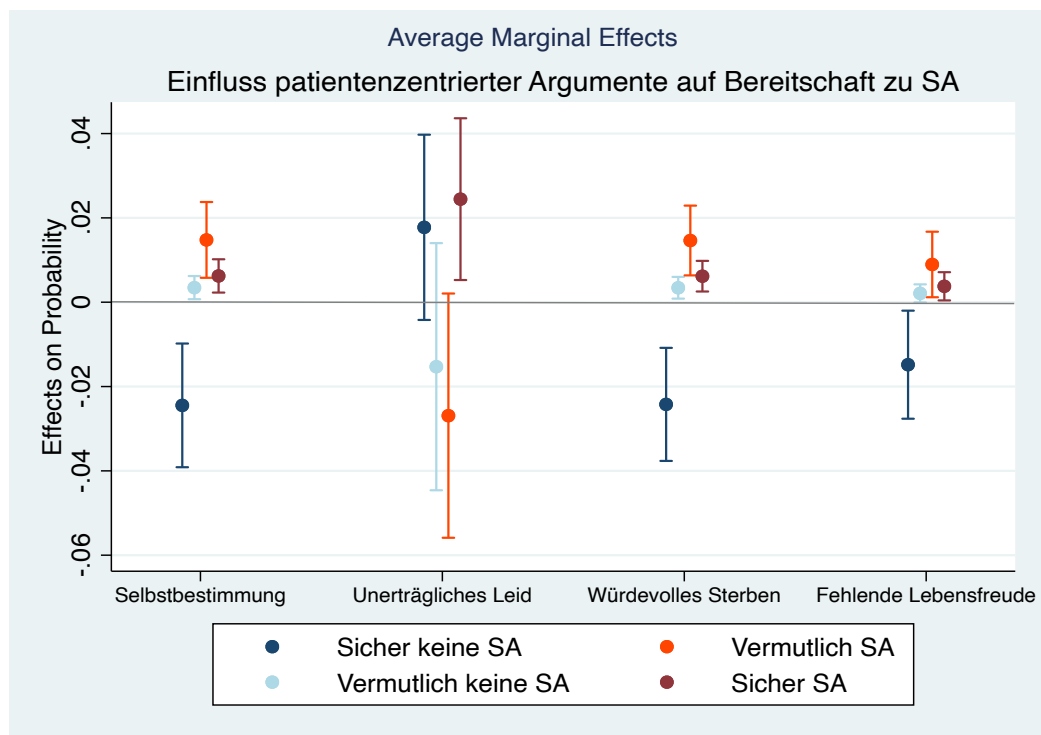


**Abbildung 6** illustriert den Einfluss des Teilnehmer-Alters auf die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe. Die X-Achse zeigt die gegebene Altersrange in 10er Schritten, die Y-Achse die Wahrscheinlichkeit Suizidassistenz zu leisten als geschätzte Randmittel für die jeweiligen Altersstufen (engl. Predictive Margins).

Für das Alter der Teilnehmer ergab sich ein negativer Koeffizient von -0.23( $p=0.02$ ), der eine Abnahme der Zustimmung mit zunehmendem Alter anzeigt. In **Abbildung 7** ist zu sehen, dass mit zunehmendem Alter insbesondere die Wahrscheinlichkeit stieg, ärztliche Suizidassistenz mit Sicherheit abzulehnen.

## Abbildung 7

*Einfluss patientenzentrierter Argumente auf die Bereitschaft zur Suizidassistenz*



**Abbildung 7** illustriert den Einfluss von patientenzentrierten Argumenten auf die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe. Die X-Achse zeigt die genannten Argumente, die Y-Achse die durchschnittlichen Marginalen Effekte für das jeweilige Argument. Farblich markiert sind die Antwortausprägungen der abhängigen Variable (Bereitschaft zur Suizidassistenz).

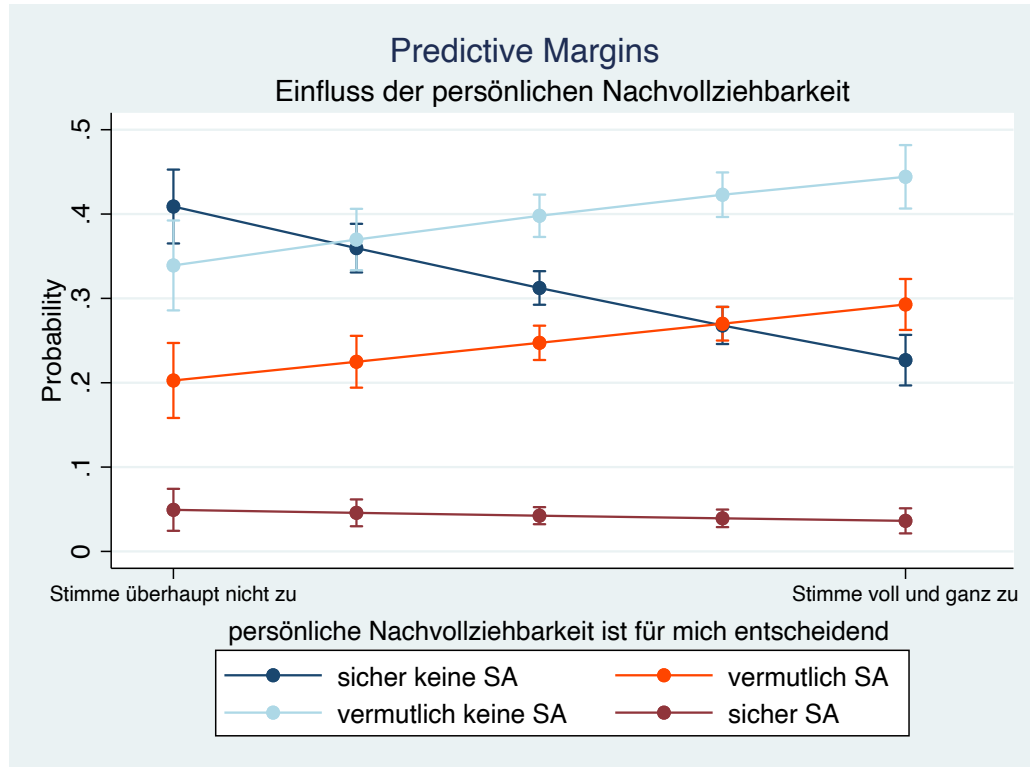
Von den zur Auswahl gestellten, möglichen Begründungen für die Beihilfe zum assistierten Suizid zeigten die Argumente „Selbstbestimmung“ (*Coef.* 0.20;  $p=0.001$ ), „würdevolles Sterben“ (*Coef.* 0.2;  $p\leq 0.001$ ) und „fehlende Lebensfreude“ (*Coef.* 0.12;  $p=0.02$ ) jeweils einen signifikanten Effekt auf die Bereitschaft zur Suizidassistenz.

Für Teilnehmer, die diese Argumente eher nachvollziehbar fanden, ergab sich eine geringere Wahrscheinlichkeit die Suizidbeihilfe sicher abzulehnen. Eine vermutliche Ablehnung wurde wahrscheinlicher, eine vermutliche oder sichere Zustimmung nur geringfügig wahrscheinlicher.

„Unerträgliches Leid“ als Begründung für Suizidassistenz, hatte wiederum lediglich einen signifikanten, positiv gerichteten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit mit Sicherheit Suizidassistenz zu leisten. (*Coef1* - 0.15;  $p=0.11$ /*Coef2* -0.02  $p=0.80$ /*Coef3* 0.79;  $p=0.01$ )

## Abbildung 8

*Einfluss der persönlichen Nachvollziehbarkeit auf die Bereitschaft zur ärztlichen Suizidassistentz*

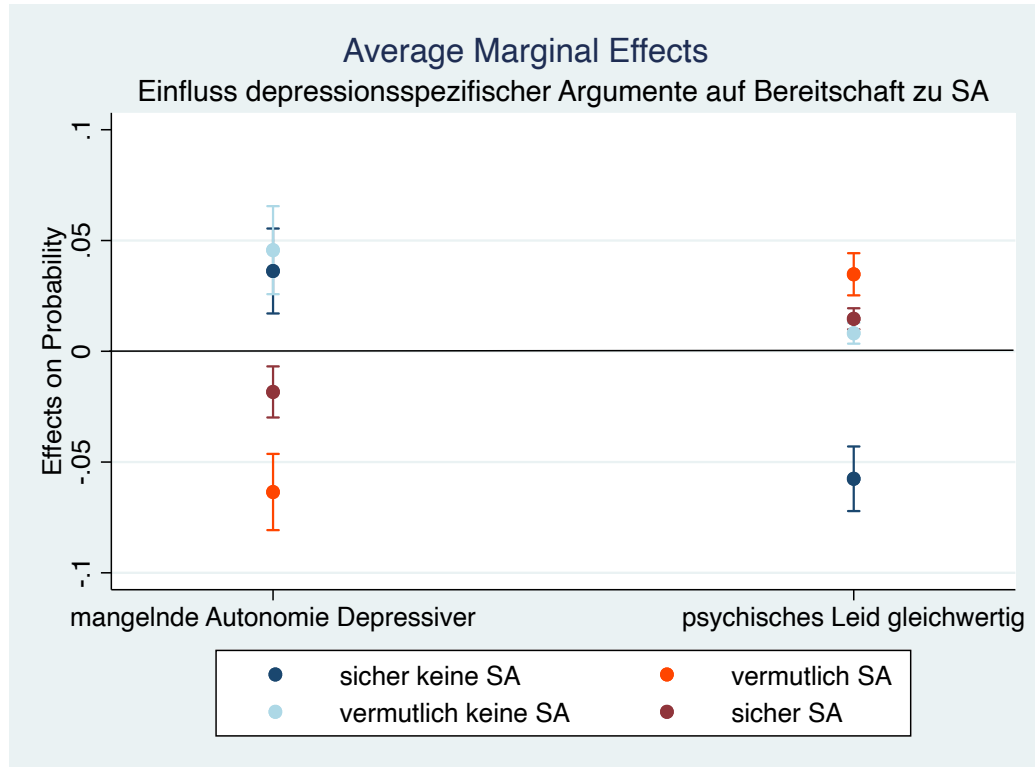


**Abbildung 8** illustriert den Einfluss der Bedeutung der persönlichen Nachvollziehbarkeit für die Teilnehmenden auf deren Bereitschaft zur Suizidbeihilfe. Die X-Achse zeigt den Grad der Zustimmung zum Item, die Y-Achse die Wahrscheinlichkeit Suizidassistentz zu leisten als geschätzte Randmittel (englisch: Predictive Margins).

Bei zunehmender Bedeutung der persönlichen Nachvollziehbarkeit für die Teilnehmer sank insbesondere die Wahrscheinlichkeit die Suizidassistentz sicher abzulehnen. Die Wahrscheinlichkeit die Suizidassistentz vermutlich abzulehnen stieg ebenso wie die Wahrscheinlichkeit diese vermutlich zu bejahen. Der Aspekt der persönlichen Nachvollziehbarkeit hatte jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit sicher Suizidassistentz zu leisten (*Coef1* 0.35;  $p=0.00$ )/ *Coef2* 0.18;  $p=0.01$ /*Coef3* -0.10,  $p=0.45$ ).

## Abbildung 9

Einfluss depressionsspezifischer Argumente auf die Bereitschaft zu ärztliche Suizidassistentz



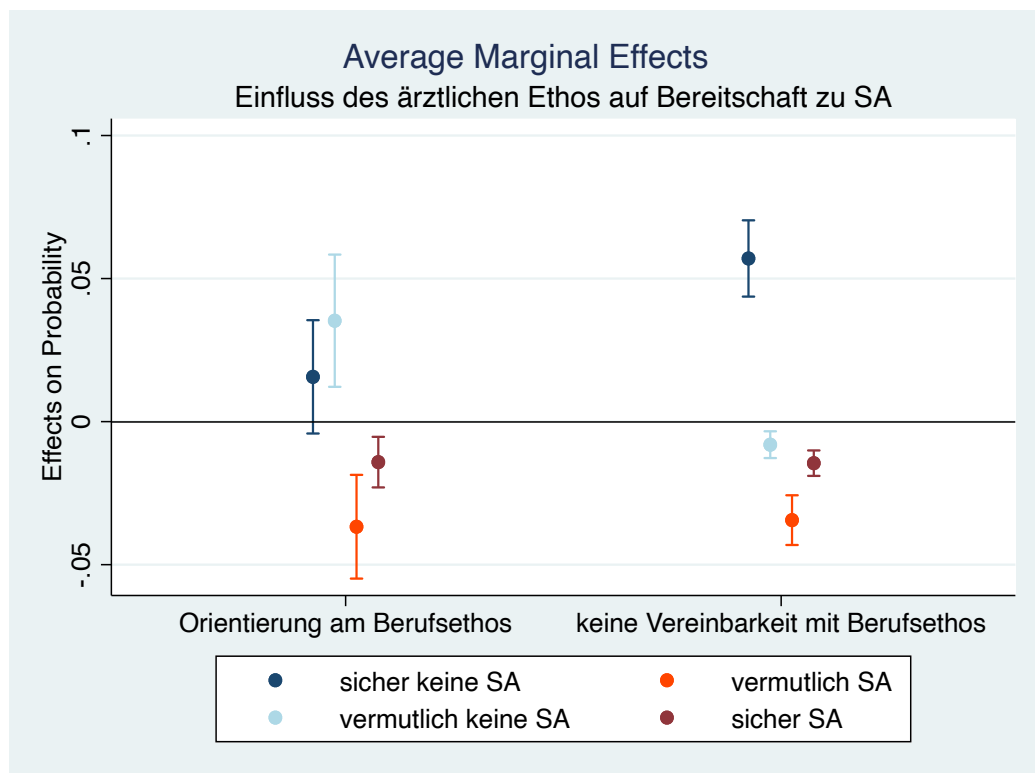
**Abbildung 9** illustriert den Einfluss von depressionsspezifischen Argumenten auf die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe. Die X-Achse zeigt die genannten Argumente, die Y-Achse die durchschnittlichen Marginalen Effekte für das jeweilige Argument. Farblich Markiert sind die Antwortausprägungen der abhängigen Variable (Bereitschaft zur Suizidassistentz).

Hinsichtlich für die Depression spezifischer Aspekte hatten Personen, die der Überzeugung waren, dass Depressive aufgrund von mangelnder Autonomie keinen Zugang zu Suizidassistentz erhalten sollten, entsprechend eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit Suizidassistentz sicher oder vermutlich abzulehnen ( $Coef1 -0.3; p=0.00$ )/ $Coef2 -0.79; p=0.00$ )/ $Coef3 -0.59; p=0.002$ ).

Eine geringere Zustimmung zu der Einschätzung, dass psychisches Leid eine gleichwertige Begründung für den Wunsch nach Suizidassistentz (im Vergleich zu physischem Leid) darstelle, führte zu einer höheren Wahrscheinlichkeit Suizidassistentz sicher abzulehnen ( $Coef 0.48; p= 0.000$ ).

## Abbildung 10

*Einfluss des ärztlichen Ethos auf die Bereitschaft zu ärztliche Suizidassistenz*



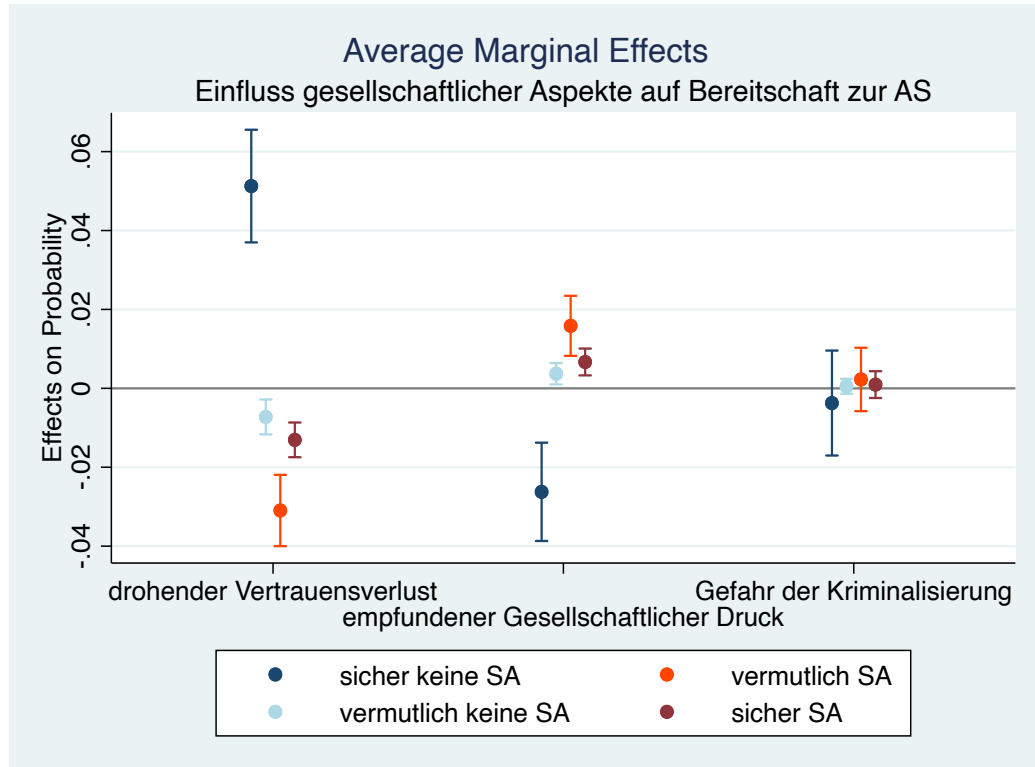
**Abbildung 10** illustriert den Einfluss des ärztlichen Ethos auf die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe. Die X-Achse zeigt den Grad der Orientierung am Berufsethos sowie die empfundene fehlende Vereinbarkeit mit dem Berufsethos, die Y-Achse die durchschnittlichen Marginalen Effekte für die jeweiligen Merkmale (engl. Average Marginal Effects). Farblich Markiert sind die Antwortausprägungen der abhängigen Variable (Bereitschaft zur Suizidassistenz).

Teilnehmer, die sich bei der Beantwortung der Frage eher am ärztlichen Berufsethos orientiert hatten (Selbstauskunft), hatten eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit vermutlich oder sicher Suizidassistenz zu leisten (*Coef1* 0.13;  $p=0.124$ )/ *Coef2* -0.49;  $p=0.00$ / *Coef3* -0.46;  $p=0.002$ ).

Wer wiederum keine Vereinbarkeit von Suizidassistenz mit dem ärztlichen Ethos sah, hatte eine signifikante, deutlich größere Wahrscheinlichkeit, Suizidassistenz mit Sicherheit abzulehnen (*Coef* -0.47;  $p=0.000$ ).

### Abbildung 11

*Einfluss gesellschaftlicher Aspekte auf die Bereitschaft zu ärztlicher Suizidassistenz*



**Abbildung 11** illustriert den Einfluss gesellschaftlicher Aspekte auf die Bereitschaft zur Suizidassistenz. Auf der X-Achse aufgetragen finden sich abgefragte medizinethische Argumente mit gesellschaftlichem Fokus, die Y-Achse zeigt die durchschnittlichen Marginalen Effekte für die jeweiligen Argumente. Farblich markiert sind die Antwortausprägungen der abhängigen Variable (Bereitschaft zur Suizidassistenz).

Hinsichtlich gesellschaftlicher Aspekte zeigte sich in der Umfrage, dass die Sorge vor einem Vertrauensverlust der Gesellschaft in die Ärzteschaft für den Fall von regulär ärztlich durchgeführter Suizidassistenz es für die Teilnehmer deutlich wahrscheinlicher werden ließ, ärztliche Suizidassistenz mit Sicherheit abzulehnen (*Coef*-0.43; *p*=0.000).

Teilnehmer, die wiederum angaben sich unter gesellschaftlichem Druck zu fühlen, hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit Suizidassistenz im Fallbeispiel mit Sicherheit abzulehnen (*Coef*0.22; *p*=0.000).

Die Sorge vor einer Kriminalisierung der Ärzteschaft durch das zum Umfragezeitpunkt bestehende gesetzliche Verbot von geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe

hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Bereitschaft Suizidbeihilfe zu leisten ( $Coef$  0.031;  $p=0.583$ ).

## 4.2 Freie Begründungen der Teilnehmer- MAXQDA-Analyse

Der folgende Abschnitt stellt in einer qualitativen Analyse durch vergebene Codes dar, welche Begründungen die Teilnehmer in ihren Freitextantworten für die von Ihnen getroffene Entscheidung im Fallbeispiel nannten.

### 4.2.1 Genannte Begründungen als Codesystem

Im Rahmen der qualitativen Analyse nach Mayring wurden die in Abbildung 12 dargestellten Codes entwickelt und vergeben.

#### Abbildung 12

Liste aller vergebenen Code mit Codierungs-Häufigkeit

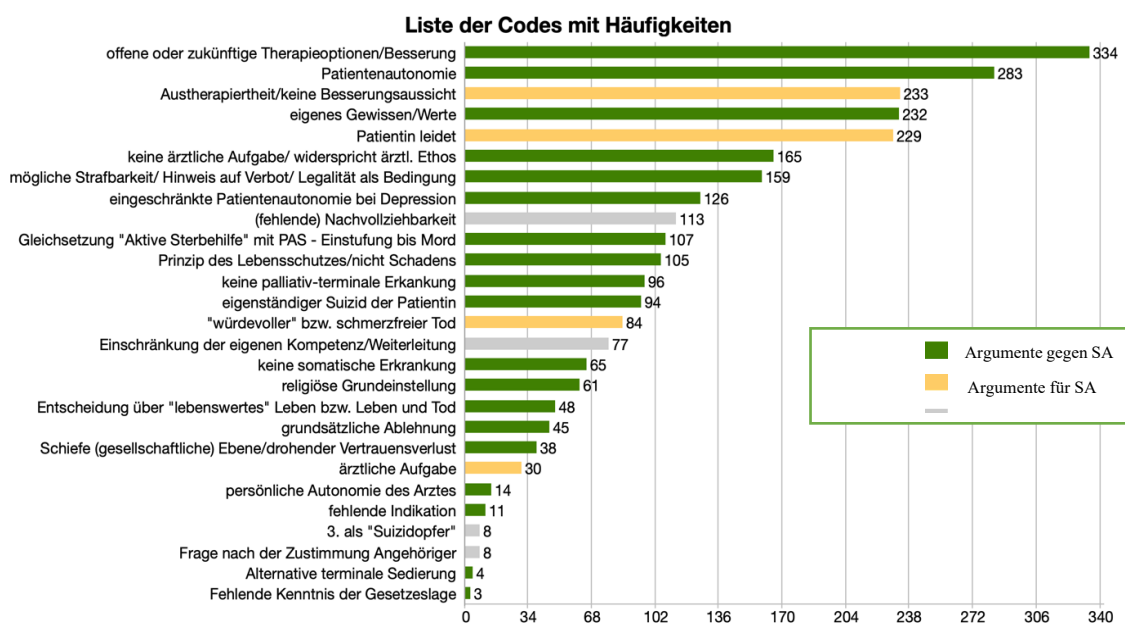


Abbildung 12 zeigt eine Auflistung aller vergebenen Codes. Die X-Achse zeigt die Vergabehäufigkeit der Codes in der Analyse aller eingeschlossenen Fragebögen. Die einzelnen Codes sind auf der Y-Achse aufgetragen. Fraglich markiert ist die Einordnung der Codes in Argumente für (gelb) oder gegen (grün) ärztliche Suizidassistenz sowie in beide Richtungen genutzte Argumente (grau).

In der Freitextbegründung der Entscheidung von Teilnehmern wurden dabei deutlich mehr verschiedene Argumente gegen eine ärztliche Suizidassistenz erwähnt. Insbesondere die Einschätzung des prognostischen Krankheitsverlaufes spielte für die Teilnehmer sehr häufig eine Rolle, wobei dabei sowohl die Argumentation, dass

Hoffnung auf Besserung bestehe (n=334), als auch die Begründung, dass diese nicht mehr bestehe (n=233), formuliert wurden. Auch weitere Begründungen wurden ähnlich wie in der theoretischen Diskussion sowohl als Begründung für, als auch gegen eine Suizidassistenz angewandt.

Die grundlegenden Diskussionsargumente der *Patientenautonomie* (n=409), des *Verhinderns von Leid* (n=229), des *Lebensschutzes* (n=105) und der *gesellschaftlichen Gerechtigkeit* - unter anderem im Sinne der schiefen Ebene (n=38) - wurden von den Teilnehmenden als relevant für ihre persönliche Entscheidung benannt.

#### 4.2.2 Weiterführende genannte Argumente

Im Abgleich mit der in der Einleitung ausgeführten, bisherigen theoretischen Diskussion der ärztlichen Suizidassistenz für depressiv Erkrankte finden sich neben den bekannten Argumenten auch weitere Aspekte, die in der theoretischen Diskussion keine oder nur eine geringe Beachtung finden:

So begründeten Teilnehmer ihre Entscheidung häufig mit dem Verweis auf das eigene Gewissen bzw. einer grundsätzlichen Ablehnung, wobei offenbleibt, welche zugrundeliegende Werte damit assoziiert sind.

Aufgrund der Tatsache, dass die Betroffene nicht unter körperlichen Einschränkungen leide, erklärten Teilnehmer wiederkehrend, dass die Patientin sich grundsätzlich auch eigenständig suizidieren könnte, weswegen keine Beihilfe benötigt werde.

Ein weiterer Aspekt war der Verweis auf die eigene religiöse Grundeinstellung. Zudem verwiesen die Befragten auf die rechtliche Situation sowohl im Sinne einer Entscheidungsabnahme, als auch im Sinne einer Einschränkung der freien Entscheidung.

Einschränkungen sahen die Befragten zudem auch bei der eigenen Kompetenz hinsichtlich sowohl der Entscheidung über die Zulässigkeit von Suizidassistenz, als auch bezüglich der konkreten Umsetzung.

Wiederkehrend setzten Befragte zudem die ärztliche Suizidassistenz im Fallbeispiel mit aktiver Sterbehilfe bis hin zu einer aktiven Tötung gleich.

#### 4.2.3 Bildung von Argumentationstypen

Im folgenden Abschnitt wird ein Überblick über die wichtigsten identifizierten Argumentationstypen gegeben. Die Freitextbegründungen der Teilnehmer wurden dabei auf charakteristische Verknüpfungen der von ihnen genannten Argumente hin untersucht. Diese Verknüpfungen geben dabei einen Hinweis auf die von den Befragten eingenommene Position und ihr Rollenverständnis in der Beantwortung der Frage.

Es ließen sich die folgenden Verknüpfungen als Argumentationstypen etablieren:

##### 4.2.3.1 „Die Patienten-fokussierte-Sicht“

In der *Patienten-fokussierten Sicht* begründen die Befragten ihre Entscheidung vor allem mit Aspekten, die die Sicht der Patientin widerspiegeln:

Verknüpft wird der Aspekt des *Patientenleids*, der *Patientenautonomie* und der *fehlenden Besserungsaussicht* bzw. der fehlenden weiteren Therapieoptionen. Die Befragten gehen dabei weniger darauf ein, was das Leisten einer Suizidassistenz für Sie persönlich bedeuten würde.

*„Die Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft. Der Leidensdruck ist sehr groß und die Patientin ist klar bei Verstand. Außerdem hegt sie den Wunsch zu sterben schon lang und hat es sich gut überlegt. Die Patientin ist sozial nicht gut integriert und isoliert. Wenn es legal wäre, könnte ich mir das vorstellen.“*

*„Vorausgesetzt, ich bin mir meiner Sache sehr sicher im Hinblick auf die Therapierefraktärität, und die Einschätzung wird z. B. von einem Fachkollegen mitgetragen, dann sprächen mindestens zwei ethische Prinzipien für die Suizidassistenz: 1. die Unterstützung der Autonomie der Patientin und 2. der Auftrag, der Patientin zu helfen. Ich sehe keinen Widerspruch zum Prinzip nicht schaden. Das wäre mit der Patientin zu klären, inwieweit sie das Lebensende als geringeren Schaden einschätzt als das Weiterleben in Isolation.“*

##### 4.2.3.2 „Die Ärztliche Sicht“

In der *ärztlichen Sicht* berufen sich die Befragten vor allem auf ihren therapeutischen Auftrag und den *Schutz des Lebens*. Sie gehen davon aus, dass

Suizidassistentz keine ärztliche Aufgabe darstellt. Zudem sehen die Betroffenen häufig weitere Therapieoptionen.

*„Es gibt immer irgendeine Möglichkeit das Leben (wenn auch minimal) lebenswert zu machen. Ich sollte als Arzt nicht aufgeben.“*

*„Als Ärztin ist meine Aufgabe Leben zu fördern und zu erhalten, Suizidbeihilfe ist dem absolut entgegengestellt. Außerdem weiß ich ja nicht, ob man sie nicht doch in Zukunft heilen könnte. Ein solches Verhalten meinerseits würde auch mein Verhältnis zu anderen Patienten belasten, weil ich geneigt wäre darüber zu urteilen, welches Leben lebenswert ist.“*

*„Wenn die Patientin sterben möchte, könnte sie sich umbringen. Als spätere Ärztin möchte ich Heilen und Leiden lindern und nicht zum Tod verhelfen. Ich glaube man kann sich niemals sicher sein, dass eine Patientin nicht doch wieder gesund wird oder ihre Meinung ändert. Um der Patientin Suizidassistentz zu gewähren müsste man sich sicher sein, und dies sollte ein Arzt/eine Ärztin nicht tragen!“*

#### 4.2.3.3 „Die persönliche Sicht“

In der *persönlichen Sichtweise* stehen in der Begründung für die eigene Entscheidung verschiedene Aspekte im Vordergrund, die sich weder primär mit der ärztlichen Rolle noch mit der Situation der Patientin befassen. Der Fokus liegt vielmehr auf dem eigenen Empfinden.

„Das eigene Gewissen“

Hier erwähnen die Befragten häufig das eigene Gewissen und die persönliche Belastung, die durch eine durchgeführte Suizidassistentz entstünde. Zudem werden eigene Unsicherheiten hinsichtlich der Entscheidung, der therapeutischen Prognose aber auch einer grundsätzlichen Durchführung von Suizidassistentz thematisiert. Teils wird auf eine Weiterleitung als mögliche Option verwiesen.

*„Ich würde die Verantwortung nicht tragen wollen, die Patientin in ihrem Wunsch zu unterstützen, da ich mich nicht von der Vorstellung*

*lösen könnte, dass es der Patientin eventuell doch eines Tages besser gehen würde.“*

*„Angst, die (wenn auch geringe) Möglichkeit der Genesung zu verpassen; Angst, nicht damit umgehen zu können, Gewissensbisse zu haben“*

*„Ich werde/will keinen assistierten Suizid durchführen, könnte mir jedoch vorstellen, die Patientin an einen entsprechenden Kollegen weiterzuleiten“*

*„Meine Entscheidung liegt wohl auch an meiner fehlenden praktischen Erfahrung mit Patienten mit therapierefraktären Depressionen, wobei ich den Sterbewunsch der Patientin durchaus nachvollziehen kann und in diesem Fallbeispiel die Patientin wohl an eine entsprechende Beratungsstelle oder einen in diesem Bereich tätigen Arzt überweisen würde.“*

#### 4.2.3.4 „Eigenständiger Suizid“

Hierbei verweisen die Befragten vor allem auf die körperliche Fähigkeit der Patientin einen eigenständigen Suizid zu begehen. Teils wird die Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches aufgrund der Bitte um Hilfe angezweifelt. Zudem sehen die Teilnehmer sowohl auf persönlicher als auch professionell-ärztlicher Ebene keine Zuständigkeit für die Anfrage der Patientin. Die Bitte selbst wird teils als Zumutung von Seiten der Patientin betrachtet.

*„Ein wirklich suizidwilliger Patient schafft das auch ohne Hilfe“*

*„Wenn die Patientin den unbedingten Wunsch hat sich zu suizidieren, dann kann Sie das in jedem Fall selbst. Ich finde es sehr unmoralisch von der Patientin einen so schweren Wunsch dem Arzt mitzuteilen mit dem Hintergrund, dass dieser die Tat vollführen soll. Sie weiß sicher, dass Ärzte genau das nicht dürfen. In diesem geschilderten Fall, braucht die Patientin keine medikamentöse Unterstützung vom Arzt. Wenn es ihr wirklich ernst ist, dann findet Sie einen Weg.“*

*„Da Frau Müller nicht körperlich beeinträchtigt ist, ist sie in der Lage, sich z.B. selbst Schlaftabletten zu besorgen, ohne einen Arzt in den Todesfall als Verantwortlichen hineinzuziehen.“*

#### 4.2.3.5 Persönliche Nachvollziehbarkeit (des Autonomiebestrebens)

Bei der Betrachtung der persönlichen Nachvollziehbarkeit als Argumentationsgrundlage steht die Frage im Vordergrund, ob bei eigener Betroffenheit eine ähnliche Unterstützung gewünscht wäre.

*„Für mich ist es eine der größten Freiheiten des Menschen, selber zu entscheiden zu dürfen, wie und wann man sterben will. Außerdem verstehe ich den Leidensdruck der Patientin sehr gut und würde selber so nicht mehr leben wollen.“*

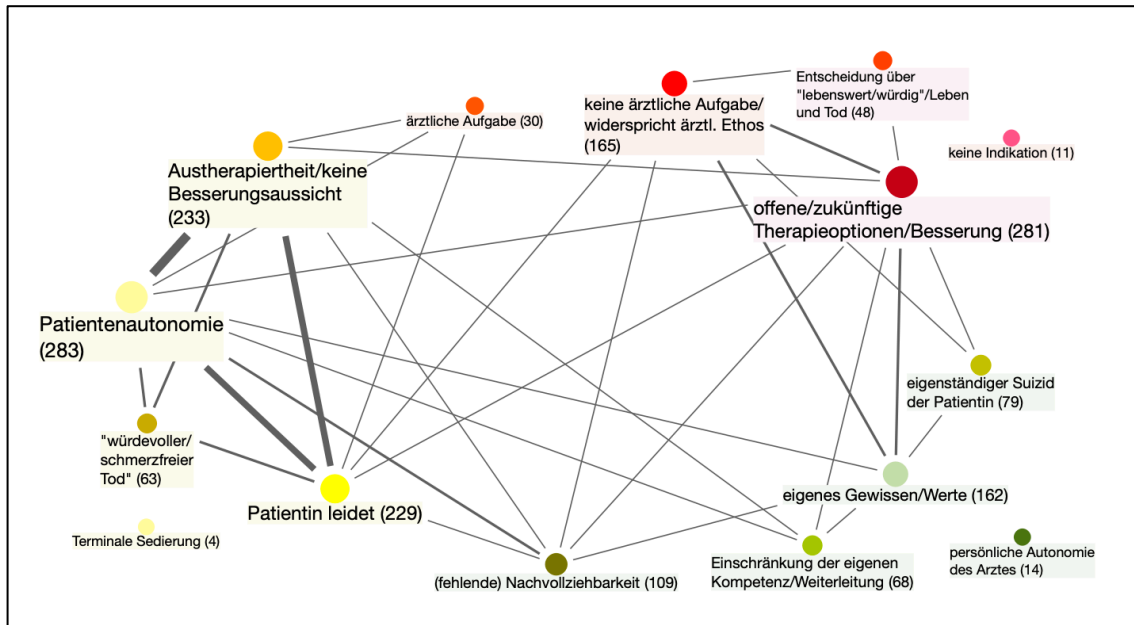
*„Es sollte jedem Menschen freistehen, über das Ende seines eigenen Lebens zu entscheiden, sofern dabei eindeutig ist, dass es sich bei diesem Entschluss nicht etwa um eine Überreaktion auf ein kürzlich vorgefallenes Ereignis handelt o.Ä. (keine Kurzschlussreaktion). Zudem hat die Patientin einen hohen Leidensdruck, der sich absehbar nicht verbessern lässt. Eigene Erfahrungen mit Depressionen sind vorhanden, daher erscheint mir der Wunsch der Patientin in dieser Situation nachvollziehbar.“*

#### 4.2.4 Zusammenfassende Visualisierung der Rolleneinnahme:

Im Rahmen einer ergänzend quantitativ-qualitativen Analyse erfolgte die graphische Darstellung der Häufigkeit der beschriebenen Argumentationstypen in Abbildung 13.

## Abbildung 13

Codelandkarte mit Darstellung der Argumentationstypen und Häufigkeit der Nennungen



**Abbildung 13** illustriert neben der absoluten Häufigkeit der genannten Argumente (sichtbar auch in der Größe der Punkte) auch die relative Häufigkeit der Verknüpfungen durch die Dicke der Verbindungsstriche. Übergeordnet lassen sich so die Patienten-fokussierte-Sicht (gelb), die ärztliche Sicht (rot) und die persönliche Sicht (grün) aufzeigen.

In der graphischen Aufarbeitung der entwickelten Argumentationstypen durch die Codelandkarte in **Abbildung 13** kann gezeigt werden, dass der Entscheidungsbegründung verschiedene Argumentationstypen zugrunde liegen, die sich zudem auf verschiedene Rollen der Befragten zurückführen lassen. Diese sind vereinbar mit den in 5.2.3.1-3. Ausgeführten Argumentationstypen. In einem weiteren Schritt wurde ebenfalls graphisch überprüft, inwiefern Personen, die die Bereitschaft zur Suizidassistenz zeigten, in der Freitextbegründung argumentativ eine andere Sichtweise einnahmen, als Personen die eine Suizidassistenz ablehnten.

## Abbildung 14

Codelandkarte mit Darstellung der Argumentationstypen für Teilnehmer die eine Suizidassistenz ablehnten

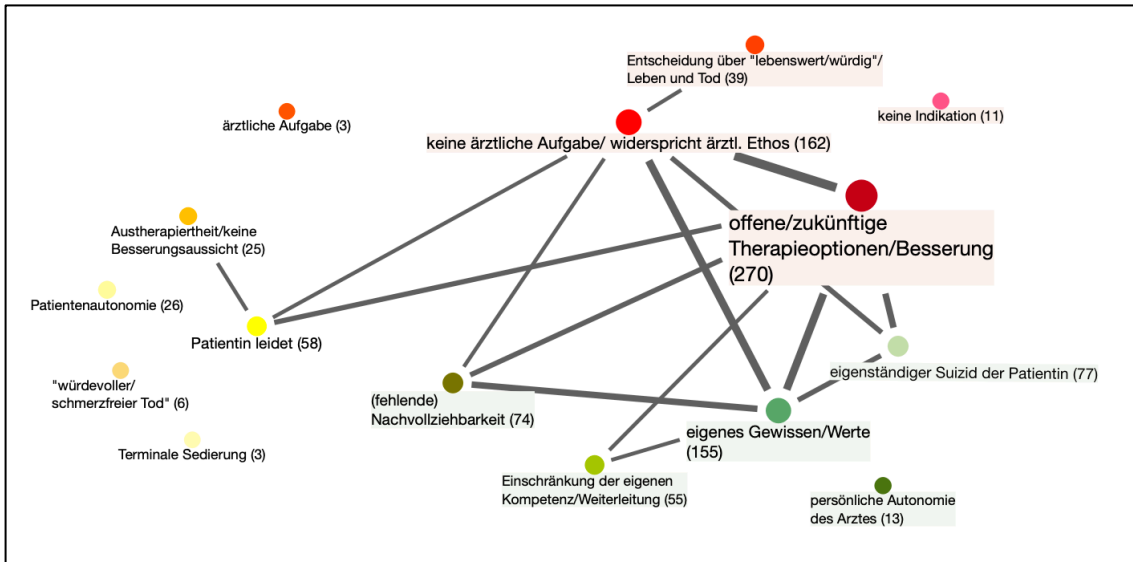


Abbildung 14 illustriert neben der absoluten Häufigkeit der genannten Argumente auch die relative Häufigkeit der Verknüpfungen durch die Dicke der Verbindungsstriche. Übergeordnet lassen sich so die Patienten-fokussierte-Sicht (gelb), die ärztliche Sicht (rot) und die persönliche Sicht (grün) aufzeigen.

Für Personen, die im Fallbeispiel Suizidassistenz ablehnten, konnte mittels der erstellten Codelandkarte in Abbildung 14 so eine verstärkte Einnahme der ärztlichen und der persönlichen Sichtweise aufgezeigt werden.

## Abbildung 15

Codelandkarte mit Darstellung der Argumentationstypen für Teilnehmer die einer Suizidassistenz zustimmten

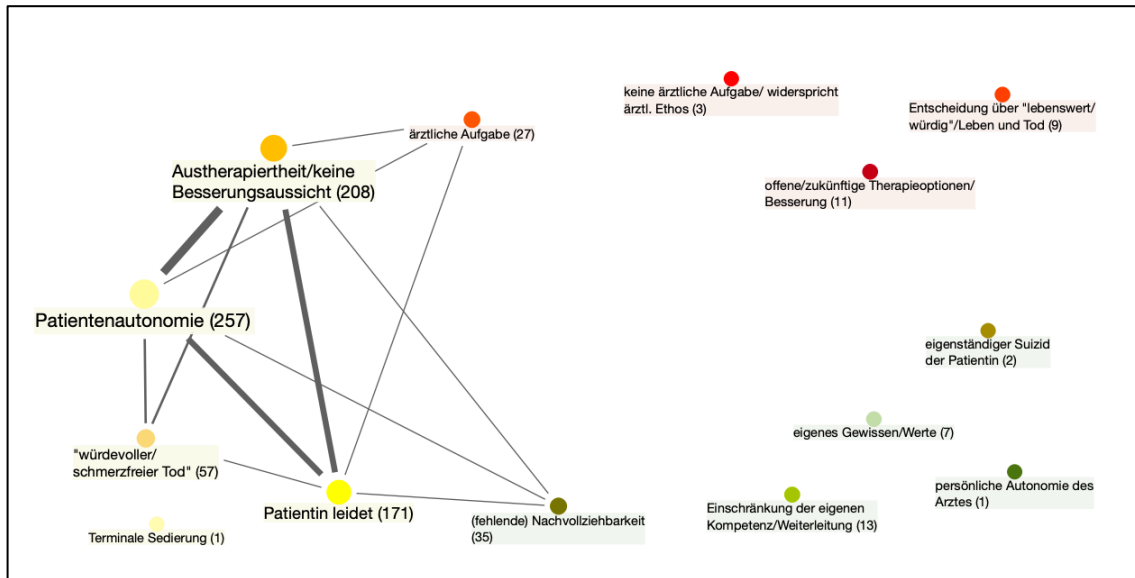


Abbildung 15 illustriert neben der absoluten Häufigkeit der genannten Argumente auch die relative Häufigkeit der Verknüpfungen durch die Dicke der Verbindungsstriche. Übergeordnet lassen sich so die Patienten-fokussierte-Sicht (gelb), die ärztliche Sicht (rot) und die persönliche Sicht (grün) aufzeigen.

Für Personen, die zu einer Suizidassistenz im Fallbeispiel bereit waren, zeigte sich in der Darstellung mittels Codelandkarte eine verstärkte Einnahme der Patienten-fokussierten Sicht.

### 4.2.5 Verweis auf gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Rahmen der genannten Begründungen verwiesen Teilnehmer wiederkehrend auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die zum Zeitpunkt der Befragung ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz darstellten. Die Interpretation erfolgte dabei hauptsächlich in Sinne der folgenden beiden Aspekte:

#### 4.2.5.1 „Verbot dem eigenen Gewissen zu folgen“

In dieser Argumentation wurde eine mögliche Strafbarkeit als Hindernis dem eigenen Gewissen gerecht zu werden, benannt. Teils wurde auch auf konkrete reale Anfragen verwiesen.

*„Es ist gesetzlich Verboten (sic!). Auch wenn ich in diesem Fall ihre Absicht eigentlich unterstützen würde, würde ich es aus Selbstschutzgründen wahrscheinlich nicht tun.“*

*„Juristische Verfolgung. Grundsätzlich wäre ich aber in einer solch (sic!) extremen Situation dazu bereit, wenn ich keine rechtlichen Konsequenzen zu fürchten hätte.“*

*„Da ich häufig mit solchen Fragen konfrontiert bin, kann ich solchen Bitten nicht nachkommen ohne Gefahr zu laufen, dies geschäftsmäßig zu machen“*

#### 4.2.5.2 „Orientierung an gesetzlichen Vorgaben“

In dieser Einordnung sehen sich die Befragten durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen in ihrer Entscheidung geleitet. Teils wird ausdrücklich auf die Entlastung durch die rechtliche Regelung verwiesen.

*„Hauptsächlich lehne ich die Assistenz ab, da sie gesetzlich verboten ist.“*

*„Der Vollzug ist mir rechtlich nicht möglich, im Moment bin ich dankbar, die Entscheidung nicht treffen zu müssen.“*

## 5 Diskussion

### 5.1 Zusammenfassende Ergebnisse

Ziel der Arbeit war es einerseits die bisherige medizinethische Diskussion des ärztlich assistierten Suizids für Depressive und die gegenwärtige Debatte in Deutschland zu beleuchten und andererseits mehr über die Einstellungen und Ansichten von Medizinstudierenden und Medizinern, in ihrer Rolle als zentrale Ansprechpartner für Betroffene zu erfahren. Die Mehrheit der ärztlichen Teilnehmer war bereits im Rahmen ihrer Tätigkeit mit einer solchen Bitte konfrontiert worden, was darauf hin weist, dass Anfragen nach Suizidassistenz in der Praxis von hoher Relevanz sind.

In der konkreten Einzelfallentscheidung lehnte eine klare Mehrheit der Befragten die Bitte der depressiven Patientin nach Suizidassistenz ab, was im Einklang mit der in Abschnitt 2.2.2 beleuchteten, grundsätzlich ablehnenden Position der deutschen Ärzteschaft steht.

Ein Einfluss auf die jeweilige Entscheidungsfindung konnte in der Umfrage nicht eindeutig für demographische Aspekte, zusammenfassend aber für wichtige Argumente der medizinethischen und öffentlichen Debatte gezeigt werden.

Die Einstellung der Teilnehmer hinsichtlich der Autonomie von Patienten, des Leidens von Patienten, aber auch in Bezug auf ihr Berufsethos und möglicher Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis sowie die Wahrnehmung von gesellschaftlichem Druck hatten einen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung der Befragten, Suizidassistenz (nicht) zu leisten (s. Abschnitt 4.1.4).

In der explorativen Analyse zeigte sich, dass die befragten Medizinstudierenden und Mediziner in ihrer Argumentation zumindest teilweise der medizinethischen Diskussion folgen. Im freien Antwortverhalten der Teilnehmer konnten verschiedene Argumentationstypen mit einer deutlich unterschiedlichen Schwerpunktsetzung und Gewichtung von Argumenten zwischen Befürwortern und Ablehnern einer Suizidassistenz für Depressive festgestellt werden.

In den folgenden Kapiteln soll diese unterschiedliche Schwerpunktsetzung nochmals in Anlehnung an die in Abschnitt 2.4 aufgearbeitete, medizinethische Diskussion in den folgenden Kategorien zusammenfassend beleuchtet werden:

- Ärztliche Suizidassistenz als patientenzentrierte Entscheidung
- Ärztliche Suizidassistenz als persönliche Entscheidung
- Suizidassistenz als Frage der Berufsethik
- Bedeutung der gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Im Anschluss an die Aufarbeitung werden die Limitationen und Stärken der Arbeit diskutiert und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen und mögliche Implikationen für die medizinische Ausbildung gegeben.

### 5.1.1 Ärztliche Suizidassistenz als patientenzentrierte Entscheidung

Insbesondere Personen, die sich im Fallbeispiel eine Assistenz vorstellen konnten, begründeten dies zusammengefasst mit ihrer Empathie für Betroffene. Im Fokus der Antwortenden stand dabei die Betrachtung von Aspekten aus Sicht der betroffenen Patientin.

In der qualitativen Analyse der Freitextantworten konnte dieses Antwortverhalten als „*Patienten-fokussierte-Sicht*“ (vgl. Abschnitt 4.2.3.1) zusammengefasst werden. Die genannten Argumente lassen sich dabei im Kern auf die medizinethischen Prinzipien der Achtung der *Patientenautonomie*, des *Patientenwohls* und der *Schadensvermeidung* zurückführen. Bemerkenswert ist dabei, dass im freien Antwortverhalten bei Teilnehmern, die einer Suizidassistenz zugestimmt hatten eine enge Verknüpfung mit der Einschätzung, dass die Betroffene „*austherapiert*“ sei - also durch weitere Behandlungen keine Besserung zu erwarten sei (vgl. Abschnitt 4.2.4) - erfolgte.

In der anschließenden Item-Abfrage zeigte sich ergänzend dazu, dass patientenzentrierte Argumente wie die *Selbstbestimmung Betroffener*, das *unerträgliche Leiden* und der *Wunsch nach einem würdevollen Sterben* von der Gesamtheit aller Teilnehmer mehrheitlich als nachvollziehbare Beweggründe eingeordnet wurden. Lediglich die im Fallbeispiel beschriebene *fehlende Lebensfreude* wurde von einer Mehrheit als nicht nachvollziehbar eingestuft. In der weiteren statistischen Analyse zeigte sich, dass die Teilnehmer, die die patientenzentrierten Argumente der *Selbstbestimmung*, des *würdevollen Sterbens* und der *fehlenden Lebensfreude* nachvollziehbarer fanden, eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten im Fall der Patientin der Suizidassistenz zuzustimmen.

Die Einordnung des Beweggrundes *unerträgliches Leiden* der Betroffenen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Bereitschaft zur Suizidassistenz, obwohl in der Umfrage eine Mehrheit von 65% der Meinung waren, dass psychisches Leid als gleichwertige Rechtfertigung für einen Sterbewunsch (im Vergleich zu physischem Leiden) dienen könne. Eine mögliche Erklärung könnte in der theoretischen Diskussion gefunden werden, wo das Argument der Leidensminderung sowohl als Begründung für Suizidassistenz, aber auch als Begründung für die Notwendigkeit einer weiteren therapeutischen Intervention ausgelegt wird.

Insgesamt findet sich bei den Teilnehmern eine hohe Überschneidung in der Anerkennung und Beachtung von patienten-fokussierten ethischen Aspekten.

Im freien Antwortverhalten zeigt sich aber hinsichtlich der *Patientenautonomie* ein deutlicher Unterschied zur medizinethischen Diskussion. Während in der ethischen Diskussion ausdrücklich von beiden Seiten um die Frage des Vorliegens von Autonomie bei Depressiven - und insbesondere auch der Beurteilbarkeit dieser- eine intensive Diskussion geführt wird, findet sich das Autonomie Argument in der freien Nennung deutlich häufiger bei der Gruppe der Zustimmungenden.

Als mögliche Erklärung für die vergleichsweise seltene spontane Betrachtung dieses Aspekts unter Ablehnern könnte dienen, dass von diesen die Autonomie der Betroffenen implizit als nicht ausreichend befunden wurde. Dafür könnte sprechen, dass 47% der Aussage, dass Depressive generell nicht über eine ausreichende Autonomie zur Entscheidung für einen Suizid verfügen würden, zustimmten und eine Zustimmung auch zu einer signifikant geringeren Bereitschaft zur Suizidassistenz führte.

Letztlich finden sich in den Teilnehmerantworten kaum Hinweise auf eine explizite Auseinandersetzung mit der differenzierten Einschätzung der Autonomie der Betroffenen. Unter Beachtung des in Kapitel 2.4.1.1. ausgearbeiteten, aktuellen wissenschaftlichen Stands des Konzeptes der Entscheidungsfähigkeit, wäre eine solche Auseinandersetzung aber aus medizinethischer Sicht eine notwendige Grundlage für eine reflektierte Entscheidungsfindung.

Die Frage der Zulässigkeit von Suizidassistenz für Depressive anhand einer medizinethischen Gewichtung des Autonomieprinzips generell zu klären, scheidet in der Theorie an der Definition der zugrundeliegenden Entscheidungsfähigkeit, welche keine ausreichende Verallgemeinerung zulässt, um eine Verwendung als generelles Ausschlussargument zulässig zu machen. Es lässt sich lediglich mit der (Un-)Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins von Entscheidungsfähigkeit und den Risiken bzw. praktischen Umsetzungsschwierigkeiten legitim argumentieren.

Hypothetisch kann - basierend auf der Umfrageanalyse - angenommen werden, dass die Teilnehmer nicht über ein ausreichend differenziertes Konzept des ethischen Prinzips der *Achtung der Autonomie* verfügten, um dieses als konkrete Hilfestellung für ihre individuelle ethische Entscheidungsfindung einzusetzen.

### 5.1.2 Ärztliche Suizidassistenz als persönliche Entscheidung

In der Entscheidung für oder gegen die Suizidassistenz im Fallbeispiel spielte neben Argumenten, die primär auf die Sicht des Patienten fokussierten auch persönliche Aspekte für die Befragten eine große Rolle.

So wurden in der freien Entscheidungsbegründung vor allem von Befragten, die eine Suizidassistenz abgelehnt hatten, das *eigene Gewissen* bzw. die *eigene Autonomie* und eine aus der Durchführung resultierende *Belastung* als Begründung genannt. Ebenfalls deutlich häufiger (vgl. Abbildung 14/15) wurde von dieser Gruppe die *persönliche Kompetenz* als nicht ausreichend für eine Einschätzung des Falls, aber auch der Durchführung einer ärztlichen Suizidassistenz benannt und ein *eigenständiger Suizid* der Betroffenen als mögliche Alternative benannt.

Die Bedeutung der *persönlichen Nachvollziehbarkeit* spielte hingegen sowohl für Befürworter als auch Ablehner der Suizidassistenz eine wichtige Rolle. So wurde diese im Sinne einer *fehlenden Nachvollziehbarkeit* deutlich häufiger von Ablehnern in der Freitextbegründung genannt. In der quantitativen Auswertung hingegen zeigte sich mit zunehmender Bedeutung einer *vorhandenen persönlichen Nachvollziehbarkeit* eine höhere Wahrscheinlichkeit, der Suizidassistenz zuzustimmen und dies mit einem - im Vergleich zu weiteren bewerteten Argumenten - deutlicher ausgeprägten Effekt.

Im Abgleich mit der medizinethischen Diskussion fällt auf, dass die Diskussion der *persönlichen Perspektive* von Medizinerinnen sich eher auf die Betonung einer Gewissensfreiheit beschränkt (vgl. Abschnitt 2.2.2.1). Wenig Beachtung findet dabei die Diskussion möglicher ethischer Probleme, die durch die Einnahme einer *persönlichen Perspektive* bei der Entscheidung für oder gegen ärztlich assistierten Suizid entstehen können. Ein mögliches Beispiel kann aus dem Antwortverhalten der Teilnehmer hinsichtlich des Aspekts des psychischen Leidens abgeleitet werden:

Von den im Fragebogen genannten möglichen Begründungen für den Wunsch nach Suizidassistenz wurde die fehlende Lebensfreude von den Teilnehmern als am wenigstens nachvollziehbar eingestuft und 35% der Teilnehmer sahen in psychischem Leiden keine zu einem physischen Leiden vergleichbare Rechtfertigung für einen Sterbewunsch. Wenn nun hypothetisch angenommen wird, dass Befragte, die einen aus psychischem Leiden resultierenden Sterbewunsch für weniger nachvollziehbar oder gerechtfertigt halten, ihre ärztliche Entscheidung für oder gegen Suizidassistenz primär

auf einer persönlichen Ebene reflektieren, könnte daraus eine Stigmatisierung von psychischem Leiden - basierend auf dem Aspekt einer erschwerten Nachvollziehbarkeit von psychischen Erkrankungen - entstehen.

Die Gefahr eines solchen Prozesses konnte beispielsweise in der folgenden Umfrage aufgezeigt werden: In der amerikanischen Bevölkerung hielten Befragte die Suizidalität Betroffener für akzeptabler, wenn diese unter einer körperlichen Behinderung litten oder die Befragten selbst unter depressiven Symptomen litten (Lund et al., 2016).

Eine weitere ableitbare mögliche Folge der starken Gewichtung der persönlichen Rolle in der ärztlichen Entscheidung ist die Gefahr, dass aufgrund persönlicher Vorerfahrungen vorhandene Genesungschancen zu negativ eingeschätzt werden könnten. Diese Annahme lässt sich beispielsweise in Ansätzen in der folgenden Antwort eines Teilnehmers aufzeigen:

*“Ich hatte selbst bereits depressive Episoden und kann daher den unglaublichen Leidensdruck der Patientin nachvollziehen.“*

Gleichzeitig könnte ein Zusammenhang mit der sehr unterschiedlichen Einschätzung der Prognose zwischen Befürwortern und Ablehnern von Suizidassistentz bestehen, welche sich aus den Abbildungen 14/15 als einen zumindest implizit stattfindenden Prozess ableiten lässt. In verschiedenen Studien konnte hierzu bereits gezeigt werden, dass persönliche Überzeugungen von Medizinerinnen in den Niederlanden deren Entscheidungen in ethischen Fragestellungen beeinflussen (Bolt et al., 2015).

Auch ein Einfluss auf medizinische Beurteilungen - wie oben für die Frage der Prognose ausgeführt - konnte in einer Umfrage unter Psychiaterinnen in Amerika bereits für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit gezeigt werden: Medizinerinnen die Suizidassistentz eher ablehnten, stimmten auch für strengere Kriterien bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten (Ganzini et al., 2000).

Die generelle Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts, dass die Beweggründe für einen Sterbewunsch sich einer Bewertung durch Dritte entziehen, ist - speziell vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Bedeutung der *persönlichen Rolle* - als Fokussierung auf eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung zu betrachten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass im Falle einer regelhaften Durchführung von Suizidassistentz durch

Ärzte eine gründliche und individuelle Reflektion der „*persönlichen Rolle*“ in der Entscheidungsfindung von größter Bedeutung sein wird.

Infolge des in der Umfrage gezeigten Einflusses der *persönlichen Nachvollziehbarkeit* wäre weiterführend eine vertiefte Diskussion dieses Aspekts aus medizinethischer Sicht ein wichtiger Schritt. Zur Diskussion könnte zudem gestellt werden, inwiefern das Antwortverhalten der Teilnehmer auf einer mangelnden Fähigkeit, die Frage nach ärztlicher Suizidassistenz basierend auf einem professionellen Rollenverständnis zu reflektieren, beruhen könnte.

### 5.1.3 Suizidassistenz aus ärztlicher Sicht

Befragte, die eine ärztliche Suizidassistenz im Fallbeispiel ablehnten, begründeten dies in der Umfrage von sich aus, deutlich häufiger mit Argumenten, die hinweisend auf die Einnahme einer ärztlichen Perspektive sind. Die ärztliche Rolle und damit auch das ärztliche Ethos stellte damit - neben den im vorangegangenen Abschnitt beleuchteten persönlichen Aspekten - einen wichtigen Faktor in der Entscheidungsfindung dar (vgl. Abbildung 14/15).

Ausformuliert wurde dies im Freitext häufig mit der Angabe, dass es sich bei Suizidassistenz nicht um eine ärztliche Aufgabe handle. Dies steht in Einklang mit den öffentlichen Positionen ärztlicher Verbände (vgl. Abschnitt 2.2.2.1.). Bemerkenswert scheint dabei aus medizinethischer Sicht, dass ähnlich wie in der öffentlichen Diskussion auch in den Antworten der Teilnehmer nur sehr selten eine zugrunde liegende Reflektion ausgearbeitet wurde, sodass der Verweis auf die ärztliche Aufgabe eher im Sinne einer generellen Ablehnung verstanden werden kann. Lediglich teilweise wurde hierbei explizit auf den - auch in der theoretischen Diskussion zu findenden (vgl. Abschnitt 2.4.1.2) - Widerspruch von Suizidassistenz mit dem ärztlichen Heilungsauftrag eingegangen. In diesen Fällen beriefen sich Befragte auf ihren therapeutischen Auftrag und den Schutz des Lebens.

Im internationalen Vergleich ist eine alternative Interpretation der Argumentation der „*ärztlichen Aufgabe*“ zu beobachten. So begründeten in einer Umfrage unter Psychiatern in den Niederlanden gerade die Befürworter einer ärztlichen Suizidassistenz dies mit der Angabe, dass die Entscheidung über die Zulässigkeit des Assistenzwunsches als ärztliche Aufgabe zu betrachten sei. Eine Ablehnung wurde von den Befragten auch

angesichts der bestehenden gesetzlichen Regelung eher mit konkreten Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit einer ärztlichen Suizidassistenz, beispielsweise hinsichtlich der Beurteilbarkeit der Entscheidungsfähigkeit und der Versorgungssituation von Patienten im psychiatrischen Hilfesystem begründet (Onwuteaka-Philipsen et al., 2017). Gerade in dieser divergierenden Interpretation zeigt sich, dass der alleinige Verweis auf einen ärztlichen Aufgabenbereich beliebig definiert werden kann, wenn der Einschränkung des Aufgabenbereichs keine klar definierte Abwägung ethischer Prinzipien zugrunde liegt.

In der qualitativen Analyse der Umfrage zeigte sich in Hinblick auf die ärztliche Perspektive zudem ein deutlicher Einfluss der Interpretation des ärztlichen Berufsethos:

So hatten Mediziner, die eine ärztliche Suizidassistenz für nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar hielten, eine höhere Wahrscheinlichkeit die Suizidassistenz im Fallbeispiel mit Sicherheit abzulehnen. Dabei zu beachten ist jedoch, dass hierdurch noch nicht definiert wurde, worin das ärztliche Ethos für den einzelnen Teilnehmer besteht. Ein Beispiel für eine persönliche Interpretation findet sich in den Rückmeldungen zur Umfrage, in denen ein Teilnehmer fordert:

*„Ärztlicher Berufsethos muss besser definiert werden, denn ich finde es gibt einen theoretischen (den Menschen immer möglichst leben lassen/am Leben halten) und einen praktischen (wenn es dem Patienten so schlecht geht, dass es ihm tot besser gehen würde, soll man ihn sterben lassen dürfen - z.B. palliativ)“*

Auch in der theoretischen Diskussion weisen Beauchamp und Childress drauf hin, dass das Konzept des Berufsethos problembehaftet ist. Gerade in der Medizin basierten Standesrichtlinien häufig auf einem historischen Prozess der Wahrung der Interessen der eigenen Profession. Solche Richtlinien würden damit weniger allgemeinen ethischen Standards genügen, sondern vielmehr lediglich der moralischen Autorität der Praktizierenden selbst. Zudem würden diese Richtlinien den mit der Profession verbundenen Traditionen unterliegen (Beauchamp & Childress, 2019).

#### 5.1.4 Bedeutung der gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Auch die Bedeutung der gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zeichnete sich in der Umfrage sowohl im freien Antwortverhalten der Teilnehmer als auch in der Untersuchung möglicher Einflussfaktoren ab.

Die in der theoretischen Diskussion vielfach geäußerte Annahme, dass eine Legalisierung einen eintretenden Vertrauensverlust zur Folge haben würde, spiegelte sich auch in der Wahrnehmung der Teilnehmer wider. So machte eine Sorge der Teilnehmer, dass eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids einen Vertrauensverlust der Gesellschaft in die Ärzteschaft zur Folge haben könnte, eine Ablehnung von Suizidassistenz in der Fallvignette wahrscheinlicher. Gleichzeitig zeigte sich, dass ein von den Befragten vermehrt empfundener gesellschaftlicher Druck eher eine Zustimmung zur Suizidassistenz zur Folge hatte.

Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass sich Befragte unter Druck gesetzt fühlen, der Suizidassistenz eher zuzustimmen. Basierend auf dem freien Antwortverhalten, ist auch eine alternative Interpretation ableitbar: Wiederkehrend wurde von Teilnehmern eine mögliche Strafbarkeit als ausschlaggebend für die Ablehnung der Suizidassistenz genannt. Darauf basierend könnte angenommen werden, dass sich die Gruppe der Befürworter unter einem höheren gesellschaftlichen Druck aufgrund ihrer Einstellung sieht. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, um die Auswirkungen des Einflusses der öffentlichen Debatte, der gesetzlichen Regelungen und der Vorgaben der Berufsverbände auf die ethische Entscheidungsfindung von Medizinern in der klinischen Praxis zu verstehen.

#### 5.2 Limitationen und Stärken der Arbeit

Limitationen der Arbeit ergeben sich aus der diskutierten Thematik in Verbindung mit dem gewählten Umfragedesign. Wie in der Aufarbeitung der theoretischen Diskussion zumindest in Teilen sichtbar gemacht werden konnte, handelt es sich bei der Frage nach ärztlicher Suizidassistenz für depressiv Erkrankte um eine höchst komplexe Fragestellung, für die keine allgemeingültige Lösung vorliegt. Hinsichtlich der Aufarbeitung der ethischen Diskussion ergeben sich Limitationen aufgrund der vorhandenen Literatur und Datenlage.

Wie bereits in Abschnitt 2.4 berichtet, finden sich von Gegnern der ärztlichen Suizidassistenz häufig aus ethischer Sicht weniger differenzierte, deutlich kürzere Ausarbeitungen, die argumentativ mehr auf klinischen Erfahrungswerten aufbauen.

Gleichzeitig sind systematische Erhebungen, die eine eindeutige Grundlage für eine „empirische Ethik“ liefern noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden, um Länderspezifische Aussagen zu tätigen.

Eine digitale Umfrage kann dabei am ehesten nur in Ausschnitten einen Einblick in die gedanklichen Prozesse der Befragten geben. So ist davon auszugehen, dass Teilnehmer in der freien Antwort zu Begründung ihrer Entscheidung unter Umständen nur vordergründig relevante Argumente genannt haben. Zudem konnten bei der Auswertung der freien Antworten keine weiteren Nachfragen zur Interpretation der Antworten gestellt werden. Weiter konnten die in der Umfrage erhobenen, demographischen Daten nicht überprüft werden, sodass für die Richtigkeit der Angaben keine Gewähr besteht. Zudem lässt sich aus der Selbstauskunft der Teilnehmer ableiten, dass die Umfrage von einer hinsichtlich des Ausbildungsstands sehr heterogenen Gruppe beantwortet wurde.

Durch die Konstruktion des Fallbeispiels und der anschließend erbetenen Entscheidung bestand außerdem eine direkte Konfrontation mit der Thematik, welche von Teilnehmern teils kritisiert wurde. Wiederkehrend wurde auf die fehlende (Antwort-)Möglichkeit einer eigenständig von der Patientin umgesetzten Beendigung der Nahrungsaufnahme oder eines palliativen Konzeptes, das vereinzelt auch die Option einer palliativen Sedierung einschloss, als mögliches Vorgehen verwiesen.

Auch die in der Umfrage erbetene Gewichtung verschiedener, der ethischen Diskussion entnommener Argumente wurde von Befragten teils als implizite Rechtfertigung der Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids wahrgenommen. Weiter wurde der Wunsch nach gezielter Abfrage „*persönlicher Beweggründe*“ wie eine resultierende Belastung oder religiöse Ansichten in den freien Rückmeldungen geäußert.

Eine Stärke der Arbeit besteht hinsichtlich der Umfrage in der Größe der Stichprobe, die trotz des oben berichteten Einschränkungen durch das Studiendesign einen guten Einblick in die Beweggründe von zukünftigen Medizinerinnen in Bezug auf ein aktuelles und umstrittenes Thema liefern kann. Durch die Möglichkeit einer frei formulierten Begründung konnte zudem sichergestellt werden, dass alle für die Befragten

relevanten Aspekte ermittelt werden konnten. Die Analyse dieser freien Antworten wurde entsprechend der in Abschnitt 3.4.2.1. beschriebenen Standards der zusammenfassenden qualitativen Datenanalyse nach Mayring (2019) durchgeführt. Die gewählte Methode wurde aufgrund der großen Datenmengen und dem Ziel einer Gewinnung eines thematischen Überblicks als geeignetste Methodik ausgewählt.

Eine zur Reduktion der Subjektivität der Analyse empfohlene Rekodierung durch einen unabhängigen Rater wurde nicht umgesetzt, was bei der Interpretation der erfolgten Analyse zu beachten ist. Zu betonen ist, dass diese Analyse sich ausschließlich in dem deskriptiven Rahmen bewegt, der auch im Hintergrund-Kapitel (s. Abschnitt 2) im Sinne einer deskriptiven medizinethischen Aufarbeitung gewahrt wurde.

### 5.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Ärztliche Suizidassistenz insbesondere für depressiv erkrankte Personen bleibt – wie auch in der der Arbeit aufgezeigt werden konnte - eine weiterhin umstrittene Thematik, bei der große Unsicherheiten bezüglich der ärztlichen Rolle fortbestehen. Im Rahmen der Arbeit konnte ein erster Einblick in die Beweggründe von (zukünftigen) Medizinerinnen hinsichtlich ihrer Einstellung zur ärztlichen Suizidassistenz gewonnen werden. Deutlich wurde, dass diese Thematik die Befragten vor eine große Herausforderung stellte und davon ausgegangen werden kann, dass eine mögliche Assistenz an einem Patientensuizid für viele Mediziner eine große emotionale Belastung darstellen würde.

In der qualitativen Analyse konnte gezeigt werden, dass Medizinstudierende und Mediziner eine derartige Anfrage mit einer sehr unterschiedlichen Gewichtung von Argumenten beantworten. Ableiten lässt sich, dass diese Gewichtung am ehesten als Einnahme verschiedener Rollen – einer ärztlichen, persönlichen und gesellschaftsorientierten - in der Entscheidungsfindung dargestellt werden kann. Weiter zeigte sich, dass ein großer Bedarf nach Orientierung in der Beantwortung der Frage für die Teilnehmer besteht und diese häufig darauf hinwiesen sich in ihrer Entscheidung und deren Begründung unsicher zu sein.

In den freien Antworten konnte - unter Beachtung der oben diskutierten Limitationen - nur in geringem Ausmaß ein Hinweis auf eine gezielte Reflektion der eingenommenen Rollen und der getroffenen medizinethischen Abwägungen gefunden

werden. So ist davon auszugehen, dass die Befragten Schwierigkeiten hatten, das ethische Prinzip der Achtung der Autonomie ausreichend zu differenzieren, um dieses als konkrete Hilfestellung in der Entscheidungsfindung einzusetzen.

Hinsichtlich persönlicher Beweggründe der Teilnehmer zeigte sich, dass diese einen relevanten Einfluss auf die Entscheidungsfindung hatten, welcher von den Teilnehmern kaum von der Abwägung ethischer Pflichten in der Arztrolle abgetrennt wurde. Eine derartige Abwägung in ärztlicher Rolle blieb häufig auf einen Verweis auf das eingeschränkte ärztliche Aufgabenfeld und teilweise auf das Prinzip des Lebensschutzes bzw. des Heilauftrags beschränkt. Selten war eine Abwägung der ethischen Prinzipien und vor allem eine konkrete Diskussion der Bedeutung des jeweiligen Prinzips für den berichteten Patientenfall in den Teilnehmerantworten zu finden. Diesbezüglich konnte im theoretischen Teil der Arbeit gezeigt werden, dass eine Diskussion der ärztlichen Suizidassistenten für Depressive nicht lediglich in einer Gewichtung verschiedener Prinzipien gegeneinander bestehen kann, sondern von ebenso großer Bedeutung eine Abwägung des für und wider innerhalb des betrachteten Prinzips ist.

Im Rahmen weiterer Forschungsvorhaben könnte der Entscheidungsprozess von Medizinerinnen in der Frage der ärztlichen Suizidassistenten weiter analysiert werden. Dadurch könnten weitere Einflussfaktoren wie beispielsweise religiöse Ansichten oder Persönlichkeitsmerkmale identifiziert werden. Auch hinsichtlich der Auswirkungen des Einflusses der öffentlichen Debatte, gesetzlicher Regelungen und Vorgaben der Berufsverbände konnte durch die Umfrage lediglich erste Hinweis auf die Bedeutung dieser Aspekte gefunden werden. In der Folge wäre zudem zu prüfen, inwiefern sich durch weitere Erhebungen ein allgemeines Modell für die Entscheidungsfindung komplexer ethischer Fragestellungen in medizinischen Kontexten entwickeln lässt.

Aufbauend auf einem solchen Modell könnte geprüft werden, inwiefern Medizinerinnen im Rahmen ihrer Ausbildung die Fähigkeit einer - wie von Beauchamp und Childress angedachten - differenzierten medizinethischen Abwägung für den Einzelfall erlernen können und die Fähigkeit persönliche Einflussfaktoren zu reflektieren, gestärkt werden könnte (Beauchamp & Childress, 2019).

Zusammenfassend zeigt sich in der Arbeit eine hohe Relevanz der theoretischen, medizinethischen Diskussion für die Ärzteschaft. Insbesondere durch eine Analyse der

getätigten individuellen Abwägungen, konnte die Bedeutung einer medizinethischen Ausbildung als Grundlage für die Reflexion des professionellen Handelns gezeigt werden. Gleichzeitig wurde auch die Größe der persönlichen Einflussfaktoren deutlich, aufgrund derer infrage gestellt werden kann, ob die grundsätzliche Vorgabe des Bundesgerichtshofs, dass keinerlei Beurteilung der Beweggründe erfolgen dürfe, sich mit der „menschlichen Realität“ der involvierten Personen vereinbar ist. Gleichzeitig kann gerade anhand dieses Einblicks postuliert werden, dass eine derartige Vorgabe letztlich einen Schutz vor einer drohenden unzulässigen Bewertung aufgrund von persönlichen Werten darstellen könnte.

Auf die Differenzierung zwischen persönlichen und professionell-gesellschaftlichen Entscheidungsaspekten zielt auch der folgende Vorschlag eines Teilnehmers ab, in zukünftigen Befragungen vorab eine „Trennung der Rollen“ vorzunehmen:

*„Vielleicht müsste man auch eine Unterscheidung treffen, ob man persönlich assistierten Suizid (unabhängig vom Fall) durchführen könnte und warum - und andererseits, was man allgemeingesellschaftlich dazu denkt.“*

In ähnlichen Rückmeldungen wurde auch von weiteren Teilnehmern darauf hingewiesen, dass ihr Handeln als Arzt sich vom Umgang mit Suizidassistenz in einem privaten Kontext unterscheiden würde.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der aus den Teilnehmer Rückmeldungen abgeleitet werden konnte, war der Wunsch nach einer öffentlichen Diskussion:

*„Dies ist ein äußerst empfindliches und wichtiges Thema. Eine Debatte darüber finde ich nur wünschenswert.“*

Aber auch die Sinnhaftigkeit einer persönlichen Auseinandersetzung mit der Thematik, welche für viele Teilnehmer nach ihrem Empfinden durch die Umfrage angeregt wurde, wurde vermehrt rückgemeldet.

Die Notwendigkeit einer solchen Auseinandersetzung zeigte sich auch in der Tatsache, dass eine Mehrheit der befragten Ärzte im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits um Suizidassistenz gebeten wurde. Auch internationale Stimmen mahnen an, dass die Psychiatrische Gemeinschaft sich auf die kommenden Herausforderungen durch die

zunehmende Legalisierung von ärztlicher Suizidassistenz mit klaren klinischen Standards und einer entsprechenden medizinischen Ausbildung vorbereiten müssen wird (Sheehan, 2017).

Ziel einer solchen vorbereitenden Ausbildung müsste - basierend auf den Ergebnissen der Arbeit - die Fähigkeit einer individuellen ethischen Entscheidungsfindung sein, welche eine reflektierte Berücksichtigung persönlicher Beweggründe zulässt und trotzdem einem berufsethischen Handeln in ärztlicher Rolle gerecht wird.

Während das Urteil des Bundesgerichtshofs einen deutlichen Anstoß für eine öffentliche Diskussion der Frage nach ärztlicher Suizidassistenz auch für depressiv erkrankte Personen darstellte, bleibt weiterhin offen, welche Rahmenbedingungen auf gesetzlicher Ebene in den nächsten Jahren diesbezüglich geschaffen werden.

Nach Einschätzung von Wiesing (2021) ist dabei aber zu beachten, dass das Urteil eben nicht als Stellungnahme gegen eine ethische Position, welche ärztliche Suizidassistenz ablehnt, interpretiert werden könne, sondern lediglich einschränke, dass es nicht dem Staat obliege, eine solche ethische Position verpflichtend für alle Staatsangehörigen zu machen. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass gesetzliche Rahmenbedingungen auch in Zukunft Mediziner abverlangen werden, ihre persönliche ethische Position zu finden. Nicht beantwortet bleibt dadurch die Frage, inwiefern sich Mediziner als Berufsstand angesichts einer pluralistisch entwickelnden Gesellschaft - in der ein rechtlicher Rahmen verschiedenste Vorstellungen eines guten Lebens und Sterbens für zulässig erklärt - überhaupt in der Zuständigkeit sehen, in diesen Prozess involviert zu werden. Wenn sich aber aus ethischer Sicht keine besser zu vertretende alternative Zuständigkeit findet und man entsprechend der Aussage Wiesings (2021) folgen will, dass die Beteiligung von Ärzten am assistierten Suizid vor dem bestehenden Tatsachenhintergrund selbstevident sei, dann bedarf es einer von und für Medizinern geführten Debatte um ärztliche Suizidassistenz. Ziel dieser müsste es sein, den notwendigen Grad der Verantwortungsübernahme sowohl in der gesellschaftlichen und politischen Dimension aber auch im Einzelfall basierend auf einer bewussten ethischen Reflektion abzuwägen. Notwendig ist dafür eine offene Auseinandersetzung, die in der medizinischen Ausbildung beginnt und zu der diese Arbeit einen ersten Betrag leiten soll.

## 6 Zusammenfassung

Im Februar 2020 wurde die bisherige gesetzliche Regelung, die in Deutschland eine geschäftsmäßige Suizidassistenz untersagt hatte, aufgehoben. Dies führte zu verstärkten Debatten um die Rolle der Ärzteschaft. Mediziner werden im Rahmen ihrer Arbeit wiederkehrend „Bitten um Suizid-Assistenz“ auch von Patienten mit Depressionen konfrontiert. Eine Umfrage wurde konzipiert, um zu ermitteln, wie Medizinstudierende und Mediziner mit einer Bitte um Suizid-Assistenz umgehen und welche Beweggründe sie bei ihrer Entscheidung beeinflussen. Als Studiendesign wurde eine anonyme, digitale Umfrage im Querschnitts-Design gewählt. Die Konzeption des Fragebogens erfolgte im Expertenteam (Kollegen aus Ethik und Psychosomatik Tübingen) basierend auf einer Literaturrecherche zur ethischen und gesellschaftspolitischen Diskussion der Thematik. Zur Teilnahme eingeladen wurden Mediziner und Medizinstudierende deutschlandweit. In der Umfrage entschieden die Teilnehmenden anhand einer Patientenvignette einer chronisch depressiven Patientin, die um ärztliche Assistenz bei ihrem Suizidwunsch bittet, ob sie in diesem Fall Suizidassistenz leisten würden. Zudem wurden Sie um die Bewertung verschiedener theoretischer Argumente zum Thema Suizidassistenz gebeten. Übergeordnet handelte es sich dabei um patientenzentrierte ethische Argumente, depressionsspezifische Aspekte, die Bedeutung des ärztlichen Berufsethos und gesamtgesellschaftliche Aspekte. Insgesamt schlossen N= 1484 Teilnehmende die Umfrage ab (Response Rate = 42%). Davon waren n = 292 Ärzte und n = 1186 Medizinstudierende. Der Anteil weiblicher bzw. männlicher Teilnehmer lag bei n = 911 (65,6%) bzw. 478 (34,4 %). 95 Teilnehmende machten keine Angabe. Das mittlere Alter lag bei M = 28 Jahren mit einer Range von 17-77 Jahren. 470 (32%) der Teilnehmer lehnten eine Suizidbeihilfe im Fall der chronisch depressiven Patientin mit Sicherheit ab. 582 (39%) gaben an die Anfrage „vermutlich“ abzulehnen. Insgesamt n = 375 der Teilnehmer (25%) entschieden sich der Anfrage eher zuzustimmen. 57 Teilnehmer (4%) würden der Anfrage nach Suizidbeihilfe ihrer Einschätzung nach mit Sicherheit zustimmen. Zur Bestimmung der unterschiedlichen Einflussfaktoren der Suizidbeihilfe wurde eine generalisierte ordinale Regression mit Stata Statistics durchgeführt. Demographische Faktoren hatten geringen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Suizidassistenz. Mit zunehmendem Teilnehmer-Alter wurde eine Ablehnung der Suizidassistenz geringfügig wahrscheinlicher. Der Berufsstand und das Geschlecht der

Teilnehmer hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung. Patientenzentrierte Argumente wie „Selbstbestimmung“ „würdevolles Sterben“ und „fehlende Lebensfreude“ erhöhten die Wahrscheinlichkeit für eine Zustimmung zur Suizidbeihilfe. Ebenso wuchs mit der Ansicht, dass psychisches Leiden in gleichem Maße einen Suizidwunsch rechtfertigen könne wie physisches Leiden, die Bereitschaft zur Suizidassistentz. Argumente, die eher mit einer Ablehnung der Bitte nach Suizidassistentz assoziiert sind, waren die Einschätzung von krankheitsbedingt mangelnder Autonomie auf Patientenseite und die wahrgenommene Unvereinbarkeit von Suizidassistentz mit dem ärztlichen Berufsethos. Auch die Sorge vor einem Vertrauensverlust in die Ärzteschaft, ließ die Bereitschaft zur Suizidassistentz sinken. Die Ergebnisse zeigen, dass die persönliche Bereitschaft unter Medizinstudierenden und Medizinerinnen depressiven Patienten Suizidassistentz zu leisten grundsätzlich eher gering ist. Beeinflusst wird die Bereitschaft dabei weniger von individuellen demographischen Faktoren, wie dem Geschlecht, Alter oder dem Berufsstand und mehr durch medizinethische und moralische Überlegungen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer fortgesetzten ethischen Debatte als richtungsweisende Entscheidungsgrundlage für Mediziner in Deutschland. Eine reguläre Bearbeitung vergleichbarer fiktiver Kasuistiken während des Studiums, könnte dabei einen wichtigen Beitrag leisten eine Reflexion eigener Werte und Überzeugungen im Spiegel gesellschaftspolitischer Debatten anzuregen.

## 7 Literaturverzeichnis

- American Association of Suicidology. (2017). "Suicide" is not the same as "physician aid in dying". <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf>
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Anderson, I. M. (2018). We all know what we mean by treatment-resistant depression - don't we? [Editorial Material]. *British Journal of Psychiatry*, 212(5), 259-261. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.56>
- Appelbaum, P. S. (2007, Nov 1). Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*, 357(18), 1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Appelbaum, P. S. (2017). Should Mental Disorders Be a Basis for Physician-Assisted Death? *Psychiatr Serv*, 68(4), 315-317. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700013>
- Appelbaum, P. S. (2018). Physician-assisted death in psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 145-146. <https://doi.org/10.1002/wps.20548>
- Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1988, Dec 22). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*, 319(25), 1635-1638. <https://doi.org/10.1056/NEJM198812223192504>
- Ärzteblatt. (2020). *Gekipptes Sterbehilfeverbot löst heftige Reaktionen aus*. Retrieved 16.02.2021 from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109662/Gekipptes-Sterbehilfeverbot-loest-heftige-Reaktionen-aus>
- Ärztezeitung. (2019). *Umfrage - Große Mehrheit für legale Sterbehilfe*. Ärztezeitung. Retrieved 22.02.2021 from <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Grosse-Mehrheit-fuer-legale-Sterbehilfe-255880.html>
- Baron, C. H. (2000). Competency and common law: why and how decision-making capacity criteria should be drawn from the capacity-determination process. *Psychol Public Policy Law*, 6(2), 373-381. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12659114>
- Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007a). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*, 33(10), 591-597. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335>

- Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007b). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. *Journal of Medical Ethics*, 33(10), 591-597. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335>
- Beauchamp, T. L., -, & Childress, J. F., -. (2019). *Principles of biomedical ethics* (P. Oxford University, Trans.; Eighth edition ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*, 31(5), 837-845. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459381>
- Bergfeld, I. O., Mantione, M., Figeer, M., Schuurman, P. R., Lok, A., & Denys, D. (2018). Treatment-resistant depression and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 235, 362-367. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.016>
- Birnbacher, D. (2006). Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. *Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11*, 7-19.
- Birnbacher, D. (2020). *Ethik im Gesundheitswesen: Autonomie – Konzepte und Konflikte*. Springer Verlag. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3>
- Blanke, C., LeBlanc, M., Hershman, D., Ellis, L., & Meyskens, F. (2017). Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon. *JAMA Oncol*, 3(10), 1403-1406. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2017.0243>
- Blikshavn, T., Husum, T. L., & Magelssen, M. (2017). Four Reasons Why Assisted Dying Should Not Be Offered for Depression. *J Bioeth Inq*, 14(1), 151-157. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9759-4>
- Boer, T. A. (2017). Does Euthanasia Have a Dampening Effect on Suicide Rates? Recent Experiences from the Netherlands. *Journal of Ethics in Mental Health, Open Volume 10*.
- Bolt, E. E., Snijdewind, M. C., Willems, D. L., van der Heide, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2015). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 592-598. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102150>
- Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J., & Wiesing, U. (2017). Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. *Springer, Berlin, Heidelberg*, 9, 3, 11, 12, 86, 76, 77, 109, 187, 103, 179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-52669-9>

- Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J., & Wiesing, U. (2020). *Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben* (2 ed.) [Book]. Kohlhammer.
- Bosshard, G., Broeckaert, B., Clark, D., Materstvedt, L. J., Gordijn, B., & Müller-Busch, H. C. (2008). A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. *J Med Ethics*, *34*(1), 28-32. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.018911>
- Bozzaro, C. (2015). Physician-assisted suicide: can unbearable suffering be a criterion? *Dtsch Med Wochenschr*, *140*(2), 131-134. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100030>
- Brant, R. (1990). Assessing Proportionality in the Proportional Odds Model for Ordinal Logistic Regression. *Biometrics*, *46*(4), 1171-1178. <https://doi.org/10.2307/2532457>
- Broome, M. R., & de Cates, A. (2015). Choosing death in depression: a commentary on 'Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying'. *J Med Ethics*, *41*(8), 586-587. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-102812>
- Bruns, F., Blumenthal, S., & Hohendorf, G. (2016). Assisted suicide in Germany: medical diagnoses and personal reasons of 117 decedents. *Dtsch Med Wochenschr*, *141*(4), e32-37. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111182>
- Buiting, H. M., Gevers, J. K. M., Rietjens, J. A. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, P. J., van der Heide, A., & van Delden, J. J. M. (2008). Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective. *Journal of Medical Ethics*, *34*(9). <https://doi.org/10.1136/jme.2008.024976>
- Bundesärztekammer. (2010). *Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft*. Bundesärztekammer. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf)
- Bundesärztekammer. (2011). *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Bundesärztekammer. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf)
- Bundesärztekammer. (2018). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte-Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages*. Bundesärztekammer. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf)

- Bundesministerium der Justiz. (2015). § 217 *Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung*. Bundesministerium der Justiz. Retrieved 20.20.2019 from [http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_217.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_217.html)
- Bundesverfassungsgericht. (2020). *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020* [http://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715.html](http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html)
- Calati, R., Olié, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2020). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res*, 135, 153-173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>
- Charland, L. C. (2016). Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders. *Journal of Ethics in Mental Health*, 1-14.
- Coryell, W. (2018). *Depressive Störungen*. MSD Manual. Retrieved 23.02.2021 from <https://www.msmanuals.com/de/profi/psychische-stoerungen/affektive-stoerungen/depressive-stoerungen>
- Cowley, C. (2015). Commentary on 'Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying'. *J Med Ethics*, 41(8), 585-586. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-102811>
- DAK-Gesundheit. (2014). *Umfrage Meinungen zum Thema Sterbehilfe* [http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage\\_zur\\_Sterbehilfe-1358250.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358250.pdf)
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2011). 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *J Med Ethics*, 37(12), 727-734. <https://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>
- Dembo, J., Schuklenk, U., & Reggler, J. (2018). "For Their Own Good": A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Can J Psychiatry*, 63(7), 451-456. <https://doi.org/10.1177/0706743718766055>
- den Hartogh, G. (2015a). Do we need a threshold conception of competence? *Med Health Care Philos*. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9646-5>
- den Hartogh, G. (2015b). Why extra caution is needed in the case of depressed patients. *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 588-589. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-102814>
- den Hartogh, G. (2016). Two Kinds of Suicide. *Bioethics*, 30(9), 672-680. <https://doi.org/10.1111/bioe.12287>

- Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. u. N. (2020). *Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistentz*  
<https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2020/suizidassistentz.html>
- Doernberg, S. N., Peteet, J. R., & Kim, S. Y. H. (2016). Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands. *Psychosomatics*, 57(6), 556-565.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.06.005>
- Ethikrat, N. (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. *Nationaler Ethikrat*.  
[https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf)
- Euthanasia-Review-Committees, R. (2019). *Annual Report*  
<https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/annual-reports>
- Friedrich Spittler, J. (2016). Urteilsfähigkeit, psychische Störung und Suizid-Beihilfe-Ansinnen. *SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG*, 97(11), 435–437.
- Fuchs, T., & Lauter, H. (1997). Der Fall Chabot: Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht\*. *Nervenarzt*, 68, 878-883.
- Ganzini, L., Fenn, D. S., Lee, M. A., Heintz, R. T., & Bloom, J. D. (1996). Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry*, 153(11), 1469-1475. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1469>
- Ganzini, L., Goy, E. R., & Dobscha, S. K. (2008). Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 337(7676).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.a1682>
- Ganzini, L., Leong, G. B., Fenn, D. S., Silva, J. A., & Weinstock, R. (2000). Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *Am J Psychiatry*, 157(4), 595-600.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10739419/>
- Gather, J., & Vollmann, J. (2015). Suizidprävention und ärztlich assistierte Selbsttötung. Ein unauflösbarer ethischer Widerspruch für Psychiater? *Nervenheilkunde*, 34(6), 430-435.  
<http://www.schattauer.de/t3page/1214.html?manuscript=24405>
- Gaynes, B. N., Lux, L., Gartlehner, G., Asher, G., Forman-Hoffman, V., Green, J., Boland, E., Weber, R. P., Randolph, C., Bann, C., Coker-Schwimmer, E., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2020). Defining treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*, 37(2), 134-145.  
<https://doi.org/10.1002/da.22968>

- Gaynes, B. N., Warden, D., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Fava, M., & Rush, A. J. (2009). What did STAR\*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv*, *60*(11), 1439-1445. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.11.1439>
- Gillon, R. (1985). Justice and medical ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)*, *291*(6489), 201-202. <https://doi.org/10.1136/bmj.291.6489.201>
- Hall, M., Trachtenberg, F., & Dugan, E. (2005). The impact on patient trust of legalising physician aid in dying. *J Med Ethics*, *31*(12), 693-697. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.011452>
- Henriques, G., Wenzel, A., Brown, G., & Beck, A. (2005). Suicide Attempters' Reaction to Survival as a Risk Factor for Eventual Suicide. *The American journal of psychiatry*, *162*, 2180-2182. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2180>
- Hewitt, J. (2013, ). Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate? *International Journal of Law and Psychiatry*, *36*(5), 358-365. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.006>
- Hindmarch, T., Hotopf, M., & Owen, G. S. (2013). Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BMC Med Ethics*, *14*, 54. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-54>
- Holm, S. (1995). Not just autonomy--the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics*, *21*(6), 332-338. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8778456>
- Hoven, E. (2019). *Die Patienten entscheiden*. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2019-07/sterbehilfe-aerzte-suizid-bundesgerichtshof-urteil/komplettansicht>
- Jakob, A. H. (2004). Arzt und Patient: Nil nocere. *Dtsch Arztebl International*, *101*(24), A-1708. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=42235>
- Jansen-van der Weide, M. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2005). Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med*, *165*(15), 1698-1704. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.15.1698>
- Jones, D. A., & Paton, D. (2015). How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide? *South Med J*, *108*(10), 599-604. <https://doi.org/10.14423/smj.00000000000000349>
- Kelly, B. D. (2017). Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia. *Br J Psychiatry*, *211*(4), 248-249. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199695>

- Kelly, B. D., & McLoughlin, D. M. (2002). Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. *Br J Psychiatry*, *181*, 278-279. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.278>
- Kim, S. H., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2018). Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders: How much overlap? *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2065>
- Kim, S. Y., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, *73*(4), 362-368. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>
- Kim, S. Y., & Lemmens, T. (2016). Should assisted dying for psychiatric disorders be legalized in Canada? *CMAJ*, *188*(14), E337-e339. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160365>
- Kim, S. Y. H., Bethesda, & Arbor, A. (2017). Capacity Assessments as a Safeguard for Psychiatric Patients Requesting Euthanasia. *Journal of Ethics in Mental Health*, *10*, 1-3.
- Kirby, J. (2017). Medical Assistance in Dying for Suffering Arising from Mental Health Disorders: Could augmented safeguards enhance its ethical acceptability? *Journal of Ethics in Mental Health*, *10*, 1-18.
- Kissane, D. W., & Kelly, B. J. (2000). Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. *Aust N Z J Psychiatry*, *34*(2), 325-333. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789538>
- Krumm, S. (2016). Assisted Suicide for People with Severe Mental Illness - Contra. *Psychiatr Prax*, *43*(8), 412-413. <https://doi.org/10.1055/s-0042-119790>
- Levene, I., & Parker, M. (2011). Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *J Med Ethics*, *37*(4), 205-211. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.039057>
- Long, J. S. F., Jeremy. (2014). *Regression models for categorical dependent variables using stata* (S. Press, Ed. Vol. 3dr edition).
- Lopez-Castroman, J., NoguÈ, E., Guillaume, S., Picot, M., & Courtet, P. (2016). Clustering Suicide Attempters: Impulsive-Ambivalent, Well-Planned, or Frequent. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77* 6, e711-718.
- Lowe, M. P., & Downie, J. (2017). Does Legalization of Medical Assistance in Dying Affect Rates of Non-assisted Suicide? *Journal of Ethics in Mental Health, Open Volume 10*.

- Lund, E. M., Nadorff, M. R., Samuel Winer, E., & Seader, K. (2016). Is suicide an option?: The impact of disability on suicide acceptability in the context of depression, suicidality, and demographic factors. *J Affect Disord*, *189*, 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.028>
- Marckmann, G. (2000). Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, *56(12)*:499-502. <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/prinzipienethik-2013.pdf>
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 633-648). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42)
- Michael, T. R., Connolly;. (2020). *Unipolar depression in adults: Management of highly resistant (refractory) depression*  
[https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-management-of-highly-resistant-refractory-depression?search=treatment%20resistant%20depression&topicRef=87498&source=see\\_link#H87698680](https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-management-of-highly-resistant-refractory-depression?search=treatment%20resistant%20depression&topicRef=87498&source=see_link#H87698680)
- Miller, F. G., & Appelbaum, P. S. (2018). Physician-Assisted Death for Psychiatric Patients - Misguided Public Policy. *N Engl J Med*, *378(10)*, 883-885. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1709024>
- Montgomery, P. D. F. U. (2019). *Den Respekt vor dem Leben bewahren*  
<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/den-respekt-vor-dem-leben-bewahren/>
- Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996-2013. *Psychiatr Serv*, *65(8)*, 977-987. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300059>
- Naudts, K., Ducatelle, C., Kovacs, J., Laurens, K., van den Eynde, F., & van Heeringen, C. (2006). Euthanasia: the role of the psychiatrist. *Br J Psychiatry*, *188*, 405-409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.010256>
- Nicolini, M. E., Kim, S. Y. H., Churchill, M. E., & Gastmans, C. (2020). Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. *Psychol Med*, *50(8)*, 1241-1256. <https://doi.org/10.1017/s0033291720001543>
- Nicolini, M. E., Peteet, J. R., Donovan, G. K., & Kim, S. Y. H. (2020). Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: the challenge of personality disorders. *Psychol Med*, *50(4)*, 575-582. <https://doi.org/10.1017/s0033291719000333>

- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Legemaate, J., van Der Heide, A., van Delden, H., Evenblij, K., El Hammoud, I., & Willems, D. (2017). *Derde evaluatie Wet toesting levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Third Evaluation of the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act)*
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Pasma, H. R., & van der Heide, A. (2010). The last phase of life: who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? *Med Care*, 48(7), 596-603. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181d8ea75>
- Orentlicher, D. (2016). International Perspectives on Physician Assistance in Dying. *Hastings Center Report*, 46(6), 6-7. <https://doi.org/10.1002/hast.641>
- Owen, G. S., Freyenhagen, F., Hotopf, M., & Martin, W. (2015). Temporal inabilities and decision-making capacity in depression. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 14(1), 163-182. <https://doi.org/10.1007/s11097-013-9327-x>
- Owen, G. S., Richardson, G., David, A. S., Szmukler, G., Hayward, P., & Hotopf, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. *BMJ*, 337, a448. <https://doi.org/10.1136/bmj.39580.546597.BE>
- Palmer, B. W., & Harmell, A. L. (2016). Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 31(6), 530-540. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>
- Park, M. J., Kim, H., Kim, E. J., Yook, V., Chung, I. W., Lee, S. M., & Jeon, H. J. (2021). Recent Updates on Electro-Convulsive Therapy in Patients with Depression. *Psychiatry Investig*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0350>
- Parker, M. (2013). Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5), 485-497. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.007>
- Pearce, S. (2017). Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: a qualitative study. *Br J Psychiatry*, 211(4), 246-247. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199687>
- Richter, D. (2016). Assisted Suicide for People with Severe Mental Illness - Pro. *Psychiatr Prax*, 43(8), 411-412. <https://doi.org/10.1055/s-0042-119789>
- Rooney, W., Schuklenk, U., & van de Vathorst, S. (2017). Are Concerns About Irremediableness, Vulnerability, or Competence Sufficient to Justify Excluding All Psychiatric Patients from Medical Aid in Dying? *Health Care Anal*. <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0344-8>

- Sahm, S. (2020). Ärztlich assistierter Suizid. *Der Onkologe*, 26(5), 443-448. <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00750-5>
- Savulescu, J., & Schuklenk, U. (2017). Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception. *Bioethics*, 31(3), 162-170. <https://doi.org/10.1111/bioe.12288>
- Schildmann, J., Dahmen, B., & Vollmann, J. (2015). End-of-life practices of physicians in Germany. *Dtsch Med Wochenschr*, 140(1), e1-6. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387410>
- Schmergal, C. (2020). *Richtungsentscheidung - Ärzteverbände wollen Verbot der Suizidbeihilfe kippen*. Retrieved 23.02.2021 from <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-aerzteverbaende-wollen-das-verbot-der-suizidbeihilfe-kippen-a-00000000-0002-0001-0000-000173216503>
- Schuklenk, U., & van de Vathorst, S. (2015a). Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying. *J Med Ethics*, 41(8), 577-583. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102458>
- Schuklenk, U., & van de Vathorst, S. (2015b). Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying: response to comments. *J Med Ethics*, 41(8), 589-591. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-102966>
- Sheehan, K. G., K. Sonu ; Downar, James (2017). Medical assistance in dying : special issues for patients with mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 26-30.
- Simpson, A. I. F. (2018). Medical Assistance in Dying and Mental Health: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis. *Can J Psychiatry*, 63(2), 80-84. <https://doi.org/10.1177/0706743717746662>
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry*, 181, 208-213. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.208>
- Steinbock, B. (2017). Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression. *Hastings Center Report*, 47(5), 30-42. <https://doi.org/10.1002/hast.768>
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). The prospective long-term course of adult depression in general practice and the community. A systematic literature review. *J Affect Disord*, 152-154, 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.017>

- Sullivan, M. D., Ganzini, L., & Youngner, S. J. (1998). Should psychiatrists serve as gatekeepers for physician-assisted suicide? *Hastings Center Report*, 28(4), 24-31. <https://doi.org/Doi.10.2307/3528610>
- Tanner, R. (2018). An Ethical-Legal Analysis of Medical Assistance in Dying for Those with Mental Illness. *Alberta Law Review*, VOL 56, 149–175. <https://doi.org/https://doi.org/10.29173/alr2500>
- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5(7), e007454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007454>
- Üstün, T. B., & Kessler, R. C. (2018). Global burden of depressive disorders: The issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, 181(3), 181-183. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.181>
- van der Heide, A., van Delden, J. J. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2017). End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *N Engl J Med*, 377(5), 492-494. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1705630>
- van Tol, D., Rietjens, J., & van der Heide, A. (2010). Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health Policy*, 97(2-3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.04.007>
- Verhofstadt, M., Thienpont, L., & Peters, G. Y. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry*, 211(4), 238-245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>
- von Fuchs, R. (2017). MAID and Mental Illness: Critical Thoughts, Constructive Thoughts. *Journal of Ethics in Mental Health*, 10, 1-10.
- Wiesing, U. (2021). The Judgment of the German Federal Constitutional Court regarding assisted suicide: a template for pluralistic states? *Journal of Medical Ethics*, medethics-2021-107233. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107233>
- Will, J. F. (2011). A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: Part II: The autonomy model. *Chest*, 139(6), 1491-1497. <https://doi.org/10.1378/chest.11-0516>
- Williams, R. (2006). Generalized Ordered Logit/Partial Proportional Odds Models for Ordinal Dependent Variables. *The Stata Journal*, 6(1), 58-82. <https://doi.org/10.1177/1536867X0600600104>

- Williams, R. (2012). Using the margins command to estimate and interpret adjusted predictions and marginal effects. *Stata Journal*, 12(2), 308-331. //<? echo(www) ?>.stata-journal.com/article.html?article=st0260
- Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. (2020). *Ärztlich assistierter Suizid Zur Diskussion über mögliche Regelungen für Ärztinnen und Ärzte* <https://www.bundestag.de/resource/blob/710520/93c331fbee77b17275f520abd1f09df8/WD-9-011-20-pdf-data.pdf>
- Wolfersdorf, M., Schneider, B., & Schmidtke, A. (2015). [Suicidal behavior: a psychiatric emergency situation, suicide prevention: a psychiatric obligation]. *Nervenarzt*, 86(9), 1120-1129. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4150-3> (Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung.)
- Wortmann, M. (2020). *BVerfG-Urteil zur Sterbehilfe ist ein Aufruf zum Handeln für Ärzte*. *ärztezeitung*. Retrieved 16.02.2021 from <https://www.aerztezeitung.de/Politik/BVG-Urteil-zur-Sterbehilfe-ist-ein-Aufruf-zum-Handeln-fuer-Aerzte-407157.html>
- Yager, J., & Feinstein, R. E. (2017). General Psychiatric Management for Suicidal Patients, With Remarks on Chronicity Contending With the Angel of Death. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(6), 419-426. <https://doi.org/10.1097/Nmd.0000000000000701>
- Young, I. M. (2014). Five faces of oppression. *Philosophical Forum*, 19, 270-290.

## 8 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde an der Klinik für Innere Medizin, Abteilung für Psychosomatische Medizin sowie am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unter Betreuung von Prof. Dr. Stephan Zipfel sowie Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni (Zweitbetreuer) durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch mich in Zusammenarbeit mit den genannten Betreuern sowie Prof. Dr. Florian Junne und Dr. Rebecca Erschens (Mentoren).

Die Datenerhebung wurde von mir eigenständig durchgeführt.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch Frau Münch vom Institut für Biometrie und in engem Austausch mit Fr. Dr. Erschens durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den

---

## 9 Danksagung

Diese Arbeit widme ich meinen Eltern und meinem Ehemann.

# 10 Anhang

## 10.1 Anschreiben Umfrage

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



Universität Tübingen - Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
Gartenstraße 47 · 72074 Tübingen

**Medizinische  
Fakultät**

**Institut für Ethik und  
Geschichte der Medizin**

**PD Dr. phil. Hans-Jörg Ehni**  
Stellv. Direktor / Deputy Director

Telefon +49 7071 29-78033  
Telefax +49 7071 29-5190  
hans-joerg.ehni@uni-tuebingen.de  
www.ieg.uni-tuebingen.de/ehni

### **Meinungsbild von Medizinern und Medizinstudierenden zum ärztlich assistierten Suizid bei Patienten mit Depressionen**

Sehr geehrte Damen und Herren des Berufsverbandes Deutscher Psychiater,

im Rahmen der medizinischen Dissertation von Frau Rebecca Popp möchten wir Sie um Ihre Unterstützung bitten. Das Thema der Arbeit umfasst die ethische Diskussion eines ärztlich assistierten Suizids bei depressiven Patienten. Hierzu ist eine Umfrage unter Ärzten/innen und Medizinstudierenden in Deutschland geplant.

Mit dieser Befragung möchten wir mehr über den Standpunkt und die Beweggründe von Mediziner/-innen in Erfahrung bringen, die jetzt oder in Zukunft von Anfragen zum assistierten Suizid betroffen sein könnten.

Die Grundlage für die im Fragebogen enthaltene Patienten-Vignette bietet dabei die Gesetzeslage in den Niederlanden und Belgien. Dort wurden vergleichbare Fälle publik und sorgten für eine öffentliche Diskussion der Thematik.

Ähnliche Fälle könnten auch in Deutschland auftreten und kontroverse Debatten auslösen. Wir möchten daher vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Regelung des assistierten Suizids und der damit verknüpften Diskussion in Gesellschaft und Ärzteschaft ein Meinungsbild unter praktizierenden und zukünftigen Mediziner/-innen zu dieser besonderen Konstellation ermitteln.

Diese Umfrage bietet für die teilnehmenden Mediziner/-innen die Möglichkeit, sich auf theoretischer Ebene mit einem Fall auseinander zu setzen, mit dem sie auch im Alltag konfrontiert werden könnten, und sich für eine Vorgehensweise zu entscheiden. Der Fragebogen soll ermitteln, was die Teilnehmer/-innen zu ihrer Entscheidung bewegt hat und welche ethischen und moralischen Maßstäbe dabei relevant waren. Im Vordergrund sollen dabei die hervorgebrachten Ansichten und Befürchtungen für ihre individuelle Arbeit, aber auch für die gesamte Ärzteschaft, das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Wahrnehmung des Berufsstandes in der Gesellschaft stehen.

Wir hoffen durch diese Arbeit einen Beitrag zur Debatte über den assistierten Suizid leisten zu können, der diese komplexe ethische Thematik weiter zu klären hilft.

Wir würden uns daher sehr freuen, wenn Sie uns beim eigenen Versand der Fragebögen unterstützen könnten, oder die Bögen an Ihre Mitglieder mit einer Einladung zur Teilnahme weiterleiten könnten!

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Popp

Hans-Jörg Ehni

Florian Junne



A World Medical Association Cooperating Centre

## 10.2 Vollständiger Fragebogen



6%

### Herzlich Willkommen zur Umfrage "Ärztlich assistierter Suizid bei Depressionen"

*Diese Umfrage wird gemeinsam vom Institut für Ethik der Medizin und der Abteilung für Psychosomatik des Universitätsklinikums Tübingen durchgeführt.  
Bitte nehmen Sie sich **15 Minuten** Zeit und beantworten unseren Fragebogen so spontan wie möglich.  
Denken Sie daran: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und Ihre Teilnahme erfolgt vollkommen **anonym**.*

*Vielen Dank für Ihre Zeit!*

*cand. med. Rebecca Popp  
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Tübingen  
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen*

Frage 1:

**Bitte geben Sie ihr Geschlecht an.**

- männlich
- weiblich

Frage 2:

**Bitte geben Sie Ihr Alter an.**

Auf den Schieberegler klicken und mit gedrückter Maustaste bewegen

0 Jahre

0 100

Frage 3:

**Bitte geben Sie Ihren Berufsstand an.**

- Studierende(r) der Humanmedizin
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung
- Facharzt/Fachärztin
- Psychologe/Psychologin

*Hinweis: Die Fragen der folgenden Seite wurden nur von Teilnehmern beantwortet, die angegeben hatten Medizin zu studieren.*

Frage 4:

**An welcher Universität studieren Sie Humanmedizin?**

Bitte wählen Sie aus

-keine Angabe-

---

Frage 5:

**In welchem Fachsemester sind Sie im Moment?**

-keine Angabe-

---

Frage 6:

**In welchem Fachbereich möchten Sie nach dem Studium arbeiten?**

---

Frage 7:

**Haben Sie außerhalb des Studiums praktische medizinische Erfahrung?**

- Ja  
 Nein
- 

Frage 8:

**Wurden Sie bereits im Fach Medizinethik unterrichtet?**

- Ja  
 Nein

*Hinweis: Die Fragen der folgenden Seite wurden nur von Teilnehmern beantwortet, die angegeben hatten ärztlich Tätig zu sein.*

Frage 4:

**Bitte geben Sie die Fachrichtung, in der Sie momentan tätig sind an.**

- Allgemeinmedizin
- Psychiatrie
- Psychosomatische Medizin
- andere Fachrichtung:

---

Frage 5:

**In welchem Bundesland arbeiten Sie?**

-keine Angabe-

Frage 6:

**Haben Sie eine palliativmedizinische Ausbildung?**

- Ja
- Nein

---

Frage 7:

**Wurden Sie im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit jemals mit einer Bitte zum assistierten Suizid konfrontiert?**

- Ja
- Nein

**Bitte lesen Sie den folgenden Patientenfall aufmerksam durch. Auf den nächsten Seiten werden wir Sie um ihre Einschätzung bitten.**

*Der Patientenfall wurde beispielhaft für die Umfrage konstruiert, weist aber Parallelen mit realen niederländischen und belgischen Fällen auf. Bitte stellen Sie sich vor, Sie werden im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit mit der Anfrage dieser Patientin konfrontiert:*

Frau Müller, 60 Jahre, leidet seit ihrer Jugend an einer schweren, chronischen depressiven Störung und hat bereits zahlreiche erfolglose, stationäre und ambulante Behandlungsversuche mit unter anderem Psychotherapie, verschiedener Medikation, Schlafentzug und Elektrokonvulsionstherapie hinter sich.

Die Patientin gibt an, insgesamt jede Hoffnung auf eine Verbesserung ihrer Situation verloren zu haben. Sie leide in unerträglichem Maße und könne in ihrem Dasein keinen Sinn mehr erkennen. Die Patientin ist nicht in der Lage ihren Alltag zu bewältigen und wirkt verwahrlost. Frau Müller ist nicht akut suizidal und absprachefähig; der geäußerte Sterbewunsch der Patientin ließ in der Vergangenheit auch im Rahmen der Therapie kaum nach und kann als anhaltend bezeichnet werden. Das Sozialleben der alleinstehenden Patientin ist geprägt von Einsamkeit und durch die Erkrankung hervorgerufene Isolation.

Die behandelnden Ärzte sehen nur geringe Chancen auf eine Verbesserung des momentanen Zustandes und haben die Depression als therapierefraktär eingestuft. Die Patientin erfüllt die Kriterien für eine Double Depression, da sie seit über 2 Jahren ohne größere Unterbrechungen an einer grundsätzlichen Niedergeschlagenheit (Dysthymie) leidet, die mehrmals im Jahr in schwere depressive Episoden übergeht. In ähnlichen Fällen, wie dem der beschriebenen Patientin, erfüllt eine große Mehrheit der Betroffenen auch nach Jahren noch die Diagnosekriterien für eine chronische depressive Störung.

Sie kennen die Patientin als Hausarzt/ behandelnder Arzt schon lange. Wiederholt hat Frau Müller Sie gebeten, sie in ihrer Sterbeabsicht zu unterstützen und ihr dafür Medikamente zu verschreiben, da sie sicher sein möchte nicht wieder zu erwachen und schmerzfrei zu sterben.

Frage 8:

**Können Sie sich vorstellen, dem Wunsch der Patientin nachzukommen und Suizidassistenz zu leisten?**

- Mit Sicherheit Ja
- Vermutlich Ja
- Vermutlich Nein
- Mit Sicherheit Nein

Frage 9:

**Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung, dem Wunsch nachzukommen/ihn abzulehnen in wenigen Sätzen:**

Frage 10:

**Welche(r) Aspekt(e) des Fallbeispiels war(en) für Sie bei Ihrer Entscheidung ausschlaggebend?**

Bitte kreuzen Sie an. Mehrfachantworten sind möglich.

- „Die Patientin hat bereits zahlreiche[...]erfolglose Behandlungsversuche hinter sich“
- „Die Patientin gibt an[...]Sie leide in unerträglichem Maße.“
- „Der...Sterbewunsch der Patientin[...]kann als anhaltend bezeichnet werden.“
- „Die Patientin erfüllt die Kriterien für eine Double Depression.“
- „Sie kennen die Patientin[...]als Arzt schon lange.“
- Keiner der genannten Aspekte

Frage 11:

**Wie stehen Sie folgenden möglichen Begründungen für den Wunsch nach assistiertem Suizid gegenüber:**

**Der genannte Grund ist...**

**Selbstbestimmung des Patienten**

- ...absolut nachvollziehbar
- ...eher nachvollziehbar
- ...mehr oder weniger nachvollziehbar
- ...eher nicht nachvollziehbar
- ...absolut nicht nachvollziehbar

**Unerträgliches Leid**

- ...absolut nachvollziehbar
- ...eher nachvollziehbar
- ...mehr oder weniger nachvollziehbar
- ...eher nicht nachvollziehbar
- ...absolut nicht nachvollziehbar

**Würdevolles Sterben für den Patienten**

- ...absolut nachvollziehbar
- ...eher nachvollziehbar
- ...mehr oder weniger nachvollziehbar
- ...eher nicht nachvollziehbar
- ...absolut nicht nachvollziehbar

**Fehlende Lebensfreude des Patienten**

- ...absolut nachvollziehbar
- ...eher nachvollziehbar
- ...mehr oder weniger nachvollziehbar
- ...eher nicht nachvollziehbar
- ...absolut nicht nachvollziehbar

Frage 12:

**Fallen Ihnen weitere Begründungen ein, die Sie nachvollziehen können? Wenn ja, zählen Sie diese bitte auf:**

Frage 13:

**„Bei der Überlegung in einem bestimmten Fall Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, ist für mich entscheidend, ob ich den Sterbewunsch des Patienten persönlich nachvollziehen kann.“**

- Stimme voll und ganz zu
  - Stimme eher zu
  - Weder noch
  - Stimme eher nicht zu
  - Stimme überhaupt nicht zu
- 

Frage 14:

**„Depressive Patienten sind grundsätzlich vom Zugang zum assistierten Suizid auszuschließen, da sie diese Entscheidung aufgrund ihrer Erkrankung nicht autonom treffen können.“**

- Stimme voll und ganz zu
  - Stimme eher zu
  - Weder noch
  - Stimme eher nicht zu
  - Stimme überhaupt nicht zu
- 

Frage 15:

**„Das psychische Leid eines Patienten kann grundsätzlich in gleichem Maße einen Sterbewunsch rechtfertigen wie physisches Leid.“**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Frage 16:

**„Bei der Beantwortung der Fragen zur Beihilfe zur Selbsttötung orientiere ich mich am allgemeinen ärztlichen Berufsethos.“**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

---

Frage 17:

**„Beihilfe zur Selbsttötung ist mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar.“**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Frage 19:

**„Beihilfe zur Selbsttötung bei chronisch depressiven Patienten durch Ärzte wird einen Vertrauensverlust der Gesellschaft in die Ärzteschaft auslösen.“**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

---

Frage 20:

**„Ich fühle mich durch die aktuelle Situation in Deutschland von Politik/Gesellschaft in meiner (zukünftigen) ärztlichen Tätigkeit unter Druck gesetzt.“**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Frage 21:

**Wie gut kennen Sie die aktuelle gesetzliche Regelung zum ärztlich assistierten Suizid?**

- Sehr gut
- Eher gut
- Weder gut noch schlecht
- Eher schlecht
- Sehr schlecht

Frage 22:

**„Durch die im November 2015 beschlossene gesetzliche Neuregelung zum assistierten Suizid besteht die Gefahr, dass Ärztinnen und Ärzte kriminalisiert werden.“**

*(Die Neuregelung besagt, dass in Bezug auf Suizidassistenz straffrei bleibt, wer nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger oder nahestehende Person ist.)*

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

---

Frage 23:

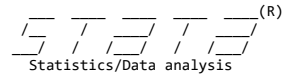
**Hinweis:**

**Sie befinden sich auf der letzten Seite des Fragebogens. Mit einem Klick auf "WEITER" beenden Sie die Umfrage und können Ihre Antworten nicht mehr verändern.**

Haben Sie Anmerkungen zu unserer Umfrage? Wir freuen uns über Ihren Kommentar.

## 10.3 Log-Sheet STATA

Saturday December 5 21:13:46 2020 Page 1



```
> KV_BET DVTVL DGSST GKRIM
      name: <unnamed>
      log:  C:\Users\Beccy\Desktop\STATA09_20\Log files\LogMünch21_11.smcl
      log type: smcl
      opened on: 21 Nov 2020, 11:10:49

1 . do "C:\Users\Beccy\Documents\Doktorarbeit\Aufbereitung Erschens21_02_20\Stata\dofile_
  > AM-2.do"

2 . ssc install mplotoffset
   connection timed out -- see help r(2) for troubleshooting
   r(2);

   end of do-file

   r(2);

3 . do "C:\Users\Beccy\AppData\Local\Temp\STD4014_000000.tmp"

4 .
5 . quietly ologit BSZB GE Alter Stud_Är AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD BET
  > KV_BET DVTVL DGSST GKRIM

6 . collin GE Alter Stud_Är AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD BET KV_BET DVTVL
  > DGSST GKRIM
   (obs=1,368)
```

Collinearity Diagnostics

Variable	VIF	SQRT VIF	Tolerance	R- Squared
GE	1.14	1.07	0.8767	0.1233
Alter	4.86	2.21	0.2056	0.7944
Stud_Är	4.85	2.20	0.2064	0.7936
AG_SBST	1.39	1.18	0.7218	0.2782
AG_UL	1.39	1.18	0.7203	0.2797
AG_WST	1.50	1.22	0.6677	0.3323
AG_FLF	1.26	1.12	0.7951	0.2049
PNVBZ	1.15	1.07	0.8709	0.1291
ADPR	1.75	1.32	0.5712	0.4288
PSYLD	1.51	1.23	0.6635	0.3365
BET	1.18	1.09	0.8492	0.1508
KV_BET	1.63	1.28	0.6128	0.3872
DVTVL	1.55	1.24	0.6470	0.3530
DGSST	1.07	1.04	0.9303	0.0697
GKRIM	1.07	1.03	0.9356	0.0644

Mean VIF 1.82

	Eigenval	Cond Index
1	12.5091	1.0000
2	1.0964	3.3778
3	0.6186	4.4967
4	0.3000	6.4577
5	0.2583	6.9588
6	0.2308	7.3625
7	0.1812	8.3082
8	0.1535	9.0271
9	0.1407	9.4276
10	0.1184	10.2779
11	0.1106	10.6345
12	0.0970	11.3563
13	0.0806	12.4615
14	0.0542	15.1870
15	0.0388	17.9454
16	0.0116	32.7692

Condition Number 32.7692  
 Eigenvalues & Cond Index computed from scaled raw sscp (w/ intercept)  
 Det(correlation matrix) 0.0174

```

7 .
8 .
9 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud_Ar AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD B
> ET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit

10 . esttab using "Koeffizienten.rtf", r2 b(%6.1f) //Tabelle im Wordformat
(output written to Koeffizienten.rtf)

11 .
12 . coefplot, drop(_cons) xline(0) base //Koeffizientenplot

13 .
14 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud_Ar AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD B
> ET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit

15 .
16 . *Modellvergleich - Beispiel (hier kann natürlich auch das Modell schrittweise aufgeba
> ut werden)
17 . findit spost13_ado //fitstat installieren

18 .
19 . quietly gologit2 BSZB GE, autofit

20 . fitstat, saving(M1)

```

		gologit2
<b>Log-likelihood</b>	Model	<b>-1667.201</b>
	Intercept-only	<b>-1675.304</b>
<b>Chi-square</b>	Deviance(df=1383)	<b>3334.402</b>
	LR(df=3)	<b>16.206</b>
	p-value	<b>0.001</b>
<b>R2</b>	McFadden	<b>0.005</b>
	McFadden(adjusted)	<b>0.001</b>
	Cox-Snell/ML	<b>0.012</b>
	Cragg-Uhler/Nagelkerke	<b>0.013</b>
	Count Count(adjusted)	<b>0.400 0.004</b>
<b>IC</b>	AIC	<b>3346.402</b>
	AIC divided by N	<b>2.409</b>
	BIC(df=6)	<b>3377.820</b>

```

21 .
22 .
23 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud_Ar AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD B
> ET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit

24 . fitstat, saving(M2) using (M1) force

```

		Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>	Model	<b>-1064.148</b>	<b>-1667.201</b>	<b>603.052</b>
	Intercept-only	<b>-1652.242</b>	<b>-1675.304</b>	<b>23.062</b>
<b>Chi-square</b>	D(df=1342/1383/-41)	<b>2128.297</b>	<b>3334.402</b>	<b>-1206.105</b>
	LR(df=23/3/20)	<b>1176.187</b>	<b>16.206</b>	<b>1159.981</b>
	p-value	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>	<b>0.000</b>
<b>R2</b>	McFadden	<b>0.356</b>	<b>0.005</b>	<b>0.351</b>
	McFadden(adjusted)	<b>0.340</b>	<b>0.001</b>	<b>0.339</b>
	Cox-Snell/ML	<b>0.577</b>	<b>0.012</b>	<b>0.565</b>
	Cragg-Uhler/Nagelkerke	<b>0.633</b>	<b>0.013</b>	<b>0.621</b>
	Count Count(adjusted)	<b>0.673 0.457</b>	<b>0.400 0.004</b>	<b>0.273 0.453</b>

IC	AIC	2180.297	3346.402	-1166.105
	AIC divided by N	1.594	2.409	-0.815
	BIC(df=26/6/20)	2316.046	3377.820	-1061.774
N	N	1368.000	1389.000	-21.000

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 1061.774 in BIC provides very strong support for current model.

```

25 .
26 . *****
27 .
28 .
29 .
30 . quietly gologit2 BSZB i.GE Alter Stud_Ar AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD
    > BET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit

```

31 . margins

Predictive margins Number of obs = 1,368  
 Model VCE : OIM

```

1._predict : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))

```

	Delta-method				[95% Conf. Interval]	
	Margin	Std. Err.	z	P> z		
_predict						
1	.3015764	.0092912	32.46	0.000	.283366	.3197868
2	.3972064	.011668	34.04	0.000	.3743375	.4200753
3	.2601675	.0093576	27.80	0.000	.2418269	.2785081
4	.0410497	.0047606	8.62	0.000	.0317192	.0503802

32 . margins i.GE

Predictive margins Number of obs = 1,368  
 Model VCE : OIM

```

1._predict : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))

```

	Delta-method				[95% Conf. Interval]	
	Margin	Std. Err.	z	P> z		
_predict#GE						
1#männlich	.2891956	.0136705	21.15	0.000	.2624019	.3159894
1#weiblich	.3080785	.0107583	28.64	0.000	.2869926	.3291644
2#männlich	.3978909	.0116289	34.22	0.000	.3750987	.420683
2#weiblich	.3954581	.0117513	33.65	0.000	.3724258	.4184903
3#männlich	.2685152	.0118244	22.71	0.000	.2453399	.2916906
3#weiblich	.2570022	.0096442	26.65	0.000	.2380999	.2759044
4#männlich	.0443982	.0058467	7.59	0.000	.032939	.0558575
4#weiblich	.0394613	.0047847	8.25	0.000	.0300834	.0488392



1	-.0425296	.0070269	-6.05	0.000	-.056302	-.0287571
2	.0230107	.009411	2.45	0.014	.0045655	.041456
3	.0226691	.0082929	2.73	0.006	.0064152	.038923
4	-.0031503	.004123	-0.76	0.445	-.0112312	.0049307
<b>ADPR</b>						
_predict						
1	.0362342	.0097797	3.71	0.000	.0170663	.0554021
2	.0456453	.0101328	4.50	0.000	.0257853	.0655052
3	-.0635265	.0087741	-7.24	0.000	-.0807235	-.0463295
4	-.018353	.0058861	-3.12	0.002	-.0298895	-.0068164
<b>PSYLD</b>						
_predict						
1	-.0575547	.0074392	-7.74	0.000	-.0721352	-.0429742
2	.0081384	.0024	3.39	0.001	.0034344	.0128423
3	.0347573	.004857	7.16	0.000	.0252378	.0442768
4	.014659	.0024303	6.03	0.000	.0098957	.0194223
<b>BET</b>						
_predict						
1	.0156441	.0101044	1.55	0.122	-.0041601	.0354484
2	.0352648	.011791	2.99	0.003	.0121548	.0583747
3	-.036747	.0092489	-3.97	0.000	-.0548746	-.0186195
4	-.0141619	.0045111	-3.14	0.002	-.0230035	-.0053203
<b>KV_BET</b>						
_predict						
1	.057021	.0068034	8.38	0.000	.0436867	.0703553
2	-.0080629	.0023868	-3.38	0.001	-.0127409	-.0033849
3	-.034435	.0044325	-7.77	0.000	-.0431226	-.0257474
4	-.0145231	.00227	-6.40	0.000	-.0189722	-.010074
<b>DVTVL</b>						
_predict						
1	.0512664	.0072856	7.04	0.000	.036987	.0655459
2	-.0072492	.0022552	-3.21	0.001	-.0116693	-.0028291
3	-.0309598	.0046071	-6.72	0.000	-.0399895	-.0219301
4	-.0130574	.002244	-5.82	0.000	-.0174555	-.0086593
<b>DGSST</b>						
_predict						
1	-.026235	.0063558	-4.13	0.000	-.0386922	-.0137778
2	.0037097	.0013842	2.68	0.007	.0009966	.0064228
3	.0158433	.0038811	4.08	0.000	.0082364	.0234502
4	.006682	.0017338	3.85	0.000	.0032838	.0100801
<b>GKRIM</b>						
_predict						
1	-.0037316	.0067868	-0.55	0.582	-.0170335	.0095704
2	.0005277	.000969	0.54	0.586	-.0013716	.0024269
3	.0022535	.0041013	0.55	0.583	-.0057849	.0102919
4	.0009504	.0017313	0.55	0.583	-.0024428	.0043436

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level.

38 . marginsplot, horizontal xline(0) plotopts(connect(i))

Variables that uniquely identify margins: \_deriv

39 . margins GE

```

Predictive margins                                Number of obs    =    1,368
Model VCE    : OIM

1._predict   : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict   : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict   : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict   : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))
    
```

	Delta-method				
	Margin	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_predict#GE					
1#männlich	.2891956	.0136705	21.15	0.000	.2624019 .3159894
1#weiblich	.3080785	.0107583	28.64	0.000	.2869926 .3291644
2#männlich	.3978909	.0116289	34.22	0.000	.3750987 .420683
2#weiblich	.3954581	.0117513	33.65	0.000	.3724258 .4184903
3#männlich	.2685152	.0118244	22.71	0.000	.2453399 .2916906
3#weiblich	.2570022	.0096442	26.65	0.000	.2380999 .2759044
4#männlich	.0443982	.0058467	7.59	0.000	.032939 .0558575
4#weiblich	.0394613	.0047847	8.25	0.000	.0300834 .0488392

40 . marginsplot, plotopts(connect(i))

Variables that uniquely identify margins: GE

41 . margins, at(Alter=(0(10) 99))

```

Predictive margins                                Number of obs   =   1,368
Model VCE      : OIM

1._predict    : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict    : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict    : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict    : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))

1._at        : Alter          =          0
2._at        : Alter          =         10
3._at        : Alter          =         20
4._at        : Alter          =         30
5._at        : Alter          =         40
6._at        : Alter          =         50
7._at        : Alter          =         60
8._at        : Alter          =         70
9._at        : Alter          =         80
10._at       : Alter          =         90
    
```

	Delta-method				
	Margin	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_predict#_at					
1 1	.2198035	.0341959	6.43	0.000	.1527807 .2868263
1 2	.2461216	.0248974	9.89	0.000	.1973237 .2949195
1 3	.2740165	.0150874	18.16	0.000	.2444458 .3035872
1 4	.3033496	.0097496	31.11	0.000	.2842407 .3224585
1 5	.3339567	.0178273	18.73	0.000	.2990157 .3688976
1 6	.3656535	.0312122	11.72	0.000	.3044787 .4268284
1 7	.3982421	.0460057	8.66	0.000	.3080725 .4884117
1 8	.4315163	.0613637	7.03	0.000	.3112455 .551787
1 9	.4652674	.0768638	6.05	0.000	.3146172 .6159176
1 10	.4992884	.092183	5.42	0.000	.3186131 .6799637
2 1	.4131567	.012402	33.31	0.000	.3888492 .4374641
2 2	.4130376	.0130629	31.62	0.000	.3874348 .4386405
2 3	.4107952	.0131081	31.34	0.000	.3851039 .4364866
2 4	.4064971	.0125181	32.47	0.000	.3819621 .4310321
2 5	.4002273	.0120503	33.21	0.000	.3766091 .4238455
2 6	.392081	.0131656	29.78	0.000	.366277 .4178851
2 7	.3821613	.0169712	22.52	0.000	.3488982 .4154243
2 8	.370577	.0232821	15.92	0.000	.324945 .416209
2 9	.357443	.0314457	11.37	0.000	.2958105 .4190755
2 10	.3428806	.040951	8.37	0.000	.2626181 .4231431

3	1	.3039294	.0216988	14.01	0.000	.2614005	.3464583
3	2	.287262	.0157441	18.25	0.000	.2564042	.3181199
3	3	.2700009	.0107369	25.15	0.000	.2489569	.2910448
3	4	.2522889	.0098229	25.68	0.000	.2330363	.2715415
3	5	.2342871	.0143033	16.38	0.000	.2062532	.2623211
3	6	.216171	.0209546	10.32	0.000	.1751007	.2572413
3	7	.1981249	.02801	7.07	0.000	.1432262	.2530235
3	8	.1803351	.0348068	5.18	0.000	.112115	.2485552
3	9	.1629827	.0409875	3.98	0.000	.0826486	.2433168
3	10	.1462365	.0463127	3.16	0.002	.0554654	.2370077
4	1	.0631104	.0129284	4.88	0.000	.0377712	.0884496
4	2	.0535787	.0083612	6.41	0.000	.037191	.0699665
4	3	.0451874	.0054522	8.29	0.000	.0345013	.0558735
4	4	.0378644	.0046288	8.18	0.000	.0287921	.0469366
4	5	.0315289	.0052715	5.98	0.000	.021197	.0418608
4	6	.0260944	.0061763	4.22	0.000	.013989	.0381998
4	7	.0214718	.0068397	3.14	0.002	.0080663	.0348773
4	8	.0175717	.0071675	2.45	0.014	.0035237	.0316196
4	9	.0143069	.0071894	1.99	0.047	.0002159	.0283979
4	10	.0115945	.0069686	1.66	0.096	-.0020638	.0252528

42 . marginsplot, plotopts(connect(i))

Variables that uniquely identify margins: Alter

43 . marginsplot

Variables that uniquely identify margins: Alter

44 .

45 . end of do-file

46 . quietly gologit2 BSZB Stud\_Ar , autofit

47 . gologit2 BSZB Stud\_Ar , autofit

---

Testing parallel lines assumption using the .05 level of significance...

Step 1: Constraints for parallel lines imposed for Stud\_Ar (P Value = 0.8806)

Step 2: All explanatory variables meet the pl assumption

Wald test of parallel lines assumption for the final model:

( 1) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Ar - [Vermutlich\_nein]Stud\_Ar = 0  
 ( 2) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Ar - [Vermutlich\_ja]Stud\_Ar = 0

chi2( 2) = 0.25  
 Prob > chi2 = 0.8806

An insignificant test statistic indicates that the final model does not violate the proportional odds/ parallel lines assumption

If you re-estimate this exact same model with gologit2, instead of autofit you can save time by using the parameter

pl(Stud\_Ar)

---

Generalized Ordered Logit Estimates	Number of obs	=	1,478
	LR chi2(1)	=	129.59
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1715.2916	Pseudo R2	=	0.0364

( 1) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Är - [Vermutlich\_nein]Stud\_Är = 0  
 ( 2) [Vermutlich\_nein]Stud\_Är - [Vermutlich\_ja]Stud\_Är = 0

BSZB	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Mit_Sicher~n Stud_Är _cons	-1.432003	.1300773	-11.01	0.000	-1.68695	-1.177056
	1.097772	.0654068	16.78	0.000	.9695768	1.225967
Vermutlich~n Stud_Är _cons	-1.432003	.1300773	-11.01	0.000	-1.68695	-1.177056
	-.6778748	.0604272	-11.22	0.000	-.7963098	-.5594397
Vermutlich~a Stud_Är _cons	-1.432003	.1300773	-11.01	0.000	-1.68695	-1.177056
	-3.048511	.1358957	-22.43	0.000	-3.314861	-2.78216

48 . fitstat, saving(M1)

		gologit2
Log-likelihood	Model	-1715.292
	Intercept-only	-1780.084
Chi-square	Deviance(df=1474)	3430.583
	LR(df=1)	129.585
	p-value	0.000
R2	McFadden	0.036
	McFadden(adjusted)	0.034
	Cox-Snell/ML	0.084
	Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.092
	Count	0.446
IC	Count(adjusted)	0.088
	AIC	3438.583
	AIC divided by N	2.327
	BIC(df=4)	3459.777

49 . quietly gologit2 BSZB Stud\_Är, autofit

50 .  
 51 .  
 52 .  
 53 .  
 54 . gologit2 BSZB Stud\_Är, autofit

Testing parallel lines assumption using the .05 level of significance...

Step 1: Constraints for parallel lines imposed for Stud\_Är (P Value = 0.8806)  
 Step 2: All explanatory variables meet the p1 assumption

Wald test of parallel lines assumption for the final model:

( 1) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Är - [Vermutlich\_nein]Stud\_Är = 0  
 ( 2) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Är - [Vermutlich\_ja]Stud\_Är = 0

chi2( 2) = 0.25  
 Prob > chi2 = 0.8806

An insignificant test statistic indicates that the final model does not violate the proportional odds/ parallel lines assumption

If you re-estimate this exact same model with gologit2, instead of autofit you can save time by using the parameter

p1(Stud\_Är)

Generalized Ordered Logit Estimates      Number of obs      =      1,478  
 LR chi2(1)      =      129.59  
 Prob > chi2      =      0.0000  
 Pseudo R2      =      0.0364

Log likelihood = -1715.2916

( 1) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Ar - [Vermutlich\_nein]Stud\_Ar = 0  
 ( 2) [Vermutlich\_nein]Stud\_Ar - [Vermutlich\_ja]Stud\_Ar = 0

BSZB	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Mit_Sicher~n Stud_Ar	-1.432003	.1300773	-11.01	0.000	-1.68695	-1.177056
_cons	1.097772	.0654068	16.78	0.000	.9695768	1.225967
Vermutlich~n Stud_Ar	-1.432003	.1300773	-11.01	0.000	-1.68695	-1.177056
_cons	-.6778748	.0604272	-11.22	0.000	-.7963098	-.5594397
Vermutlich~a Stud_Ar	-1.432003	.1300773	-11.01	0.000	-1.68695	-1.177056
_cons	-3.048511	.1358957	-22.43	0.000	-3.314861	-2.78216

55 . . fitstat, saving(M1)

		gologit2
<b>Log-likelihood</b>		
Model		-1715.292
Intercept-only		-1780.084
<b>Chi-square</b>		
Deviance(df=1474)		3430.583
LR(df=1)		129.585
p-value		0.000
<b>R2</b>		
McFadden		0.036
McFadden(adjusted)		0.034
Cox-Snell/ML		0.084
Cragg-Uhler/Nagelkerke		0.092
Count		0.446
Count(adjusted)		0.088
<b>IC</b>		
AIC		3438.583
AIC divided by N		2.327
BIC(df=4)		3459.777

56 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud\_Ar AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF PNWZB ADPR PSYLD B  
 > ET KV\_BET DVTVL DGSSST GKRIM, autofit

57 . fitstat, saving(M2) using (M1) force

		Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>				
Model		-1064.148	-1715.292	651.143
Intercept-only		-1652.242	-1780.084	127.842
<b>Chi-square</b>				
D(df=1342/1474/-132)		2128.297	3430.583	-1302.286
LR(df=23/1/22)		1176.187	129.585	1046.602
p-value		0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>				
McFadden		0.356	0.036	0.320
McFadden(adjusted)		0.340	0.034	0.306
Cox-Snell/ML		0.577	0.084	0.493
Cragg-Uhler/Nagelkerke		0.633	0.092	0.541
Count		0.673	0.446	0.227
Count(adjusted)		0.457	0.088	0.369

IC				
	AIC	2180.297	3438.583	-1258.286
	AIC divided by N	1.594	2.327	-0.733
	BIC(df=26/4/22)	2316.046	3459.777	-1143.732
N				
	N	1368.000	1478.000	-110.000

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 1143.732 in BIC provides very strong support for current model.

58 .  
59 .  
60 .  
61 . fitstat, saving(M2) using (M1) force

		Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>				
	Model			
	Intercept-only	-1064.148	-1715.292	651.143
		-1652.242	-1780.084	127.842
<b>Chi-square</b>				
	D(df=1342/1474/-132)	2128.297	3430.583	-1302.286
	LR(df=23/1/22)	1176.187	129.585	1046.602
	p-value	0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>				
	McFadden	0.356	0.036	0.320
	McFadden(adjusted)	0.340	0.034	0.306
	Cox-Snell/ML	0.577	0.084	0.493
	Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.633	0.092	0.541
	Count	0.673	0.446	0.227
	Count(adjusted)	0.457	0.088	0.369
<b>IC</b>				
	AIC	2180.297	3438.583	-1258.286
	AIC divided by N	1.594	2.327	-0.733
	BIC(df=26/4/22)	2316.046	3459.777	-1143.732
N				
	N	1368.000	1478.000	-110.000

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 1143.732 in BIC provides very strong support for current model.

62 . gologit2 BSZB Alter GE Stud\_Ar, autofit

Testing parallel lines assumption using the .05 level of significance...

Step 1: Constraints for parallel lines imposed for Stud\_Ar (P Value = 0.6212)  
Step 2: Constraints for parallel lines imposed for Alter (P Value = 0.4655)  
Step 3: Constraints for parallel lines imposed for GE (P Value = 0.0565)  
Step 4: All explanatory variables meet the pl assumption

Wald test of parallel lines assumption for the final model:

- ( 1) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Ar - [Vermutlich\_nein]Stud\_Ar = 0
- ( 2) [Mit\_Sicherheit\_nein]Alter - [Vermutlich\_nein]Alter = 0
- ( 3) [Mit\_Sicherheit\_nein]GE - [Vermutlich\_nein]GE = 0
- ( 4) [Mit\_Sicherheit\_nein]Stud\_Ar - [Vermutlich\_ja]Stud\_Ar = 0
- ( 5) [Mit\_Sicherheit\_nein]Alter - [Vermutlich\_ja]Alter = 0
- ( 6) [Mit\_Sicherheit\_nein]GE - [Vermutlich\_ja]GE = 0

chi2( 6) = 8.69  
Prob > chi2 = 0.1917

An insignificant test statistic indicates that the final model does not violate the proportional odds/ parallel lines assumption



```
( 1) [Mit_Sicherheit_nein]AG_SBST - [Vermutlich_nein]AG_SBST = 0
( 2) [Mit_Sicherheit_nein]AG_FLF - [Vermutlich_nein]AG_FLF = 0
( 3) [Mit_Sicherheit_nein]Stud_Ar - [Vermutlich_nein]Stud_Ar = 0
( 4) [Mit_Sicherheit_nein]KV_BET - [Vermutlich_nein]KV_BET = 0
( 5) [Mit_Sicherheit_nein]DVTVL - [Vermutlich_nein]DVTVL = 0
( 6) [Mit_Sicherheit_nein]GKRIM - [Vermutlich_nein]GKRIM = 0
( 7) [Mit_Sicherheit_nein]Alter - [Vermutlich_nein]Alter = 0
( 8) [Mit_Sicherheit_nein]DGSST - [Vermutlich_nein]DGSST = 0
( 9) [Mit_Sicherheit_nein]PSYLD - [Vermutlich_nein]PSYLD = 0
(10) [Mit_Sicherheit_nein]AG_WST - [Vermutlich_nein]AG_WST = 0
(11) [Mit_Sicherheit_nein]GE - [Vermutlich_nein]GE = 0
(12) [Mit_Sicherheit_nein]AG_SBST - [Vermutlich_ja]AG_SBST = 0
(13) [Mit_Sicherheit_nein]AG_FLF - [Vermutlich_ja]AG_FLF = 0
(14) [Mit_Sicherheit_nein]Stud_Ar - [Vermutlich_ja]Stud_Ar = 0
(15) [Mit_Sicherheit_nein]KV_BET - [Vermutlich_ja]KV_BET = 0
(16) [Mit_Sicherheit_nein]DVTVL - [Vermutlich_ja]DVTVL = 0
(17) [Mit_Sicherheit_nein]GKRIM - [Vermutlich_ja]GKRIM = 0
(18) [Mit_Sicherheit_nein]Alter - [Vermutlich_ja]Alter = 0
(19) [Mit_Sicherheit_nein]DGSST - [Vermutlich_ja]DGSST = 0
(20) [Mit_Sicherheit_nein]PSYLD - [Vermutlich_ja]PSYLD = 0
(21) [Mit_Sicherheit_nein]AG_WST - [Vermutlich_ja]AG_WST = 0
(22) [Mit_Sicherheit_nein]GE - [Vermutlich_ja]GE = 0
```

```
chi2( 22) = 26.84
Prob > chi2 = 0.2173
```

An insignificant test statistic indicates that the final model **does not violate** the proportional odds/ parallel lines assumption

If you re-estimate this exact same model with `gologit2`, instead of `autofit` you can save time by using the parameter

`p1(AG_SBST AG_FLF Stud_Ar KV_BET DVTVL GKRIM Alter DGSST PSYLD AG_WST GE)`

```
Generalized Ordered Logit Estimates      Number of obs   =    1,368
                                          LR chi2(23)     =   1176.19
                                          Prob > chi2      =    0.0000
Log likelihood = -1064.1484              Pseudo R2       =    0.3559
```

```
( 1) [Mit_Sicherheit_nein]AG_SBST - [Vermutlich_nein]AG_SBST = 0
( 2) [Mit_Sicherheit_nein]AG_FLF - [Vermutlich_nein]AG_FLF = 0
( 3) [Mit_Sicherheit_nein]Stud_Ar - [Vermutlich_nein]Stud_Ar = 0
( 4) [Mit_Sicherheit_nein]KV_BET - [Vermutlich_nein]KV_BET = 0
( 5) [Mit_Sicherheit_nein]DVTVL - [Vermutlich_nein]DVTVL = 0
( 6) [Mit_Sicherheit_nein]GKRIM - [Vermutlich_nein]GKRIM = 0
( 7) [Mit_Sicherheit_nein]Alter - [Vermutlich_nein]Alter = 0
( 8) [Mit_Sicherheit_nein]DGSST - [Vermutlich_nein]DGSST = 0
( 9) [Mit_Sicherheit_nein]PSYLD - [Vermutlich_nein]PSYLD = 0
(10) [Mit_Sicherheit_nein]AG_WST - [Vermutlich_nein]AG_WST = 0
(11) [Mit_Sicherheit_nein]GE - [Vermutlich_nein]GE = 0
(12) [Vermutlich_nein]AG_SBST - [Vermutlich_ja]AG_SBST = 0
(13) [Vermutlich_nein]AG_FLF - [Vermutlich_ja]AG_FLF = 0
(14) [Vermutlich_nein]Stud_Ar - [Vermutlich_ja]Stud_Ar = 0
(15) [Vermutlich_nein]KV_BET - [Vermutlich_ja]KV_BET = 0
(16) [Vermutlich_nein]DVTVL - [Vermutlich_ja]DVTVL = 0
(17) [Vermutlich_nein]GKRIM - [Vermutlich_ja]GKRIM = 0
(18) [Vermutlich_nein]Alter - [Vermutlich_ja]Alter = 0
(19) [Vermutlich_nein]DGSST - [Vermutlich_ja]DGSST = 0
(20) [Vermutlich_nein]PSYLD - [Vermutlich_ja]PSYLD = 0
(21) [Vermutlich_nein]AG_WST - [Vermutlich_ja]AG_WST = 0
(22) [Vermutlich_nein]GE - [Vermutlich_ja]GE = 0
```

	BSZB	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Mit_Sicher-n						
GE		-.1582998	.1321076	-1.20	0.231	-.417226 .1006264
Alter		-.023807	.0102387	-2.33	0.020	-.0438745 -.0037395
Stud_Ar		-.2637224	.3297941	-0.80	0.424	-.9101069 .3826621
AG_SBST		.2030392	.0625261	3.25	0.001	.0804903 .3255881
AG_UL		-.1473834	.0928974	-1.59	0.113	-.329459 .0346922
AG_WST		.2011042	.0573026	3.51	0.000	.0887933 .3134152
AG_FLF		.1229701	.0543689	2.26	0.024	.016409 .2295312

PNVZB	.3529258	.0618038	5.71	0.000	.2317926	.474059
ADPR	-.3006846	.0834226	-3.60	0.000	-.4641899	-.1371792
PSYLD	.4776097	.0639131	7.47	0.000	.3523422	.6028771
BET	-.1298208	.0844434	-1.54	0.124	-.2953268	.0356852
KV_BET	-.4731807	.0582255	-8.13	0.000	-.5873006	-.3590607
DVTVL	-.4254273	.0613151	-6.94	0.000	-.5456027	-.305252
DGSST	.2177076	.052814	4.12	0.000	.1141941	.3212212
GKRIM	.0309659	.0563347	0.55	0.583	-.0794481	.14138
_cons	1.511095	.573266	2.64	0.008	.3875144	2.634676
<b>Vermutlich-n</b>						
GE	-.1582998	.1321076	-1.20	0.231	-.417226	-.1006264
Alter	-.023807	.0102387	-2.33	0.020	-.0438745	-.0037395
Stud_Ar	-.2637224	.3297941	-0.80	0.424	-.9101069	.3826621
AG_SBST	.2030392	.0625261	3.25	0.001	.0804903	.3255881
AG_UL	-.0238206	.1176737	-0.20	0.840	-.2544569	.2068156
AG_WST	.2011042	.0573026	3.51	0.000	.0887933	.3134152
AG_FLF	.1229701	.0543689	2.26	0.024	.016409	.2295312
PNVZB	.1886499	.0757181	2.49	0.013	.0402452	.3370546
ADPR	-.7913667	.0893306	-8.86	0.000	-.9664516	-.6162819
PSYLD	.4776097	.0639131	7.47	0.000	.3523422	.6028771
BET	-.4920356	.0871749	-5.64	0.000	-.6628952	-.3211759
KV_BET	-.4731807	.0582255	-8.13	0.000	-.5873006	-.3590607
DVTVL	-.4254273	.0613151	-6.94	0.000	-.5456027	-.305252
DGSST	.2177076	.052814	4.12	0.000	.1141941	.3212212
GKRIM	.0309659	.0563347	0.55	0.583	-.0794481	.14138
_cons	.2487574	.6339368	0.39	0.695	-.9937358	1.491251
<b>Vermutlich-a</b>						
GE	-.1582998	.1321076	-1.20	0.231	-.417226	-.1006264
Alter	-.023807	.0102387	-2.33	0.020	-.0438745	-.0037395
Stud_Ar	-.2637224	.3297941	-0.80	0.424	-.9101069	.3826621
AG_SBST	.2030392	.0625261	3.25	0.001	.0804903	.3255881
AG_UL	.7963498	.3190717	2.50	0.013	.1708008	1.421719
AG_WST	.2011042	.0573026	3.51	0.000	.0887933	.3134152
AG_FLF	.1229701	.0543689	2.26	0.024	.016409	.2295312
PNVZB	-.1026395	.1348256	-0.76	0.446	-.3668928	.1616137
ADPR	-.5979642	.1950209	-3.07	0.002	-.9801982	-.2157302
PSYLD	.4776097	.0639131	7.47	0.000	.3523422	.6028771
BET	-.4614123	.1484727	-3.11	0.002	-.7524134	-.1704113
KV_BET	-.4731807	.0582255	-8.13	0.000	-.5873006	-.3590607
DVTVL	-.4254273	.0613151	-6.94	0.000	-.5456027	-.305252
DGSST	.2177076	.052814	4.12	0.000	.1141941	.3212212
GKRIM	.0309659	.0563347	0.55	0.583	-.0794481	.14138
_cons	-5.962575	1.339697	-4.45	0.000	-8.588333	-3.336817

66 . esttab using "Test1.rtf", r2 b(%6.1f)  
(output written to Test1.rtf)

67 . fitstat, saving(M2) using (M1) force

	Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>			
Model	-1064.148	-1715.292	651.143
Intercept-only	-1652.242	-1780.084	127.842
<b>Chi-square</b>			
D(df=1342/1474/-132)	2128.297	3430.583	-1302.286
LR(df=23/1/22)	1176.187	129.585	1046.602
p-value	0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>			
McFadden	0.356	0.036	0.320
McFadden(adjusted)	0.340	0.034	0.306
Cox-Snell/ML	0.577	0.084	0.493
Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.633	0.092	0.541
Count	0.673	0.446	0.227
Count(adjusted)	0.457	0.088	0.369
<b>IC</b>			
AIC	2180.297	3438.583	-1258.286
AIC divided by N	1.594	2.327	-0.733

	BIC(df=26/4/22)	2316.046	3459.777	-1143.732
N	N	1368.000	1478.000	-110.000

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 1143.732 in BIC provides very strong support for current model.

68 . quietly gologit2 BSZB Alter GE Stud\_Är, autofit

69 . . fitstat, saving(M1)

		gologit2	
<b>Log-likelihood</b>	Model	-1601.779	
	Intercept-only	-1657.822	
<b>Chi-square</b>	Deviance(df=1367)	3203.557	
	LR(df=3)	112.086	
	p-value	0.000	
<b>R2</b>	McFadden	0.034	
	McFadden(adjusted)	0.030	
	Cox-Snell/ML	0.078	
	Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.086	
	Count	0.439	
	Count(adjusted)	0.070	
<b>IC</b>	AIC	3215.557	
	AIC divided by N	2.342	
	BIC(df=6)	3246.906	

70 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud\_Är AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF, autofit

71 . fitstat, saving(M2) using (M1) force

		Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>	Model	-1394.395	-1601.779	207.383
	Intercept-only	-1652.242	-1657.822	5.580
<b>Chi-square</b>	D(df=1352/1367/-15)	2788.791	3203.557	-414.767
	LR(df=13/3/10)	515.693	112.086	403.607
	p-value	0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>	McFadden	0.156	0.034	0.122
	McFadden(adjusted)	0.146	0.030	0.116
	Cox-Snell/ML	0.314	0.078	0.236
	Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.345	0.086	0.259
	Count	0.529	0.439	0.090
	Count(adjusted)	0.219	0.070	0.149
<b>IC</b>	AIC	2820.791	3215.557	-394.767
	AIC divided by N	2.062	2.342	-0.280
	BIC(df=16/6/10)	2904.328	3246.906	-342.577
N	N	1368.000	1373.000	-5.000

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 342.577 in BIC provides very strong support for current model.

72 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud\_Är AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF PNVBZ, autofit

73 . fitstat, saving(M3) using (M2) force

	Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>			
Model	-1363.941	-1394.395	30.455
Intercept-only	-1652.242	-1652.242	0.000
<b>Chi-square</b>			
D(df=1349/1352/-3)	2727.882	2788.791	-60.909
LR(df=16/13/3)	576.602	515.693	60.909
p-value	0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>			
McFadden	0.174	0.156	0.018
McFadden(adjusted)	0.163	0.146	0.017
Cox-Snell/ML	0.344	0.314	0.030
Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.378	0.345	0.033
Count	0.545	0.529	0.016
Count(adjusted)	0.246	0.219	0.027
<b>IC</b>			
AIC	2765.882	2820.791	-54.909
AIC divided by N	2.022	2.062	-0.040
BIC(df=19/16/3)	2865.083	2904.328	-39.246

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 39.246 in BIC provides very strong support for current model.

74 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud\_Är AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF PNVBZ ADPR PSYLD,  
> autofit

75 . fitstat, saving(M4) using (M3) force

	Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>			
Model	-1176.848	-1363.941	187.093
Intercept-only	-1652.242	-1652.242	0.000
<b>Chi-square</b>			
D(df=1347/1349/-2)	2353.695	2727.882	-374.186
LR(df=18/16/2)	950.788	576.602	374.186
p-value	0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>			
McFadden	0.288	0.174	0.113
McFadden(adjusted)	0.275	0.163	0.112
Cox-Snell/ML	0.501	0.344	0.157
Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.550	0.378	0.172
Count	0.608	0.545	0.063
Count(adjusted)	0.350	0.246	0.104
<b>IC</b>			
AIC	2395.695	2765.882	-370.186
AIC divided by N	1.751	2.022	-0.271
BIC(df=21/19/2)	2505.339	2865.083	-359.744

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 359.744 in BIC provides very strong support for current model.

```
76 . quietly gologit2 BSZB GE Alter Stud_Ar AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD B
> ET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit
```

```
77 . fitstat, saving(M5) using (M4) force
```

	Current	Saved	Difference
<b>Log-likelihood</b>			
Model	-1064.148	-1176.848	112.699
Intercept-only	-1652.242	-1652.242	0.000
<b>Chi-square</b>			
D(df=1342/1347/-5)	2128.297	2353.695	-225.399
LR(df=23/18/5)	1176.187	950.788	225.399
p-value	0.000	0.000	0.000
<b>R2</b>			
McFadden	0.356	0.288	0.068
McFadden(adjusted)	0.340	0.275	0.065
Cox-Snell/ML	0.577	0.501	0.076
Cragg-Uhler/Nagelkerke	0.633	0.550	0.083
Count	0.673	0.608	0.064
Count(adjusted)	0.457	0.350	0.107
<b>IC</b>			
AIC	2180.297	2395.695	-215.399
AIC divided by N	1.594	1.751	-0.157
BIC(df=26/21/5)	2316.046	2505.339	-189.293

Note: Likelihood-ratio test assumes saved model nested in current model.

Difference of 189.293 in BIC provides very strong support for current model.

```
78 . quietly gologit2 BSZB i.GE Alter Stud_Ar AG_SBST AG_UL AG_WST AG_FLF PNVBZ ADPR PSYLD
> BET KV_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit
```

```
79 . margins
```

```
Predictive margins                                Number of obs   =   1,368
Model VCE      : OIM
```

```
1._predict   : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict   : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict   : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict   : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))
```

_predict	Delta-method				
	Margin	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
1	.3015764	.0092912	32.46	0.000	.283366 .3197868
2	.3972064	.011668	34.04	0.000	.3743375 .4200753
3	.2601675	.0093576	27.80	0.000	.2418269 .2785081
4	.0410497	.0047606	8.62	0.000	.0317192 .0503802

```
80 . margins i.GE
```

```
Predictive margins                                Number of obs   =   1,368
Model VCE      : OIM
```

```
1._predict   : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict   : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict   : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict   : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))
```

	Delta-method				
	Margin	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_predict#GE					
1#männlich	.2891956	.0136705	21.15	0.000	.2624019 .3159894
1#weiblich	.3080785	.0107583	28.64	0.000	.2869926 .3291644
2#männlich	.3978909	.0116289	34.22	0.000	.3750987 .420683
2#weiblich	.3954581	.0117513	33.65	0.000	.3724258 .4184903
3#männlich	.2685152	.0118244	22.71	0.000	.2453399 .2916906
3#weiblich	.2570022	.0096442	26.65	0.000	.2380999 .2759044
4#männlich	.0443982	.0058467	7.59	0.000	.032939 .0558575
4#weiblich	.0394613	.0047847	8.25	0.000	.0300834 .0488392

81 . coefplot, drop(\_cons) xline(0) base

82 . gologit2 BSZB i.GE Alter i.Stud\_Är AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF PNVBZ ADPR PSYLD BET K  
> V\_BET DVTVL DGSST GKRIM, autofit

Testing parallel lines assumption using the .05 level of significance...

Step 1: Constraints for parallel lines imposed for AG\_SBST (P Value = 0.9614)  
 Step 2: Constraints for parallel lines imposed for AG\_FLF (P Value = 0.7395)  
 Step 3: Constraints for parallel lines imposed for 1.Stud\_Är (P Value = 0.5447)  
 Step 4: Constraints for parallel lines imposed for KV\_BET (P Value = 0.4613)  
 Step 5: Constraints for parallel lines imposed for DVTVL (P Value = 0.4478)  
 Step 6: Constraints for parallel lines imposed for GKRIM (P Value = 0.4664)  
 Step 7: Constraints for parallel lines imposed for Alter (P Value = 0.2631)  
 Step 8: Constraints for parallel lines imposed for DGSST (P Value = 0.1758)  
 Step 9: Constraints for parallel lines imposed for PSYLD (P Value = 0.0939)  
 Step 10: Constraints for parallel lines imposed for AG\_WST (P Value = 0.0755)  
 Step 11: Constraints for parallel lines imposed for 1.GE (P Value = 0.1113)  
 Step 12: Constraints for parallel lines are not imposed for  
 AG\_UL (P Value = 0.01597)  
 PNVBZ (P Value = 0.00539)  
 ADPR (P Value = 0.00002)  
 BET (P Value = 0.00289)

Wald test of parallel lines assumption for the final model:

( 1) [Mit\_Sicherheit\_nein]AG\_SBST - [Vermutlich\_nein]AG\_SBST = 0  
 ( 2) [Mit\_Sicherheit\_nein]1.GE - [Vermutlich\_nein]1.GE = 0  
 ( 3) [Mit\_Sicherheit\_nein]1.Stud\_Är - [Vermutlich\_nein]1.Stud\_Är = 0  
 ( 4) [Mit\_Sicherheit\_nein]AG\_FLF - [Vermutlich\_nein]AG\_FLF = 0  
 ( 5) [Mit\_Sicherheit\_nein]KV\_BET - [Vermutlich\_nein]KV\_BET = 0  
 ( 6) [Mit\_Sicherheit\_nein]DVTVL - [Vermutlich\_nein]DVTVL = 0  
 ( 7) [Mit\_Sicherheit\_nein]GKRIM - [Vermutlich\_nein]GKRIM = 0  
 ( 8) [Mit\_Sicherheit\_nein]Alter - [Vermutlich\_nein]Alter = 0  
 ( 9) [Mit\_Sicherheit\_nein]DGSST - [Vermutlich\_nein]DGSST = 0  
 (10) [Mit\_Sicherheit\_nein]PSYLD - [Vermutlich\_nein]PSYLD = 0  
 (11) [Mit\_Sicherheit\_nein]AG\_WST - [Vermutlich\_nein]AG\_WST = 0  
 (12) [Mit\_Sicherheit\_nein]AG\_SBST - [Vermutlich\_ja]AG\_SBST = 0  
 (13) [Mit\_Sicherheit\_nein]1.GE - [Vermutlich\_ja]1.GE = 0  
 (14) [Mit\_Sicherheit\_nein]1.Stud\_Är - [Vermutlich\_ja]1.Stud\_Är = 0  
 (15) [Mit\_Sicherheit\_nein]AG\_FLF - [Vermutlich\_ja]AG\_FLF = 0  
 (16) [Mit\_Sicherheit\_nein]KV\_BET - [Vermutlich\_ja]KV\_BET = 0  
 (17) [Mit\_Sicherheit\_nein]DVTVL - [Vermutlich\_ja]DVTVL = 0  
 (18) [Mit\_Sicherheit\_nein]GKRIM - [Vermutlich\_ja]GKRIM = 0  
 (19) [Mit\_Sicherheit\_nein]Alter - [Vermutlich\_ja]Alter = 0  
 (20) [Mit\_Sicherheit\_nein]DGSST - [Vermutlich\_ja]DGSST = 0  
 (21) [Mit\_Sicherheit\_nein]PSYLD - [Vermutlich\_ja]PSYLD = 0  
 (22) [Mit\_Sicherheit\_nein]AG\_WST - [Vermutlich\_ja]AG\_WST = 0

chi2( 22) = 26.84  
 Prob > chi2 = 0.2173

An insignificant test statistic indicates that the final model does not violate the proportional odds/ parallel lines assumption

If you re-estimate this exact same model with gologit2, instead of autofit you can save time by using the parameter





_predict#Stud_Är							
1 #							
Studierende(r) der Hu..		.2945718	.0128881	22.86	0.000	.2693116	.3198
> 319							
> 819	1#Arzt/Ärztin	.3272566	.0344713	9.49	0.000	.2596941	.394
_predict#GE							
2#männlich							
> 683		.3978909	.0116289	34.22	0.000	.3750987	.420
2#weiblich							
> 903		.3954581	.0117513	33.65	0.000	.3724258	.4184
_predict#Stud_Är							
2 #							
Studierende(r) der Hu..		.4015047	.01293	31.05	0.000	.3761624	.426
> 847							
> 405	2#Arzt/Ärztin	.3959373	.0121957	32.47	0.000	.3720342	.4198
_predict#GE							
3#männlich							
> 906		.2685152	.0118244	22.71	0.000	.2453399	.2916
3#weiblich							
> 044		.2570022	.0096442	26.65	0.000	.2380999	.2759
_predict#Stud_Är							
3 #							
Studierende(r) der Hu..		.2622392	.0098044	26.75	0.000	.243023	.2814
> 554							
> 822	3#Arzt/Ärztin	.2426907	.0239247	10.14	0.000	.1957991	.2895
_predict#GE							
4#männlich							
> 575		.0443982	.0058467	7.59	0.000	.032939	.0558
4#weiblich							
> 392		.0394613	.0047847	8.25	0.000	.0300834	.0488
_predict#Stud_Är							
4 #							
Studierende(r) der Hu..		.0416844	.0048911	8.52	0.000	.032098	.0512
> 707							
> 115	4#Arzt/Ärztin	.0341155	.0089778	3.80	0.000	.0165194	.0517

85 . coefplot, drop(\_cons) xline(0) base

86 . quietly gologit2 BSZB GE Stud\_Är Alter AG\_SBST AG\_UL AG\_WST AG\_FLF PNVBZ ADPR PSYLD,  
> autofit

87 . margins

```

Predictive margins                                Number of obs   =    1,368
Model VCE    : OIM

1._predict   : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))
2._predict   : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))
3._predict   : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))
4._predict   : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))
    
```





	_predict#Stud_Är					
	3 #					
Studierende(r) der Hu..		.265754	.0108644	24.46	0.000	.2444602 .2870
> 479						
	3#Arzt/Ärztin	.213799	.0263424	8.12	0.000	.1621688 .2654
> 292						
	_predict#GE					
	4#männlich	.0487087	.0065969	7.38	0.000	.0357789 .0616
> 384						
	4#weiblich	.0383022	.0048329	7.93	0.000	.0288299 .0477
> 745						
	_predict#Stud_Är					
	4 #					
Studierende(r) der Hu..		.0429685	.0052799	8.14	0.000	.0326202 .0533
> 168						
	4#Arzt/Ärztin	.026474	.0074414	3.56	0.000	.0118891 .0410
> 588						

> —

95 . margins i.GE i.Stud\_Är

Predictive margins Number of obs = 1,368  
 Model VCE : OIM

1.\_predict : Pr(BSZB==0), predict(pr outcome(0))  
 2.\_predict : Pr(BSZB==1), predict(pr outcome(1))  
 3.\_predict : Pr(BSZB==2), predict(pr outcome(2))  
 4.\_predict : Pr(BSZB==3), predict(pr outcome(3))

		Margin	Delta-method Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interv
> al]						
> —						
	_predict#GE					
	1#männlich	.2752172	.0141021	19.52	0.000	.2475775 .3028
> 568						
	1#weiblich	.315013	.0115699	27.23	0.000	.2923365 .3376
> 895						
	_predict#Stud_Är					
	1 #					
Studierende(r) der Hu..		.2845405	.0134898	21.09	0.000	.258101 .3109
> 799						
	1#Arzt/Ärztin	.3684023	.0410326	8.98	0.000	.2879799 .4488
> 248						
	_predict#GE					
	2#männlich	.3991964	.0119359	33.45	0.000	.3758025 .4225
> 903						
	2#weiblich	.3958984	.0120918	32.74	0.000	.372199 .4195
> 979						
	_predict#Stud_Är					
	2 #					
Studierende(r) der Hu..		.406737	.0128877	31.56	0.000	.3814776 .4319
> 964						
	2#Arzt/Ärztin	.3913247	.014949	26.18	0.000	.3620251 .4206
> 242						
	_predict#GE					
	3#männlich	.2768778	.0128936	21.47	0.000	.2516067 .3021
> 489						
	3#weiblich	.2507863	.0101691	24.66	0.000	.2308553 .2707
> 174						
	_predict#Stud_Är					
	3 #					



		Margin	Delta-method Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interv	
>	—						
>	a]						
>	—						
	_predict#GE						
	1#männlich	.2891956	.0136705	21.15	0.000	.2624019	.3159
>	894						
	1#weiblich	.3080785	.0107583	28.64	0.000	.2869926	.3291
>	644						
	_predict#Stud_Är						
	1 #						
	Studierende(r) der Hu..	.2945718	.0128881	22.86	0.000	.2693116	.3198
>	319						
	1#Arzt/Ärztin	.3272566	.0344713	9.49	0.000	.2596941	.394
>	819						
	_predict#GE						
	2#männlich	.3978909	.0116289	34.22	0.000	.3750987	.420
>	683						
	2#weiblich	.3954581	.0117513	33.65	0.000	.3724258	.4184
>	903						
	_predict#Stud_Är						
	2 #						
	Studierende(r) der Hu..	.4015047	.01293	31.05	0.000	.3761624	.426
>	847						
	2#Arzt/Ärztin	.3959373	.0121957	32.47	0.000	.3720342	.4198
>	405						
	_predict#GE						
	3#männlich	.2685152	.0118244	22.71	0.000	.2453399	.2916
>	906						
	3#weiblich	.2570022	.0096442	26.65	0.000	.2380999	.2759
>	044						
	_predict#Stud_Är						
	3 #						
	Studierende(r) der Hu..	.2622392	.0098044	26.75	0.000	.243023	.2814
>	554						
	3#Arzt/Ärztin	.2426907	.0239247	10.14	0.000	.1957991	.2895
>	822						
	_predict#GE						
	4#männlich	.0443982	.0058467	7.59	0.000	.032939	.0558
>	575						
	4#weiblich	.0394613	.0047847	8.25	0.000	.0300834	.0488
>	392						
	_predict#Stud_Är						
	4 #						
	Studierende(r) der Hu..	.0416844	.0048911	8.52	0.000	.032098	.0512
>	707						
	4#Arzt/Ärztin	.0341155	.0089778	3.80	0.000	.0165194	.0517
>	115						
>	—						

```
106 . coefplot, drop(_cons) xline(0) base

107 . graph save "Graph" "C:\Users\Beccy\Documents\Doktorarbeit\Aufbereitung Erschens21_02_
> 20\Stata\Graph_Koeff.gph"
      (file C:\Users\Beccy\Documents\Doktorarbeit\Aufbereitung Erschens21_02_20\Stata\Graph_K
> oeff.gph saved)

108 . Log off
      command Log is unrecognized
      r(199);

109 .
```