

nellen“ Beratungen durchlaufen hat. Wann eine Neuregelung in Kraft treten wird, und wie diese ausgestaltet sein wird, ist derzeit noch nicht absehbar.

B. Die Einstellung der Bevölkerung und Ärzteschaft zur Sterbehilfe

Wie aber steht die Bevölkerung und die Ärzteschaft zu diesen Entwicklungen? Dieser Frage wird sich die nachfolgende Studie durch eine systematische Analyse von quantitativen Umfragedaten nähern.¹²

I. Methode und Datensatz

Dazu wurde zunächst in einer systematischen Literatur- und Internetrecherche nach Umfragedaten für Ärzte und die allgemeine Bevölkerung der letzten 30 Jahre gesucht. Für die Bevölkerung wurden nur Daten aus repräsentativen Studien einbezogen. Daten zur Ärzteschaft mussten hingegen nicht repräsentativ sein, da für diese Berufsgruppe kaum repräsentative Studien vorhanden sind. Die Studien mussten danach fragen, ob Sterbehilfe zulässig sein sollte, legalisiert werden sollte oder grundsätzlich für akzeptabel gehalten werde – unabhängig von der aktuellen Rechtslage. Umfragen unter Ärzten bezogen sich sowohl auf die persönliche Bereitschaft zur Beteiligung an Sterbehilfe¹³ als auch auf die Akzeptanz unabhängig von einer eigenen Beteiligung. In der Frage durften keine Zweifel an der Eigenverantwortlichkeit der Suizidentscheidung aufgeworfen werden.

Die Suche ergab insgesamt 36 Studien, aus denen 76 Einzelfragen einbezogen werden konnten (s. Tabelle 1 sowie den Anhang). Alle Fragen betrafen Patienten, die in irgendeiner Form an einer Krankheit oder Schmerzen litten. Um den unterschiedlichen Fragestellungen gerecht zu werden, wurden die einzelnen Fragen nach verschiedenen Kriterien codiert, unter anderem nach der Krankheitssituation des Patienten und der Art der Sterbehilfe.

12 S. auch Jox, Perspektiven deutscher Patienten und Bürger auf den assistierten Suizid, in: Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*, Berlin, 2017, S. 51 ff. (zitiert als Jox, in: Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing [Hrsg.]), für eine Zusammenstellung von Umfragen unter Patienten und der Bevölkerung (letztere für die Jahre 2012–2015) und Bobbert/Riedel, *Euthanasia and End-of-life-decisions in Germany: Public Opinion, Medical Views, the Ethical Debate and Legal Regulation*, JRE 2008, 467, 470 ff. mit einem Überblick über ältere Umfragedaten zur Einstellung der Ärzteschaft und der Bevölkerung zu Sterbehilfe.

13 Straflosigkeit der entsprechenden Form von Sterbehilfe vorausgesetzt.

Angesichts der geringen Größe des Datensatzes erwies sich die Codierung nach der Situation des Patienten in der anschließenden Auswertung allerdings als nicht aussagekräftig. Die Analyse wird sich im Folgenden daher auf die Differenzierung nach Art der Sterbehilfe beschränken.

Tabelle 1: Umfragedaten (Anzahl)

	Gesamt	Bevölkerung	Ärzeschaft
Studien	36	26	10
Einzelfragen ges.	76	46	30
...Zeitraum seit 2010	45	32	13
... aktive Sterbehilfe	24	13	11
... assistierter Suizid	29	13	16
... Behandlungsabbruch	13	10	3
... nicht definiert	10	10	-

Bei der Codierung nach Art der Sterbehilfe wurden Fragen nur dann einer der spezifischen Unterformen von Sterbehilfe zugeordnet, wenn in der Frage auch explizit erklärt wurde, was mit dem verwendeten Begriff gemeint war. Wenn die Frage keine eindeutige Erklärung enthielt, wurde sie als „nicht definiert“ kategorisiert.

II. Ergebnisse

Die auf diese Weise gewonnenen und codierten Daten sind in den Abb. 1–3 dargestellt.

Abb. 1 gibt einen Überblick über den gesamten Datensatz, aufgeschlüsselt nach Bevölkerung und Ärzteschaft. In dieser Darstellung ist auf den ersten Blick zu erkennen, wie weit die Akzeptanz von Sterbehilfe in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft auseinanderfällt. Von einzelnen Ausreißern abgesehen, auf die unten noch näher eingegangen wird, liegt die Zustimmungsrate der Ärzteschaft kontinuierlich und deutlich unter der der allgemeinen Bevölkerung. Während die Akzeptanz in der Bevölkerung seit 2010 kontinuierlich über 50 % beträgt, ist bei der Ärzteschaft das Gegenteil der Fall. Deutlich ist auch zu erkennen, dass im Zeitraum um die Verabschiedung von § 217 D-StGB im Jahr 2015 besonders viele Umfragen zum Thema Sterbehilfe durchgeführt worden sind.

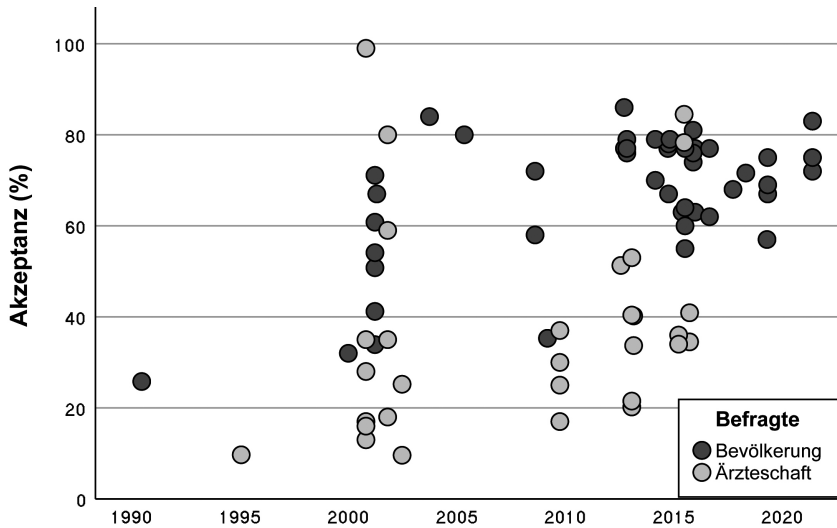


Abb. 1: Akzeptanz von Sterbehilfe in der deutschen Bevölkerung und Ärzteschaft

In beiden Gruppen ist außerdem zu erkennen, dass die Zustimmung zur Sterbehilfe in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist und sich insbesondere innerhalb der Bevölkerung konsolidiert hat. Da bei der Ärzteschaft aktuelle Umfragedaten fehlen, erscheint es angesichts der tendenziell steigenden Akzeptanz auch möglich, dass der abgebildete Unterschied zwischen der Ärzteschaft und der allgemeinen Bevölkerung heute nicht mehr ganz so gravierend ist, wie er hier noch erscheint.

In Abb. 2 sind die Daten für die Bevölkerung nach den verschiedenen Formen der Sterbehilfe aufgeschlüsselt. Bemerkenswert ist zunächst, dass alle Formen der Sterbehilfe in sämtlichen Fragen seit 2010 kontinuierlich Zustimmungswerte über 50 % erhalten. Außerdem ist deutlich zu erkennen, dass die Zustimmung zum Behandlungsabbruch im Vergleich zu den anderen Formen der Sterbehilfe tendenziell am höchsten ist. Bei assistiertem Suizid und der aktiven Sterbehilfe ist zunächst kein eindeutiger Trend erkennbar. Der Blick auf einzelne Umfragen, in denen nach allen drei Formen der Sterbehilfe gefragt wurde, zeigt allerdings, dass assistierter Suizid knapp höhere Zustimmungswerte aufweist als die aktive Sterbehilfe.¹⁴

14 ZB. *YouGov*, Pressegrafiken: Sterbehilfe, 2021 mit Daten von 2019 und 2021, abrufbar unter https://d25d2506sfb94s.cloudfront.net/r/52/DE_20210505_Pressegrafiken_Sterbehilfe.pdf (zuletzt abgerufen am 6.10.2022).

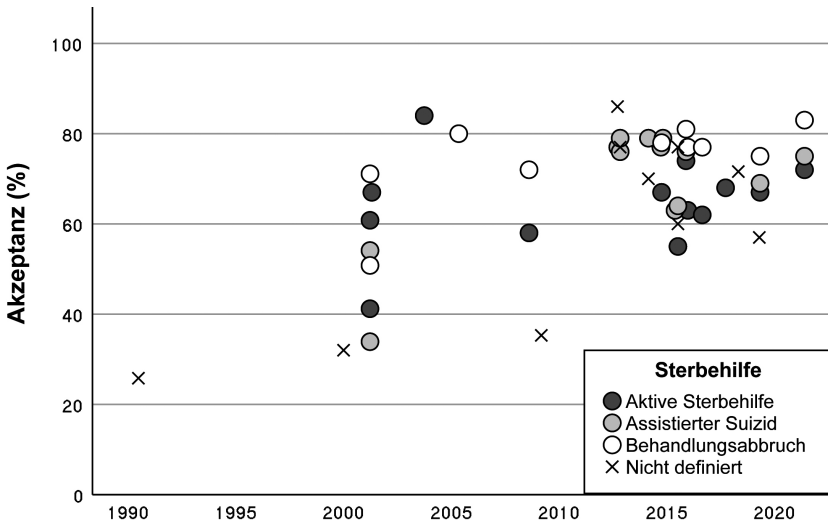


Abb. 2: Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung nach Art der Sterbehilfe

Das bestätigt auch die Berechnung des Durchschnitts der Zustimmungswerte seit 2010: Aktive Sterbehilfe wird von 66 % der Befragten in bestimmten Situationen befürwortet, assistierter Suizid von 74 % und der Behandlungsabbruch sogar von knapp 79 % (s. Tab. 2).¹⁵ Fragen, in denen die Art der Sterbehilfe nicht definiert wurde, liegen im Mittelfeld, wobei die Streuung (SD) der Werte¹⁶ hier erheblich größer ist als bei präziseren Fragen.

15 Diese Unterschiede sind auch statistisch signifikant, wie das Ergebnis der einfachen Varianzanalyse zeigt, $F(2, 22) = 9,893$, $p < 0,001$.

16 I.e. die Abweichung der einzelnen Zustimmungswerte vom Mittelwert nach oben und nach unten.

Tabelle 2: Zustimmung zur Sterbehilfe, 2010–2021

	n	Mittel- wert (%)	Max	Min	SD
Bevölkerung					
Aktive Sterbehilfe	8	66,00	74,00	55,00	6,00
Assistierter Suizid	11	74,00	79,00	63,00	5,90
Behandlungsabbruch	6	78,50	83,00	75,00	2,95
Nicht definiert	7	71,23	86,00	57,00	10,12
Ärzteschaft					
Aktive Sterbehilfe	3	37,30	51,30	20,20	15,78
Assistierter Suizid	8	36,73	53,00	21,50	8,85
Behandlungsabbruch	2	81,40	84,50	78,30	4,38

Abb. 3 schließlich zeigt die gleiche Aufschlüsselung für die Ärzteschaft. Hier ist zu erkennen, dass die oben identifizierten auffälligen Ausreißer zum großen Teil Fragen zum Behandlungsabbruch betreffen. Dieser trifft auf nahezu uneingeschränkte Zustimmung (im Mittel seit 2010 81,4 %) – was auch kaum verwunderlich ist, da Behandlungsabbrüche anerkannte medizinische Praxis sind.¹⁷ Anders stellt sich die Meinungslage beim assistierten Suizid und der aktiven Sterbehilfe dar. Beide Formen der Sterbehilfe weisen auch in jüngeren Umfragen nur selten eine mehrheitliche Zustimmung auf, und bleiben im Mittel bei lediglich 37 % Zustimmung, wobei sich – anders als bei der Bevölkerung – kaum ein Unterschied zwischen assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe zeigt.

17 S. nur die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in DtschÄrzteBl 2011, A346 sowie die Daten von *Schildmann/Dahmen/Vollmann*, Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende, Dtsch Med Wochenschr 2015, e1–6.

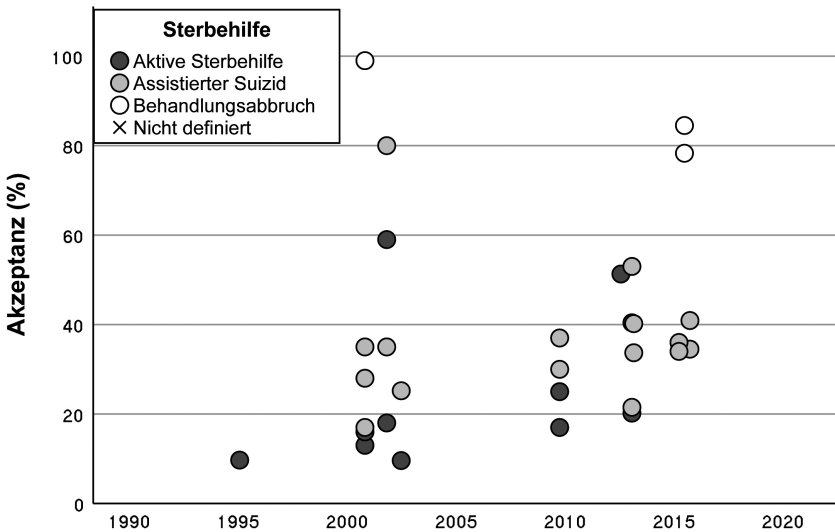


Abb. 3: Akzeptanz in der deutschen Ärzteschaft nach Art der Sterbehilfe

III. Limitationen

Die hier verwendeten quantitativen Umfragedaten werden sowohl in der strafrechtlichen Literatur als auch in den Medien herangezogen, um die Meinungslage in der Bevölkerung oder in bestimmten Gruppen zu untersuchen. Dafür kommen aber grundsätzlich auch andere Methoden – qualitative Umfragen, die Verwendung validierter Skalen¹⁸ anstatt einzelner Fragen, Medienanalysen etc. – in Frage. Deshalb, und auch weil quantitative Umfragedaten allzu oft unreflektiert und selektiv herangezogen werden, soll vor einer weiteren Analyse der Ergebnisse noch ausführlicher auf die Vor- und Nachteile sowie die Fallstricke im Umgang mit dieser Art von Daten eingegangen werden.

Quantitative Umfragedaten haben zunächst zwei entscheidende Vorteile: Sie sind – jedenfalls soweit sie die Bevölkerung betreffen – häufig reprä-

18 S. für solche Skalen aus dem Bereich der Sterbehilfe *Tordella/Neutens*, An Instrument to Appraise Attitudes of College Students Toward Euthanasia, J Sch Health 1979, 351; *Wasserman/Clair/Ritchey*, A Scale to Assess Attitudes toward Euthanasia, OMEGA 2005, 229. Dass selbst solche Skalen nicht unbedingt zu einheitlichen Ergebnissen kommen, zeigen allerdings Vergleiche, zB. *Aghababaei/Farahani/Hatami*, Euthanasia Attitude; a Comparison of Two Scales, J Med Ethics Hist Med 2011, 9.

sentativ, und es gibt viele Studien bzw. Umfragen, auf die zurückgegriffen werden kann. Das ermöglicht es insbesondere, Entwicklungen und Trends nachzuvollziehen und Vergleiche und Analysen zwischen verschiedenen Gruppen von Befragten oder Arten von Fragen vorzunehmen. Qualitative Studien und validierte Skalen sind zumeist nicht repräsentativ und dazu nicht in großer Zahl vorhanden, weil die Anwendung aufwendiger und zeitintensiver ist.

Quantitative Umfragedaten haben aber auch Nachteile, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Das wohl größte Problem ist, dass bei dieser Form der Meinungsforschung das überaus komplexe Thema der Sterbehilfe oft auf eine einzige Frage reduziert wird, obwohl zahlreiche Feinheiten die Zustimmungswerte teils ganz erheblich beeinflussen können. Bereits die obige Auswertung (Tab. 2) hat verdeutlicht, dass es entscheidend ist, nicht pauschal nach „Sterbehilfe“ zu fragen, sondern zu differenzieren und die Begriffe auch zu erläutern.¹⁹ Zustimmungswerte sind außerdem ganz erheblich abhängig von der Situation des Patienten, mit der Befragte konfrontiert werden, gerade wenn Befragten verschiedene Krankheitsszenarien im direkten Vergleich vorgelegt werden.²⁰

Nicht nur der Inhalt der Frage, auch die Art der Fragestellung hat einen großen Einfluss auf das Antwortverhalten. Studien haben zB. gezeigt, dass Menschen, die bei ansonsten exakt gleichem Sachverhalt entweder danach gefragt werden, ob sie das Leben des Patienten „nicht verlängern“ wollen oder danach, ob sie das Leben des Patienten „beenden“ wollen, bei der letzten Formulierung deutlich seltener Sterbehilfe zustimmten – die Unterschiede in der Zustimmung betrugen teilweise um die 20 %.²¹

19 S. auch Hagelin/Nilstun/Hau u.a., Surveys on Attitudes Towards Legalisation of Euthanasia: Importance of Question Phrasing, J Med Ethics 2004, 521 für einen direkten Vergleich von Fragen mit Erläuterung und ohne Erläuterung des im Englischen üblicherweise gebrauchten Begriffs „euthanasia“.

20 S. für eine Vergleichsstudie an Laien Schröder/Schmutzer/Klaiberg u.a., Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung, Psychother Psychosom Med Psychol 2003, 334; für Ärzte s. Bolt/Snijderwind/Willems u.a., Can Physicians Conceive of Performing Euthanasia in case of Psychiatric Disease, Dementia or Being Tired of Living?, J Med Ethics 2015, 592.

21 Gamliel, To End Life or Not to Prolong Life: The Effect of Message Framing on Attitudes Toward Euthanasia, J Health Psychol 2013, 693 S. auch Parkinson u.a., Cancer Patients' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: The Influence of Question Wording and Patients' Own Definitions on Responses, J Bioeth

Dazu kommt: Diese Verkürzungen und Framing-Effekte, von denen es noch viele mehr gibt, treffen teilweise auf Befragte, die sich möglicherweise noch nicht intensiv mit der Materie auseinandergesetzt haben und in der Umfragesituation mehr oder weniger spontan und unüberlegt eine Meinung äußern müssen, möglicherweise ohne sich der Konsequenzen ihrer Meinung bzw. Entscheidung bewusst zu sein.²²

Ob die Bevölkerung aber tatsächlich derart uninformiert ist, ist eine bloße Vermutung.²³ Viele Bürgerinnen und Bürger dürften im Verwandten- und Bekanntenkreis bereits Erfahrungen mit Sterben und Tod gemacht haben, und sich aus diesem Anlass Gedanken über ihr eigenes Lebensende gemacht haben. Außerdem wird das Thema Sterbehilfe auch regelmäßig gesellschaftlich diskutiert.²⁴

Den übrigen Schwächen von quantitativen Umfragedaten kann und sollte man aber in gewissen Grenzen Rechnung tragen. Framing-Effekte und unterschiedliche Fragestellungen lassen sich ausgleichen oder jedenfalls sichtbar machen, indem man sich nicht auf eine einzelne Umfrage verlässt, sondern eine möglichst große Zahl an Umfragedaten verwendet und so von vornherein eine Vielfalt an Fragestellungen berücksichtigt.²⁵ Lassen sich dann trotz der Vielfalt der Fragestellungen klare Trends identifizieren, deutet dies auf eine relativ stabile öffentliche Meinungslage hin.²⁶ Soweit möglich, sollte darüber hinaus unterschiedlichen Fragestellungen durch Kategorisierung und differenzierte Analyse Rechnung getragen werden. Insgesamt müssen die Daten zurückhaltend interpretiert werden. Dies be-

Inq 2005, 82 für weitere Unterschiede in der Fragestellung und ihre Auswirkungen auf das Antwortverhalten von Befragten.

22 *House of Lords*, Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL], 4.4.2005.

23 Für die Ärzteschaft kann wohl von einem grundsätzlich besseren Verständnis der Materie ausgegangen werden.

24 So zB. zuletzt beim Themenabend Sterbehilfe in der ARD am 23.11.2020, bei dem knapp 4 Millionen Menschen die Verfilmung des Buches „Gott“ von Ferdinand von Schirach im Fernsehen sahen, s. „Großes Interesse am ARD-Themenabend über Sterbehilfe im Ersten“, abrufbar unter <https://www.daserste.de/unterhaltung/film/gott-von-ferdinand-von-schirach/gott-von-ferdinand-von-schirach-quotenmeldung100.html> (zuletzt abgerufen am 6.10.2022).

25 S. zum Vergleich zwischen den Ergebnissen einzelner Studien (konkret: der European Value Study, die im Bereich der Sterbehilfe häufig für internationale Vergleiche herangezogen wird) mit den Ergebnissen der Analyse von umfangreichen Studien-Datensätzen wie diesem *Krüger*, Comparing the Decriminalisation of Assisted Dying in Europe, EJHL 2022, 8 f. (digitale Vorabfassung), abrufbar unter <https://doi.org/10.1163/15718093-bja10101> (zuletzt abgerufen am 6.10.2022).

26 Jox, in: Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing (Hrsg.), S. 57.

deutet insbesondere, die Limitationen der einbezogenen Fragestellungen bei der Interpretation zu berücksichtigen. Zuletzt müssen die durch die Datenmenge gewonnenen Erkenntnisse – wo möglich – durch eine detaillierte Einzelanalyse der einzelnen Fragen und durch qualitative Studien abgesichert werden.

IV. Analyse: Sterbehilfe – Strafrecht gegen den „Willen des Volkes“?

Aus den hier zusammengetragenen Daten lässt sich trotz der unvermeidlichen Varianz der Zustimmungswerte, die sich auf die unterschiedlichen Fragestellungen zurückführen lässt,²⁷ deutlich erkennen, dass eine stabile und deutliche Mehrheit der Bevölkerung nicht nur den Behandlungsabbruch befürwortet, sondern grundsätzlich auch die Möglichkeit, auf assistierten Suizid und sogar auf aktive Sterbehilfe zurückzugreifen – *in bestimmten Situationen*. Diese Einschränkung muss betont werden, da sich alle Fragen auf Patienten in verschiedenen Stadien von Schmerz und Krankheit bezogen, weshalb sich Schlussfolgerungen auf die Sterbehilfe für gesunde Personen verbieten. Ein *absolutes* Verbot der aktiven Sterbehilfe, wie es derzeit in Deutschland normiert ist, wird damit aber jedenfalls nicht von der Mehrheit der Deutschen befürwortet.

Anders hingegen sieht es die Ärzteschaft. Hier wird zwar der Behandlungsabbruch nahezu uneingeschränkt unterstützt, nicht aber der assistierte Suizid oder aktive Sterbehilfe. Allerdings erscheint es durchaus möglich, dass sich die Meinung in der Ärzteschaft in den letzten fünf Jahren, zu denen keine Daten einbezogen werden konnten, weiter in Richtung stärkerer Zustimmung entwickelt hat. Zu beachten ist außerdem, dass die Daten für die Ärzteschaft aufgrund ihrer fehlenden Repräsentativität mit besonders großer Vorsicht genossen werden müssen. Die Einstellung gegenüber Sterbehilfe ist sehr stark abhängig von der Spezialisierung der befragten Ärztesgruppe.²⁸ Von den hier einbezogenen Studien wurde ein überproportional großer Anteil unter Fachgruppen durchgeführt, die der Sterbehilfe tendenziell kritischer gegenüberstehen (u.a. Neurologie, Onkologie, Pallia-

27 Jox, in: Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing (Hrsg.), S. 56 f.

28 S. Krüger, EJHL 2022, 14 f., für einen europäischen Vergleich zwischen Hausärzten und Palliativmedizinern. Für eine detaillierte Analyse der Einstellung von britischen Ärzten, aufgegliedert nach Spezialisierung s. Kantar, BMA Survey on Physician-Assisted Dying, 2020, abrufbar unter: <https://www.bma.org.uk/media/3367/bma-physician-assisted-dying-survey-report-oct-2020.pdf> (zuletzt abgerufen am 6.10.2022).

tivmedizin). Insgesamt dürften aber insbesondere die bis vor kurzem noch in vielen Berufsordnungen normierten Verbote nicht nur der aktiven Sterbehilfe, sondern auch der Beihilfe zum Suizid im Einklang mit der breiten Mehrheit der Ärzteschaft gestanden haben.

Konkretere Schlussfolgerungen mit Blick auf eine bestimmte Norm wie § 217 D-StGB sollte man aus diesem Datensatz allerdings nicht ziehen – und schon gar nicht aus einzelnen, selektiv zitierten Umfragen, anders als dies in der Literatur teilweise geschieht.²⁹ Denn hier wurden nur Fragen einbezogen, die sich auf die Zulässigkeit von assistiertem Suizid allgemein beziehen, nicht aber darauf, unter welchen Umständen genau und mit welchen Verfahrensvorschriften, gerade auch für Sterbehilfeorganisationen, Sterbehilfe konkret zulässig sein sollte. Die oben dargestellte Anfälligkeit der Umfrageergebnisse bereits für feine Änderungen in den Fragestellungen verbietet es, Zustimmungswerte von allgemeinen Fragen auf konkrete Gesetze oder gar von einer Form der Sterbehilfe auf die konkrete Regelung einer anderen zu übertragen.³⁰

Möchte man die Zustimmung der Bevölkerung zu einer Norm wie § 217 D-StGB ermitteln, muss man sich daher die (wenigen) Umfragen ansehen, die sich konkret mit § 217 D-StGB oder mindestens im weiteren Sinne mit organisierter Sterbehilfe befassen. Die so ermittelten Umfragewerte divergieren stark: In einer YouGov-Umfrage aus dem Jahr 2021³¹ sprachen sich beispielsweise 75 % der Befragten allgemein für eine „Straffreiheit des assistierten Suizids“³² aus, was ungefähr dem oben errechneten Mittelwert entspricht. In der gleichen Umfrage befürworteten allerdings nur noch 49 % die Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung durch das BVerfG³³ – eine geradezu frappierende Differenz. In einer vom IfD Allensbach im Jahr 2014 durchgeführten Umfrage wurde die

29 Wie zB. Walter, Zur Demokratisierung des Strafrechts, in: Bublitz u.a. (Hrsg.), Recht – Philosophie – Literatur, Berlin, 2020, S.545, 550: „sehenden Auges gegen eine Bürgermehrheit“ beschlossen.

30 So aber Hoven, in: Hoven/Kubiciel (Hrsg.), S.101, 114, die von der „partiellen Befürwortung“ der *aktiven Sterbehilfe* der Bevölkerung auf deren Ablehnung von § 217 StGB schließt.

31 YouGov, Pressegrafiken: Sterbehilfe, 2021.

32 Assistierter Suizid wurde in der Frage definiert als „Dabei hilft beispielsweise ein Mediziner einem todkranken Patienten bei der Beschaffung des tödlich wirkenden Mittels, die Einnahme muss jedoch selbstständig erfolgen.“

33 Der Wortlaut der Frage lautete: Ende Februar 2020 wurde das frühere Verbot einer „geschäftsmäßigen Beihilfe“ zur Selbsttötung, also die unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht wiederholte Förderung der Selbsttötung, vom Bundesverfassungs-