The request for assisted suicide – a challenging topic to teach in medical education. Project report on a compulsory elective course at the Aachen University Hospital

Abstract

Aim: As part of the Erasmus+ project "ELPIS", a compulsory elective course in palliative medicine on handling wishes to die and the desire for suicide was put into place and offered for the first time at the Clinic for Palliative Medicine at RWTH Aachen University in the 2023 summer semester, both as a classroom-based session and an online session. The aim of this project was to provide students with background knowledge, skills and the opportunity to stake out a position in the ongoing debate on assisted suicide.

Method: The course was initially offered to 15 students in a classroom-based format and entailed 120 minutes during which an introductory lecture and an interactive conversation with a simulated patient were held. A pseudonymized online evaluation took place. In addition to 4 items to collect demographic data, the focus was specifically on capturing personal attitudes toward and knowledge about assisted suicide (6 items). The survey also described the global outcome (4 items) and measured gain in learning on the levels of knowledge, skills and attitude (8 items).

Results: The evaluation showed that assisted suicide is viewed as a form of medical care, but suggests at the same time that there are knowledge deficits concerning end-of-life alternatives. The students' self-assessed level of preparedness increased as a result of the intervention, while their fear of being confronted with a wish for assisted suicide decreased. The opportunity to take up a dynamic stance using an athletic playing field as an aid was perceived as helpful. The specific outcome evaluation showed a gain in learning in all of the dimensions.

Conclusion: The participants displayed an open attitude toward assisted suicide as a form of medical care. At the same time, they felt unprepared and fearful of the responsibility that comes with receiving requests for assisted suicide. In order to gain a better understanding of the students' perspectives and fears, a comparative analysis of the digital course and semi-structured student interviews are currently underway.

Keywords: assisted suicide, palliative medicine, medical education, professional identity formation

Alexandra Scherg[1]
Miriam Wegmann[1]
Thekla Biersching[2]
Daniel Fink[3]
Martin Lemos[3]
Frank Elsner[3]

1 RWTH Aachen University, Medical Faculty, Department of Palliative Medicine, Aachen, Germany

2 University of Duisburg-Essen, University Hospital Essen, Department of Palliative Medicine, Essen, Germany

3 RWTH Aachen University, Faculty of Medicine, Audiovisual Media Center, Aachen, Germany

Background

In February 2020 a Federal Constitutional Court ruling lifted the ban on assisted suicide services [1], stating that every individual with the capacity to make informed and deliberate decisions, in self-determination, has the right take one's own life and to seek assistance from third parties to do so. In 2021, as a consequence, the sentence barring physicians from providing any suicide assistance was deleted from the boilerplate version of the German Medical Association's professional code of conduct, ending the prohibition on assisting another person to commit suicide for medical doctors [2]. For care providers, this new legal situation results in considerable freedom, but also in great responsibility, not least the need to take an ethical and emotional position on how they personally approach another person's wish to die or commit suicide. Newly licensed physicians should therefore be prepared early on to adequately assume this freedom and responsibility. In terms of teaching, instructors are faced with the challenge of bringing home the weightiness of this responsibility, which their students will later bear in real medical situations, in an educational setting. Among the teaching staff in palliative medicine at German medical schools, the discussion is currently about the extent to which contending with requests for assisted suicide should even be a part of the undergraduate medical curriculum or should rather be assigned to postgraduate

training [3]. This paper describes a new seminar at the RWTH Aachen University Hospital on how to respond to suicide requests and which was brought into being as part of the EU Erasmus+ project "ELPIS" (**EL**earning on **P**alliative Care for **I**nternational **S**tudents), KA220-HED-AF6D681C.

Project description

Seven medical schools participated in the *ELPIS* project: Rome and Bologna (Italy), Pécs (Hungary), Brasov (Romania), Pamplona (Spain), Hamilton (Canada) and Aachen (Germany).

Based on research of the international literature following realist synthesis, the first work package involved identifying the requisites for successful online teaching [4]. Based on these (educational theory, desired effect of technology, integration in overall curriculum), palliative medicine teaching units were developed at each of the universities for specifically chosen topics or learning objectives.

Within the scope of a pilot project, a clinical compulsory elective on responding to death and suicide wishes in palliative medicine was offered for the first time at the Clinic for Palliative Medicine at the RWTH Aachen University Hospital. The course encompassed two 120-minute-long course sessions and an extensive student evaluation. The first session took place in the classroom (in a second session, the content for the same learning objective was presented in an online unit [https://emedia-medizin.rwth-aachen.de/course/view.php?id=573&lang=en]). Both ses- sions began with an introductory lecture on the legal situation in Germany and a summary of the recommendations given by the German Association for Palliative Medicine (DGP) on how to handle the wish to die and requests for assisted suicide in the hospice and palliative care settings [5]. Furthermore, using an athletic playing field as an aid, the students were offered a way to continually reposition themselves in their approach to assisted suicide (see figure 1). The field can be used, for concrete cases or abstractly, to draw uncrossable red lines, which can naturally shift as new experience is gathered. One example of this could be the one discussed in the course: A patient's wish for assisted suicide versus a loved one's feelings. In the simulation that follows in the classroom-based session, students are able to experience and practice confronting a simulated patient's request for assisted suicide by taking on a double role (doctor and family member). Given the setting of a family celebration, the students slip into the roles of a doctor off-duty in the evening and, at the same time, the patient's godchild. The godparent, who has advanced lung cancer with brain metastases expresses the wish for assistance with committing suicide. In the online session, a recorded dialogue with the same simulated patient is shown, during which, as the scene unfolds, the attention is turned to the students' reactions. Over the course of the dialogue, the students are presented with a choice of different options for reacting and responding. The dialogue then takes specific turns depending on their choices, offering at times direct feedback for the students and opening up the opportunity to turn in another direction. At the end of this course there is a pseudonymized evaluation using an online questionnaire (Surveymonkey®) with 23 items. In addition to 4 items about demographic data, 6 other items focused in particular on the students' description of their personal attitudes toward assisted suicide and their experience confronting it. The description of the global outcome (4 items) and measurement of learning gains on the levels of knowledge, skills, and attitude were also surveyed (8 items). Data were collected by means of a 6-point Likert scale (completely wrong – completely right and completely disagree – completely agree) and descriptively analyzed. The comparative self-assessment gain (CSA gain) was computed using the formula: CSA gain=(µpre-µpost)/(µpre-1) x 100, making it possible to show CSA as a percentage for concrete learning objectives, based on a self-assessment in the post- and then-test.

The online course evaluation and the in-depth overall evaluation of student attitudes toward the two teaching methods based on semi-structured interviews are still underway and will be published later. The results presented here apply to the classroom-based course.

Results

A total of 15 students (80% female) participated in the pilot project during the 2023 summer semester. The students were on average 22 years old (19-31 years) and ranged in semester level from the 4th to the 10th.

A question about the legal and professional situation in Germany regarding assisted suicide and termination of life on request was answered correctly by a predominant majority of the students. Only the question about the provision of assisted suicide services was skipped over by 8 students, and one person incorrectly stated that termination of life on request can be offered as a service in Germany.

Regardless of any specific scenarios, the students were first asked about the medical role in the context of the wish to die. Attending to people desiring death and assisted suicide was viewed as a form of medical care by the majority of the students. All of the students found that termination of life on request was not medical care. The highest level of agreement concerning the comprehensibility of a wish to commit suicide (n=15) and the justification for carrying it out (n=15) was found for the scenarios of "cancer without tumor-specific treatment options and a life expectancy of day to weeks" followed by "tetraparesis with required artificial ventilation in a stable condition". The highest level of rejection was seen for both comprehensibility and justification in the case of a person's "desire to die in the absence of any relevant pre-existing conditions". There was extreme ambivalence in the evaluation of "therapy-resistant mental health dis-

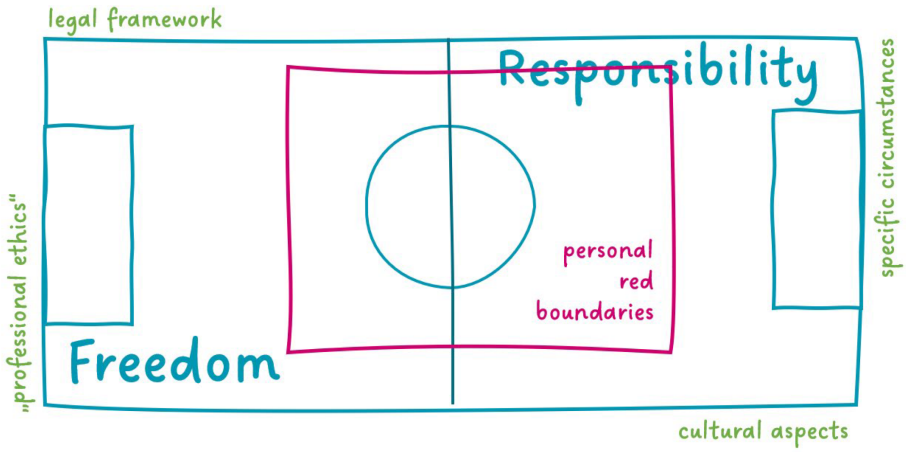

Figure 1: Picture of an athletic playing field to assist in positioning one's own role

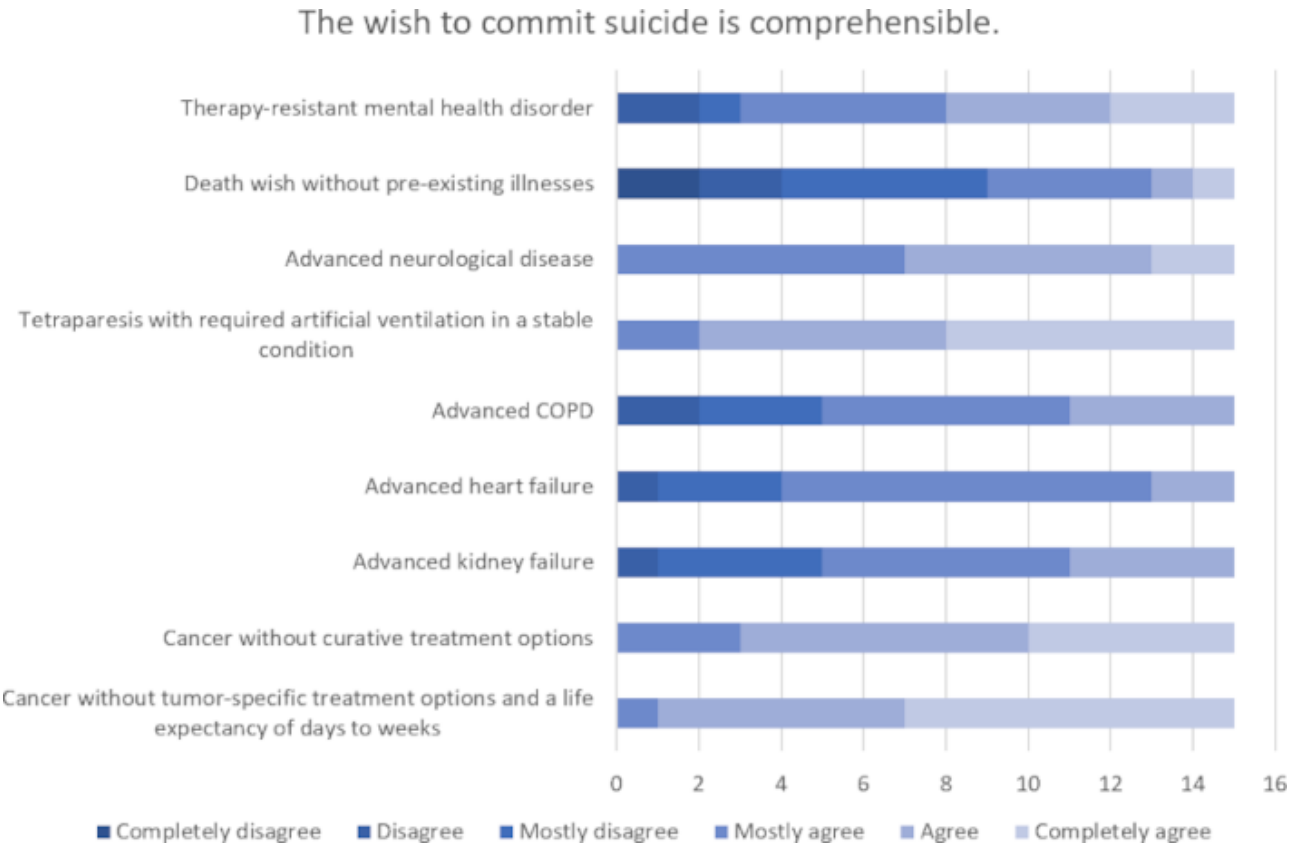

Figure 2: Evaluation of specific scenarios in terms of the comprehensibility of the desire for assisted suicide

orders". The evaluation of the comprehensibility of a request for termination of life (n=14) and the justification for carrying it out (n=13) showed similar weighting in the individual scenarios, whereby the level of rejection was overall higher (see figure 2, figure 3, figure 4 and figure 5).

When analyzing the Likert scales, the responses ranging from "completely right/completely agree – mostly right/ostly agree" were evaluated as agreement, while "mostly wrong/mostly disagree – completely wrong/completely disagree" were viewed as rejection or disagreement.

Prior to the seminar, the students stated that they did not feel well prepared as individuals or as newly licensed physicians for a confrontation with the desire to commit suicide (n=15: *disagreement* 100%).

The self-assessed level of preparedness in the role of "physician" increased as a result of the intervention (n=15: *agreement* 67%) and in the role of an "individual person" (n=15: *agreement* 60%).

Students are frightened when they Imagine being asked by a patient (n=15: *agreement* 67%) or a loved one (n=15: *agreement* 100%) for help committing suicide.

After the intervention, this fear of receiving a request from a patient (n=15: *disagreement* 60%) is distinctly less strong than the fear of a receiving a request from a loved one (n=15: *disagreement* 7%).

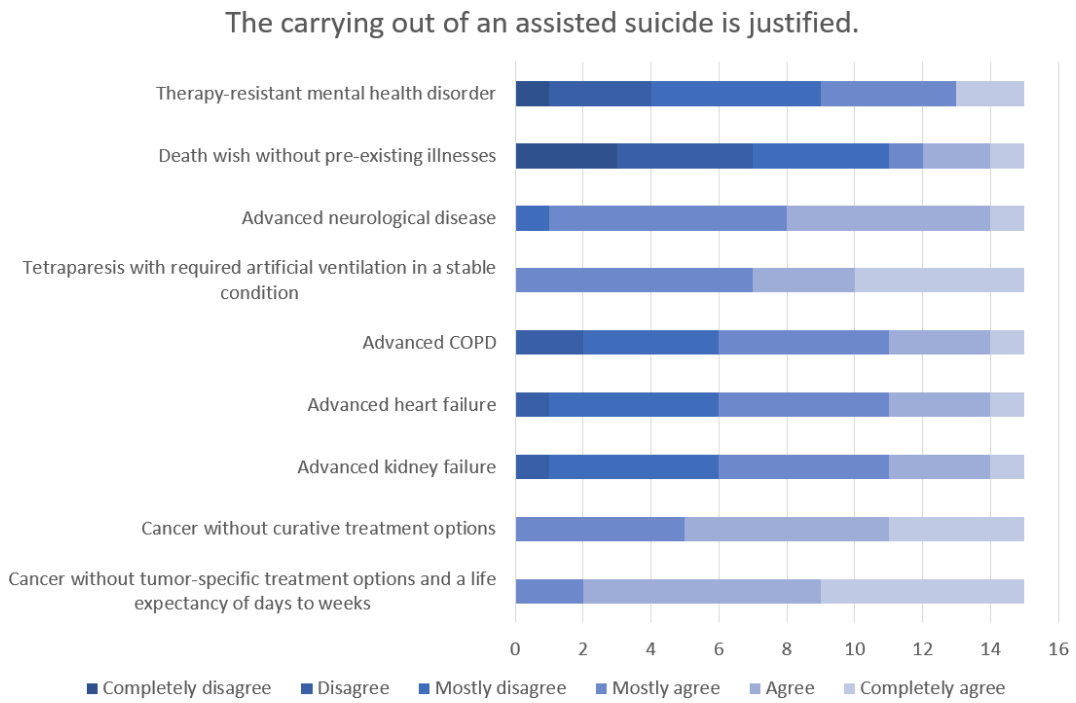

Figure 3: Evaluation of specific scenarios in terms of the comprehensibility of the desire for termination of life on request

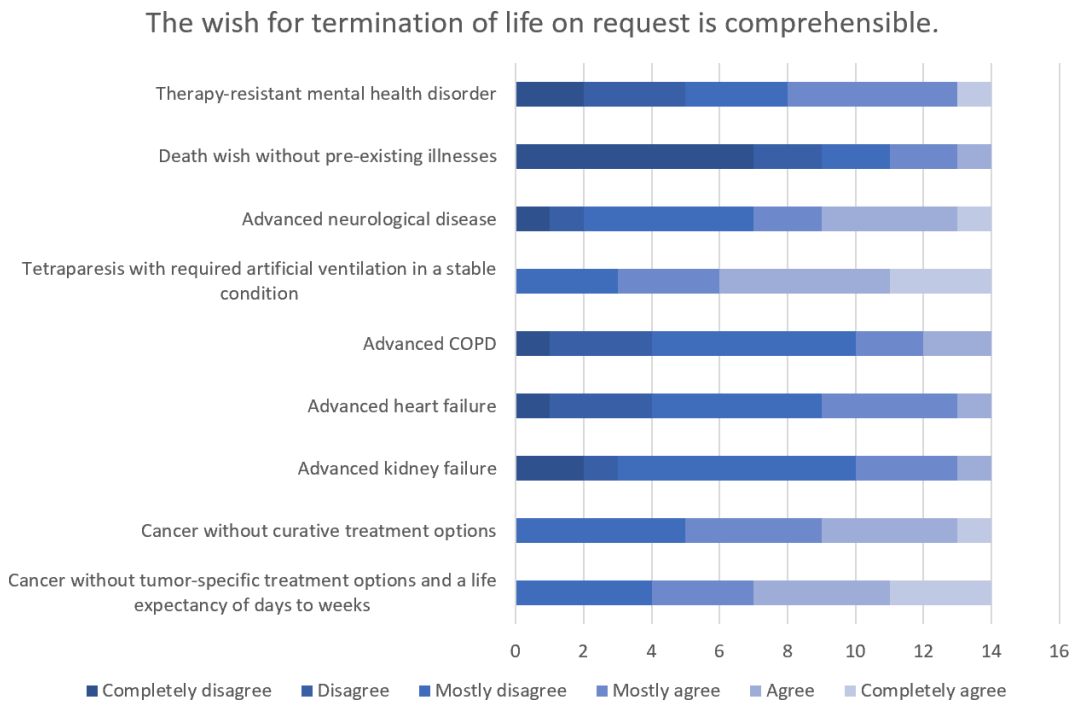

Figure 4: Evaluation of specific scenarios in terms of the justification for carrying out assisted suicide

The majority of the students were emotionally moved by the conversation with the simulated patient (n=15: *agreement* 93%), but not burdened (n=15: *disagreement* 73%) or overwhelmed (n=15: *disagreement* 67%).

The image of a playing field (see figure 1) was presented to the students for the purpose of taking a dynamic stance regarding their own role and demarcating personal "red boundaries" around it. Students rated this visual aid as helpful (n=15: *agreement* 80%).

The playing field serves to visualize personal boundaries in the context of the professional role. For example, each individual or medical team can define the uncrossable red lines in regard to specific scenarios, example cases, or specific issues; for instance, a boundary can be personal involvement or the absence of a terminal illness, etc.

To determine the specific course outcomes [6], the self-assessed gain in learning was calculated for 8 course objectives; a clear gain was reported for each of these objectives (see table 1). The lowest gain was described for the learning objective "I take a desire for suicide expressed to me seriously", in regard to which the students had already rated themselves as competent prior to the

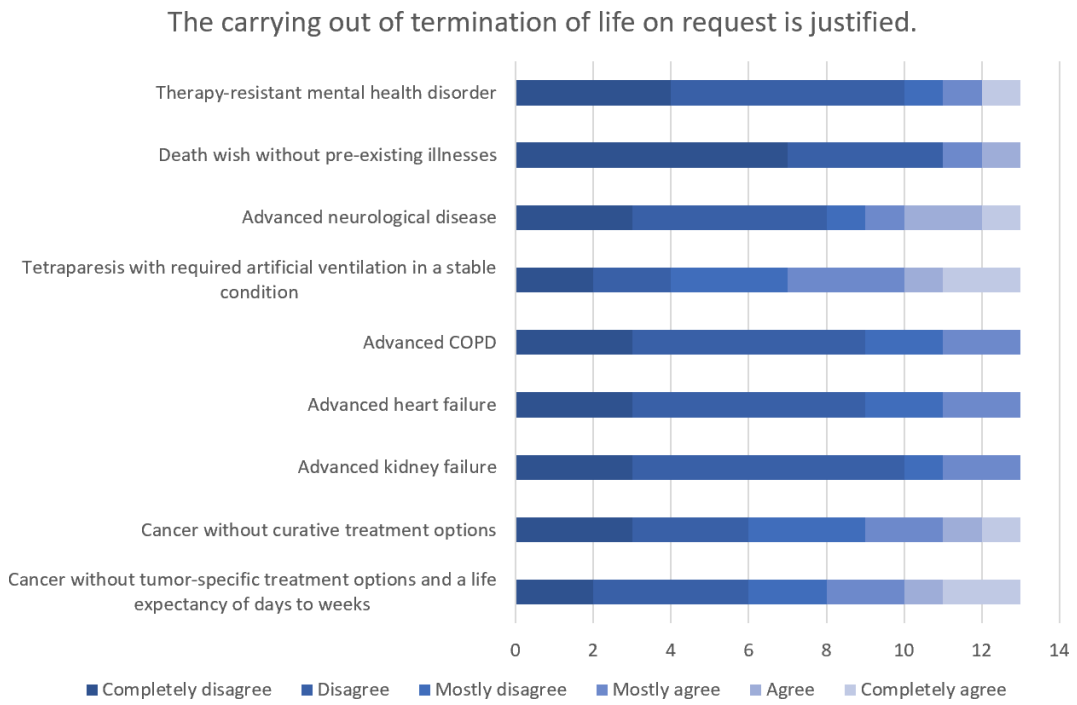

Figure 5: Evaluation of specific scenarios in terms of the justification for carrying out termination of life on request

Table 1: Gain in learning for specific course objectives in the dimensions of knowledge (W1-2), skills (F1-3) und attitude (H1-3)

	Learning Objective	µpre	µpost	CSA gain = (µpre- µpost)/(µpre-1) x 100
W1	I can confidently place a desire for suicide expressed to me in a legal and ethical context.	4.5	2.7	51.4%
H1	I take a desire for suicide expressed to me seriously.	1.9	1.7	22.2%
F1	I hold conversations in which a desire for suicide is expressed to me with empathy.	2.1	1.7	36.4%
W2	I can explain alternative options in hospice care and palliative medicine in the context of another's wish to commit suicide.	3.7	2.6	40.7%
F2	In conversations about suicidal wishes, I identify resources and coping strategies for those affected.	3.7	2.8	33.3%
F3	In conversations, I point to possible alternatives to suicide (VSED, palliative sedation, etc.)	4.1	2.2	61.3%
H2	I reflect on my own emotions and boundaries regarding how I respond to suicidal wishes.	3.3	1.9	60.9%
H3	I have a clear understanding of the term "patient autonomy."	3.1	2.3	38.1%

intervention. Students reported the largest gains in informing others about the palliative alternatives to suicide and in reflecting on their own emotions and boundaries.

Discussion

The students describe a gain in learning within the context of the intervention that is approximately equal across the cognitive (W1-2), psychomotor (F1-3) and affective (H1-3) outcome dimensions. In particular, providing information about palliative alternatives in terms of suicide prevention and self-reflection as an aspect of self-care are rated as having large gains in learning.

The survey of the students concerning their attitudes toward the wish to commit suicide in general and in specific scenarios shows, in addition to a basically open and liberal view on this subject, a nuanced consideration of

concrete medical situations (e.g., cancers without curative treatment options, desire to die without relevant pre-existing illness). A not yet published survey of physicians, some with many years of medical experience, shows the same tendency in the evaluation of the individual scenarios.

The evaluation of specific scenarios raises the question if a knowledge deficit exists here: Carrying out an assisted suicide, for example, in the case of tetraparesis with required artificial ventilation is perceived as justified by all of the respondents in the study. However, wouldn't a discontinuation of the ventilation with measures to relieve symptoms be a case of "allowing the dying process to happen" the most obvious way to end the patient's life, as wished for? Suicide would not be necessary.

Other scenarios, in which there is a high degree of agreement about the wish for assisted suicide and carrying it out, describe situations that are often accompanied by a need for palliative care. There is a large overlap between the comprehensibility of suicidal wishes and palliative care patients, which emphasizes the responsibility of palliative medicine to participate in the discussions about assisted suicide.

The students report inadequate preparation for the confrontation with requests for assisted suicide and thus have the associated fears and concerns. The double role deliberately selected for the students results, on the one hand, in a higher emotional involvement, but is also meant to enable them to have a more authentic empathy in the situation, since the role of family member is more familiar to them at this point in their education than the role of the attending physician. As a result of a short, interactive and practice-based educational intervention it is possible to address and reduce these fears in relation to the future medical role, whereby this effect is larger in the role of the attending physician.

Responding to requests for assisted suicide in the role of medical doctor is unique in so far that the legal framework provides great freedom to act but also conveys a great measure of responsibility. Contrary to "conventional" medical treatment, no orientation around the normal rules of diagnosis is possible here, the most decisive element is only the patient's wish.

Conclusion

Despite many limitations (small cohort, voluntary participation, short intervention, focus only on palliative medicine), this project report suggests that there is a need in medical education regarding the response to suicide requests. This paper describes the fear of assuming responsibility and backs up the question about whether or not undergraduate medical education in its current form is sufficiently prepared to meet this responsibility [7]. The international literature shows the influence of intrinsic and extrinsic factors (e.g., educational content and setting) on professional identity formation [8], such that being empowered to take on a responsibility can help physicians to better prepare themselves for difficult decisions and challenging medical situations.

Authors' ORCIDs

- Alexandra Scherg: [0000-0002-8778-7429]
- Martin Lemos: [0000-0002-0788-2400]

Funding

This project took place as part of the Erasmus+ ELPIS project and was paid for out of the corresponding funds (KA220-HED-AF6D681C).

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Bundesverfassungsgericht. Urteil vom 26. Februar 2020. Karlsruhe: Bundesverfassungsgericht; 2020. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html
2. Bundesärztekammer. Berufsrecht. Berlin: Bundesärztekammer. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht
3. Elsner F, Scherg A. QB-13-Workshop München 2023. Über das Sterben reden - Kommunikation ist mehr als nur SPIKES. Z Palliativmed. 2024;25(02):70. DOI: 10.1055/a-2257-8077
4. Martucci G, Pereira J, Busa C, Csikos A, Franchini L, Elsner F, Raccichini M, Mihailescu-Marin, MM, Mosoiu D, Rubio Bernabé S, Scherg A, Consorti F. Online learning in palliative care education of undergraduate medical students: a realist synthesis. Pall Care Soc Pract. 2023;17. DOI: 10.1177/26323524231218279
5. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2021. Zugänglich unter/available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211213_Broschuere_Suizidassistenz_100dpi.pdf
6. Raupach T, Schiekirka S, Münscher C, Beißbarth T, Himmel W, Burckhardt G, Pukrop T. Piloting an outcome-based programme evaluation tool in undergraduate medical education. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(3):Doc44. DOI: 10.3205/zma000814
7. Harendza S. Taking responsibility. GMS J Med Educ. 2022;39(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001548
8. Findyartini A, Greviana N, Felaza E, Fauqi M, Afifah T_Z, Firdausy MA. Professional identity formation of medical students: A mixed-methods study in a hierarchical and collectivist culture. BMC Med Educ. 2022;22(1):443. DOI: 10.1186/s12909-022-03393-9

Corresponding author:
Dr. med. Alexandra Scherg
RWTH Aachen University, Medical Faculty, Department of Palliative Medicine, Pauwelstr. 30, D-52074 Aachen, Germany, Phone: +49 (0)241/8080880
alexandra.scherg@palliativmedizin.de

Please cite as
Scherg A, Wegmann M, Biersching T, Fink D, Lemos M, Elsner F. The request for assisted suicide – a challenging topic to teach in medical education. Project report on a compulsory elective course at the Aachen University Hospital. GMS J Med Educ. 2025;42(3):Doc31.
DOI: 10.3205/zma001755, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017552

This article is freely available from
https://doi.org/10.3205/zma001755

Received: *2024-07-16*
Revised: *2024-11-21*
Accepted: *2025-01-21*
Published: *2025-06-16*

Copyright
©2025 Scherg et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

Der Wunsch nach assistiertem Suizid – thematisch und didaktisch eine Herausforderung in der medizinischen Ausbildung. Projektbericht eines Wahlpflichtfachs am Universitätsklinikum Aachen

Alexandra Scherg[1]
Miriam Wegmann[1]
Thekla Biersching[2]
Daniel Fink[3]
Martin Lemos[3]
Frank Elsner[3]

1 RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland

2 Universität Duisburg-Essen, Universitätsklinikum Essen, Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen, Essen, Deutschland

3 RWTH Aachen University, Medizinischen Fakultät, AVMZ - Audiovisuelles Medienzentrum, Aachen, Deutschland

Zusammenfassung

Zielsetzung: In der Klinik für Palliativmedizin der RWTH Aachen University wurde im Rahmen des Erasmus+ Projekts „ELPIS“ ein Wahlpflichtfach „Umgang mit Todes- und Suizidwünschen in der Palliativmedizin“ eingerichtet und im Sommersemester 2023 erstmals sowohl als Präsenzveranstaltung als auch digital angeboten. Ziel des Projektes war, den Studierenden Hintergrundwissen, Handlungskompetenz und eine Option zur dynamischen Positionierung zum Thema Assistierter Suizid anzubieten.
Methodik: Der Kurs wurde zunächst für 15 Studierende in Präsenz angeboten. Er umfasst in einem Zeitraum von 120 min einen Impulsvortrag und ein interaktives Gespräch mit einer Simulationspatientin. Es erfolgte eine pseudonymisierte, elektronische Evaluation. Neben 4 Items zu demografischen Daten lag der Fokus insbesondere auf der Beschreibung der persönlichen Haltung und Wissen zum Assistierten Suizid (6 Items). Zusätzlich wurde die Beschreibung des globalen Outcomes (4 Items) und der Messung des Lernzuwachses auf den Ebenen Wissen, Fertigkeiten und Haltung erfragt (8 Items).
Ergebnisse: Die Evaluation zeigt eine Bewertung der Suizidassistenz als ärztliche Aufgabe, lässt aber gleichzeitig Wissensdefizite zu Alternativen am Lebensende vermuten. Die Selbsteinschätzung des Vorbereitetseins steigerte sich durch die Intervention, die Angst vor der Konfrontation mit Suizidwünschen war rückläufig. Das Angebot zur dynamischen eigenen Positionierung am Modell eines Spielfelds wurde als hilfreich wahrgenommen. Die spezifische Outcome-Evaluation zeigte einen Lernzuwachs in allen Dimensionen.
Schlussfolgerung: Die Teilnehmenden zeigen eine offene Haltung zum Assistierten Suizid als Ärztliche Aufgabe. Zeitgleich fühlen sie sich unzureichend vorbereitet und haben Angst vor der Verantwortung, die die Konfrontation mit Suizidwünschen mit sich bringt. Derzeit erfolgt die vergleichende Auswertung der digitalen Lehrveranstaltung, sowie eine Befragung der Studierenden in semistrukturierten Interviews, um ein besseres Verständnis ihrer Wahrnehmung und Ängste zu erlangen.

Schlüsselwörter: assistierter Suizid, Palliativmedizin, medizinische Ausbildung, professionelle Identitätsentwicklung

Einleitung

Im Februar 2020 wurde in Deutschland durch ein Bundesverfassungsgerichtsurteil das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe aufgehoben [1]. Jeder Mensch, der in der Lage ist, freiverantwortliche Entscheidungen zu treffen, hat das Recht sein Leben zu beenden und dabei Dritte um Hilfe zu bitten, so das Verfassungsgericht. In der Folge wurde 2021 auch das standesrechtliche Verbot zur Mitwirkung am Suizid für Ärzt*innen aufgehoben, indem der Satz „Ein Arzt darf keine Hilfe zu Selbsttötung leisten.“ aus der Musterberufsordnung gestrichen wurde [2]. Diese neue rechtliche Situation ergibt neben viel Freiheit auch ein hohes Maß an Verantwortung für Behandelnde, auch eine ethische und emotionale Positionierung zum persönlichen Umgang mit Todes- und Suizidwünschen zu erlangen. Angehende Ärzt*innen sollten deshalb frühzeitig auf einen adäquaten Umgang mit dieser Freiheit und Verantwortung vorbereitet werden. Didaktisch stehen Dozierende hier vor der Herausforderung, den Studieren-

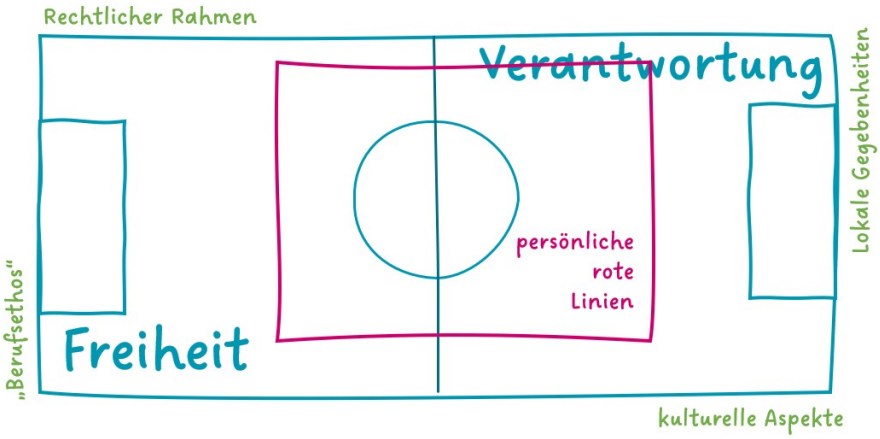

Abbildung 1: Modell eines Spielfelds zur Unterstützung bei der dynamischen Positionierung der eigenen Rolle

den in einem Lehrsetting das Gewicht der Verantwortung nahezubringen, mit dem sie in der realen Behandlungssituation konfrontiert werden. Unter den Lehrenden der Palliativmedizin an deutschen medizinischen Fakultäten findet derzeit eine Diskussion statt, inwieweit der Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz überhaupt Raum in der studentischen Lehre finden, oder eher im Bereich Weiterbildung verortet werden sollte [3]. Dieser Beitrag beschreibt die Etablierung eines Seminars zum Umgang mit Suizidwünschen an der Uniklinik RWTH Aachen im Rahmen des EU-Erasmus+ Projekts ELPIS (**EL**earning on **P**alliative Care for **I**nternational **S**tudents), KA220-HED-AF6D681C.

Projektbeschreibung

An dem Projekt *ELPIS* sind sieben Medizinische Fakultäten in Rom und Bologna (Italien), Pécs (Ungarn), Brasov (Rumänien), Pamplona (Spanien), Hamilton (Kanada) und Aachen (Deutschland) beteiligt.

In einem ersten Arbeitspaket wurden, basierend auf einer internationalen Literaturrecherche mittels „realist synthesis", Anforderungen an gelungene elektronische Lehre formuliert [4]. Basierend auf diesen Anforderungen (educational theory, desired effect of technology, integration in overall curriculum) wurden an den einzelnen Standorten palliativmedizinische Lehr-Einheiten zu jeweils selbst bestimmten Themen/Lernzielen entwickelt.

An der Klinik für Palliativmedizin der Uniklinik RWTH Aachen wurde im Rahmen eines Pilotprojekts erstmalig ein klinisches Wahlpflichtfach zum Thema „Umgang mit Todes- und Suizidwünschen in der Palliativmedizin" angeboten. Das Angebot umfasste zweimal 120 Minuten Unterricht sowie eine umfassende Evaluation seitens der Studierenden. Der erste Termin fand in Präsenz statt (an einem zweiten Termin wurden die Inhalte desselben Lernziels in einer digital gestützten Lehr-Einheit [https://emedia-medizin.rwth-aachen.de/course/view.php?id=573&lang=de] angeboten). In beiden Angeboten wurde zunächst in einem Impulsvortrag die rechtliche Situation in Deutschland und eine Zusammenfassung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit Todes- und Suizidwünschen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung dargestellt [5]. Ferner wurde den Studierenden eine Methodik angeboten, sich selbst am Bild eines Spielfelds in einem dynamischen Prozess immer wieder neu zum Umgang mit Suizidwünschen zu positionieren (siehe Abbildung 1) Das Spielfeld kann genutzt werden, um für sich selbst oder im Team an konkreten Fallbeispielen oder auch abstrakt rote Linien zu ziehen, die sich mit neuen Erfahrungen durchaus verschieben können. Ein Beispiel könnte wie im Kurs diskutiert sein, der Wunsch nach Suizidassistenz durch eine*n Patient*in vs. Eine*n Nahestehenden. In einer anschließenden Gesprächssequenz in Präsenz konnten die Studierenden in einer Doppelrolle (Ärzt*in und Angehörige(r)) die Auseinandersetzung mit dem Suizidwunsch einer Schauspiel-Patientin erleben und üben: Im Setting einer Familienfeier schlüpften die Studierenden in die Rolle „Ärzt*in nach Feierabend", gleichzeitig waren Sie das Patenkind der Patientin. Diese äußerte aufgrund einer fortgeschrittenen Lungenkarzinomerkrankung mit cerebraler Metastasierung den Wunsch nach Hilfe beim Suizid. In der digitalen Version der Lehrveranstaltung wurde mit derselben Schauspielpatientin ein interaktives Gespräch aufgezeichnet, dessen Verlauf sich nach der Reaktion der Studierenden richtet: die Studierenden haben im Verlauf des Gespräches verschiedene Reaktionen/Antwortmöglichkeiten zur Auswahl. Je nachdem, wie sie sich entscheiden, nimmt das Gespräch eine entsprechende Wendung, die teilweise ein direktes Feedback an die Studierenden beinhaltet und ihnen die Möglichkeit eröffnet, „anders abzubiegen". Im Anschluss an diese Veranstaltung erfolgte eine pseudonymisierte Evaluation mit Hilfe eines elektronischen Fragebogens (Surveymonkey®) mit 23 Items. Neben 4 Items zu demografischen Daten lag der Fokus insbesondere auf der Beschreibung der persönlichen Haltung zum Assistierten Suizid und des Erlebens der Konfrontation mit diesem (6 Items). Zusätzlich wurde die Beschreibung des globalen Outcomes (4 Items) und der Messung des Lernzuwachses durch die Lehrintervention auf den Ebenen Wissen, Fertigkeiten und Haltung erfragt (8 Items). Die Datenerhe-

bung erfolgte in Form von 6-Punkt Likert Skalen (trifft gar nicht zu – trifft voll zu bzw. stimme gar nicht zu – stimme voll zu) und wurde deskriptiv ausgewertet. Die Berechnung des Lernzuwachses (CSA Gain) erfolgte mit der Formel CSA Gain=(µpre- µpost)/(µpre-1) x 100, die es ermöglicht, den prozentualen Lernzuwachs hinsichtlich konkreter Lernziele, basierend auf einer Selbsteinschätzung im post-then-Verfahren darzustellen.
Die Auswertung der Durchführung des digitalen Lehrangebots und die vertiefende Gesamt-Evaluation der Haltung der Studierenden zu beiden Lehransätzen mittels semistrukturierter Interviews ist bisher nicht abgeschlossen und soll daher später publiziert werden. Die hier beschriebenen Ergebnisse fassen die Präsenzveranstaltung zusammen.

Ergebnisse

An dem Pilotprojekt im Sommersemester 2023 nahmen 15 Studierende teil (80% weiblich). Die Studierenden waren im Durchschnitt 22 Jahre alt (19-31 Jahre) und verteilten sich auf die Semester 4 bis 10.
Eine Wissensfrage zur straf- und standesrechtlichen Situation in Deutschland bezogen auf Assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen wurde von den Studierenden überwiegend korrekt beantwortet. Lediglich die Frage nach Geschäftsmäßigkeit von assistiertem Suizid/Tötung auf Verlangen wurde von 8 Studierenden übersprungen und eine Person gab fälschlicherweise an, dass Tötung auf Verlangen in Deutschland geschäftsmäßig angeboten werden dürfe.
Unabhängig von konkreten Szenarien wurden die Studierenden zunächst zur ärztlichen Rolle im Kontext Todeswünsche befragt. Die Mehrzahl der Studierenden hielt die Begleitung von Menschen mit Todeswünschen und den Assistierten Suizid für eine ärztliche Aufgabe. Alle Studierenden befanden Tötung auf Verlangen nicht als ärztliche Aufgabe.
Die größte Zustimmung für die Nachvollziehbarkeit eines Suizidwunsches (n=15) und die Rechtfertigung der Durchführung (n=15) fanden die Szenarien „Tumorerkrankung ohne tumorspezifische Therapieoption mit einer Lebenserwartung von Tagen bis Wochen“ gefolgt von „Tetraparese mit Beatmungspflichtigkeit in stabiler Situation“. Die größte Ablehnung in beiden Punkten fand der „Todeswunsch ohne relevante Vorerkrankungen“. Äußerst ambivalent war die Beurteilung bezogen auf „Therapieresistente psychische Störungen“. Die Einschätzung hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit des Wunsches nach Tötung auf Verlangen (n=14) und der Rechtfertigung der Durchführung (n=13) zeigte eine ähnliche Gewichtung der einzelnen Szenarien, wobei die Ablehnung insgesamt größer war (siehe Abbildung 2, Abbildung 3, Abbildung 4 und Abbildung 5).
Bei der Auswertung der Likert Skalen wurden trifft voll zu/stimme voll zu – trifft eher zu/stimme eher zu als Zustimmung, trifft eher nicht zu/stimme eher nicht zu – trifft gar nicht zu/stimme gar nicht zu als Ablehnung bewertet.
Die Studierenden gaben an, sich als Menschen und angehende Ärzt*innen vor dem Seminar nicht gut auf die Konfrontation mit Suizidwünschen vorbereitet gefühlt zu haben (n=15: *Ablehnung* 100%).
Die Selbsteinschätzung des Vorbereitetseins steigerte sich durch die Intervention in der Rolle „Ärzt*in“ (n=15: *Zustimmung* 67%) und in der Rolle als „Mensch“ (n=15: *Zustimmung* 60%).
Die Vorstellung von einer/einem Patient*in (n=15: *Zustimmung* 67%) oder einem nahestehenden Menschen (n=15: Zustimmung 100%) um Hilfe beim Suizid gebeten zu werden, macht den Studierenden Angst.
Nach der Intervention ist diese Angst für die Bitte eines/einer Patient*in (n=15: *Ablehnung* 60%) deutlich stärker rückläufig als im Falle der Bitte eines nahestehenden Menschen (n=15: *Ablehnung* 7%).
Der Großteil der Studierenden fühlte sich durch das Gespräch mit der Simulationspatientin emotional berührt (n=15: *Zustimmung* 93%), aber nicht belastet (n=15: *Ablehnung* 73%) oder überfordert (n=15: *Ablehnung* 67%).
Zur dynamischen Positionierung der eigenen Rolle und Anpassung persönlicher „roter Linien“ wurde den Studierenden das Bild eines Spielfelds (siehe Abbildung 1) vermittelt. Dieses Bild wurde von den Studierenden als hilfreich bewertet (n=15: *Zustimmung* 80%).
Das Spielfeld dient der Visualisierung der eigenen Grenzen im Kontext der professionellen Rolle. Beispielsweise kann so jeder für sich oder im Team anhand von konkreten Szenarien/Fallbeispielen/Fragestellungen „rote Linien“ definieren: eine Grenze kann beispielsweise die persönliche Betroffenheit sein, oder auch das Fehlen einer zum Tode führenden Erkrankung etc.
Zur Ermittlung des spezifischen Outcomes [6] der Veranstaltung wurde die Selbsteinschätzung des Lernzuwachses bezogen auf 8 Lernziele des Kurses berechnet, zu jedem der Lernziele wurde ein deutlicher Lernzuwachs berichtet (siehe Tabelle 1). Der geringste Lernzuwachs wurde beim Lernziel „Ich nehme einen mir gegenüber formulierten Suizidwunsch ernst.“ beschrieben, wo die Studierenden sich bereits vor der Intervention als kompetent einschätzten. Den größten Lernzuwachs berichteten sie bezogen auf die Beratung zu palliativmedizinischen Alternativen zum Suizid und zur Reflexion der eigenen Emotionen und Grenzen.

Diskussion

Die Studierenden beschreiben im Rahmen der Intervention einen Lernzuwachs, der etwa gleichmäßig auf kognitive (W1-2), psychomotorische (F1-3) und affektive (H1-3) Lernziel-Dimensionen verteilt ist. Insbesondere die Beratung zu palliativmedizinischen Alternativen im Sinne einer Suizidprävention und die Selbstreflexion als Merkmal der Selbstfürsorge werden hier mit einem hohen Lernzuwachs bewertet.

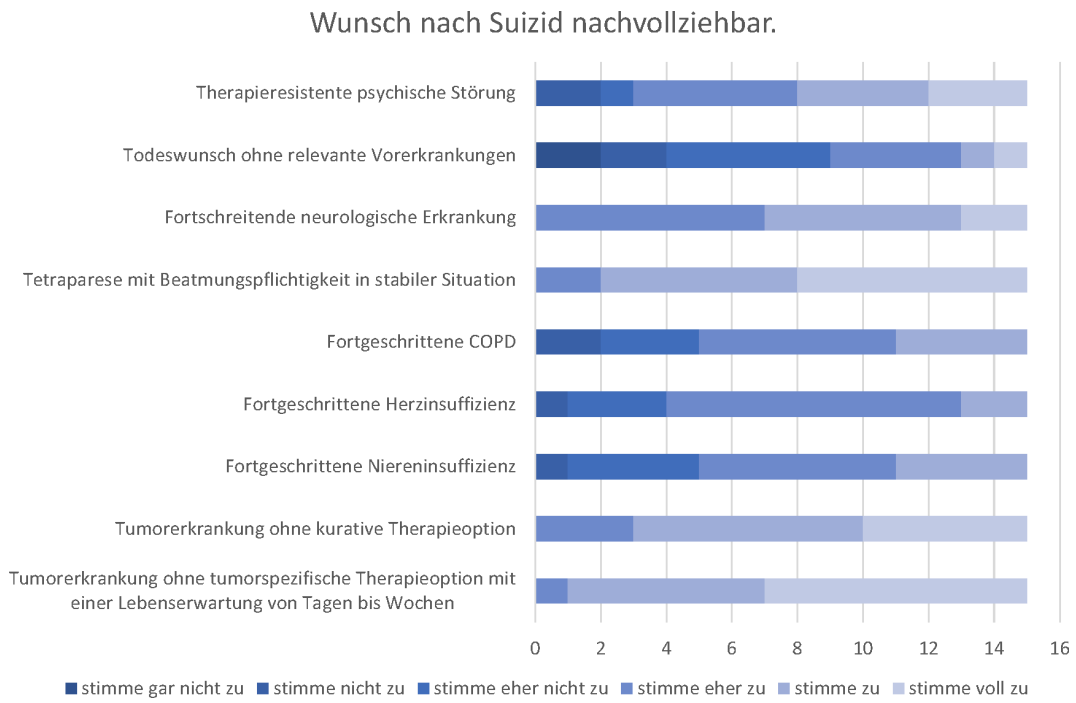

Abbildung 2: Bewertung konkreter Szenarien hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit des Wunsches nach assistiertem Suizid

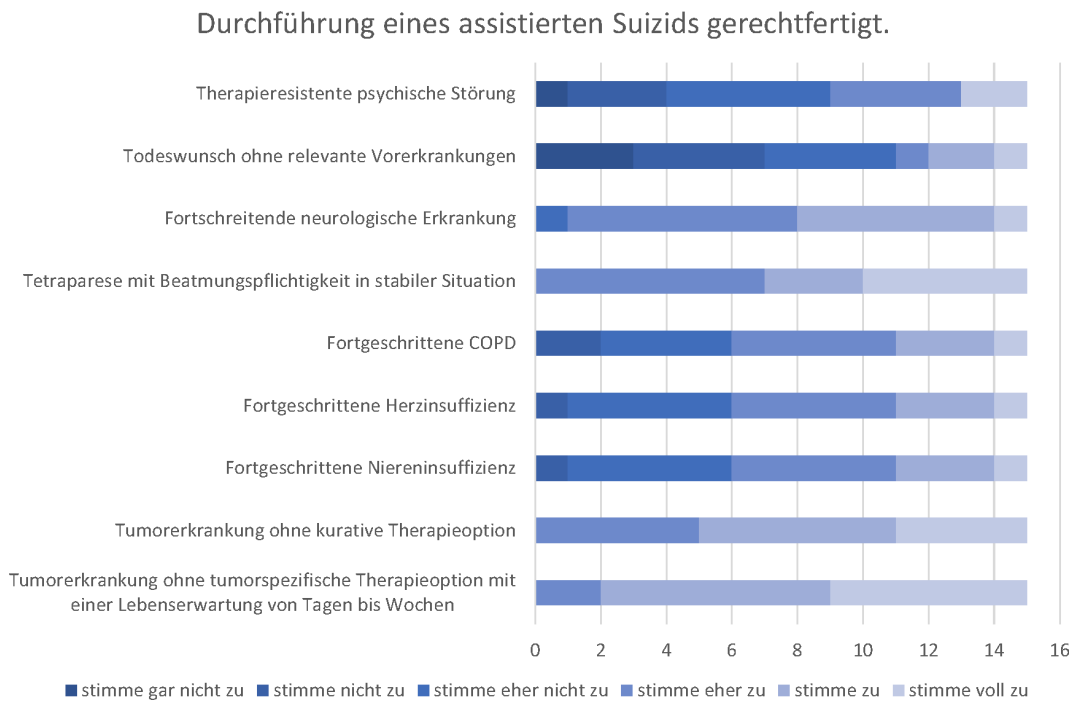

Abbildung 3: Bewertung konkreter Szenarien hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit des Wunsches nach Tötung auf Verlangen

Die Befragung der Studierenden hinsichtlich Ihrer Haltung zu Suizidwünschen im Allgemeinen und bezogen auf konkrete Szenarien zeigt neben einer grundsätzlich offenen und liberalen Haltung zu diesem Thema auch eine differenzierte Betrachtung konkreter medizinischer Ausgangssituationen (z.B. „Tumorerkrankung ohne kurative Therapieoption“, „Todeswunsch ohne relevante Vorerkrankung“). Eine noch nicht publizierte Abfrage unter Ärzten, mit teils langjähriger Berufserfahrung, ergibt die gleiche Tendenz in der Bewertung der einzelnen Szenarien.

Die Bewertung konkreter Szenarien wirft die Frage auf, ob hier ein Wissensdefizit vorliegt: Die Durchführung eines Assistierten Suizids beispielsweise im Falle einer Tetraparese mit Beatmungspflichtigkeit wird von allen Befragten der Studie als gerechtfertigt wahrgenommen. Jedoch wäre hier die Beendigung der Beatmung unter Maßnahmen der Symptomlinderung im Sinne eines „Sterben zulassen“ der naheliegendste Weg, das Leben auf Wunsch der Betroffenen zu beenden. Ein Suizid wäre nicht erforderlich.

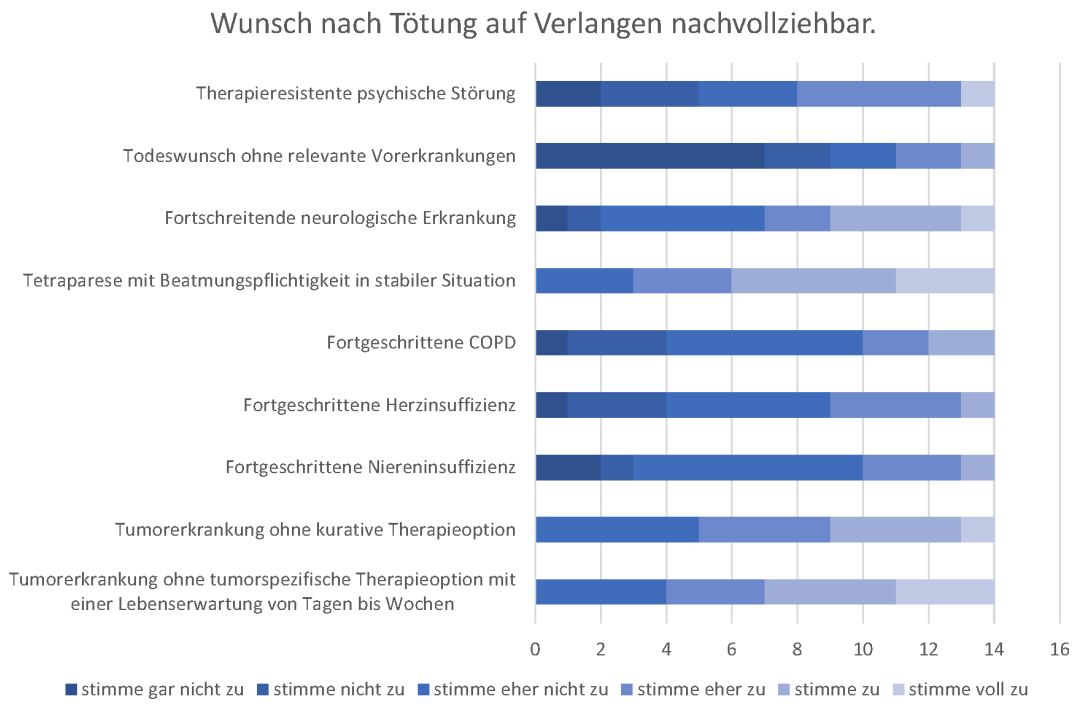

Abbildung 4: Bewertung konkreter Szenarien hinsichtlich der Rechtfertigung der Durchführung eines assistierten Suizids

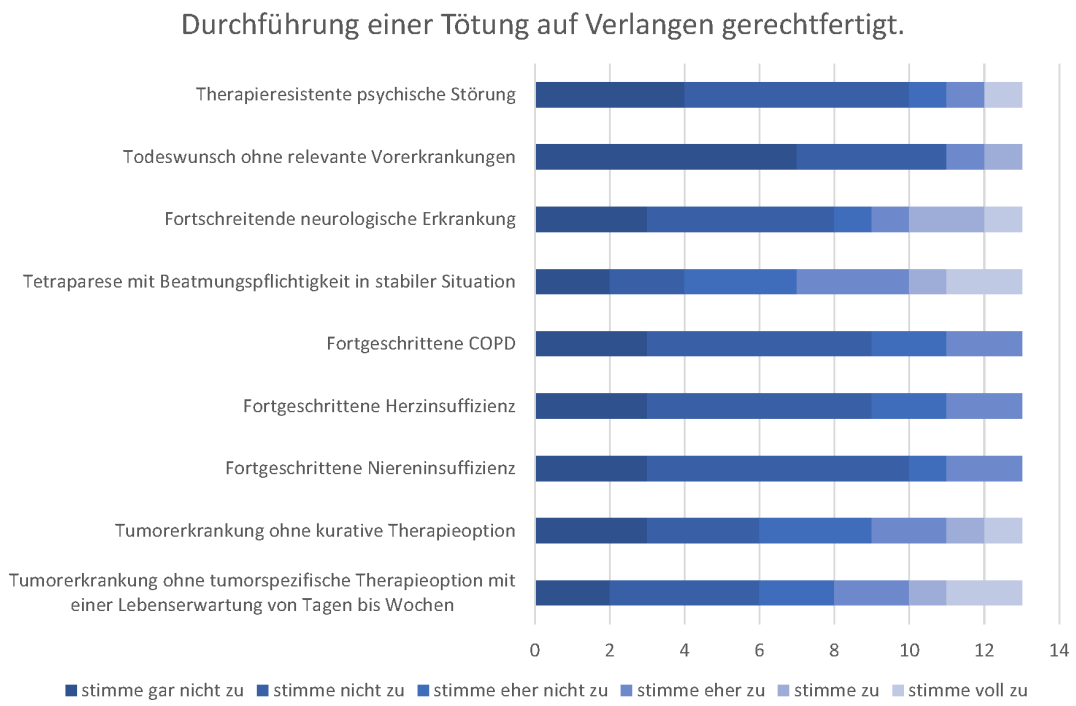

Abbildung 5: Bewertung konkreter Szenarien hinsichtlich der Rechtfertigkeit einer Tötung auf Verlangen

Weitere Szenarien, die eine hohe Zustimmung für den Wunsch nach und die Durchführung von Assistiertem Suizid erfahren, beschreiben Situationen, die häufig mit einem palliativen Behandlungsbedarf einhergehen. Es zeigt sich also eine große Schnittmenge, zwischen der Nachvollziehbarkeit von Suizidwünschen und der Gruppe der Palliativpatient*innen, was die Verantwortung der Palliativmedizin betont, sich an der Diskussion um Suizidassistenz zu beteiligen.

Die Studierenden berichten eine mangelnde Vorbereitung auf die Konfrontation mit Suizidwünschen und damit einhergehend Sorgen und Ängste. Die bewusst gewählte Doppelrolle der Studierenden führt einerseits zu einer höheren emotionalen Einbindung, soll den Studierenden aber auch ein realeres Einfühlen in die Situation ermöglichen, da die Rolle als Familienmitglied ihnen zum derzeitigen Ausbildungsstand vertrauter ist, als die Rolle der/des Behandelnden Durch eine kurze, interaktive und praxisorientierte Lehrintervention gelingt es bereits, diese Ängste bezogen auf die spätere ärztliche Rolle zu adressieren und zu reduzieren, wobei dieser Effekt in der Behandelndenrolle größer ist.

Tabelle 1: Lernzuwachs bezogen auf spezifische Lernziele der Veranstaltung in den Dimensionen Wissen (W1-2), Fertigkeiten (F1-3) und Haltung (H1-3)

	Lernziel	µpre	µpost	CSA Gain = (µpre- µpost)/(µpre-1) x 100
W1	Ich kann einen mir gegenüber formulierten Suizidwunsch sicher in einen rechtlichen und ethischen Kontext einordnen.	4,5	2,7	51,4%
H1	Ich nehme einen mir gegenüber formulierten Suizidwunsch ernst.	1,9	1,7	22,2%
F1	Ich gestalte ein Gespräch, in dem mir gegenüber ein Suizidwunsch geäußert wird empathisch.	2,1	1,7	36,4%
W2	Ich kann im Kontext "Suizidwunsch" über alternative Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung aufklären.	3,7	2,6	40,7%
F2	Ich identifiziere im Gespräch über Suizidwünsche Ressourcen und Bewältigungsstrategien des Betroffenen.	3,7	2,8	33,3%
F3	Ich zeige im Gespräch mögliche Alternativen zum Suizid auf (FVET, gezielte Sedierung am Lebensende...)	4,1	2,2	61,3%
H2	Ich reflektiere meine eigenen Emotionen und Grenzen im Umgang mit Suizidwünschen.	3,3	1,9	60,9%
H3	Ich habe ein klares Verständnis vom Begriff Patientenautonomie.	3,1	2,3	38,1%

Der Umgang mit Suizidwünschen in der ärztlichen Rolle stellt insofern eine Besonderheit dar, da sich hier durch die Gesetzeslage ein großes Maß an Handlungsfreiheit bietet, welches mit einem ebenso hohen Maß an Verantwortung einhergeht. Anders als bei „klassischen“ medizinischen Maßnahmen ist hier keine Orientierung an den Regeln der Indikationsstellung möglich, maßgeblich ist lediglich der Patient*innenwunsch.

Schlussfolgerung

Trotz zahlreicher Limitationen (kleine Kohorte, freiwillige Teilnahme, kurze Intervention, Begrenzung auf palliativmedizinischen Kontext) legt die vorliegende Evaluation die Vermutung nahe, dass es einen Bedarf in der medizinischen Ausbildung zum Thema Umgang mit Suizidwünschen gibt. Die vorliegende Arbeit beschreibt exemplarisch die Angst vor der Übernahme von Verantwortung und bekräftigt die Frage, ob das Medizinstudium in seiner bisherigen Form auf diese Verantwortung ausreichend vorbereitet [7]. Die internationale Literatur zeigt den Einfluss intrinsischer wie extrinsischer Faktoren (z.B. Lehrinhalte und Setting) auf die Professionelle Identitätsentwicklung [8], so dass die Befähigung zur Übernahme von Verantwortung durch entsprechende Ausbildung helfen kann, Mediziner*innen besser auf den Umgang mit schwierigen Entscheidungen und herausfordernden Behandlungssituationen vorzubereiten.

ORCIDs der Autor*innen

- Alexandra Scherg: [0000-0002-8778-7429]
- Martin Lemos: [0000-0002-0788-2400]

Förderung

Das Projekt ist im Rahmen des Erasmus+ Projektes ELPIS entstanden und wurde aus entsprechenden Fördermitteln (KA220-HED-AF6D681C) finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Bundesverfassungsgericht. Urteil vom 26. Februar 2020. Karlsruhe: Bundesverfassungsgericht; 2020. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html
2. Bundesärztekammer. Berufsrecht. Berlin: Bundesärztekammer. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht
3. Elsner F, Scherg A. QB-13-Workshop München 2023. Über das Sterben reden - Kommunikation ist mehr als nur SPIKES. Z Palliativmed. 2024;25(02):70. DOI: 10.1055/a-2257-8077

4. Martucci G, Pereira J, Busa C, Csikos A, Franchini L, Elsner F, Raccichini M, Mihailescu-Marin, MM, Mosoiu D, Rubio Bernabé S, Scherg A, Consorti F. Online learning in palliative care education of undergraduate medical students: a realist synthesis. Pall Care Soc Pract. 2023;17. DOI: 10.1177/26323524231218279

5. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2021. Zugänglich unter/available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211213_Broschuere_Suizidassistenz_100dpi.pdf

6. Raupach T, Schiekirka S, Münscher C, Beißbarth T, Himmel W, Burckhardt G, Pukrop T. Piloting an outcome-based programme evaluation tool in undergraduate medical education. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(3):Doc44. DOI: 10.3205/zma000814

7. Harendza S. Taking responsibility. GMS J Med Educ. 2022;39(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001548

8. Findyartini A, Greviana N, Felaza E, Fauqi M, Afifah T_Z, Firdausy MA. Professional identity formation of medical students: A mixed-methods study in a hierarchical and collectivist culture. BMC Med Educ. 2022;22(1):443. DOI: 10.1186/s12909-022-03393-9

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Alexandra Scherg
RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, Klinik für Palliativmedizin, Pauwelstr. 30, 52074 Aachen, Deutschland, Tel.: +49 (0)241/8080880
alexandra.scherg@palliativmedizin.de

Bitte zitieren als
Scherg A, Wegmann M, Biersching T, Fink D, Lemos M, Elsner F. The request for assisted suicide – a challenging topic to teach in medical education. Project report on a compulsory elective course at the Aachen University Hospital. GMS J Med Educ. 2025;42(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma001755, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017552

Artikel online frei zugänglich unter
https://doi.org/10.3205/zma001755

Eingereicht: *16.07.2024*
Überarbeitet: *21.11.2024*
Angenommen: *21.01.2025*
Veröffentlicht: *16.06.2025*

Copyright
©2025 Scherg et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.