

**Masterarbeit**

**Die Einstellung zu Tötung auf Verlangen und ärztlich  
assistierter Suizid**

Ein Vergleich zwischen der österreichischen Bevölkerung mit den  
Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege

eingereicht von

**Sarah Madelaine Steinlechner, BSc MSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinische Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

**Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Franziska Großschädl, BSc MSc**

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dipl.-Pflegepäd.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Christa Lohrmann**

Graz, 12.09.2021

# Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 12.09.2021

Steinlechner Sarah Madelaine eh.

# Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn **Univ.-Prof. Mag. Dr. Willibald J. Stronegger** vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz für die Bereitstellung der Daten, die schnellen Rückmeldungen bei offenen Fragen und die generelle Unterstützung und Motivation der letzten Jahre bedanken. Ein großer Dank ergeht auch an meine Betreuerinnen Frau **Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Franziska Großschädl, BSc MSc** und Frau **Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dipl.-Pflegepäd.in Dr.<sup>in</sup> Christa Lohrmann** für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik.

Ein herzlicher Dank geht an Herrn **Daniel Pichlbauer, BSc MSc MSc**, Frau **Mag.<sup>a</sup> Brigitte Limburger, BSc MSc**, Herrn **OA Dr. Florian Eisner**, Frau **Mag.<sup>a</sup> Andrea Vasold**, Frau **Tamara Esterl, BSc MSc**, und Frau **Silvia Greimel, Bakk.rer.nat.!** Ich danke Euch für die Unterstützung, die hilfreichen Ratschläge, die Motivation und den regen Austausch.

**Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie für die unermüdliche  
Stärkung und Motivierung in meinen Lern- und Arbeitsphasen und für das  
stets offene Ohr meiner Gedanken.**

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen .....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Zusammenfassung.....	IX
Abstract.....	X
1 Einleitung .....	1
1.1 Medizinische Entscheidungen am Lebensende .....	3
1.2 Überblick der gesetzlichen Lage in den unterschiedlichen Ländern.....	5
1.3 Die Bedeutung der Gesundheitsberufe .....	8
1.4 Zielsetzung und Forschungsfragen .....	9
2 Methode .....	11
2.1 Datenerhebung und Stichprobe .....	11
2.1.1 Daten der österreichischen Bevölkerung .....	12
2.1.2 Daten von MedizinerInnen und Pflegepersonen .....	12
2.2 Messinstrument.....	13
2.3 Datenanalyse .....	18
2.4 Ethische Belange .....	21
3 Ergebnisse .....	23
3.1 Allgemeinbevölkerung vs. Medizin/Pflege .....	23
3.1.1 Charakteristika der teilnehmenden Personen .....	23
3.1.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende.....	26
3.2 Gesundheitsprofessionen (Medizin vs. Pflege) .....	44
3.2.1 Charakteristika der teilnehmenden Personen.....	44
3.2.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende.....	47

4	Diskussion.....	55
4.1	Stärken und Limitationen.....	63
4.2	Empfehlung für Forschung und Praxis .....	65
5	Literaturverzeichnis .....	67
6	Anhang.....	77
6.1	Ethikvotum Querschnittstudie Bevölkerung.....	77
6.2	Ethikvotum Querschnittstudie Bevölkerung.....	79
6.3	Übersicht Unterschiede/Zusammenführung Antwortkategorien .....	81

# Abkürzungen

%	Prozent
&	und
<	kleiner als
>	größer als
≤	größer gleich
≥	kleiner gleich
=	ist gleich
§	Paragraph
ÄAS	ärztlich assistierter Suizid
AB	Allgemeinbevölkerung
Abs.	Absatz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
DbfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
d.h.	das heißt
DUREL	Duke University Religion Index
ebd.	ebenda
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
et al.	et alii, et aliae, et alia (und andere)
etc.	et cetera
GP	Gesundheitsprofessionen
GRC	Charta der Grundrechte der Europäischen Union
Hrsg.	Herausgeberin/Herausgeber
ICN	International Council of Nurses
N	Population
n	Stichprobengröße
Nr.	Nummer
NS	Nationalsozialismus
p	p-Wert (statistische Signifikanz)
PVQR	Portraits Value Questionnaire Revised

SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	Strafgesetzbuch
TAV	Tötung auf Verlangen
USA	United States of America
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vs.	versus
vol.	Volume
z.B.	zum Beispiel
zit.	Zitiert

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV .....	27
Abbildung 2: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit der TAV .....	34
Abbildung 3: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Verabreichung des tödlichen Mittels.....	35
Abbildung 4: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Anwendung bei Alten und Schwachen gegen deren Willen .....	36
Abbildung 5: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS .....	37
Abbildung 6: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS .....	43
Abbildung 7: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV.....	48
Abbildung 8: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit der TAV.....	49
Abbildung 9: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Verabreichung des tödlichen Mittels.....	50
Abbildung 10: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Anwendung bei Alten und Schwachen gegen deren Willen .....	51
Abbildung 11: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ärztlich assistierten Suizids .....	52
Abbildung 12: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ärztlich assistierten Suizids .....	54

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regelung zu Tötung auf Verlangen und Assistierter Suizid ausgewählter Länder .....	7
Tabelle 2: Charakteristika der teilnehmenden Personen .....	25
Tabelle 3: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV soll und Geschlecht.....	28
Tabelle 4: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV soll und Alter in Kategorien .....	30
Tabelle 5: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV soll und Beziehungsstatus .....	31
Tabelle 6: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV und Religionsbekenntnis .....	32
Tabelle 7: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Geschlecht.....	38
Tabelle 8: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Alter in Kategorien).....	39
Tabelle 9: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Beziehungsstatus .....	40
Tabelle 10: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Religionsbekenntnis.....	41
Tabelle 11: Charakteristika der teilnehmenden Personen der Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege .....	46
Tabelle 12: Übersicht Unterschiede/Zusammenführung Antwortkategorien.....	81

# Zusammenfassung

**Einleitung:** Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des ärztlich assistierten Suizids ist in Österreich erneut Thema öffentlicher Diskussionen. Grund hierfür ist die geplante Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids in Österreich mit dem Jahr 2022. Obwohl ein Sterben in Würde und die Vermeidung von Leid berechnete Anliegen bei Betroffenen darstellen, wird auf die Einstellung und Empfindung anderer Beteiligter wie medizinisches Personal und Pflegepersonal vergessen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Einstellung der Allgemeinbevölkerung mit jener der Gesundheitsprofessionen zu vergleichen.

**Methode:** Eine Umfrage bei der österreichischen Bevölkerung (n = 725) ab einem Alter von 16 Jahren und eine Pilotstudie bei den Gesundheitsprofessionen (Medizin/Pflege) (n=168) ab einem Alter von 18 Jahren im Jahr 2014 wurden verglichen. In der Allgemeinbevölkerung gab es eine Onlinebefragung zum Selbstausfüllen bei den Personen unter 65 Jahren und eine postalische Befragung mittels Fragebogen bei den über 65-jährigen der Allgemeinbevölkerung und den Gesundheitsprofessionen. Es kam ein vergleichbares Messinstrument, welches von einem interdisziplinären Team erstellt, wurde zum Einsatz. Es erfolgte eine deskriptive Datenanalyse mit dem Programm "IBM SPSS" Version 25. Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen wurden anhand dem Chi<sup>2</sup> Test berechnet. Ein positives Ethikvotum der Medizinischen Universität Graz liegt vor.

**Ergebnisse:** Es zeigt sich eine positive Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber einer Legalisierung der TAV und eine negative Einstellung gegenüber einer Legalisierung des ÄAS. Die Gesundheitsprofessionen lehnen eine TAV ab und zeigen eine positive Einstellung gegenüber einer Legalisierung des ÄAS bei besonders schwer leidenden Einzelfällen.

**Schlussfolgerung:** Diese Arbeit zeigt, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gibt und sich die Mehrheiten beider befragter Gruppen nicht mit der zukünftigen gesetzlichen Regelung identifizieren können.

# Abstract

**Introduction:** The legislation of voluntary euthanasia and physician-assisted suicide is again the subject of a public debate in Austria. The reason is the planned legalization in Austria of physician-assisted suicide in 2022. Although dying with dignity and the avoidance of suffering are legitimate concerns for those affected, the attitudes and perception of others involved, such as medical and nursing staff, are neglected. The aim of this paper is to compare the attitudes of the general population in Austria with those of health professionals. **Methods:** A survey of the Austrian population (n=725) aged  $\geq 16$  and a pilot study of health professionals (n=168) aged  $\geq 18$  conducted in 2014 were matched. An online-survey was distributed among persons aged under 65 years and a postal survey among those aged  $\leq 65$  years and health professionals. A comparable questionnaire created by an interdisciplinary team was used. Descriptive data was performed using the program IBM SPSS Version 25 and differences between the groups were calculated using the Chi<sup>2</sup> test. Ethical approval has been provided by the Medical University of Graz. **Results:** A positive attitude of the general population toward legalization of voluntary euthanasia and a negative attitude toward legalization of physician-assisted suicide were found. Health care professionals reject a legalization of voluntary euthanasia and show a positive attitude toward a legalization of physician-assisted suicide for particularly severe individual cases of suffering. **Discussion:** This paper shows that there are significant differences between the groups and the majorities of both surveyed groups cannot identify with legal regulation in the future.

# 1 Einleitung

Weltweit ist kein einheitlicher Zugang zur Gestaltung des Lebensendes, im speziellen Fall zur aktiven Sterbehilfe erkennbar. Tötung auf Verlangen (TAV) und ärztlich assistierter Suizid (ÄAS), auch bezeichnet als aktive Sterbehilfe, war und ist aktuell ein entfachendes gesellschaftspolitisch brisantes Thema. Kernpunkt der Debatten ist stets die Frage, ob ein Gleichgewicht zwischen Selbstbestimmtheit und Lebensschutz gewahrt ist (Fuchs & Hönings 2014).

Seit Jahrzehnten führt dies immer wieder zu öffentlichen Kontroversen (Stronegger 2016). Bereits in der jüngsten Vergangenheit war diese Thematik hochaktuell. Im Jahr 2015 gab die Bioethikkommission eine Stellungnahme mit dem Titel "Sterben in Würde" heraus und die Mehrheit dieser sehr differenziert besetzten Kommission befürwortete damals die Öffnung zur Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Bedingungen. Gleichzeitig wurde eine Verbesserung und Intensivierung der Palliativmedizin und ihrer Angebote gefordert (Klein 2016, Bioethikkommission 2015). Vor einigen Monaten wurde das Thema erneut im österreichischen Verfassungsgerichtshof (VfGH) von vierzehn RichterInnen diskutiert. Anlassfall hierfür war, dass vier AntragstellerInnen, davon zwei Schwerkranke, das gültige Verbot der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) sowie der Mitwirkung am Suizid (assistierter Suizid) für verfassungswidrig halten. Aus diesem Grund haben diese Menschen eine Aufhebung der Verbote, welche nach § 77 und §78 des Strafgesetzbuches (StGB) mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren zu bestrafen sind, verlangt (Verfassungsgerichtshof 2020a). Die AntragstellerInnen argumentierten, dass leidende Menschen durch die aktuelle Rechtslage dazu gezwungen werden, entwürdigende Verhältnisse zu erdulden oder Sterbehilfe im Ausland in Anspruch zu nehmen (Konrad Adenauer Stiftung 2011, Wiener Zeitung 2020). Ebenfalls werden das Recht auf Leben gemäß Art 2 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) und Art 2 Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC), die Würde des Menschen gemäß Art 1 GRC, das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung, Recht auf Privatsphäre gemäß Art

8 EMRK und Art 7 GRC, das Prinzip des Nichtschadens und Fürsorge für die Argumentation herangezogen (Verfassungsgerichtshof 2020a). Das Komplex bzw. sogar Groteske in dieser Hinsicht ist jedoch, dass die BefürworterInnen und GegnerInnen einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des ärztlich assistierten Suizids dieselben Argumente unterschiedlich veranschlagen (Klein 2016). Darüber hinaus fällt eine Priorisierung dieser Rechte und Prinzipien schwierig, da diese jeweils sehr hochrangig sind (Birnbacher 2006).

Nach erneuten intensiven Gesprächen und Diskussionen aufgrund des oben genannten eingebrachten Falles im VfGH wurde am 11.12.2020 das Ergebnis verkündet, dass der §78 2. Tatbestand StGB (Hilfeleistung beim Suizid) verfassungswidrig und daher aufzuheben ist. §78 1. Tatbestand (Verleitung zum Selbstmord und §77 Tötung auf Verlangen sieht der VfGH weiterhin als verfassungskonform an (Verfassungsgerichtshof 2020a, Verfassungsgerichtshof 2020b). Mit dem Jahr 2022 soll nach aktuellem Wissensstand die Hilfeleistung zum Suizid in Österreich legalisiert werden (Verfassungsgerichtshof 2020b). Da die Studienlage in Österreich zu diesem Thema mangelhaft ist, werden Entscheidungen diesbezüglich auf Basis limitierter wissenschaftlicher Daten getroffen. Es existieren zwar einige wissenschaftliche Erkenntnisse in Österreich zur Bevölkerung (Stronegger et al. 2016, Stolz et al. 2015a, Stolz et al. 2015b, Stronegger et al. 2015, Sohar et al. 2015, Stronegger et al. 2013, Stronegger et al. 2011), jedoch gibt es keine einzige Publikation zu den Gesundheitsprofessionen generell. Bekannte Studien brachten bereits vor einigen Jahren wesentliche Erkenntnisse in Richtung Legalisierung der TAV (Stronegger et al. 2011, Stronegger et al. 2013). Auf die Sichtweise der Gesundheitsprofessionen wurde jedoch bis dato wenig Rücksicht genommen. Neben Selbstbestimmung der Betroffenen sind die Einstellungen und Empfindungen anderer Beteiligter wie Angehörige, aber auch medizinisches Personal und Pflegepersonal wesentlich (Konrad-Adenauer-Stiftung 2011). Vor allem der Blickwinkel der Gesundheitsprofessionen ist von Bedeutung. Ärztliches Personal und Pflegepersonen wären am Tötungsakt im Falle einer Legalisierung maßgeblich beteiligt. Hauptproblem dabei ist jedoch, dass dies die grundsätzliche Ausrichtung der ärztlichen und pflegerischen Aufgaben unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der PatientInnen Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und

Sterbenden bis zum Tod beizustehen, widerspricht (Konrad-Adenauer-Stiftung 2011, Schöne-Seifert 2007, Schubert 2005).

Aus diesem Grund ist es von Bedeutung auch die Einstellung der Gesundheitsprofessionen bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen.

## 1.1 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

In Österreich ist die rechtliche Voraussetzung für eine medizinische Maßnahme eine medizinische Indikation und die Einwilligung durch die einsichts- und urteilsfähige betroffene Person. Aus rechtlicher Sicht ist eine medizinische Indikation nicht mehr gegeben, wenn einerseits die medizinische Behandlung nicht mehr wirksam oder andererseits nicht mehr erfolgsversprechend und somit aussichtslos ist (Bioethikkommission 2011). Speziell bei sterbenden Menschen trifft dies oft zu, da medizinische Maßnahmen oft eine Verlängerung des Sterbeprozesses bewirken. Eine medizinische Indikation von Behandlungen ist auch nicht gegeben, wenn die Belastung durch die Behandlung den zu erwartenden Vorteil überwiegt. In diesen speziellen Fällen haben MedizinerInnen keine Verpflichtung, eine indizierte Intervention zu setzen. Ebenso ist eine medizinische Intervention bei Fehlen einer Einwilligung der urteils- und einwilligungsfähigen betroffenen Person auch nicht gegeben (ebd.).

*„Dieser Grundsatz des »informed consent« ist nicht nur verfassungs- und völkerrechtlich (Art 8 EMRK) sowie gemeinschaftsrechtlich (Art 3 Abs 2 EU-Grundrechtscharta) abgesichert, sondern auch strafrechtlich geregelt“ (Bioethikkommission 2011, S. 8).*

Lediglich bei der Ausnahme „Gefahr in Verzug“ (wenn die Einholung der Einwilligung die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person gefährden könnte) kann eine Einwilligung entfallen. Für den Fall eines möglichen Verlustes der Einsichts- und Urteilsfähigkeit gibt es in Österreich Möglichkeiten, den Willen vorab festzuhalten (Bioethikkommission 2015, Bioethikkommission 2011). Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen zur sogenannten PatientInnenverfügung sind im Patientenverfügungsgesetz (PatVG) abgebildet.

Die nachstehenden Definitionen erklären die für diese Masterarbeit verwendeten Begrifflichkeiten und geben einen Überblick über verschiedene Formen medizinischer Entscheidungen am Lebensende.

### **Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe)**

„Tötung auf Verlangen“ ist jede Handlung, die zum Ziel eine Beendigung des Lebens eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hat. Die Herbeiführung des Todes erfolgt meist durch die Verabreichung eines tödlichen Mittels (z.B. Überdosis eines Schmerzmittels). Der Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid liegt in der Tatherrschaft. Bei Tötung auf Verlangen setzt derjenige, der zu Tode kommt, nicht selbst die unmittelbare Tötungshandlung (Bioethikkommission 2015).

In Österreich wird immer noch von „aktiver Sterbehilfe“ gesprochen, wobei dieser Ausdruck durch „Tötung auf Verlangen“ ersetzt wurde. Während der Begriff „Euthanasie“ in vielen Ländern (angelsächsischen Raum) dafür synonym verwendet wird, ist er in den deutschsprachigen Ländern aufgrund den Gräueltaten des NS-Regimes in der Vergangenheit tabuisiert (Pauser 2001).

### **Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)**

Der assistierte Suizid ist die Gabe eines tödlichen Mittels, welches Sterbewillige selbst einnehmen. Dabei wird die Tötungshandlung von den SuizidentInnen selbst ausgeführt, während das medizinische Personal dabei unterstützt (Bioethikkommission 2015).

### **Indirekte Sterbehilfe/Palliative Sedierung**

Die indirekte Sterbehilfe ist eine akzeptierte, aber nicht beabsichtigte Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung einer (Schmerz-) Behandlung am Lebensende. Eine sogenannte palliative Sedierung (früher terminale Sedierung) wird in der allerletzten Phase des Lebens eingesetzt, welche eine verminderte oder aufgehobene Bewusstseinslage zur Folge hat (Cherny & Radbruch 2009). Vorausgesetzt wird, dass eine lebensverlängernde Behandlung sinnlos geworden ist oder als nicht erfolgsversprechend eingeschätzt wird und PatientInnen bzw. deren bevollmächtigte Person eine lebensverlängernde Maßnahme ablehnt (Kreß 2010). Der ursprünglich verwendete und weltweit anerkannte Begriff „Terminale

Sedierung“ wurde 1991 von Enck eingeführt. Heutzutage jedoch aufgrund der verwirrenden Terminologie verpönt. Denn Ziel ist keinesfalls die Verkürzung des Lebens, sondern Minimierung des Leidens. Eine Sedierung wird unter Einhaltung von entsprechenden fachlichen Standards durchgeführt, um das Bewusstsein der PatientInnen stufenweise einzutrüben. Das Ziel einer solchen Maßnahme ist eine Schmerzbekämpfung, wenn nicht kurierbare Symptome PatientInnen belasten und schädigen. Dabei können PatientInnen unter Umständen bis zu ihrem Tod in einen kontinuierlichen Tiefschlaf versetzt werden. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen hat die palliative Sedierung ihr Ziel nicht erreicht, wenn die Betroffenen tot sind, sondern wenn die belastenden Symptome effektiv gelindert sind (Bioethikkommission 2015, Stronegger et al. 2015).

### **Sterben zulassen (passive Sterbehilfe)**

Unter „Sterben zulassen“ (früher sogenannte passive Sterbehilfe) wird das Nichtergreifen oder Nichtfortführen lebenserhaltender Maßnahmen (wie zum Beispiel der Verzicht einer Magensonde) entsprechend dem Willen des Betroffenen oder der Angehörigen verstanden (Bioethikkommission 2015). Eine solche Maßnahme kann zur Anwendung kommen, sobald das medizinisch Machbare nicht mehr mit einem Nutzen, sondern lediglich einer Verlängerung des irreversibel ablaufenden Sterbeprozesses einhergeht. Das Paradigma der Priorität des Lebens wird relativiert, indem der Einsatz nutzlos gewordener Maßnahmen und der damit verbundenen Verlängerung der Sterbephase widersprochen werden würde. Das Prinzip des „primum nihil nocere“ (Nichtschadenprinzip) rückt in den Vordergrund. Medizinische Maßnahmen können nicht nur unterlassen werden, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht und/oder der Sterbeprozess dadurch verlängert wird, sondern können auch unterlassen werden, wenn die betroffene Person oder dessen Angehörigen eine Behandlung nicht mehr autorisiert, selbst wenn sie vom Behandlungsteam als sinnvoll erachtet wird (ebd.).

## **1.1.1 Überblick der gesetzlichen Lage in den unterschiedlichen Ländern**

Die Schweiz sorgte bereits im Jahr 1942 weltweit für Aufsehen, indem sie als erstes Land die Selbstmordhilfe, solange es kein egoistisches Motiv für die

unterstützende Person gab, für StaatsbürgerInnen des eigenen Landes entkriminalisierte. Ab 1980 wurde dieses Gesetz als rechtliche Erlaubnis zur Gründung von Organisationen auch für StaatsbürgerInnen anderer Länder zur Erleichterung des assistierten Selbstmordes ausgelegt (Hurst & Mauron 2003). Seit dem Jahr 2002 haben die Niederlande, gefolgt von Belgien und Luxemburg aber auch andere Länder wie Kanada und Teile der Vereinigten Staaten von Amerika gesetzliche Regelungen erlassen oder bestehende Gesetze liberalisiert, die es ÄrztInnen ermöglichen, in bestimmten Fällen und unter bestimmten Verfahren eine aktive freiwillige Sterbehilfe durchzuführen (Smets et al. 2010; Luxembourg Ministries of Health and Social Security 2009, Hinterhuber & Meise 2008).

In Tabelle 1 ist ersichtlich in welchen Ländern TAV und/oder ÄAS straffrei ist. Emanuel et al. (2016) zeigte in seiner Publikation die Unterschiede und Voraussetzungen für eine legale Handlung des ÄAS und/oder TAV auf. Diese Tabelle wurde für die Masterarbeit herangezogen, da auf einem Blick die Diversität in den unterschiedlichen Ländern zur rechtlichen Regelung der Gestaltung des Lebensendes erkennbar ist.

Tabelle 1: Regelung zu Tötung auf Verlangen und Assistierter Suizid ausgewählter Länder (Emanuel et al. 2016)

Land	TAV	ÄAS	Mindestalter der Sterbewilligen	Jahr der Legalisierung	Erforderliche Diagnose	Wartezeit
<b>Schweiz</b>	Illegal	Legal	Kein Mindestalter	1942	Keine	Keine
<b>Belgien</b>	Legal	Legal	Kein Mindestalter	2002	Keine bei volljährigen PatientInnen; keine bei terminal kranken Kindern	Keine bei terminal kranken volljährigen PatientInnen; ein Monat bei nicht terminal kranken Kindern
<b>Niederlande</b>	Legal	Legal	12 Jahre	1994	Keine	Keine
<b>Luxemburg</b>	Legal	Legal	18 Jahre	2009	Keine	Keine
<b>Kanada</b>	Legal	Legal	18 Jahre	2016	Keine	10 Tage nach schriftlichem Antrag
<b>USA-Oregon</b>	Illegal	Legal	18 Jahre	1997	< 6 Monate bei terminal Kranken	15 Tage nach mündlichem Antrag und 48h nach schriftlichem Antrag
<b>USA-Washington</b>	Illegal	Legal	18 Jahre	2009		15 Tage nach mündlichem Antrag und 48h nach schriftlichem Antrag
<b>USA-Montana</b>	Illegal	Legal	Kein Mindestalter	2009	Keine	Keine
<b>USA-Vermont</b>	Illegal	Legal	18 Jahre	2013	< 6 Monate bei terminal Kranken	15 Tage nach mündlichem Antrag und 48h nach schriftlichem Antrag
<b>USA-Kalifornien</b>	Illegal	Legal	18 Jahre	2015	< 6 Monate bei terminal Kranken	15 Tage nach mündlichem Antrag und 48h nach schriftlichem Antrag

## 1.1.2 Historische Änderung der gesetzlichen Lage in Österreich

Bis dato sind im Gegenteil dazu in Österreich sowohl die TAV, als auch der ÄAS zu bestrafen. Gesetzlich sind beide Handlungen im Strafgesetzbuch wie folgt geregelt (Strafgesetzbuch 2021):

- **Tötung auf Verlangen**

*"§77. Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen"*

- **Mitwirkung am Selbstmord**

*"§78. Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen"*

Wie bereits erwähnt, wurde nach der erneuten Debatte rund um den ÄAS das Verbot der "Hilfeleistung beim Suizid" nach §78 StGB 2. Tatbestand vom Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom am 11.12.2020 als verfassungswidrig aufgehoben. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31.12.2021 in Kraft. Demnach hat der Gesetzgeber bis Ende des Jahres 2021 Zeit, die Suizidbeihilfe verfassungskonform zu regeln. Weiterhin verboten ist das "Verleiten zum Selbstmord nach §78 1. Tatbestand und die "Tötung auf Verlangen" nach §77 (Strafgesetzbuch 2021, Verfassungsgerichtshof 2020a, Verfassungsgerichtshof 2020b).

## 1.2 Die Bedeutung der Gesundheitsberufe

In den öffentlichen Debatten und Argumenten wird hauptsächlich die Perspektive der Sterbewilligen fokussiert. Auf einen anderen sehr wesentlichen Blickwinkel der Gesundheitsprofessionen bzw. MithelferInnen am Tötungsakt wird vergessen. Als "wesentlich" bezeichnet mit Absicht, weil die grundsätzliche Ausrichtung der

ärztlichen Aufgaben, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der PatientInnen Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen, mit einer TAV bzw. einem ÄAS widerspricht (Körtner 2017). Grundlage für diesen Widerspruch geht auf den Hippokratischen Eid zurück, der seit der Antike Gültigkeit besitzt, jedoch im heutigen Alltag nicht mehr rechtswirksam ist. Seit 1948 bildet das Genfer Gelöbnis die maßgeblich ethische Grundlage der ÄrztInnen, welche die ethischen Prinzipien des medizinischen Berufs schützt (Die Ärztekammer Steiermark o.J.). Ähnlich ist dies bei Pflegepersonen, die laut ICN-Ethikkodex vier verbindliche Aufgaben wahrnehmen müssen: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern (DBfK 2013).

Es wird deutlich, dass in ethischer Hinsicht mehrere Rechte und Prinzipien, aber auch Werte und Normen von den beteiligten Personen aufeinandertreffen. Ebenso widersprechen sich die von Tom L. Beauchamp und James F. Childress in ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ genannten vier Prinzipien einer Mithilfe beim Suizid, welche seit jeher das ethische Handeln in der Medizin bestimmen. Auch in der Pflege werden diese angewandt. MedizinerInnen und vor allem Pflegepersonen würden bei einer Legalisierung eine essentielle Rolle einnehmen, da sie die größte Berufsgruppe mit dem engsten PatientInnenkontakt sind und noch dazu am Tötungsakt involviert wären (Denier et al. 2010).

### 1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen

In Österreich gibt es Untersuchungen, welche die Einstellung der Bevölkerung zu Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierter Suizid darstellen. Dabei zeigt sich, dass die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung sowohl eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen, als auch des ärztlich assistierten Suizids bei schwer leidenden Menschen befürwortet (Stronegger et al. 2016, Stronegger et al. 2015, Sohar et al. 2015, Stronegger et al. 2013). Obwohl das Sterben in Würde und die Vermeidung von Leid zentrale Elemente darstellen, müssen die Wünsche und Interessen von Personen ebenfalls berücksichtigt werden, die an einer Handlung oder einer Unterlassung im Sterbeprozess beteiligt sind. Während PatientInnen und ihre Familien über Fragen am Lebensende entscheiden können, kommt den

ÄrztInnen und Pflegepersonen in diesem Prozess eine entscheidende Rolle zu. Die Einstellung und die Werte der Gesundheitsprofessionen sind von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, einen humanen und ethischen Entscheidungsansatz zu unterstützen.

Wie bereits erwähnt, wird die Perspektive der Gesundheitsprofessionen, speziell jene der Pflege nicht nur in öffentlichen Debatten, sondern auch in wissenschaftlichen Untersuchungen vernachlässigt (Sohar et al. 2015). Während es zahlreiche Untersuchungen zur Einstellung zur Tötung auf Verlangen und zu ärztlich assistiertem Suizid bei ÄrztInnen und Pflegekräften und der Bevölkerung aus anderen Ländern gibt (Bendiane et al. 2007, Glebocka et al. 2013, Inghelbrecht et al. 2009, Lavoie et al. 2014, Tamayo-Velazquez et al. 2012, Yun et al. 2011), sind in Österreich nur wenige bekannt, vor allem bei der Profession Medizin und Pflege (Sohar et al. 2015, Stolz et al. 2015a, Stolz et al. 2015b, Stronegger et al. 2013, Stronegger et al. 2011).

Ziel dieser Arbeit ist es, erstmals die Einstellung der österreichischen Bevölkerung mit jener der Gesundheitsprofessionen (Medizin und Pflege) und jene zwischen den Gesundheitsprofessionen untereinander zu vergleichen. Mit der Erhebung werden erstmals empirische Daten zur Einstellung der Gruppen vorgelegt, um festzuhalten, ob es Unterschiede zwischen den Einstellungen gibt. Anhang dem angeführten Forschungsziel lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

- **Wie stellt sich die Einstellung zur rechtlichen Regelung bei Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid bei Pflegepersonen und ÄrztInnen im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung dar?**
- **Wie stellt sich die Einstellung zur rechtlichen Regelung bei Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid bei medizinischem Personal (Ärzte und Ärztinnen) im Vergleich zu Pflegepersonen dar?**

## 2 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein quantitativer Forschungsansatz gewählt. Das Studiendesign dieser Masterthesis ist ein Vergleich von zwei Querschnittstudien. Erhoben wurden die Daten im Rahmen von zwei Projekten (nähere Beschreibung in den Punkten 2.1.1 und 2.2.2).

Nach Döring & Bortz (2016) handelt es sich bei dem gewählten Forschungsdesign um eine nicht-experimentelle Studie ohne Messwiederholung. Der Vorteil einer Querschnittstudie ist, eine Momentaufnahme zu erzeugen, um so eine Auskunft über die Ist-Situation zum Zeitpunkt der Erhebung zu erlangen.

Daten von Querschnittstudien sind von Nutzen wenn Trendbeobachtungen verschiedener Alters- oder Entwicklungsgruppen zu identifizieren sind (Polit et al. 2012). Darüber hinaus ist das ausgewählte Design im Vergleich zu anderen Studiendesigns einfach, schnell und kostengünstig durchzuführen. Ein Nachteil ist, dass eine Überprüfung der Kausalität von Zusammenhängen mit diesem Forschungsdesign nicht möglich ist (Bonita et al. 2013).

### 2.1 Datenerhebung und Stichprobe

Die TeilnehmerInnen wurden einmalig und pro Projekt zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einem vom Projektteam entwickelten Fragebogen zum Selbstausfüllen befragt. Es wurde damals bewusst diese Form der Erhebung gewählt, um einerseits den TeilnehmerInnen aufgrund der komplexen und sensiblen Thematik genügend Zeit zum Nachdenken zu lassen und andererseits die Gefahr eines geänderten Antwortverhaltens (sozial anerkannt) zu verhindern (Stronegger et al. 2015, Stronegger & Attems o.J.). Die schriftliche bzw. Online-Befragung ermöglichte den Befragten eine autonome Zeiteinteilung in der Beantwortung, ohne in direktem Kontakt mit InterviewerInnen zu stehen. Einerseits gab es eine Erhebung der Daten für die österreichische Bevölkerung, andererseits wurde behandelndes und betreuendes Personal aller Fächer/Disziplinen im Gesundheitssektor in einer Piloterhebung zu dieser Thematik befragt. Die

Datensätze der Befragungen wurden vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz erhoben und in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Nach Zusammenführung der beiden Datensätze ergibt sich eine Gesamtstichprobe von N=1452.

### **2.1.1 Daten der Österreichischen Bevölkerung**

Diese Stichprobe wurde im Rahmen des vom Land Steiermark (Zukunftsfond) in den Jahren 2013-2015 geförderten Projekts „Gestaltung des Lebensendes – Einstellung zur Begleitung und Versorgung von Menschen am Lebensende und zur Hospizidee“ erhoben. Befragt wurden Personen ab dem 16. Lebensjahr von April bis Mai 2014 mittels Online-Fragebogen (Computer Assisted Web Interviewing – CAWI). Bei den Personen über 65 Jahren ging man von einer verminderten Internetnutzung aus. Um auch diese Personengruppe und jene ohne Internetzugang zu erreichen, wurde ergänzend dazu eine postalische Befragung durchgeführt. Die Daten wurden anhand einer geschichteten Zufallsstichprobe gezogen. Grund hierfür war, dass man sich einerseits für die Situation in der Steiermark interessierte, andererseits auch etwas über die Einstellungen der Bevölkerung in den anderen Bundesländern wissen wollte (Stronegger et al. 2015).

### **2.1.2 Daten von MedizinerInnen und Pflegepersonen**

Die Daten von MedizinerInnen und Pflegepersonen ab dem 19. Lebensjahr wurden im Rahmen eines Pilotprojekts zur Studie „Wissensformen und Kommunikation in ethischen Entscheidungsprozessen am Lebensende – Erfahrungen des behandelnden Personals“ von Dezember 2015 bis März 2016 gesammelt. Umgesetzt wurde das Projekt vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit dem Institut für Moraltheologie der Karl-Franzens-Universität Graz. Die Erhebung richtete sich primär an behandelndes und betreuendes Personal aller Fächer/Disziplinen im Gesundheitssektor. Zu den befragten Personen zählten hauptsächlich MedizinerInnen, Pflegepersonen und SchülerInnen, Heimhilfen, aber auch sonstige Personen wie zum Beispiel SachwalterInnen, PhysiotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen. Es erfolgte eine gezielte Stichprobenziehung. Es wurden 20

Institutionen in Österreich ausgewählt. Grundlegend für die Auswahl an Institutionen war die Recherche nach ExpertInnen und Institutionen, die sich der Versorgung am Lebensende in Österreich widmen. Diese Auswahl sollte im Rahmen der Möglichkeiten der Studie ein breites Spektrum an Einrichtungen und an medizinischen und pflegerischen Fächern abbilden, um in der Pilotstudie Erfahrungen mit möglichst vielen unterschiedlichen Einrichtungen und professionellen Gruppen zu gewinnen. Die Umsetzung der Erhebung erfolgte jeweils über eine Schlüsselperson in jeder dieser ausgewählten Institutionen. Diese Person wurde vom Projektteam instruiert und war für das Distribuieren der Fragebögen innerhalb der Institution zuständig. Pro Institution beziehungsweise Abteilung wurde das gesamte Fachpersonal zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Einerseits durch Verteilung der Fragebögen (inklusive neutralem Kuvert, um die Anonymität zu wahren), andererseits durch die Auflage der Fragebögen auf den Stationen (inklusive einer verschlossenen Box zum Einwerfen der beantworteten Bögen zur Wahrung der Anonymität). Bei großen Institutionen wurde von der Schlüsselperson eine Auswahl von Personen vorgenommen, um ein breites Spektrum von Professionellen abzubilden. Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte entweder von den Befragten selbst durch postalische Rücksendung in vorfrankierten Kuverts oder durch das Einsammeln der verschlossenen Boxen durch die Schlüsselperson (Stronegger & Attems o.J.).

## 2.2 Messinstrument

Um beim komplexen Gegenstandsbereich die zu bildenden Faktoren zu präzisieren und zu operationalisieren, wurde laut Stronegger (2016) eine qualitative Vorstudie durchgeführt. Somit konnte sichergestellt werden, dass alle relevanten Fragen zur Gestaltung des Lebensendes im Messinstrument berücksichtigt werden. Im Rahmen der Vorstudie wurden 35 Personen, deren Auswahl von einer Variation nach beruflicher und privater Nähe zum Thema Lebensende war, befragt (Stronegger 2016). Des Weiteren erfolgte ein Quellenstudium zu den institutionellen Rahmenbedingungen der Gestaltung des Lebensendes in Österreich und ein Austausch mit ExpertInnen aus dem Bereich Hospizbegleitung, Sozialmedizin, Moralthologie und Soziologie (Stronegger et al. 2015, Stronegger & Attems o.J.).

Nach Rücksprache mit dem Projektleiter wurde lediglich die Augenscheinvalidität (face validity) überprüft, indem nach Fertigstellung des Fragebogens eine Testung bei ausgewählten Personen erfolgte. Es fand keine Überprüfung der restlichen psychometrischen Eigenschaften des Messinstrumentes statt. Die selbstentwickelten Items wurden bestehenden Messinstrumenten (wie z.B. PVQR zur Messung der Wertevorstellung, DUREL zur Messung der Religionszugehörigkeit und religiösen Praktiken) nach Rücksprache mit den Inhaberinnen und Inhabern des Urheberrechts ganz oder teilweise übernommen, übersetzt und adaptiert (Stronegger 2016, Stronegger et al. 2015).

Der Aufbau beider Fragebögen ist sehr ähnlich. Bei beiden Befragungen wurden die Rahmenbedingungen der Gestaltung des Lebensendes in folgenden Dimensionen abgefragt (Stronegger et al. 2015, S. 39):

- **"Institutionelle Dimension** (ärztliche Versorgung, Hausarzt, mobile Hospizteams, Hospizbewegung, Hospizkarenz )
- **Medizinische Dimension** (Sedierung, Zulassen des Sterbens, Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebensverlängernder Maßnahmen, Tötung auf Verlangen, ärztlich assistierter Suizid, Palliativversorgung und Palliativmedizin)
- **Rechtliche Dimension** (Patientenverfügung, Regelung der Tötung auf Verlangen, des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen und des ärztlich assistierten Suizids)
- **Ethische Dimension** „Sterben in Würde“ (Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende, kommunikativer, psychosozialer, emotionaler, spiritueller und medizinisch-körperlicher Art, sowie die Rolle des Sterbeortes, der Angehörigen und Dinge, die man vor dem Tod erledigt oder erlebt haben möchte)"

Der Fragebogen der Piloterhebung bei den Gesundheitsprofessionen umfasste insgesamt 56 Fragen mit mehreren Unterfragen. Ergänzend dazu wurden die TeilnehmerInnen der Piloterhebung mittels vorgefertigtem Formular um Feedback gebeten, um zukünftige Befragungen optimieren zu können (Stronegger & Attems o.J.). Im Unterschied dazu wurde die Allgemeinbevölkerung anhand 53 Variablen befragt. Es gab keine Unterfragen. Ergänzend dazu inkludierte dieser Fragebogen zusätzlich vermehrt Fragen zum Thema Pflege. Es wurden teilweise andere

Begrifflichkeiten bei den Fragebögen verwendet. Auch bei den für die Masterarbeit interessierenden Variablen gab es Unterschiede, welche im Anhang unter Punkt 6.3 dargestellt werden. Nach eigenen Testungen zufolge umfasst das Ausfüllen des gesamten Fragebogens eine Zeitdauer von durchschnittlich 30 Minuten.

Um zu veranschaulichen, mit welchen Fragestellungen die TeilnehmerInnen befragt wurden, erfolgt eine kurze Vorstellung der für die Masterarbeit interessierenden Variablen zu TAV und ÄAS. Die folgenden in kursiv dargestellten Textpassagen wurden vom Fragebogen übernommen.

*„Tötung auf Verlangen ist die Verkürzung des Lebens bei schwer leidenden Menschen durch ein tödliches Mittel auf deren Wunsch. Mit welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie überein?“*

*Tötung auf Verlangen soll:*

- Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden*
- Zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben*
- Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert*
- Weiß nicht*

Die TeilnehmerInnen, welche entweder für die generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen oder deren Straffreiheit in schwer leidenden Einzelfällen gestimmt haben, wurden mit verschiedenen Voraussetzungen für eine Straffreiheit konfrontiert. Mehrfachantworten waren möglich.

*Für welche konkreten Fälle sollte die Tötung auf Verlangen erlaubt oder straffrei sein?*

- Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen (z. B. Krebs im Endstadium)*
- Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z. B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)*
- Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z. B. AIDS)*
- Bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (z. B. schwere Depression oder schwere Demenz)*

- *Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch*
- *Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch*

Außerdem wurden die TeilnehmerInnen bei TAV gefragt, wer dieses tödliche Mittel verabreichen sollte. Folgende Antwortmöglichkeiten standen zur Verfügung:

- *ÄrztInnen*
- *Pflegepersonal*
- *Angehörige*
- *Darauf spezialisierte Personen anderer Berufsgruppen*
- *Andere*
- *Weiß nicht*

Eine weitere Meinung wurde zu folgender Aussage erhoben: *„Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen führt dazu, dass sie bei Alten und Schwachen auch gegen deren Willen angewendet wird.“*

- *Trifft sicher zu*
- *Trifft eher zu*
- *Trifft weniger zu*
- *Trifft sicher nicht zu*

Des Weiteren wurden die TeilnehmerInnen zu ÄAS wie folgt befragt:

*„Beim ärztlich assistierten Suizid stellt der Arzt oder die Ärztin PatientInnen ein tödlich wirksames Mittel zur Verfügung, das diese dann selbst einnehmen. Mit welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie überein?“*

*Der ärztlich assistierte Suizid soll:*

- *Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden*
- *Zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidenden Einzelfällen soll er aber straffrei bleiben*
- *Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert*
- *Weiß nicht*

Die TeilnehmerInnen welche entweder für die generelle Erlaubnis des ärztlich assistierten Suizids oder dessen Straffreiheit in schwer leidenden Einzelfällen gestimmt haben, wurden zu verschiedenen Voraussetzungen für eine Straffreiheit befragt. Mehrfachantworten waren möglich.

*„Beim ärztlich assistierten Suizid stellt der Arzt oder die Ärztin PatientInnen ein tödlich wirkendes Mittel zur Verfügung, das diese dann selbst einnehmen. Mit welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie überein?“*

*Der ärztlich assistierte Suizid soll:*

- Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden*
- Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll er aber straffrei bleiben.*
- Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert*
- Weiß nicht*

*„Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:“*

- weiblich*
- männlich*

*„Wie alt sind Sie? Angabe in Jahren“*

- <19*
- 20-29*
- 30-39*
- 40-49*
- 50-59*
- 60-69*
- >70*

*„Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? Mehrfachantworten möglich! “*

- Keine Fortbildung*

- *Universitätslehrgang*
- *Bachelor*
- *Master*
- *Doktorat / PhD*
- *Facharzt/-ärztin*
- *DGKS*
- *Pflegehilfe*
- *Zusatzdiplom/e, nämlich: .....*
- *Sonstige, nämlich: .....*

*„Welchen Familienstand haben Sie?“*

- *Alleinstehend*
- *Verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend*
- *In Lebensgemeinschaft*
- *Geschieden/getrennt lebend*
- *Verwitwet*

*„Welches Religionsbekenntnis haben Sie?“*

- *Ohne Bekenntnis*
- *Römisch-Katholisch*
- *Evangelisch/Protestantisch*
- *Islam*
- *Buddhismus*
- *Judentum/Kabbala*
- *Andere christliche (z.B. orthodox)*
- *Andere religiöse Bekenntnisse*

## **2.3 Datenanalyse**

Im Rahmen der Masterarbeit wurden die identen und für die Forschungsfrage interessierenden Variablen (siehe Anhang 6.3) herausgearbeitet und zu einem

Datensatz vereint. Die einzelnen Fragen der beiden Erhebungsinstrumente weisen minimale Unterschiede auf, welche im Anhang unter Punkt 6.3. dargestellt werden.

Für die Analyse wurden folgende unabhängige Variablen definiert: Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus und Religion. Diese Variablen wurden bewusst gewählt, da diese einerseits bei sozialwissenschaftlichen Studien häufig als Störvariablen oder speziell bei TAV oder ÄAS in der Literatur als Einflussfaktoren beschrieben werden (Döring & Bortz 2016, Stronegger et al. 2013).

Bei der Allgemeinbevölkerung wurde die gesamte Stichprobe für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Bei der Piloterhebung wurden aus der gesamten Stichprobe MedizinerInnen, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, aber auch PflegehelferInnen und SchülerInnen dessen selektiert. Sonstige Berufsgruppen (wie z.B. SozialarbeiterInnen und PhysiotherapeutInnen) wurden bei der Befragung ausgeschlossen, da diese für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht relevant sind.

Die Rohdaten der Bevölkerung waren stratifiziert nach soziodemographischen Variablen und nach Bundesländern mit einer Gewichtung von Steiermark und Restösterreich, bestehend aus jeweils ca. 600 Personen (Stronegger 2016). Für die Masterarbeit war diese Gewichtung nicht passend. Demnach fand eine Gewichtung für Österreich statt, welches zu einer Gesamtstichprobe (durch Verkleinerung des Steiermark-Anteils) von N=725 Personen führte. Es erfolgte eine Stratifizierung nach den Studienpopulationen Allgemeinbevölkerung und Gesundheitsprofessionen (Medizin/Pflege) bzw. Medizin und Pflege und zusätzlicher potentieller Determinanten wie Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus und Religion.

Um einen Vergleich zwischen den untersuchten Gruppen zu gewährleisten, wurden die folgenden Variablen umkodiert:

### Geschlecht

Die Wertelabels beim Geschlecht differenzierten bei den Querschnittstudien. Um einen Vergleich zu gewährleisten wurden für die Datenanalyse die Wertelabels einer Querschnittstudie der anderen Querschnittstudie angepasst – siehe Anhang 6.3.

### Alter

Das Alter wurde bei den Querschnittstudien unterschiedlich erhoben. Bei der Befragung der Allgemeinbevölkerung wurde das Alter in Jahren und somit mit einer metrischen Variable abgefragt. Im Unterschied dazu wurde es bei der Pilotstudie in sieben Alterskategorien (<19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, >70) erhoben. Um eine möglichst gute Homogenität der Gruppen zu gewährleisten, wurden für die Analyse der Masterarbeit folgenden Altersgruppen gebildet:

- ≤ 29 Jahre
- 30-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- ≥ 60 Jahre

### Religion

Die Bekenntnisse Islam, Buddhismus, Judentum/Kabbala, andere christliche (z.B. Orthodox) und andere religiöse Bekenntnisse wurden aufgrund der geringen Anzahl in die Variable „Andere Bekenntnisse“ zusammengefasst.

### Tötung auf Verlangen

Bei den Variablen zu Tötung auf Verlangen gab es Unterschiede. Bei der Querschnittstudie der Allgemeinbevölkerung wurde die Bezeichnung „Aktive Sterbehilfe“ verwendet. Im Gegensatz dazu „Tötung auf Verlangen“ bei der Piloterhebung. Aufgrund einer Empfehlung zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende der Bioethikkommission im Jahr 2011, wurde für die Masterarbeit die Bezeichnung „Tötung auf Verlangen“ gewählt.

Bei beiden Fragen zur Tötung auf Verlangen wurden bei den Befragungen unterschiedliche Wertelabels verwendet. Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden einheitliche Wertelabels bei beiden Variablen vergeben. Die Antwortkategorie „Weiß nicht“ wurde bei der Analyse nicht berücksichtigt und somit als fehlend gewertet. Eine genaue Auflistung der Änderungen ist im Anhang unter Punkt 6.3 ersichtlich.

### Ärztlich assistierter Suizid

Auch bei dieser Variable wurden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet. Bei der Befragung in der Allgemeinbevölkerung wurde die Bezeichnung „Aktive Sterbehilfe“ verwendet. Im Unterschied dazu wurde bei der Piloterhebung „Ärztlich assistierter Suizid“ gewählt. Auch hier zog aufgrund der Empfehlung der Bioethikkommission für die Masterarbeit die letztere Bezeichnung herangezogen (Bioethikkommission 2011). Für eine Vergleichbarkeit fand bei den Wertelabels eine Umkodierung statt. Auch bei der zweiten Frage zum ärztlich assistierten Suizid wurde auf die Antwortkategorie „Weiß nicht“ als fehlend gewertet.

Nach der beschriebenen Umkodierung und erfolgreicher Zusammenführung des Datensatzes erfolgte anfangs eine deskriptive Analyse (Häufigkeitszählungen). Da es sich bei den erhobenen Variablen um nominalskalierte Daten zwei unabhängiger Stichproben handelt, wurde die stochastische Unabhängigkeit anhand des Chi-Quadrat-Tests überprüft, um so signifikante Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Gruppen zu identifizieren. Chi-Quadrat-Tests dienen zur Analyse von Häufigkeitsverteilungen. Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert von  $\leq 0,05$  festgesetzt (Weiß 2010). Eine nähere Betrachtung bzgl. Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus und Religion erfolgte ausschließlich beim Vergleich zwischen Gesundheitsprofessionen und Allgemeinbevölkerung. Aufgrund der geringen Stichprobe der Gesundheitsprofessionen, wurde auf eine Detailanalyse zwischen Medizin und Pflege hinsichtlich dieser Variablen verzichtet.

Alle statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm „IBM SPSS Statistics 25“ durchgeführt.

## **2.4 Ethische Belange**

Die TeilnehmerInnen wurden über die Thematik und über die Zielsetzung der jeweiligen Befragung in verständlicher Form schriftlich mit einem Informationsschreiben zum Fragebogen informiert und aufgeklärt. Basierend auf dieser Grundlage wurde eine informierte Zustimmung zur freiwilligen Teilnahme bei beiden Befragungen eingeholt (Stronegger et al. 2015).

Die Datenerhebung erfolgte in anonymisierter Form. Eine Rückführung auf die befragten Personen ist dadurch nicht möglich, wodurch Bedenken hinsichtlich Datenschutz ausgeräumt werden konnten. Weitere physische oder psychische Risiken, Schädigungen oder Belastungen der StudienteilnehmerInnen wurden nicht erwartet. Der ethisch verantwortungsvolle Umgang mit den Daten der teilnehmenden Personen wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz geprüft, die sich mit der Durchführung der primären Querschnittstudie in der Bevölkerung als auch der Masterarbeit einverstanden erklärte. Positive Ethikvoten liegen vor (EK-Nummer: 26-134 ex 13/14; 30-442 ex 17/18).

# 3 Ergebnisse

## 3.1 Allgemeinbevölkerung vs. Medizin/Pflege

In diesem Kapitel werden zu Beginn die Charakteristika der teilnehmenden Personen der Allgemeinbevölkerung und dessen der Gesundheitsprofessionen (Medizin/Pflege) vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Gestaltung des Lebensendes präsentiert.

### 3.1.1 Charakteristika der teilnehmenden Personen

In der Allgemeinbevölkerung belief sich der Rücklauf der postalischen Befragung auf 38,4% und bei der Onlinebefragung auf 49%. Der Rücklauf der Piloterhebung bei den Gesundheitsprofessionen lag bei 38,4%.

Insgesamt nahmen 893 Personen an den Befragungen teil. Anhand Tabelle 2 ist ersichtlich, dass davon 725 Personen der Allgemeinbevölkerung und 168 Personen der Gesundheitsprofessionen (Medizin/Pflege) teilgenommen haben.

Bei der Analyse der Ergebnisse wird anfangs nach Allgemeinbevölkerung und Gesundheitsprofessionen (Medizin/Pflege) stratifiziert. Ab dem Kapitel 3.2 erfolgt die Stratifizierung nach den Berufsgruppen Medizin und Pflege.

#### Geschlecht

Sowohl bei der Allgemeinbevölkerung (51,4%), als auch bei den Gesundheitsprofessionen (75%) ist der Anteil der Frauen statistisch signifikant ( $p=0,000$ ) höher als jener der Männer.

Statistisch signifikant bedeutet, dass die beschriebenen Gruppenunterschiede mit der Annahme keines Gruppenunterschieds (Nullhypothese) bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% nicht vereinbar sind. Der p-Wert ist das Ergebnis eines Signifikanztests. Eine statistische Signifikanz liegt vor, wenn der p-Wert  $\geq 0,05$ . Liegt der p-Wert über 0,05, sind die Ergebnisse statistisch nicht signifikant (Polit & Beck 2017). (siehe Tabelle 2)

### Alter

Das Durchschnittsalter bei der Allgemeinbevölkerung beträgt 46,7 Jahre (Standardabweichung 17,5) und liegt zwischen 16 und 85 Jahren. Bei den Gesundheitsprofessionen kann kein Mittelwert berechnet werden, da das Alter ausschließlich in Altersgruppen abgefragt wurde.

Der Großteil der Befragten aus der Allgemeinbevölkerung ist älter als 60 Jahre alt (27,1%). Im Unterschied dazu stellt diese Altersgruppe bei den Gesundheitsprofessionen den geringsten Anteil (4,2%) dar. Der Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen ist statistisch signifikant ( $p=0,000$ ). (siehe Tabelle 2)

### Beziehungsstatus

Die Mehrheit der TeilnehmerInnen ist bei beiden Befragungen verheiratet oder lebt in einer eingetragenen Partnerschaft (Allgemeinbevölkerung 51,8%, Medizin/Pflege 58,2%). Den geringsten Anteil weisen bei der Allgemeinbevölkerung als auch bei den Gesundheitsprofessionen verwitwete Personen auf. Die Unterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und den Gesundheitsprofessionen sind statistisch signifikant ( $p=0,001$ ). (siehe Tabelle 2)

### Religiosität

Sowohl bei der Allgemeinbevölkerung (66,9%), als auch bei den Gesundheitsprofessionen (69,4%) ist die Mehrheit der TeilnehmerInnen römisch-katholisch, gefolgt von den Konfessionslosen mit 24% in der Allgemeinbevölkerung und 24,2% bei den Gesundheitsprofessionen. Rund 6% der TeilnehmerInnen in der Allgemeinbevölkerung sind evangelisch. Der geringste Anteil weist bei beiden Befragungen die Kategorie "Andere religiöse Bekenntnisse" (z.B. Islam, Buddhismus, Judentum/Kabbala, Orthodox) auf, welche in der Stichprobe eine Minderheit darstellen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und den Gesundheitsprofessionen hinsichtlich der zugehörigen Religionsgemeinschaft ( $p=0,628$ ). (siehe Tabelle 2)

Tabelle 2: Charakteristika der teilnehmenden Personen (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

	p-Wert	AB		GP	
		N	%	N	%
<b>Geschlecht*</b>					
Weiblich	<b>0,000</b>	373	51,4	117	75
Männlich		352	48,6	39	25
<b>Gesamt</b>		<b>725</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>
<b>Alter*</b>					
≤ 29 Jahre	<b>0,000</b>	152	21	18	10,9
30-39 Jahre		114	15,7	47	28,3
40-49 Jahre		142	19,6	47	28,3
50-59 Jahre		120	16,6	47	28,3
≥ 60 Jahre		197	27,1	7	4,2
<b>Gesamt</b>		<b>725</b>	<b>100</b>	<b>166</b>	<b>100</b>
<b>Beziehungs-status*</b>					
Alleinstehend	<b>0,001</b>	165	23,1	12	8,5
Verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend		369	51,8	82	58,2
In Lebensgemeinschaft		86	12,1	33	23,4
Geschieden/getrennt lebend		59	8,3	12	8,5
Verwitwet		34	4,8	2	1,4
<b>Gesamt</b>			<b>713</b>	<b>100</b>	<b>141</b>
<b>Religion</b>					
Ohne Bekenntnis	0,628	172	24	38	24,2
Römisch-Katholisch		480	66,9	109	69,4
Evangelisch		42	5,8	6	3,8
Andere religiöse Bekenntnisse		24	3,3	4	2,5
<b>Gesamt</b>			<b>718</b>	<b>100</b>	<b>157</b>

\*signifikante Unterschiede

## 3.1.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

In diesem Kapitel wird thematisiert, wie die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsprofessionen zu verschiedenen Entscheidungen über medizinische Maßnahmen am Lebensende eingestellt sind.

### 3.1.2.1 Tötung auf Verlangen

Die Mehrheit der Allgemeinbevölkerung (63,3%) ist für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen - bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch gefolgt von 32,7% für ein generelles Verbot, welches jedoch bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte. Nur eine kleine Minderheit der Allgemeinbevölkerung (4%) spricht sich für ein generelles und ausnahmsloses Verbot der Tötung auf Verlangen aus, welches bestraft werden sollte.

Zum Unterschied dazu spricht sich die Mehrheit der Gesundheitsprofessionen (45,2%) für ein generelles Verbot der Tötung auf Verlangen aus, welches bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte. 39% der Gesundheitsprofessionen sind für eine generelle Erlaubnis - bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch. Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen sind statistisch signifikant ( $p=0,000$ ). (siehe Abbildung 1)

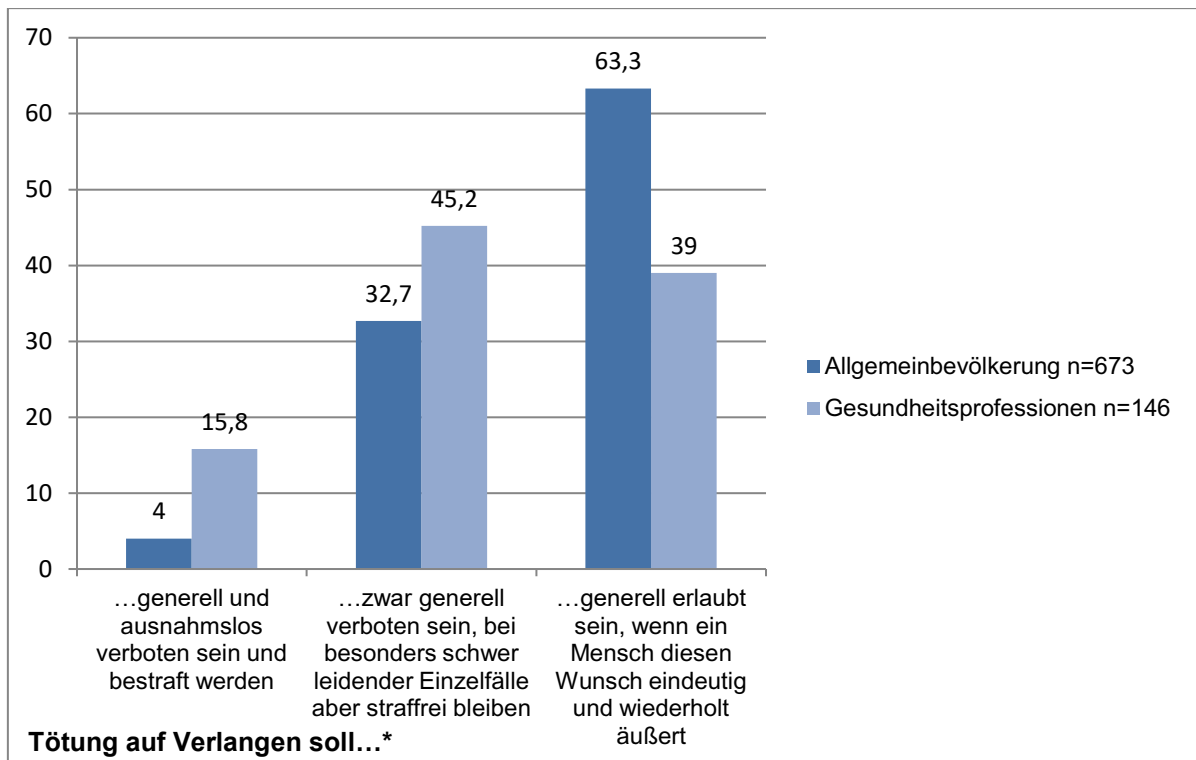


Abbildung 1: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV- Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test; \*p=0,000)

Bei den männlichen Gesundheitsprofessionen ist der höchste Anteil (50%) für ein generelles Verbot, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Die Männer in der Allgemeinbevölkerung antworteten am häufigsten bei der Antwortkategorie "generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert". Der niedrigste Anteil bei beiden Geschlechtern beider befragter Gruppen ist für ein generelles und ausnahmsloses verbot, welches bestraft werden sollte. Die meisten Frauen bei den Gesundheitsprofessionen sind für ein generelles Verbot, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Die Frauen in der Allgemeinbevölkerung gaben bei der Antwortkategorie "generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert" die meisten Stimmen. Zwischen den untersuchten Gruppen gibt es bei den Männern (p=0,000) und bei den Frauen (p=0,000) statistisch signifikante Unterschiede. (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV soll und Geschlecht (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

**Tötung auf Verlangen soll...**

Geschlecht		p-Wert	...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
			N	%	N	%	N	%
männlich*	GP (n=36)	0,000	8	22,2	18	50	10	27,8
	AB (n=326)		11	3,4	109	33,4	206	48,4
weiblich*	GP (n=102)	0,000	13	12,7	47	46,1	42	41,2
	AB (n=348)		16	4,6	112	32,2	220	63,2

\* signifikante Unterschiede

Bei den Alterskategorien der 0 bis 29-jährigen und 30 bis 39-jährigen stimmten beide Gruppen am häufigsten für eine generelle Erlaubnis, bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch, gefolgt vom generellen Verbot, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Der niedrigste Anteil bei diesen beiden Alterskategorien in der Allgemeinbevölkerung, als auch bei den Gesundheitsprofessionen stimmte für ein generelles Verbot, welches ausnahmslos verboten und bestraft werden sollte.

Bei den Gesundheitsprofessionen wählten die Altersgruppen der 40 bis 49-jährigen, 50 bis 59-jährigen und der 60 bis 100-jährigen am häufigsten die Antwortkategorie "Tötung auf Verlangen soll zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben". Diese Alterskategorien entschieden sich in der Allgemeinbevölkerung am häufigsten für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen bei eindeutigem und wiederholten Wunsch. Bei beiden befragten Gruppen entschied sich der geringste Anteil aller Altersgruppen für ein generelles und ausnahmsloses Verbot der Tötung auf Verlangen, welches bestraft werden sollte. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede bei den 30 bis 39-jährigen ( $p=0,039$ ), 40 bis 49-jährigen ( $p=0,000$ ) und 50 bis 59-jährigen ( $p=0,000$ ). (siehe Tabelle 4)

Tabelle 4: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV soll und Alter in Kategorien (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

**Tötung auf Verlangen soll...**

Alter		p-Wert	...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
			N	%	N	%	N	%
0-29 Jahre	GP (n=16)	0,444	2	12,5	6	37,5	8	50
	AB (n=141)		7	5	51	36,2	83	58,9
30-39 Jahre*	GP (n=43)	0,039	6	14	17	39,5	20	46,5
	AB (n=106)		5	4,7	31	29,2	70	66
40-49 Jahre*	GP (n=38)	0,000	9	23,7	17	44,7	12	31,6
	AB (n=129)		5	3,9	39	30,2	85	65,9
50-59 Jahre*	GP (n=42)	0,000	6	14,3	22	52,4	14	33,3
	AB (n=112)		2	1,8	31	27,7	79	70,5
60-100 Jahre	GP (n=6)	0,309	0	0	4	66,7	2	33,3
	AB (n=184)		8	4,3	67	36,44	109	59,2

\* signifikante Unterschiede

Bei allen Kategorien hinsichtlich Beziehungsstatus in der Allgemeinbevölkerung stimmten die Personen am häufigsten für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen, gefolgt von einem generellen Verbot, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Der höchste Anteil bei allen Kategorien hinsichtlich Beziehungsstatus ist bei den Gesundheitsprofessionen für eine generelle Erlaubnis, welche jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Bei beiden befragten Gruppen ist der geringste Anteil der Befragten für ein generelles und ausnahmsloses Verbot der Tötung auf Verlangen, welches bestraft werden sollte. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede bei verheirateten Personen ( $p=0,000$ ) und bei Personen in einer Lebensgemeinschaft ( $p=0,023$ ). ( siehe Tabelle 5)

**Tabelle 5: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV soll und Beziehungsstatus (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)**

Tötung auf Verlangen soll...			...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
Beziehungsstatus		p-Wert	N	%	N	%	N	%
Alleinstehend	GP (n=8)	0,249	1	5	1	1,8	6	12,8
	AB (n=149)		7	4,8	58	38,6	84	56,6
Verheiratet*	GP (n=77)	<b>0,000</b>	17	85	34	59,6	26	33,8
	AB (n=344)		16	4,6	111	32,3	217	63,1
In Lebensgemeinschaft*	GP (n=11)	<b>0,023</b>	1	5	14	52,7	11	42,3
	AB (n=81)		1	1	22	27,2	58	71,5
Geschieden/Getrennt	GP (n=11)	0,054	1	5	6	54,5	4	36,4
	AB (n=57)		1	1,4	15	25,8	41	72,8
Verwitwet	GP (n=2)	0,166	0	0	2	100	0	0
	AB (n=33)		3	8,7	11	34	19	57,3

Der höchste Anteil der Römisch-katholische, Evangelischen und Personen mit anderen Bekenntnissen in der Allgemeinbevölkerung als auch der höchste Anteil der Konfessionslosen in der Allgemeinbevölkerung sowie dessen der

\* signifikante Unterschiede

konfessionslosen Gesundheitsprofessionen entschied sich bei der Befragung für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen bei wiederholtem und eindeutigen Wunsch.

Im Unterschied dazu ist die Mehrheit der Römisch-Katholischen der Gesundheitsprofessionen für ein generelles Verbot, welches bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte. Der geringste Anteil ist fast bei allen Religionsbekenntnissen für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte. Lediglich bei den anderen religiösen Bekenntnissen ist der geringste Anteil für ein generelles Verbot, welches bei besonders schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Statistisch signifikante Unterschiede bei den Konfessionslosen ( $p=0,000$ ), Römisch-Katholischen ( $p=0,000$ ), Evangelischen ( $p=0,004$ ), und Personen mit anderen religiösen Bekenntnissen ( $p=0,003$ ). (siehe Tabelle 6)

**Tabelle 6: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV und Religionsbekenntnis (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)**

Religionsbekenntnis		p-Wert	...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
			N	%	N	%	N	%
Ohne Bekenntnis*	GP (n=32)	<b>0,000</b>	4	12,5	12	37,5	16	50
	AB (n=163)		1	0,6	35	21,5	127	77,9
Römisch-Katholisch*	GP (n=98)	<b>0,000</b>	14	14,3	49	50	35	35,7
	AB (n=444)		26	5,9	162	36,5	256	57,7
Evangelisch*	GP (n=5)	<b>0,004</b>	1	20	3	60	1	20
	AB (n=39)		0	0	11	28,2	28	71,8
Andere religiöse Bekenntnisse*	GP (n=4)	<b>0,003</b>	2	50	0	0	2	50
	AB (n=20)		0	0	9	47,4	11	52,6

\* signifikante Unterschiede

Die Abbildung 2 zeigt, unter welchen Voraussetzungen sich die TeilnehmerInnen eine Erlaubnis oder Straffreiheit der Tötung auf Verlangen vorstellen können.

Die Mehrheit beider untersuchten Gruppen ist für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen, wie z.B. Krebs im Endstadium. 35% der Allgemeinbevölkerung und 30% der Gesundheitsprofessionen sind für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung).

Zu beachten ist, dass fast ein Drittel der Befragten der Allgemeinbevölkerung für die Legalisierung oder Straffreiheit der Tötung auf Verlangen auch ohne Krankheitsbilder ist.

Fast doppelt so viele TeilnehmerInnen der Allgemeinbevölkerung (11,8%) im Vergleich zu den Gesundheitsprofessionen sind für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit der Tötung auf Verlangen bei allen PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch. (siehe Abbildung 2)

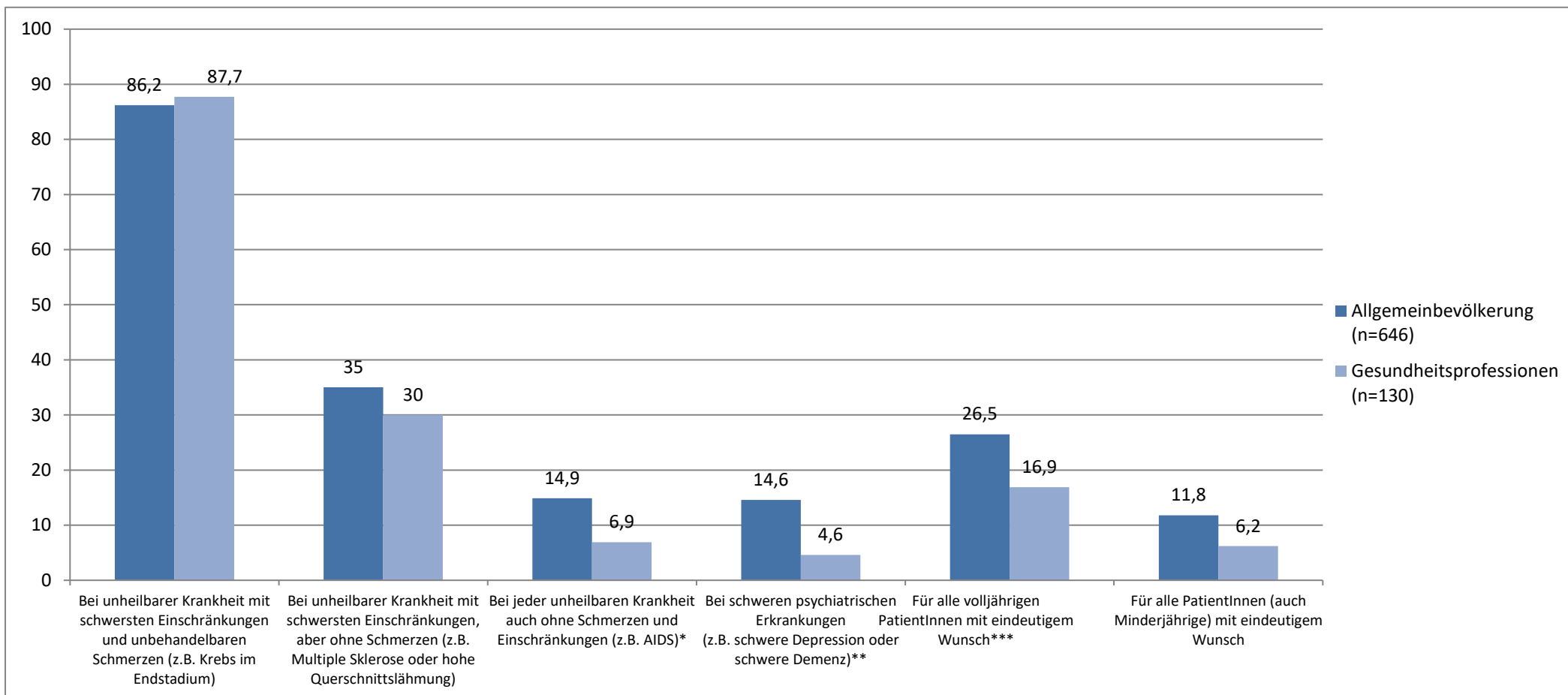


Abbildung 2: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit der TAV-Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test; \*p=0,016, \*\*p=0,002, \*\*\*p=0,022)

Die Mehrheit beider Gruppen (Allgemeinbevölkerung 79,1%; Gesundheitsprofessionen 76,4%) ist der Meinung, dass dies das ärztliche Personal tun sollte. Mehr als doppelt so viele TeilnehmerInnen der Allgemeinbevölkerung (37,1%) im Vergleich zu den Gesundheitsprofessionen (13,8%) sind dafür, dass das Mittel von darauf spezialisierten Personen anderer Berufsgruppen verabreicht werden sollte. Die anderen Antwortkategorien spielen im Vergleich eine untergeordnete Rolle. Signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen bei der Antwortkategorie "darauf spezialisierte Personen anderer Berufsgruppen". (siehe Abbildung 3)

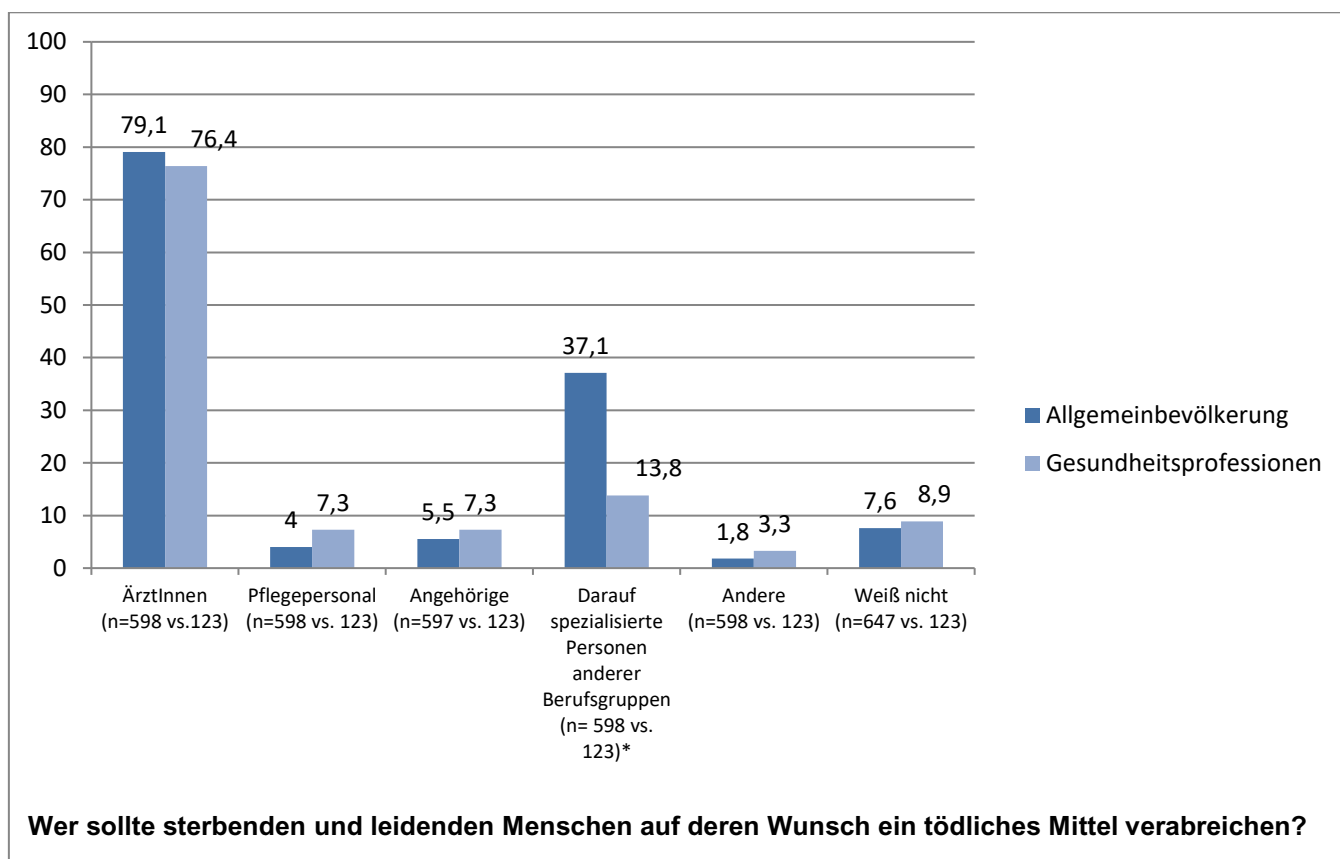


Abbildung 3: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Verabreichung des tödlichen Mittels - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test; p=0,000)<sup>6</sup>

Der höchste Anteil sowohl in der Allgemeinbevölkerung (40,6%) als auch bei den Gesundheitsprofessionen (30,8%) wertet diese Aussage mit "Trifft weniger zu", gefolgt von "Trifft sicher nicht zu" (Allgemeinbevölkerung 30,2%,

\* signifikante Unterschiede

Gesundheitsprofessionen 29,6%). Bei den Gesundheitsprofessionen werten doppelt so viele TeilnehmerInnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung die Aussage mit "Trifft sicher zu". Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen sind statistisch signifikant ( $p=0,000$ ). (siehe Abbildung 4)

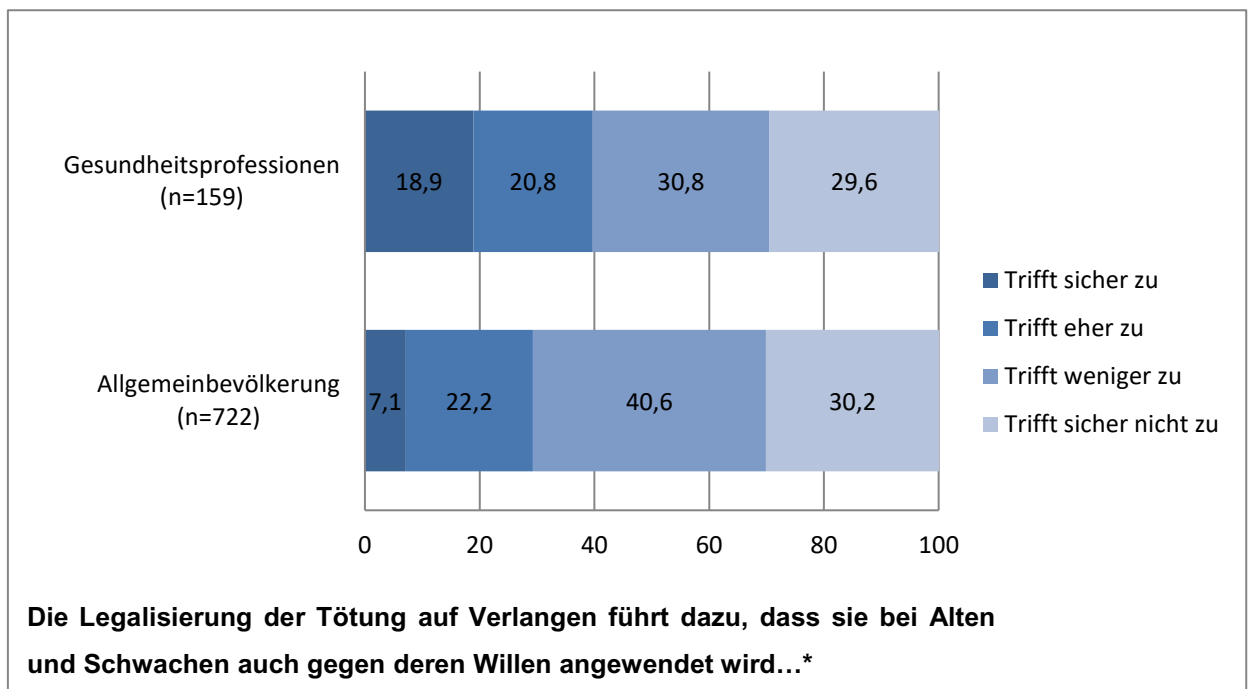


Abbildung 4: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Anwendung bei Alten und Schwachen gegen deren Willen - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels  $\chi^2$  Test;  $p=0,000$ )<sup>7</sup>

### 3.1.2.2 Ärztlich assistierter Suizid

In der Allgemeinbevölkerung ist der höchste Anteil mit fast 60% für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte. Fast 40% der österreichischen Allgemeinbevölkerung sind für ein generelles Verbot des ärztlich assistierten Suizids, welches aber bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte. Hingegen dazu weist diese Antwortkategorie bei den Gesundheitsprofessionen den höchsten Anteil (50%) auf.

31,8% der Gesundheitsprofessionen und 5% der Allgemeinbevölkerung könnten sich eine generelle Erlaubnis bei wiederholter und eindeutiger Wunschäußerung

\* signifikante Unterschiede

vorstellen. Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen sind statistisch signifikant ( $p=0,000$ ). (siehe Abbildung 5)

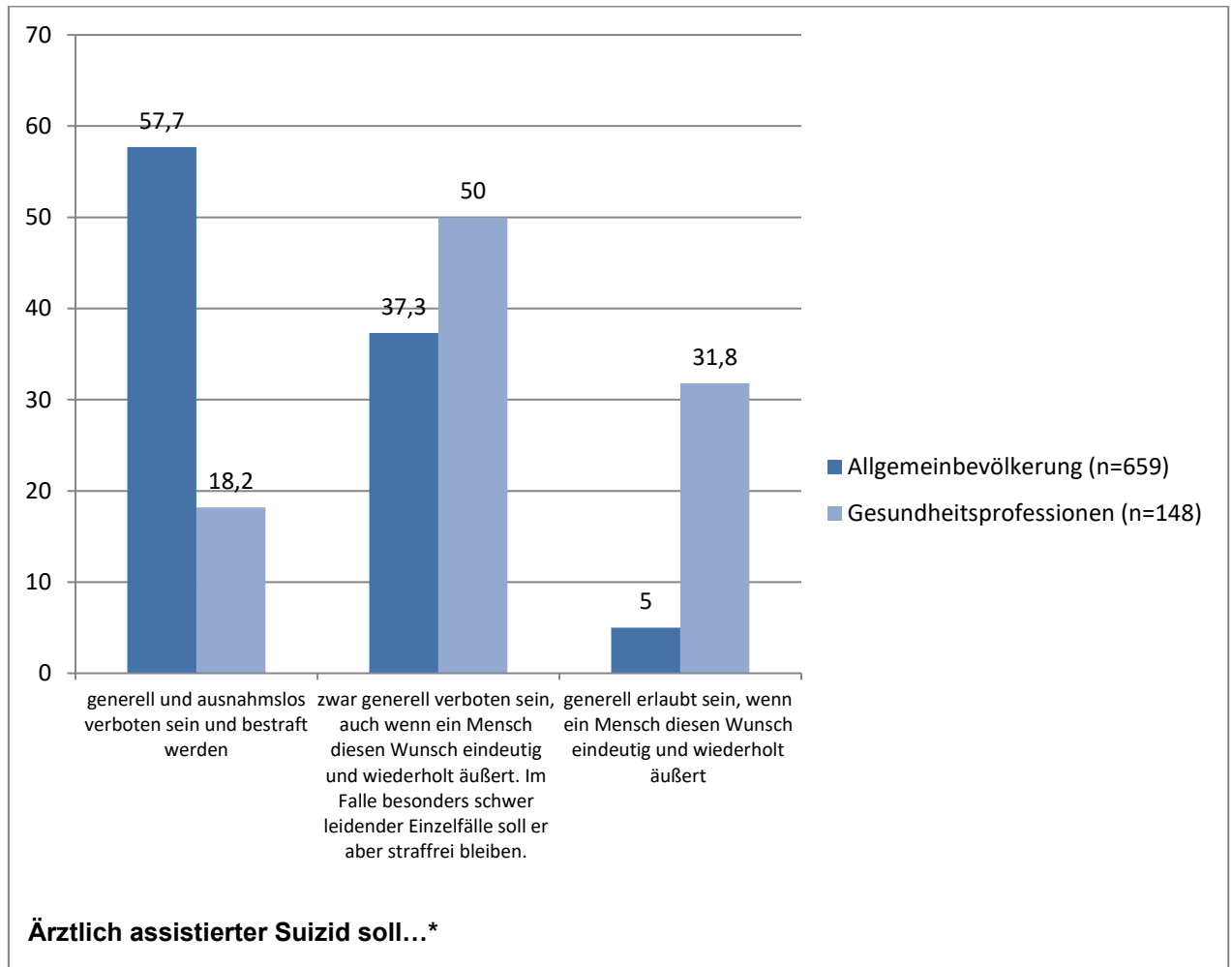


Abbildung 5: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels  $\chi^2$  Test;  $p=0,000$ )<sup>8</sup>

Die meisten Personen in der Allgemeinbevölkerung ist für ein generelles und ausnahmsloses Verbot des ärztlich assistierten Suizids. Die Mehrheit der Männer und Frauen der Gesundheitsprofessionen ein generelles Verbot bei besonders schwer leidenden Einzelfällen, welches jedoch straffrei bleiben sollte.

Unterschiede gibt es auch bei den niedrigsten Anteilen der Antwortkategorien der befragten Gruppen. Die Allgemeinbevölkerung antwortete am wenigsten für eine generelle Erlaubnis des ärztlich assistierten Suizids, bei eindeutigem und

\* signifikante Unterschiede

wiederholtem Wunsch. Im Gegensatz dazu stimmte die geringste Anzahl beider Geschlechter der Gesundheitsprofessionen für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte. Es gibt signifikanten Unterschiede bei den Männern ( $p=0,000$ ) und Frauen ( $p=0,000$ ). (siehe Tabelle 7)

**Tabelle 7: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Geschlecht - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels  $\chi^2$  Test)**

Geschlecht		p-Wert	...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
			N	%	N	%	N	%
männlich*	GP (n=38)	<b>0,000</b>	8	21,1	20	52,6	10	26,3
	AB (n=323)		185	57,3	121	37,5	17	5,3
weiblich*	GP (n=102)	<b>0,000</b>	17	16,7	51	50	34	33,3
	AB (n=338)		196	58	125	37	17	5

Der niedrigste Anteil bei allen Altersgruppen der Allgemeinbevölkerung spiegelt sich in der Antwortkategorie, dass der ärztlich assistierte Suizid generell erlaubt sein sollte, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert.

Im Gegensatz dazu entscheidet sich der geringste Anteil aller Altersgruppen der Gesundheitsprofessionen für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte. Bei der Altersgruppe der 40 bis 49-jährigen, teilen sich die Kategorien „generell und ausnahmslos verboten und bestraft werden sollte“ und „generell erlaubt, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert“ den geringsten Anteil. Es gibt signifikanten Unterschiede bei allen Alterskategorien zwischen den untersuchten Gruppen. (siehe Tabelle 8).

\* signifikante Unterschiede

Tabelle 8: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Alter in Kategorien - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

Ärztlich assistierter Suizid soll...			...zwar generell					
			...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
Alter		p-Wert	N	%	N	%	N	%
0-29 Jahre*	GP (n=15)	0,000	3	20	6	40	6	40
	AB (n=136)		71	52,2	55	40,4	10	7,4
30-39 Jahre*	GP (n=45)	0,000	6	13,3	21	46,7	18	40,5
	AB (n=100)		62	62	35	35	3	3
40-49 Jahre*	GP (n=37)	0,000	9	24,3	19	51,4	9	24,3
	AB (n=130)		78	60	46	35,4	6	4,6
50-59 Jahre*	GP (n=44)	0,000	9	20,5	24	54,5	11	25
	AB (n=110)		71	64,5	37	33,6	1,8	1,3
60-100 Jahre*	GP (n=6)	0,007	0	0	4	66,7	2	33,3
	AB (n=184)		98	53,3	74	40,2	12	6,5

Die Mehrheit (54,5%) der Alleinstehenden bei den Gesundheitsprofessionen entschied sich für eine generelle Erlaubnis bei wiederholtem Wunsch des ärztlich assistierten Suizids aus. Im Gegensatz dazu wählte die Allgemeinbevölkerung dieselbe Antwortkategorie am wenigsten. Die Allgemeinbevölkerung entschied sich bei jedem Beziehungsstatus am häufigsten für ein generelles und ausnahmsloses Verbot des ärztlich assistierten Suizids, welches bestraft werden sollte. Alle Gesundheitsprofessionen (außer Alleinstehende) stimmten am häufigsten für ein generelles Verbot, welches bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. Der geringste Anteil bei den Gesundheitsprofessionen widerspiegelt sich bei allen Kategorien des Beziehungsstatus bei der Antwort, dass der ärztlich assistierte Suizid generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden soll. Bei der Allgemeinbevölkerung entschieden sich alle am wenigsten für eine generelle Erlaubnis, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. (siehe Tabelle 9)

\* signifikante Unterschiede

Tabelle 9: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Beziehungsstatus - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

Beziehungsstatus		p-Wert	...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
			N	%	N	%	N	%
Alleinstehend*	GP (n=11)	0,000	1	9,1	4	36,4	6	54,5
	AB (n=149)		79	53	57	38,3	13	8,7
Verheiratet*	GP (n=76)	0,000	16	21,1	40	52,6	20	26,3
	AB (n=337)		196	58,2	126	37,4	15	4,5
In Lebensgemeinschaft*	GP (n=27)	0,000	3	11,1	15	55,6	9	33,3
	AB (n=79)		53	67,1	25	31,6	1	1,3
Geschieden/Getrennt*	GP (n=12)	0,001	2	16,7	7	58,3	3	25
	AB (n=55)		36	65,5	18	32,7	1	1,8
Verwitwet	GP (n=2)	0,254	0	0	2	100	0	0
	AB (n=30)		14	46,7	12	40	4	13,3

Bei der Allgemeinbevölkerung sprachen sich sowohl bei Konfessionslosen als auch bei allen anderen Religionsbekenntnissen der höchste Anteil für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte, aus. Hingegen dazu wählten die Konfessionslosen als auch die römisch-katholischen TeilnehmerInnen der Allgemeinbevölkerung am häufigsten ein generelles Verbot, welches bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte.

Der geringste Anteil in der Allgemeinbevölkerung ist bei den Konfessionslosen als auch bei allen anderen religiösen Bekenntnissen für eine generelle Erlaubnis, bei eindeutigen und wiederholtem Wunsch.

Bei den Gesundheitsprofessionen sprachen sich die geringsten Anteile der Konfessionslosen und der Römisch-Katholischen für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte, aus. Die Mehrheit aller Religionsbekenntnisse, außer den anderen religiösen Religionsbekenntnissen

\* signifikante Unterschiede

stimmte für ein generelles Verbot des ärztlich assistierten Suizids, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. (siehe Tabelle 10)

**Tabelle 10: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS und Religionsbekenntnis - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)**

Religionsbekenntnis		p-Wert	...generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden		...zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben		...generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert	
			N	%	N	%	N	%
Ohne Bekenntnis*	GP (n=35)	<b>0,000</b>	5	14,3	17	48,6	13	37,1
	AB (n=158)		121	76,6	35	22,2	2	1,3
Römisch-Katholisch*	GP (n=98)	<b>0,000</b>	16	16,3	54	55,1	28	28,6
	AB (n=435)		223	51,3	181	41,6	31	7,1
Evangelisch*	GP (n=6)	<b>0,001</b>	2	33,3	2	33,3	2	33,3
	AB (n=41)		24	58,5	17	41,5	0	0
Andere religiöse Bekenntnisse*	GP (n=4)	<b>0,004</b>	2	50	0	0	2	50
	AB (n=18)		8	44,4	10	55,6	0	0

\* signifikante Unterschiede

86,4% der Allgemeinbevölkerung und 88,4% der Gesundheitsprofessionen sind für eine Erlaubnis bzw. Straffreiheit des ärztlich assistierten Suizids bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen, wie z.B. Krebs im Endstadium.

Eine Legalisierung bzw. Straffreiheit des ärztlich assistierten Suizids bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung) könnten sich 35,7% der Allgemeinbevölkerung und 31,8% der Gesundheitsprofessionen vorstellen.

Fast doppelt so viele TeilnehmerInnen der Allgemeinbevölkerung (25,4%) im Vergleich zu den Gesundheitsprofessionen (14,7%) sprechen sich für eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids für alle volljährigen PatientInnen auch ohne Krankheitsbild aus – siehe Abbildung 10. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. (siehe Abbildung 6)

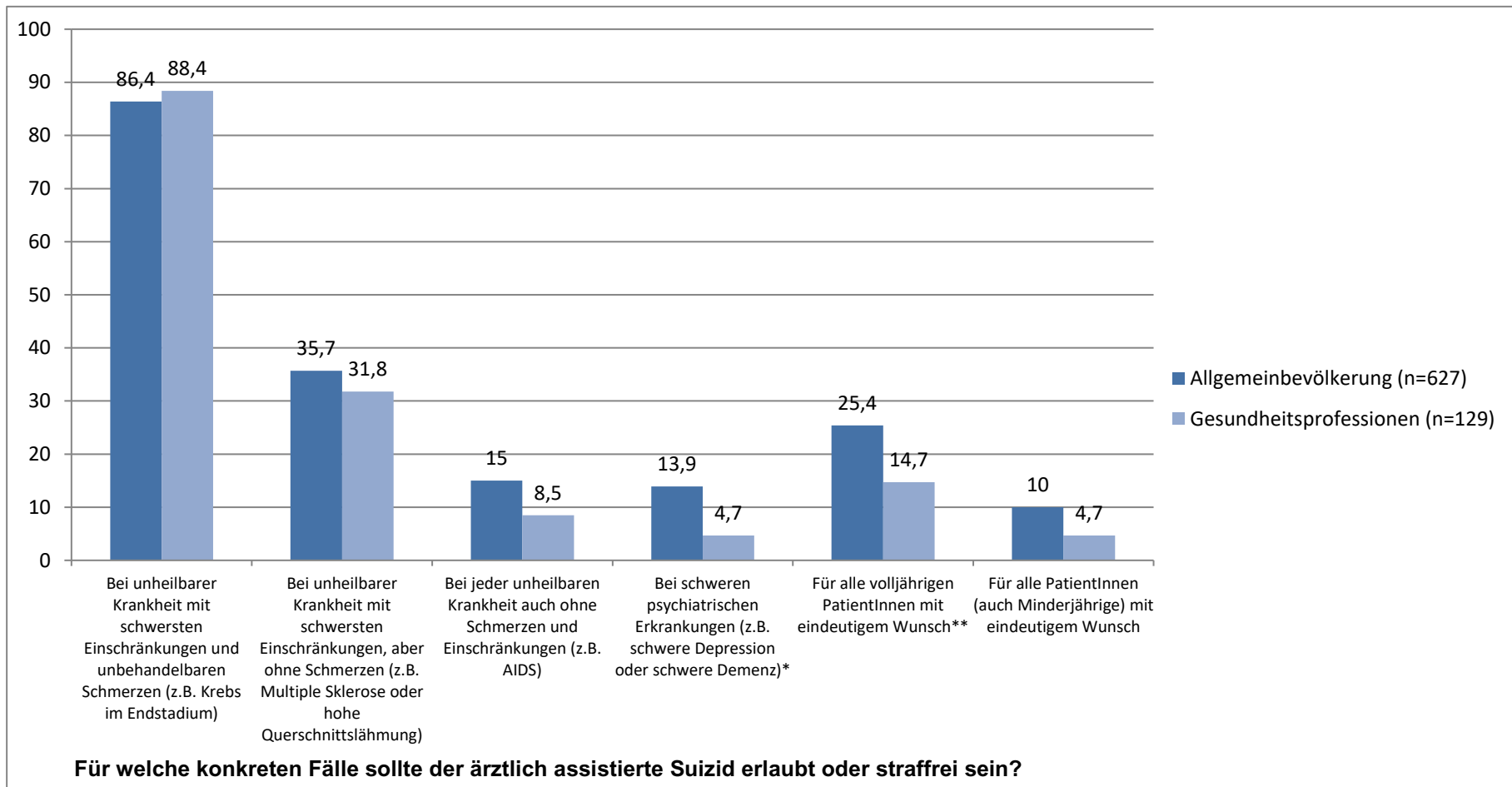


Abbildung 6: Anteile der Allgemeinbevölkerung vs. Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test; \*p=0,004, \*\*p=0,010)<sup>13</sup>

\*signifikante Unterschiede

## 3.2 Gesundheitsprofessionen (Medizin vs. Pflege)

Der Fokus dieses Kapitels liegt in der Darlegung der Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege. Anfangs werden die Charakteristika der teilnehmenden Personen der Gesundheitsprofessionen dargelegt. Anschließend erfolgt die Vorstellung der Ergebnisse zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Gestaltung des Lebensendes. Zum Abschluss werden die Bedürfnisse der beiden Professionen für das Lebensende präsentiert.

### 3.2.1 Charakteristika der teilnehmenden Personen

Insgesamt nahmen 168 Personen an der Befragung teil. Davon sind 46 Personen der Gesundheitsprofession Medizin und 122 Personen der Gesundheitsprofessionen Pflege zuzuordnen. Bei der Analyse der Ergebnisse wird nach Medizin und Pflege stratifiziert.

#### Geschlecht

Bei der Gesundheitsprofession Medizin ist der Anteil der Männer (54,8%) höher als jener der Frauen. Hingegen dazu ist der Anteil der Männer (14%) bei der Profession Pflege niedriger als jener der Frauen (86%). (siehe Tabelle 11)

Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen hinsichtlich Geschlecht sind statistisch signifikant ( $p=0,000$ ).

#### Alter

Bei der Gesundheitsprofession Medizin ist der höchste Anteil (46,7%) in der Altersgruppe 50-59 Jahre, gefolgt von den Altersgruppe 30-39 Jahre (20%). Den geringsten Anteil stellt in dieser Profession die Altersgruppe  $\leq 29$  Jahre dar. In der Pflege ist der höchste Anteil an Personen der Altersgruppe 40-49 Jahre (33,1%) gefolgt von der Altersgruppe 30-39 Jahre (31,4%) zuzuordnen. Die Altersgruppe  $\geq 60$  ist in der Profession Pflege nicht vertreten. (siehe Tabelle 11).

Anhand Tabelle 12 ist ersichtlich, dass es Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen hinsichtlich der Altersgruppen gibt. Diese Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p=0,000$ ).

### Beziehungsstatus

Bei beiden Gesundheitsprofessionen sind mehr als die Hälfte (Medizin 69,8%; Pflege 53,1%) der TeilnehmerInnen verheiratet oder leben in einer eingetragenen Partnerschaft, gefolgt von „in einer Lebensgemeinschaft lebend“ (Medizin 16,3%; Pflege 26,5%). Den geringsten Anteil weisen bei beiden Gruppen verwitwete TeilnehmerInnen auf. (siehe Tabelle 11)

### Religiosität

Die Mehrheit bei beiden Professionen ist römisch-katholisch (67,4% Medizin; 70,3% Pflege), gefolgt von den Konfessionslosen mit 23,9% bei der Profession Medizin und 24,3% bei der Profession Pflege. Die Religionsgemeinschaft Evangelisch/Protestantisch bzw. andere Bekenntnisse machen in der Stichprobe eine Minderheit aus. Andere religiöse Bekenntnisse sind z.B. Islam, Buddhismus, Judentum/Kabbala oder Orthodox. (siehe Tabelle 11)

Tabelle 11: Charakteristika der teilnehmenden Personen der Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

	p-Wert	Medizin		Pflege	
		N	%	N	%
<b>Geschlecht*</b>					
Weiblich	<b>0,000</b>	19	45,2	98	86
Männlich		23	54,8	16	14
<b>Gesamt</b>		<b>42</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>
<b>Alter*</b>					
≤ 29 Jahre	<b>0,000</b>	1	2,2	17	14
30-39 Jahre		9	20	38	31,4
40-49 Jahre		7	15,6	40	33,1
50-59 Jahre		21	46,7	26	21,5
≥ 60 Jahre		7	15,6	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>45</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Beziehungsstatus</b>					
Alleinstehend	<b>0,310</b>	2	4,7	10	10,2
Verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend		30	69,8	52	53,1
In Lebensgemeinschaft Geschieden/getrennt lebend		7	16,3	26	26,5
Verwitwet		4	9,3	8	8,2
		0	0	2	2
<b>Gesamt</b>			<b>43</b>	<b>100</b>	<b>98</b>
<b>Religion</b>					
Ohne Bekenntnis	<b>0,822</b>	11	23,9	27	24,3
Römisch-Katholisch		31	67,4	78	70,3
Evangelisch/Protestantisch		2	4,3	4	3,6
Andere religiöse Bekenntnisse		2	4,3	2	1,8
<b>Gesamt</b>		<b>46</b>	<b>100</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

## 3.2.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

In diesem Kapitel wird thematisiert, wie die Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege zu verschiedenen Entscheidungen über medizinische Maßnahmen am Lebensende eingestellt sind.

### 3.2.2.1 Tötung auf Verlangen

Die Mehrheit der Profession Medizin (61%) ist für ein generelles Verbot der Tötung auf Verlangen, welche aber bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte. 26,8% der TeilnehmerInnen dieser Profession ist für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch. Die Minderheit der Profession Medizin (12,2%) spricht sich für ein generelles und ausnahmsloses Verbot der Tötung auf Verlangen aus, welches bestraft werden sollte. (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** 7)

Zum Unterschied dazu ist die Mehrheit der Gesundheitsprofession Pflege (43,8%) für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch und unter den in der Fragestellung genannten Voraussetzungen, gefolgt von einem generellen Verbot der Tötung auf Verlangen, welches aber bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben sollte (39%). Die Minderheit (17,1%) der TeilnehmerInnen ist auch bei der Profession Pflege für ein generelles und ausnahmsloses Verbot der Tötung auf Verlangen, welches bestraft werden sollte. Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. (siehe Abbildung 7)

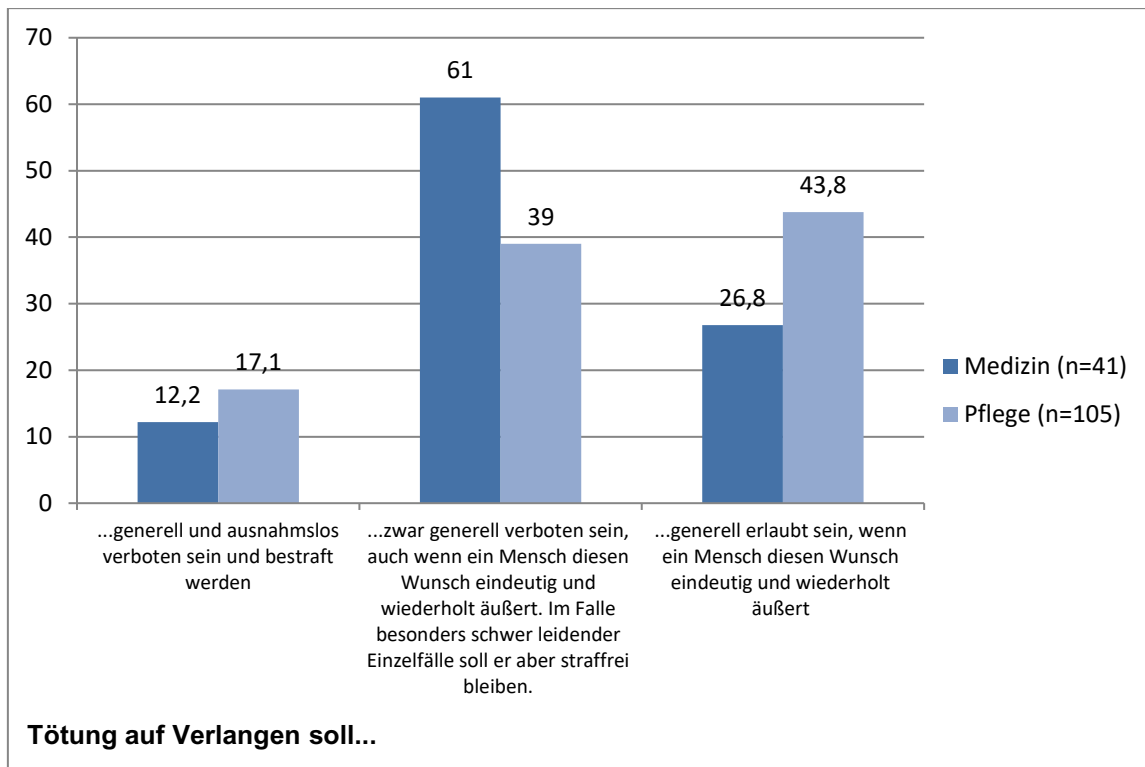


Abbildung 7: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Einstellung zur TAV – Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

Die TeilnehmerInnen, welche entweder für die generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen oder deren Straffreiheit in schwer leidenden Einzelfällen gestimmt haben, wurden mit verschiedenen Voraussetzungen für eine Straffreiheit konfrontiert. Mehrfachantworten waren möglich. Die Abbildung 8 zeigt, unter welchen Voraussetzungen sich die TeilnehmerInnen eine Erlaubnis oder Straffreiheit der Tötung auf Verlangen vorstellen können.

Die Mehrheit beider Gesundheitsprofessionen (Medizin 92,1%; Pflege 85,9%) ist für eine Erlaubnis bzw. Straffreiheit der Tötung auf Verlangen bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen, wie z.B. Krebs im Endstadium. 34,2% der Profession Medizin und 28,3% der Profession Pflege sind für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung). Fast doppelt so viele TeilnehmerInnen der Profession Pflege (19,6%) im Vergleich zur Profession Medizin (10,5%) sind für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit der Tötung auf Verlangen auch ohne Krankheitsbild. (siehe Abbildung 8)

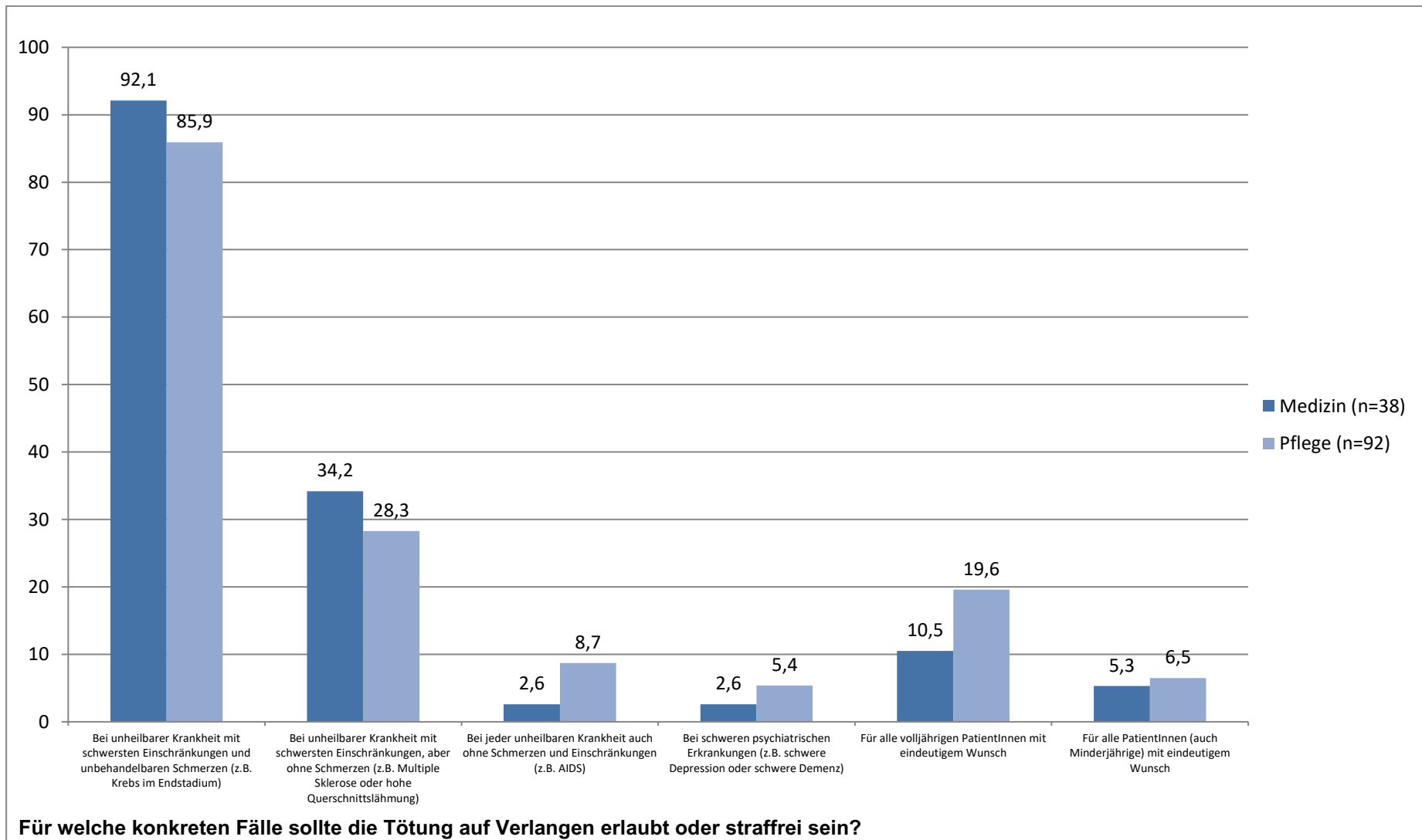


Abbildung 8: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit der TAV - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi<sup>2</sup> Test)

Die Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege sind statistisch nicht signifikant.

Weiters wurden die TeilnehmerInnen gefragt, wer dieses tödliche Mittel verabreichen sollte. Die Mehrheit beider Professionen (Medizin 78,4%; Pflege 75,6%) ist der Meinung, dass dies das ärztliche Personal tun sollte. Die anderen Antwortkategorien spielen im Vergleich eine untergeordnete Rolle. (siehe Abbildung 9)

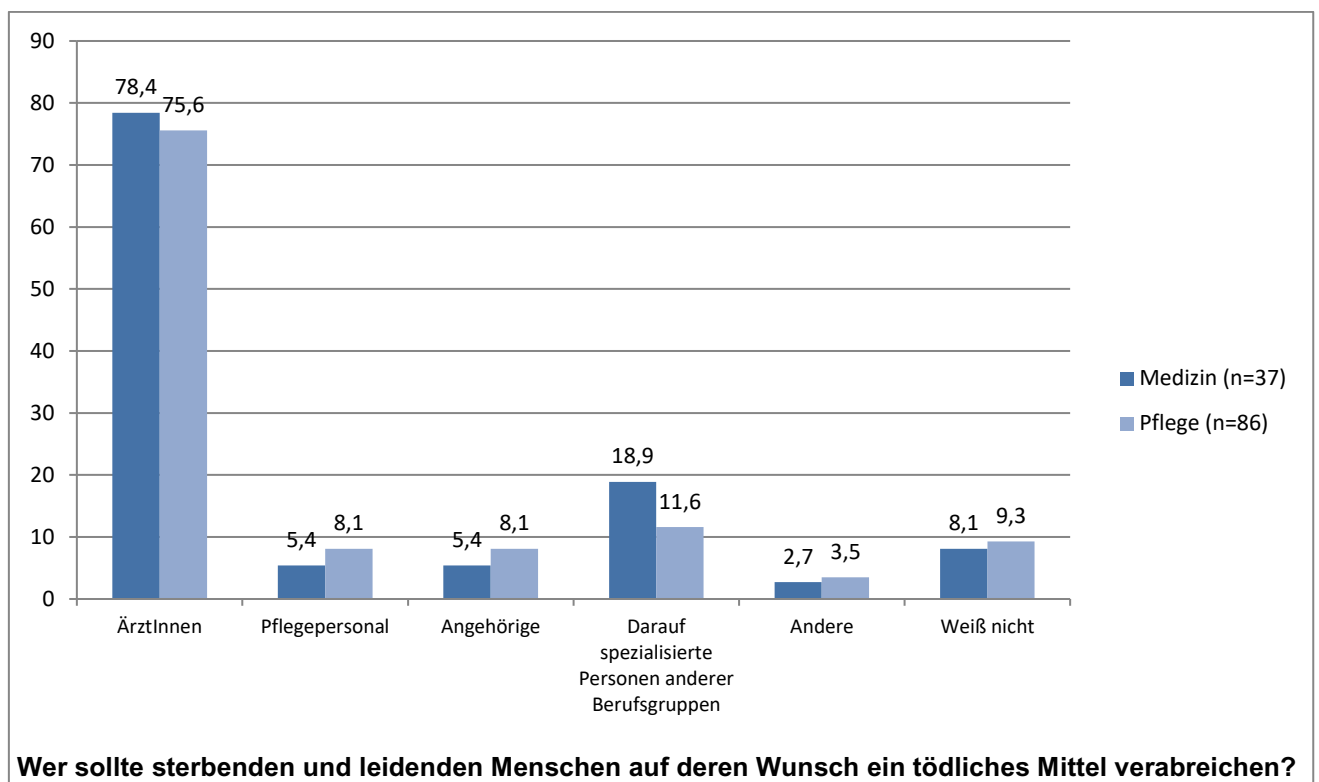


Abbildung 9: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Verabreichung des tödlichen Mittels - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi2 Test)

Die Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege sind statistisch nicht signifikant.

Eine weitere Meinung wurde zu folgender Aussage erhoben: "Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen führt dazu, dass sie bei Alten und Schwachen gegen deren Willen angewendet wird".

Der höchste Anteil in der Profession Medizin (41,3%) wertet diese Aussage "Trifft weniger zu", gefolgt von "Trifft eher zu". Der niedrigste Anteil dieser Profession wertet die Aussage "Trifft sicher zu".

Bei der Profession Pflege wertet der höchste Anteil (34,5%) die Aussage "Trifft sicher nicht zu, gefolgt von "Trifft weniger zu" (26,5%). Der niedrigste Anteil der Profession Pflege wertet die Aussage "Trifft eher zu" (siehe Abbildung 10).

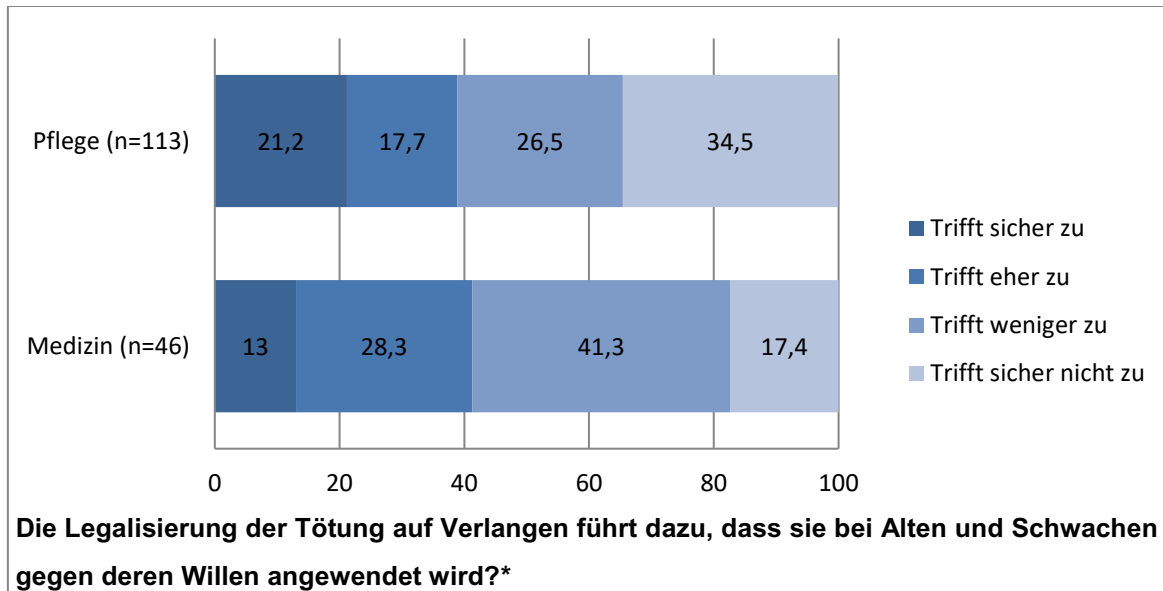


Abbildung 10: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Anwendung bei Alten und Schwachen gegen deren Willen - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi2 Test)

Die Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen sind statistisch signifikant ( $p=0,037$ ).

\*signifikante Unterschiede

### 3.2.2.2 Ärztlich assistierter Suizid

Die Mehrheit der Profession Medizin (61,9%) und der Profession Pflege (45,3%) ist für ein generelles Verbot des ÄAS, welches aber bei besonders schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte. 23,8% der Profession Medizin und 34,9% der Profession Pflege ist für eine generelle Erlaubnis des ÄAS bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch. Die Minderheit beider Gesundheitsprofessionen spricht sich für ein generelles und ausnahmsloses Verbot des ärztlich assistierten Suizids aus, welches bestraft werden sollte. (siehe Abbildung 11)

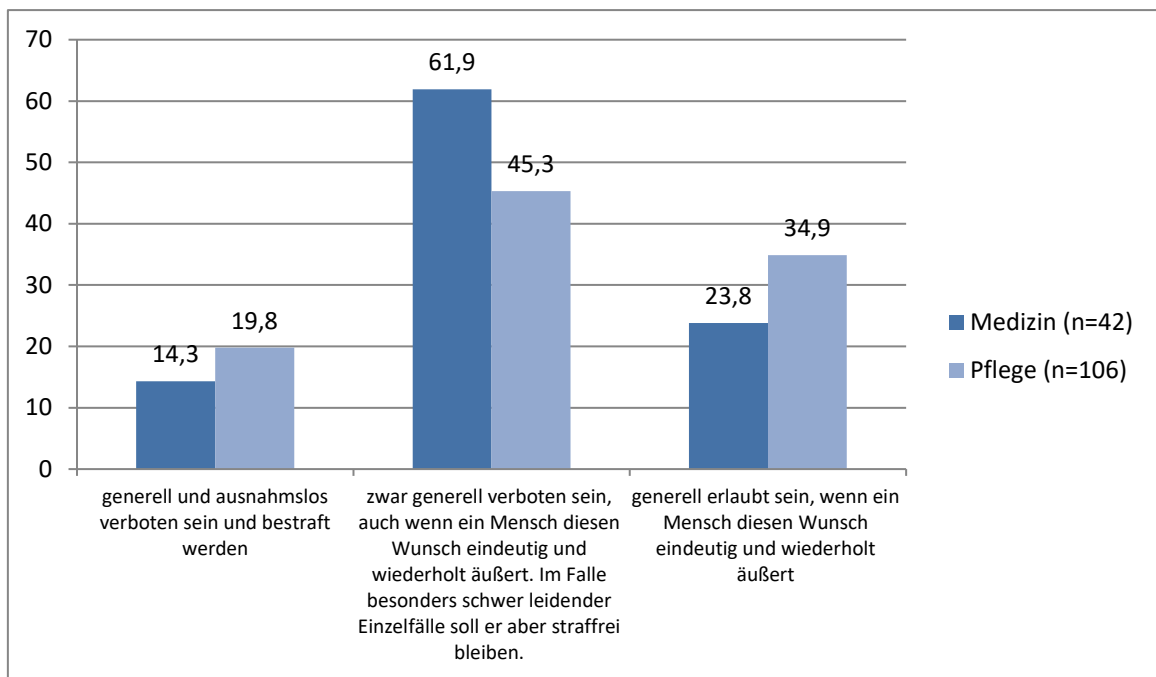


Abbildung 11: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi2 Test)

Die Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege sind statistisch nicht signifikant ( $p=0,189$ ).

Die TeilnehmerInnen, welche entweder für die generelle Erlaubnis des ÄAS oder dessen Straffreiheit in schwer leidenden Einzelfällen gestimmt haben, wurden mit verschiedenen Voraussetzungen für eine Straffreiheit konfrontiert. Mehrfachantworten waren möglich. Die Abbildung 12 zeigt, unter welchen Voraussetzungen sich die TeilnehmerInnen eine Erlaubnis oder Straffreiheit des ÄAS vorstellen können.

Fast 100% der Profession Medizin bzw. 85,1% der Profession Pflege sind für eine Erlaubnis bzw. Straffreiheit des ÄAS bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen, wie z.B. Krebs im Endstadium. 40% der Profession Medizin und 28,7% der Profession Pflege sind für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung). Fast 15% beider Professionen spricht sich für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS auch ohne Krankheitsbild aus. (siehe Abbildung 12)

Die Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen Medizin und Pflege. sind statistisch nicht signifikant.

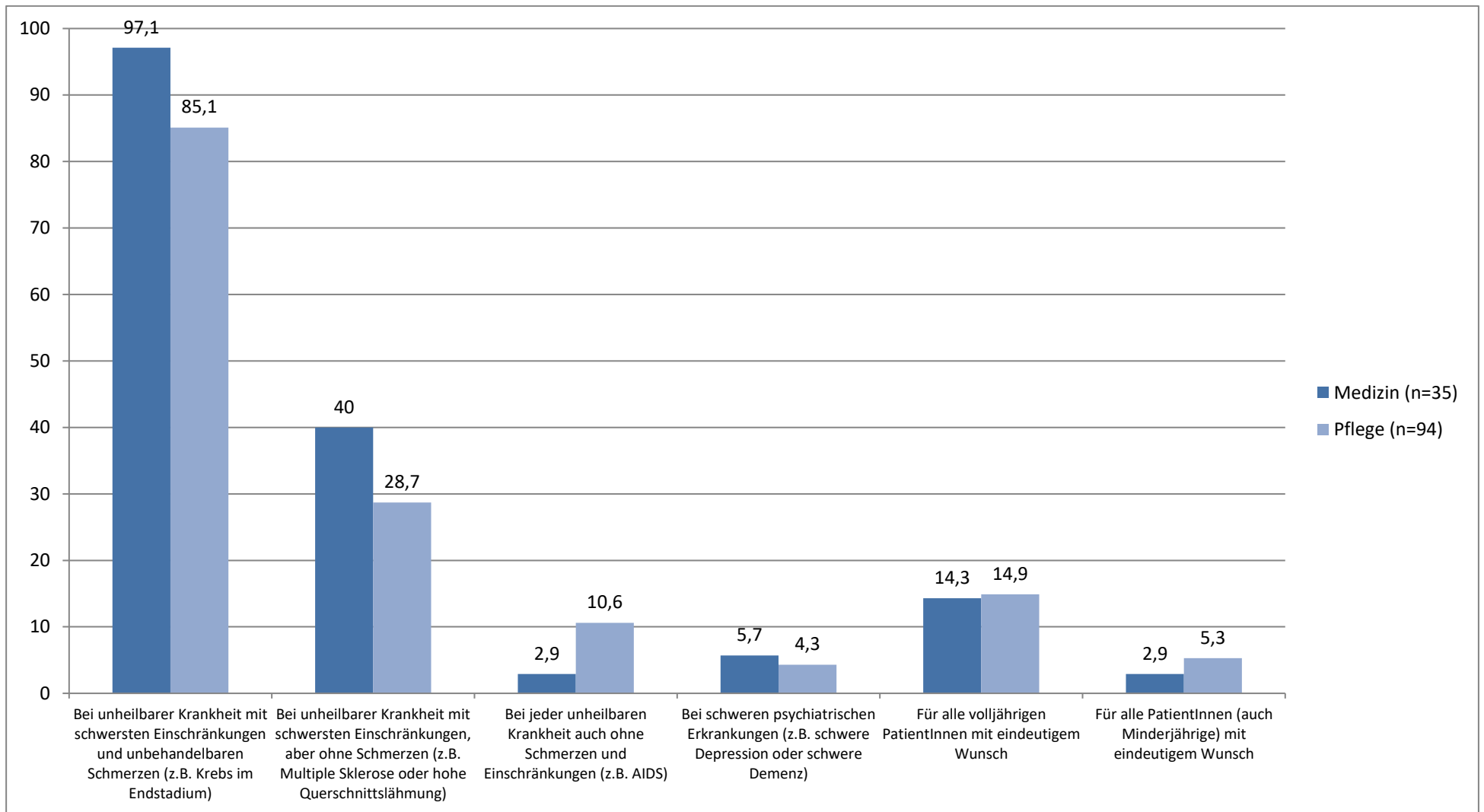


Abbildung 12: Anteile der Gesundheitsprofessionen nach Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS - Angabe in % (deskriptive Analyse mittels Kreuztabelle, signifikante Unterschiede mittels Chi2 Tes

## 4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit ist die erste Untersuchung in Österreich, welche die Professionen Medizin und Pflege hinsichtlich ihrer Einstellung zu Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid untereinander und mit jener der österreichischen Allgemeinbevölkerung vergleicht. Bisherige Untersuchungen haben sich mit der Einstellung einer ausgewählten Population beschäftigt (Sohar et al. 2015, Stolz et al. 2015a, Stolz et al. 2015b, Stronegger et al. 2013, Stronegger et al. 2011). Mit dem Vergleich der Personengruppen wird festgehalten, wie die Einstellung der jeweiligen Population sich einerseits darstellt und andererseits von der Einstellung der gegenübergestellten Personengruppe unterscheidet. Zudem wird versucht mögliche Gründe für die differenzierten Einstellungen abzuleiten. In den öffentlichen Debatten und Argumenten wird hauptsächlich die Perspektive der Sterbewillen fokussiert. Auf einen anderen sehr wesentlichen Blickwinkel der Gesundheitsprofessionen bzw. MithelferInnen am Tötungsakt im Falle einer Legalisierung wird vergessen. Als "wesentlich" bezeichnet mit Absicht, da die grundsätzliche Ausrichtung der ärztlichen und pflegerischen Aufgaben, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der PatientInnen Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen, sich mit dem Berufsethos der der jeweiligen Gesundheitsprofession widerspricht. Die sogenannte Beteiligung meint die Bereitstellung einer tödlichen Substanz für PatientInnen, die selbst auf schmerzfreie Weise verabreicht werden kann. Somit kann festgehalten werden, dass in ethischer Hinsicht mehrere Rechte und Prinzipien, aber auch Werte und Normen von den beteiligten Personen aufeinandertreffen und somit das Thema in wissenschaftlicher Hinsicht hochinteressant macht. Die Datenerhebung erfolgte mit einem vom Projektteam entwickelten Fragebogen, welches die Einstellung der Personengruppen anhand von Online- und Papierfragebögen erfasste.

## **Wie stellt sich die Einstellung zur rechtlichen Regelung bei Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid bei Pflegepersonen und ÄrztInnen im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung dar?**

### **Tötung auf Verlangen**

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es zwischen den untersuchten Gruppen Unterschiede gibt und sich die Mehrheiten beider befragten Gruppen nicht mit der zukünftigen gesetzlichen Regelung identifizieren können. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass bereits die erste Frage signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen zeigt. Die Mehrheit der Bevölkerung (63,3%) ist für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch. Hingegen dazu stimmt die Mehrheit der Gesundheitsprofessionen (45,2%) für ein generelles Verbot der Tötung auf Verlangen, welches bei besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben soll. Lediglich eine Minderheit beider Gruppen spricht sich für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, verbunden mit einer Bestrafung aus. Diese Erkenntnisse widersprechen sich mit der zukünftigen gesetzlichen Regelung. Im Gegensatz dazu werden die Ergebnisse von internationalen Studien, wobei Umfragen unter Gesundheitsprofessionen ebenfalls eine durchwegs deutlich niedrigere Akzeptanzrate zur Tötung auf Verlangen als in der Öffentlichkeit zeigen, bestätigt (Safapour et al. 2019, McCormack et al. 2012, Yun et al. 2011, Seale 2009, Pakes 2005, Verpoort et al. 2004, Peretti-Watel et al. 2003, Tanida et al. 2002, Rynänen et al. 2002). Ein möglicher Grund für diese differenzierte Einstellung könnte der unterschiedliche Wissensstand der beiden Gruppen sein. Gesundheitsprofessionen sind mit dieser komplexen Thematik vertrauter und kennen daher auch die Probleme, die sich dabei ergeben. Das größte Problem stellt womöglich die Unvereinbarkeit mit dem Berufsethos dar (Szekeres 2020). Auch die Bewusstheit bei Verschärfung der Problematik bei zusätzlichen Faktoren. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn PatientInnen an Demenz oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung leiden oder Schwierigkeiten haben, das Leiden bzw. den Wunsch zu artikulieren (Younger & Kimsma 2014). Die Allgemeinbevölkerung besitzt einen unerfahreneren Kenntnisstand, wodurch die genannten Probleme in den Hintergrund rücken. Die Hauptargumente für die positive Einstellung der Bevölkerung gegenüber einer Legalisierung liegt mutmaßlich in der Autonomie und im Wunsch vom würdevollen Sterben begründet.

Die Allgemeinbevölkerung strebt ein Leben in Freiheit und Würde an und möchte daher einen friedlichen Tod wählen, anstatt die Demütigung eines nicht mehr lebenswerten Lebens zu ertragen (May 2008).

Bei näherer Betrachtung des Geschlechts decken sich die Ergebnisse mit dem Hauptergebnis, wodurch die oben genannten Argumente auch hier Anwendung finden. Des Weiteren gibt es signifikante Altersunterschiede. Bei den 0 bis 29-Jährigen und 30 bis 39-Jährigen zeigen die Ergebnisse eine Tendenz in Richtung Legalisierung. Diese Tendenz bei jüngeren Personen bestätigt die Studie von Stronegger et al. (2011), welche die Einstellung über mehrere Jahre unter MedizinstudentInnen untersuchte. Einheitlich ist der niedrigste Anteil bei allen Alterskategorien welcher für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte, ist. Ebenso zeigen sich beim Beziehungsstatus zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede. Die verheirateten Personen unter den Gesundheitsprofessionen sprechen sich für ein generelles Verbot, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben sollte, aus. Im Unterschied dazu ist die Mehrheit der verheirateten ÖsterreicherInnen für eine generelle Erlaubnis bei eindeutigem Wunsch. Die Resultate der Befragungen hinsichtlich Religiosität veranschaulichen, dass sich die Überzahl aller Religionen bei der Allgemeinbevölkerung, sowie auch fast allen Religionen inkl. den Konfessionslosen bei den Gesundheitsprofessionen (außer Römisch-Katholisch und Evangelisch/Protestantisch) für eine generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch aussprechen. Die Religionen Römisch-Katholisch und Evangelisch bei den Gesundheitsprofessionen weisen den höchsten Anteil bei der Antwortkategorie " zwar generell verboten sein, bei besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben" auf. Alle Kategorien der Religion weisen zwischen den untersuchten Gruppen Unterschiede auf. Dieses Ergebnis lässt sich womöglich auf den geschichtlichen Hintergrund der Religionen Römisch-Katholisch und Evangelisch begründen. Die christliche Hoffnungsbotschaft kirchlicher Einrichtungen sieht stets die Förderung des Lebens als höchste Priorität und lässt sich mit einer Sterbehilfe nicht vereinbaren (Vaticannews 2021). Das christliche Konzept von Freiheit ist die Freiheit, das zu sein und zu tun, was man nach Gottes Willen sein oder tun soll. Es schließt die autonome Entscheidung ein, Leiden und Krankheit zu akzeptieren oder abzulehnen und sich dem Willen Gottes zu überlassen (Wildes & Mitchell 1997).

Die TeilnehmerInnen, welche entweder für die generelle Erlaubnis der Tötung auf Verlangen oder deren Straffreiheit in schwer leidenden Einzelfällen gestimmt haben, wurden mit verschiedenen Voraussetzungen für eine Straffreiheit konfrontiert. Über 86% beider Gruppen sind für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen, wie z.B. Krebs im Endstadium. Hier dürfte die emotionale Komponente der untersuchten Personengruppen im Vordergrund stehen, welche eine Linderung von Leiden unterstützt und somit eine Legalisierung rechtfertigt. Die Studie von Inghelbrecht et al. (2009) bekräftigt diese Ergebnisse speziell für die Gesundheitsprofession Pflege. Darin wird aufgezeigt, dass in Belgien (TAV erlaubt) die Akzeptanzrate der Pflegepersonen der Tötung auf Verlangen bei PatientInnen mit terminaler Krankheit und extremen unkontrollierbaren Schmerzen hoch ist. Erwähnenswert ist auch, dass fast ein Drittel der Allgemeinbevölkerung und 16,9% der Gesundheitsprofessionen für die Legalisierung oder Straffreiheit der Tötung auf Verlangen auch ohne Krankheitsbilder ist. Die Ergebnisse sind statistisch signifikant. Ein möglicher Grund hierfür könnte der medizinische Fortschritt des vergangenen halben Jahrhunderts und die zunehmende Säkularisierung der Gesellschaft sein. Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass PatientInnen sich häufiger als früher einen vorzeitigen Tod wünschen. Einerseits aufgrund von einer ungewünschten krankheitsbedingten Eingeschränktheit und Pflegebedürftigkeit. Andererseits begründet in der Veränderung relevanter sozialer Strukturen und Auflösung enger familiärer Lebensformen, die Menschen dazu zwingt, ihr Lebensende in Pflegeheimen zu verbringen, in denen sie jedoch nicht sterben möchten (Schöne-Seitfert 2015). Unterschiede zeigen sich auch bei einer unheilbaren Krankheit ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. AIDS). Hierfür gibt es in der Allgemeinbevölkerung fast doppelt so viele Stimmen wie bei den Gesundheitsprofessionen (14,9% vs. 6,9%). Diese Ergebnisse in der Allgemeinbevölkerung könnten auf das Menschenrecht der Selbstbestimmung zurückzuführen sein. Demnach kann jeder Mensch nur für sich selbst die Entscheidung, weiterzuleben oder zu sterben, treffen.

Bei der Frage wer dieses tödliche Mittel verabreichen sollte, war die überwiegende Mehrheit beider Gruppen für „ÄrztInnen“. Die Mehrheit der Befragten beider Gruppen sieht die Gabe eines tödlichen Mittels somit als vereinbar mit dem ärztlichen Berufsbild bzw. Heilauftrag an. Dass auch Gesundheitsprofessionen dies

als ärztliche Aufgabe sehen, ist einerseits konträr, da es dem Berufsethos der Gesundheitsprofessionen widerspricht. Andererseits ist das Ergebnis der Gesundheitsprofessionen nachvollziehbar, da auch in Ländern wo Sterbehilfe erlaubt ist das tödliche Mittel von ÄrztInnen verabreicht wird (Emanuel et al. 2016). Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab es bei „darauf spezialisierte Personen anderer Berufsgruppen“. Mehr als doppelt so viele Menschen der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu den Gesundheitsprofessionen stimmten für diese Personengruppe. Begründet mutmaßlich in der Unwissenheit der Bevölkerung, dass es keine andere darauf spezialisierte Berufsgruppe gibt. Ebenso gibt es signifikante Unterschiede in der Beurteilung der Missbrauchsbedürfnisse. Erkennbar ist, dass die Allgemeinbevölkerung kaum Bedenken bezüglich eines Missbrauchs der TAV befürchtet, die Gesundheitsprofessionen jedoch deutlich häufiger. Dies könnte an der Tatsache liegen, dass Gesundheitsprofessionen gegenüber der Bevölkerung als sehr vertrauenswürdig eingestuft werden.

### **Ärztlich Assistierter Suizid**

Kontrovers ist die Einstellung der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zur Tötung auf Verlangen zum ärztlich assistierten Suizid. Mehr als die Hälfte der ÖsterreicherInnen positionierte sich klar für ein generelles und ausnahmsloses Verbot, welches bestraft werden sollte und somit widersprüchlich mit der geplanten Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids mit dem Jahr 2022. Knapp über ein Drittel der Allgemeinbevölkerung ist für ein generelles Verbot, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert und lediglich im Falle besonders schwer leidenden Einzelfällen straffrei bleiben soll. Lediglich 5% der Allgemeinbevölkerung und 31,8% der Gesundheitsprofessionen identifizieren sich mit der geplanten gesetzlichen Regelung des ÄAS und stimmen für eine generelle Erlaubnis bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch.

Die Einstellung der Allgemeinbevölkerung lässt sich womöglich am negativ behafteten Wort Suizid erklären, wodurch die Bevölkerung eher einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen als einem ärztlich assistierten Suizid zustimmt. Ein weiterer Grund für diese stark schwankende Einstellung der Allgemeinbevölkerung könnte Unwissenheit zu Definition der Begrifflichkeiten sein. Nicht nur bei der Allgemeinbevölkerung dürfte dies ein Problem darstellen, sondern möglicherweise auch bei den Gesundheitsprofessionen. Eine US-amerikanische Studie zeigte, dass

ein hoher Prozentsatz von ÄrztInnen angibt, eine Behandlung nicht verhindern zu wollen, selbst wenn PatientInnen um eine Beihilfe beim Suizid bittet. Grund hierfür ist, dass sie nicht über die ethischen und rechtlichen Rechte bei Behandlungsentscheidungen am Lebensende Bescheid wissen (Farber et al. 2006). Leider werden die Begrifflichkeiten in der medialen Berichterstattung nicht klar erläutert und noch weniger differenziert. Demnach wäre eine Erörterung der Begrifflichkeiten angebracht, um klarer abgrenzen zu können, worüber jeweils gesprochen wird und welche Handlungen damit einhergehen. Ebenso zeigen sich in der Forschung Unklarheiten bezüglich der Definition von aktiver Sterbehilfe (Berghs et al. 2005). Im Unterschied dazu tendieren die Gesundheitsprofessionen eher zu einer Straffreiheit beim ÄAS bei schwer leidenden Einzelfällen. Widersprüchlich ist bei den Gesundheitsprofessionen, dass ein Drittel für eine generelle Erlaubnis bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch ist, jedoch fast 20% den ÄAS ablehnen und sogar für eine Bestrafung dessen sind. Eine Argumentation für diese positive Einstellung der Gesundheitsprofessionen könnte das bereits von Callahan (1996) definierte Ziel in der Medizin "das Lindern von Leid" sein. Ein Grund für die Ablehnung könnte Unsicherheit bei den Gesundheitsprofessionen sein. Eine Studie von Bouiting et al. (2008) würde dies bestätigen, denn Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der ÄrztInnen unsicher bei der Beurteilung sind, ob ein unerträglicher Leidenszustand bei den PatientInnen vorliege. Eine Studie von Karni et al. (2018) untersuchte die Einstellung von 2 969 ÄrztInnen zur Sterbehilfe. 55 % der ÄrztInnen waren bereit, unheilbar kranken PatientInnen, welche das Leben beenden wollte, zu helfen. Vorausgesetzt der medizinische Zustand rechtfertigt dies. Im Gegensatz waren 31 % der ÄrztInnen nicht bereit, den Wunsch des PatientInnen zu unterstützen (ebd.). Bei den Determinanten Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus und Religion gib es zwischen den untersuchten Gruppen zwar Unterschiede, jedoch widerspiegeln diese das Hauptergebnis, weshalb auch hier die oben genannten Argumente Anwendung finden. Die TeilnehmerInnen, welche entweder für die generelle Erlaubnis des ÄAS oder dessen Straffreiheit in schwer leidenden Einzelfällen gestimmt haben, wurden mit verschiedenen Voraussetzungen für eine Straffreiheit konfrontiert. Fast 90% der beiden befragten Gruppen sieht eine Legalisierung bzw. Straffreiheit im Falle einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen als angemessen. Ein möglicher Grund könnte die emotionale Komponente und somit das Bedürfnis einer raschen Erlösung

von unerträglichem Leid sein. Speziell die Arbeit von Pflegepersonen ist mit einem engen PatientInnenkontakt verbunden, wodurch enge Beziehungen zu PatientInnen entstehen. Erwähnenswert ist, dass sich fast 30% der Bevölkerung und 14,7% der Gesundheitsprofessionen mit einer Legalisierung auch ohne Krankheitsbilder identifizieren können. Begründet womöglich hauptsächlich durch das Streben eines selbstbestimmten Lebens bzw. kommen die gleichen Argumente zum Tragen, wie sie bereits bei der TAV genannt wurden.

### **Wie stellt sich die Einstellung zur rechtlichen Regelung bei Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid bei medizinischem Personal (Ärzte und Ärztinnen) im Vergleich zu Pflegepersonen dar?**

#### **Tötung auf Verlangen**

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Gruppen, so zeigen sich bei der ersten Frage Unterschiede, welche jedoch das Signifikanzniveau gerade nicht erreichten ( $p=0,056$ ). Die Überzahl der Profession Medizin (61%) ist für ein generelles Verbot der Tötung auf Verlangen, welches jedoch bei schwer leidender Einzelfälle straffrei bleiben soll. Fast ein Drittel dieser Gruppe ist für eine generelle Erlaubnis bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch. Lediglich eine Minderheit der MedizinerInnen lehnt die Maßnahme ab und ist sogar für eine Bestrafung dessen. Die Profession der Pflege teilt eine unterschiedliche Meinung im Vergleich zu MedizinerInnen. Am häufigsten identifizieren sich Pflegepersonen mit einer generellen Erlaubnis der TAV bei eindeutigem und wiederholtem Wunsch Diese höhere Akzeptanz bei Pflegepersonen im Vergleich zu MedizinerInnen steht jedoch im Einklang mit mehreren Studien in anderen Ländern (Tamayo-Velazquez et al. 2012, Ryyänänen et al. 2002; Rurup et al. 2006). Auffallend ist, dass mehr Pflegepersonen als MedizinerInnen eine TAV strikt ablehnen und sogar für eine Bestrafung dessen sind. Bei der näheren Betrachtung der Voraussetzungen für eine Straffreiheit ist sich die Mehrheit beider Gruppen einig. Die deutliche Mehrheit beider Professionen kann sich eine Legalisierung der TAV bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen, wie zum Beispiel Krebs im Endstadium, vorstellen. Dieses Ergebnis wird durch die Studie von Ryyänänen et al. (2002) bestätigt. Auch hier fand man heraus, dass bei 46% der Pflegepersonen eine aktive Euthanasie bei einer unheilbaren Krankheit

akzeptabel wäre. Auffallend hoch ist auch der Anteil beider Professionen bei einer Legalisierung auch ohne Krankheitsbilder. Diese Meinung teilen fast 20% der Befragten der Profession Pflege und 10,5% der Profession Medizin. Auch bei der Studie von Inghelbrecht et al. (2009) stimmten Pflegepersonen der Option der Sterbehilfe bei terminal kranken Patienten nachdrücklich zu. Dieselbe Frage wurde ÄrztInnen in Belgien gestellt, und obwohl ein großer Teil auch die Sterbehilfe unterstützte, war der Prozentsatz signifikant niedriger (Miccinesi et al. 2005). Studien zeigen, dass die Linderung von Schmerzen und Leiden das Hauptanliegen der Pflegepersonen ist. Wenn dies nicht gelindert werden kann, meinen Pflegepersonen, dass das Ende des Lebens eine vertretbare Option ist (Verpoort et al. 2004; Inghelbrecht 2009). Eine weitere plausible Erklärung für die höhere Akzeptanz von Pflegepersonen könnte daher ihre persönlichere und direktere Konfrontation mit den Schmerzen und Leiden ihrer Patienten sein (Inghelbrecht et al. 2009). Bei der Frage hinsichtlich der zu verabreichenden Person sieht die Mehrheit der Befragten beider Gruppen die Gabe eines tödlichen Mittels als vereinbar mit dem ärztlichen Berufsbild bzw. Heil Auftrag an. Dies widerspricht sich mit dem Verständnis von Müller-Busch (2016), der in seinem Buch erwähnt, dass der Umgang mit Wünschen und Bedürfnissen nach einer Sterbehilfe für ÄrztInnen eine moralische Herausforderung beinhaltet, die sich mit der beruflichen Ethik und somit des ärztlichen Rollenverständnisses auseinandersetzen. Bei der Missbrauchsbefürchtung gibt es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gesundheitsprofessionen. 26% der Pflegepersonen und 41,3% der MedizinerInnen denken, dass dies weniger zutrifft.

### **Ärztlich assistierter Suizid**

Bei dieser Frage teilen die beiden Gesundheitsprofessionen die gleiche Meinung. Demnach sind beide Professionen zwar für ein generelles Verbot, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Bei schwer leidender Einzelfälle sollte es jedoch eine Straffreiheit geben. Auch diese Ergebnisse decken sich nicht mit der geplanten Legalisierung des ÄAS mit dem Jahr 2022. Lediglich 23,8% der Profession Medizin und 34,9% der Profession Pflege können sich mit der kommenden gesetzlichen Regelung identifizieren. Die Mehrheit beider untersuchten Gruppen kann sich eine Erlaubnis bzw. Straffreiheit des ÄAS bei einer unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unheilbaren

Schmerzen vorstellen. In Ländern (Niederlande und Belgien) wo TAV und oder ÄAS legal sind, ist die Überzahl aller Fälle die eine Sterbehilfe in Anspruch nehmen, KrebspatientInnen zuzuordnen (Dierickx et al. 2015, Onwuteaka-Philipsen et al. 2012). Generell ist die Einstellung der Gesundheitsprofessionen, vor allem jene der ÄrztInnen zur Sterbehilfe im Vergleich zu anderen Ländern wie Großbritannien, Frankreich, Italien, Finnland und Griechenland durchaus positiv (Peretti-Watel et al. 2003, Solarino et al. 2011, Louhiala et al. 2015, Kranidiotis et al. 2015). Fast 15% beider Professionen spricht sich für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit des ÄAS auch ohne Krankheitsbild aus. Diese Ergebnisse widersprechen sich mit der Studie von Zenz et al. (2015). Diese Studie fand heraus, dass Pflegepersonen offener und mehr Zustimmung aufwiesen im Vergleich zu ÄrztInnen (ebd.). Auffallend hoch ist der Prozentsatz von jeweils 15% beider Professionen, welcher sich für eine Legalisierung bzw. Straffreiheit der Tötung auf Verlangen auch ohne Krankheitsbilder ausspricht. Generell zeigen Studien in vielen europäischen Ländern eine steigende Zustimmung der Bevölkerung zur Legalisierung der TAV und des ÄAS (Emanuel et al. 2016, Stronegger 2013).

## 4.1 Stärken und Limitationen

Mit dieser Studie liegt erstmals eine Erhebung bzw. ein Vergleich der Einstellung des Lebensendes von Gruppen vor, welche methodisch viele Stärken aufweist. Die bisher für Österreich existierenden Erhebungen zu dieser Thematik beruhen auf Telefonbefragungen oder persönlichen Interviews, welche bei einer solchen komplexen Thematik kaum Zeit zum Überlegen lassen oder im Falle eines persönlichen Interviews die Gefahr eines geänderten Antwortverhaltens (sozial anerkannt) mit sich bringen. Die Daten der vorliegenden Masterarbeit wurden in beiden Zielgruppen erstmals in Österreich auf schriftliche Weise (Online- und Papierfragebogen) erhoben. Zur Erklärung dieser Einstellung wurden erprobte Messinstrumente (DUREL, Schwartz-Werteskala) angewendet. Die Befragten konnten ihre Antwort somit ohne Zeitdruck und in vollständiger Anonymität abgeben, was positiv hervorzuheben ist. Eine Stärke ist, dass bei der Befragung der Gesamtbevölkerung eine Zufallsstichprobe gewählt wurde und die ältere Bevölkerung und Personen ohne Internetzugang zusätzlich zur Onlineerhebung

schriftlich per Post befragt wurden. Beim Vergleich mit anderen sozialwissenschaftlichen Studien zu diesem Thema ist zu beachten, dass es einerseits Studien gibt, welche direkte Fragen zur Tötung auf Verlangen stellen und andererseits gibt es Studien mit Fallbeispielen. Zudem muss gewährleistet werden, dass Definitionen von Tötung auf Verlangen und/oder assistierter Suizid und ihren Subkategorien zwischen den vergleichenden Studien einheitlich sind (Louhiala & Hilden 2006). Dies ist speziell bei dieser Thematik ein Problem, da in der Forschung Unklarheiten bezüglich der Definition von aktiver Sterbehilfe bestehen (Berghs et al. 2005). Weiters ist zu unterscheiden, ob sich die Forschungsfragen auf eine ethische Akzeptabilität der Tötung auf Verlangen bzw. assistierter Suizid richten oder ob die individuelle Einstellung von Personen einer Gruppe abgefragt wird. Daher sind die vorliegenden Ergebnisse mit jener von internationaler Literatur nur begrenzt miteinander vergleichbar. Eine Schwäche ist, dass die Befragung der Gesundheitsprofessionen deutlich weniger TeilnehmerInnen aufweist als der Survey in der Allgemeinbevölkerung, was einen aussagekräftigen Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung erschwert. Zu kritisieren ist auch, dass es sich bei der Piloterhebung um keine Zufallsstichprobe handelt. Ein weiterer negativer Aspekt ist, dass TeilnehmerInnen bei gewissen Fragen (erkennbar durch ein geringeres n) nicht antworteten. Die Ausfallsquote bei gewissen Variablen kann zu einem Non-response (volunteer) Bias führen. Die Richtung lässt sich aufgrund fehlender Grundcharakteristika nicht beurteilen (Polit & Beck 2017). Generell ist die Beurteilung der Einstellung zu Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierter Suizid eine Herausforderung. Studien haben gezeigt, dass die Einstellung je nach Wortlaut der Umfragefragen variiert (Stronegger et al. 2013, McCarthy 2016). Positiv ist, dass sich das Projektteam und der Projektbeirat aus unterschiedenen Disziplinen (Pflégewissenschaft, Sozialmedizin und Epidemiologie, Sozialwissenschaften, Statistik, Moralthologie als auch ExpertInnen der Hospizpraxis) repräsentierte. Dies war bei der Erstellung des Fragebogens aufgrund des komplexen Themas von Vorteil. Als Limitation ist anzugeben, dass es sich bei dem Messinstrument um ein auf Selbsteinschätzungen basiertes Instrument und nicht um einen performance-basierten Test handelt. Demnach kann Unehrlichkeit ein Problem darstellen, indem Fragen nicht vollkommen ehrlich beantwortet werden. Dies kann verschiedene Gründe haben, zu denen vor allem bei dieser Thematik die soziale Erwünschtheit und der Versuch die Privatsphäre zu schützen (speziell bei den

Gesundheitsprofessionen) gehören. Negativ ist, dass das Messinstrument nicht ausführlich hinsichtlich psychometrische Eigenschaften geprüft wurde. Positiv ist, dass die schriftliche bzw. Onlinebefragung den Befragten eine autonome Zeiteinteilung in der Beantwortung ohne direkten Kontakt mit InterviewerInnen ermöglichte. Diese Methode ist sowohl aufgrund der sensiblen Thematik als auch für die persönliche Zeiteinteilung von Vorteil.

## 4.2 Empfehlung für Forschung und Praxis

Generell lässt sich festhalten, dass es kaum Studien in Österreich zur Einstellung zu Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid gibt. Dies ist die erste Studie, welche Daten der Allgemeinbevölkerung mit Gesundheitsprofessionen vergleicht. Dieses Thema ist nicht nur gesellschaftspolitisch hochrelevant, es offenbart der wissenschaftlichen Analyse auch noch vielseitige Forschungsperspektiven. Ein großer Forschungsbedarf ist sowohl bei der allgemeinen Bevölkerung, als auch bei Pflegepersonen und MedizinerInnen auf diesem Gebiet notwendig und sollte vorangetrieben werden. Einerseits ist es wichtig mehr wissenschaftliche Erkenntnisse in die öffentlichen Diskussionen einzubringen. Denn Entscheidungen zu diesem wichtigen Thema beruhen oft nur auf wenig Hintergrundwissen. Anlass für weitere Forschung sollte vor allem die geplante gesetzliche Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids mit dem Jahr 2022 geben bzw. hätte dies in den vergangenen Jahren bereits erfolgen sollen. Würde man aus den vorliegenden Ergebnissen eine gesetzliche Änderung implizieren, wäre diese mit großer Sicherheit widersprüchlich zur geplanten Legalisierung mit dem Jahr 2022. Im Hinblick auf eine weitere Bearbeitung des Themenkomplexes lässt sich festhalten, dass vor allem die Einstellung von ÄrztInnen und Pflegepersonen noch detaillierter erforscht werden sollte. Grund hierfür ist, dass die Ergebnisse der Masterarbeit deutlich zeigen, dass Unterschiede bei der Einstellung zwischen der Allgemeinbevölkerung und Gesundheitsprofessionen bestehen. Bis dato kann man nur aus Studien von anderen Länder die Gründe hierfür ableiten. Weiters ist es hochrelevant, da genau diese Berufsgruppen maßgeblich am Tötungsakt mit dem Inkrafttreten der gesetzlichen Legalisierung beteiligt wären. Interessant wäre auch die Einstellung zu Tötung auf Verlangen oder zu ärztlich assistiertem Suizid

abzufragen, ohne dass unbehandelbare Schmerzen oder Krankheiten ins Zentrum der Fragestellung rücken. Wichtig wäre ebenso, dass auch Pflegepersonen als größte Berufsgruppe der Gesundheitsberufe, deren Rolle häufig die Versorgung unheilbar kranker PatientInnen umfasst, zur Einstellung zu Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid befragt werden bzw. in Diskussionen zu dieser Thematik miteinbezogen werden (Inghelbrecht et al. 2009), da diese eine entscheidende Rolle bei der ganzheitlichen Versorgung von Menschen mit lebensbedrohlichen Zuständen spielen (Cayetano-Penman et al. 2020). Ein Grund für die Wichtigkeit der Einbindung von Pflegepersonen in diese Thematik ist, dass diese Berufsgruppe – sollte eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder des ärztlich assistierten Suizids in Kraft treten - häufig explizit am Sterbeprozess nach einer legalen und gewollten Handlung beteiligt sind (De Beer et al. 2004) und eine entscheidende Rolle bei der Durchführung der Sterbehilfe, von der Anwesenheit während der Tat bis zur tatsächlichen Verabreichung der tödlichen Medikamente, spielen (Ferrell et al. 2000, Tanida et al. 2002).

# 5 Literaturverzeichnis

Beauchamp, TL , Childress, JF 2019, Principles of Biomedical Ethics, Eight Edition, Oxford University Press, New York.

Bendiane, MK, Galinier, A, Favre, R, Ribiere, C, Lapiana, JM, Obadia, Y, Peretti-Watel, P, 2007, French district nurses' opinions towards euthanasia, involvement in end-of-life care and nurse patient relationship: a national phone survey, Journal of Medical Ethics 33: 708-711.

Berghs, M, Dierckx de Casterle, B, Gastmans, C, 2005, The complexitiz of nurses' attitudes toward euthanasia, a review of the literature, Journal of Medical Ethics, 31(8): 441-446.

Biller-Andorno, N, Monteverde, S, Krones, T, Eichiner, T, 2021, Medizinethik, Grundlagentexte zur Angewandten Ethik, 1. Auflage, Springer Verlag, Wiesbaden.

Bioethikkommission, 2011, Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Wien, viewed 28.04.2020, [https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6616c75d-5eb5-4f83-921e-193ea9fa5b4f/Empfehlungen\\_zur\\_Terminologie\\_medizinischer\\_Entscheidungen\\_am\\_Lebensende\\_vom\\_27.\\_Juni\\_2011.pdf](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6616c75d-5eb5-4f83-921e-193ea9fa5b4f/Empfehlungen_zur_Terminologie_medizinischer_Entscheidungen_am_Lebensende_vom_27._Juni_2011.pdf).

Bioethikkommission, 2015, Sterben in Würde – Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen – Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien, viewed 15.12.2020, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>.

Birnbacher, D, 2006, Bioethik zwischen Natur und Interesse, Mit einer Einleitung von Andreas Kuhlmann, Originalausgabe, Suhrkamp Verlag.

Bonita, R, Beaglehole, R, Kjellström, T, 2013, Einführung in die Epidemiologie, 3rd Edition, Verlag Hans Huber, Bern.

Bouiting, H, Genvers, J, Rietjend, J, Onwuteaka-Philipsen, BD, Van der Maas, PJ, Van der Heide, A, Van Delden, JJM, 2008, Dutch criteria of due care of physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective, *J Med Ethics*, 34:e12.

Callahan, D, 1996: The goals of medicine: Setting new priorities. *Hastings Center Report*, 26: Special Supplement.

Cayetano-Penman, J, Malik, G, Whittall, D, 2020, Nurses' Perceptions and Attitudes about Euthanasia: A Scoping Review, *Journal of Holistic Nursing*.

Cherny, NI, & Radbruch, L, 2009, The board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care, *PalliatMed*, 23(7):581–93.

DBfK, 2013, ICN-Ethikkodex für Pflegende, viewed 03.06.2021, [https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex\\_fuer\\_Pflegende-print-final2014\\_\\_2\\_.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014__2_.pdf).

De Beer, T, Gastmans, C, Dierckx de Casterlé, B, 2004, Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature, *Journal of Medical Ethics* 30(5), 494-498.

Denier, Y, Dierckx de Casterle, B, De Bal, N, Gastmans, C, 2010, „It's intense, you know.“ Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia, In: *Medical Health Care and Philosophy*, 13:41-48.

Die Ärztekammer Steiermark, o.J., Patientenautonomie bekommt mehr Bedeutung, viewed 09.08.2021, <https://www.aekstmk.or.at/507&articleId=7395>.

Dierickx, S, Deliens, L, Cohen, J, Chambaere, K, 2015, Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013, *JAMA Intern Med*, 175(10):1703-1706.

Döring, N, & Bortz, J, 2016, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, 5th Edition, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Enck, R, 1991, Drug-induced terminal sedation for symptom control, *American Journal of Hospice and Palliative Care*; 8:3-5

Emanuel, EJ, Onwuteaka-Philipsen, BD, Urwin, JW, Cohen, J, 2016, Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe, *Journal of the American Medical Association* 316(1):79-90.

Farber, NJ, Simpson, P, Salam, T, Collier, VU, Weiner, J, Boyer, EG, 2006, Physicians' decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatment, *Intern Med*, Aug 14-28;166(15).

Ferrell, B, Virani, R, Grant, M, Coyne, P, Uman, G, 2000, Beyond the Supreme Court decision: nursing perspectives on end-of-life care, *Oncology Nursing Forum* 27(3), 445-455.

Fuchs, M, Hönings, L, 2014, Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben – Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA, Kanada und Australien, viewed 16.12.2021, [https://www.kas.de/c/document\\_library/get\\_file?uuid=a108a01d-d021-a494-8a01-4e17e3f57cd4&groupId=252038](https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=a108a01d-d021-a494-8a01-4e17e3f57cd4&groupId=252038).

Glebocka, A, Gawor, A, Ostrowski, F, 2013, Attitudes towards euthanasia among Polish physicians, nurses and people who have no professional experience with the terminally ill, *Advances in Experimental Medicine and Biology* 788:407-412.

Hinterhuber, H, & Meise, U, 2008, Gedanken zu den Sterbehilfe-Bestrebungen in europäischen Ländern, *Neuropsychiatrie* 22(Pt 4):277-282.

Hurst, SA, Mauron, A, 2003, Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, *British Medical Journal* 326(7383):271-273.

Inghelbrecht, E, Bilsen, J, Mortier, F, Deliens, L, 2009, Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: a nationwide study in Flanders, Belgium, *International Journal of Nursing Studies*, 46:1209-1218.

Karni, T, Kaplan, G, Ziv, A, Connelly, Y, Velan, B, Tal, O, 2018, Ethical Attitudes of Physicians in Israel, Report of the Chairman of the Bureau of Ethics of the Israel Medicine Association, *Harefuah*, 157, 751–755.

Klein, A, 2016, Laut gedacht, Sterbehilfe in der Diskussion, NÖ PPA, viewed 14.04.2021,  
[https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Palliativ\\_Care/Sterbehilfe\\_in\\_der\\_Diskussion\\_Andreas\\_Klein\\_Expertenletter\\_Palliativ\\_Care.pdf](https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Palliativ_Care/Sterbehilfe_in_der_Diskussion_Andreas_Klein_Expertenletter_Palliativ_Care.pdf).

Konrad-Adenauer-Stiftung, 2011, Analysen und Argumente, Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid – Positionswandel in der Ärzteschaft?, Ausgabe 90, März 2011.

Körtner, UHJ, 2017, Grundkurs Pflegeethik, Taschenbuch, 3. überarbeitete Auflage, Facultas, Wien.

Kranidiotis, G, Ropa, J, Mprianas, J, Kyprianou, T, Nanas, S, 2015, Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses, *Heart Lung*, 2015;44(3):260-263.

Kreß, H, 2010, Sterbehilfe in Form der Sedierung am Lebensende, Aktuelle medizinische Empfehlungen und weiterer Diskussionsbedarf, In: *Bundesgesundheitsblatt* 2010/53, S. 939-942.

Lavoie, M, Godin, G, Vézina-Im, LA, Blondeau, D, Martineau, I, Roy, L, 2014: Effect of knowing patients' wishes and health profession on Euthanasia, *Journal of Palliative Care and Medicine* 4:169.

Louhiala, P, Enkovaara, H, Halila, H, Pälve, H, Vänskä, J, 2015, Finnish physicians' attitudes towards active euthanasia have become more positive over the last 10 years, *J Med Ethics*, 41(4):353-355.

Louhiala, P, Hilden, HM, 2006, Attitudes of Finnish doctors towards euthanasia in 1993 and 2003, In: *J Med Ethics*, 32 (11), p. 627-628.

Luxembourg Ministeries of Health and Social Security, 2009, Law of Euthanasia and Assisted Suicide. Viewed 07.07.2021, <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf>.

May, WE, 2008, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, 2nd Edition, Our Sunday Visitor, Huntington, Indiana.

Miccinesi, G, Gischer, S, Paci, E, Onwuteaka-Philipsen, BD, Cartwright, C, Van der Heide A, Nilstun, T, Norup, M, Morier, F, 2005, Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries, *Social Sciences and medicine*, 60(9), 1961-1974.

McCarthy, J, 2016, Seven in 10 Americans Back Euthanasia. Viewed 08.07.2021, <http://www.gallup.com/poll/171704/seven-americans-back-euthanasia.aspx>.

McCormack, R, Clifford, M, Conroy, M, 2012, Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review, *Palliative Medicine* 26(5):770.

Müller-Busch, C, 2016, Entscheidungen am Lebensende und Respekt vor Autonomie – Möglichkeiten und Grenzen der Palliativmedizin. In: Platzer, J, & Großschädl, F, (Hrsg.), *Entscheidungen am Lebensende*, Medizinethische und

empirische Forschung im Dialog, Reihe Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, Bd. 2. Baden-Baden, Nomos; 2016.

Onwuteaka-Philipsen, BD, Brinkman-Stoppelenburg, A, Penning, C, de Jong-Krul, GJ, van Delden, JJ, van der Heide, A, 2012, Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010, a repeated cross-sectional survey, *Lancet*;380(9845):908-915.

Pakes, 2005, The legislation of euthanasia and assisted suicide: a tale of two scenarios, *International Journal of the Sociology of Law*, 33:71-84.

Pauser, P, 2001, Ethische Überlegungen zur Sterbehilfe, In: *Wiener Klinische Wochenschrift* (2001), 113/15-16: S. 622-632.

Peretti-Watel, P, Bendiane, MK, Pegliasco, H, Lapiana, JM, Favre R, Galinier, A, Moatti, JP, 2003, Doctor's opinions on euthanasia, end-of-life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France, *The British Medical Journal* 327:595-596.

Polit, DF, & Beck, CT, 2017, *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Polit, DF, Beck, CT, Hungler, BP, 2012, *Lehrbuch Pflegeforschung; Methodik, Beurteilung und Anwendung*, deutschsprachige Ausgabe, bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Sabine Bartholomeycik, Verlag Hans Huber, Bern.

Ritter, K, Etzersdorfer, E, Stompe, T, 2009, Die Nähe zum medizinischen Beruf und die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe, *Neuropsychiatrie* 23 (3), 164 – 173.

Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen, BD, Pasma, HRW, Ribbe, MW, Van der Wal, G, 2006, Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia, *Patient Education and Counseling*, 61 (3), 372-380.

Ryynänen, OP, Myllykagas, M, Viren, M, Heino, H, 2002, Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland, *Public health*, 116(6), 322-331.

Schubert, C, 2005, *Der hippokratische Eid, Medizin und Ethik von der Antike bis heute*, 1. Edition, Wissenschaftliche Buchgesellschaft (WBG), Darmstadt.

Safapour, H, Keykha, R, Varasteh, S, Sargazi, V, Mirmortazavi, M, Tavakolian, N, 2019, Attitude of nurses towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran, *International Journal of Palliative Nursing*, Vol.25, No.6.

Schöne-Seifert, B, 2007, *Grundlagen der Medizinethik*, 1. Auflage, Körner Verlag, Stuttgart.

Schöne-Seifert, B, 2015, *Moderne Medizinethik, Problemfeld: Sterbehilfe\**, Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics, Viewed 09.07.2021, [https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/schoene-seifert/73\\_sch\\_\\_ne-seifert\\_-\\_sterbehilfe.pdf](https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/schoene-seifert/73_sch__ne-seifert_-_sterbehilfe.pdf).

Seale, C, 2009, Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes, *Palliative Medicine*, 23:205-212.

Smets, T, Bilsen, J, Cohen, J, Rurup, ML, Deliens, L, 2010, Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases, *Medical Care* 48(2):187-192.

Sohar, B, Großschädl F, Meier, IM, Stronegger, WJ, 2015, *Auswirkungen von Pflegeerfahrung auf die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe in der österreichischen Bevölkerung – eine Querschnittstudie*, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Solarino, B, Bruno, F, Frati, G, Dell'erba, A, Frati, P, 2011, A national survey of Italian physicians' attitudes towards end-of-life decisions following the death of Eluana Englaro, *Intensive Care Med*, 2011;37(3):542-549.

Stolz, E, Großschädl, F, Mayerl, H, Rásky, Ě, Freidl, W, 2015a, Determinants of acceptance of end-of-life interventions: a comparison between withdrawing life-prolonging treatment and euthanasia in Austria, *BMC Medical Ethics*, 16(1):81-81).

Stolz, E, Burkert, N, Großschädl, F, Rásky, Ě, Stronegger, WJ, Freidl, W, 2015b, Determinants of Public Attitudes towards Euthanasia in Adults and Physician-Assisted Death in Neonates in Austria: A National Survey, *Public Library of Science One* 10(4):e0124320-e0124320.

Strafgesetzbuch, 2021, viewed 06.04.2021, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>.

Stronegger, WJ, Schmölzer, C, Rásky, E, Freidl, W, 2011, Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria, *Journal of Medical Ethics*, 37(4):227-9.

Stronegger, WJ, & Attems, K, o.J., Wissensformen und Kommunikation in ethischen Entscheidungsprozessen am Lebensende, Erfahrungen des behandelnden und betreuenden Personals, Grundausswertung, Transdisziplinäres Forschungs- und Kompetenznetzwerk Lebensende, Wissenstransferzentrum Süd (BMWF, AWS).

Stronegger, WJ, Burkert, NT, Großschädl, F, Freidl, W, 2013, Factors associated with the rejections of active euthanasia: a survey among the general public in Austria, *BMC Medical Ethics*, 14(1):26-26.

Stronegger, WJ, Großschädl, F, Meier, I, Kammerhofer, J, Sohar, B, 2015, Gestaltung des Lebensendes, Einstellung zur Begleitung und Versorgung von Menschen am Lebensende und zur Hospizidee, Tätigkeitsbericht, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz.

Stronegger, WJ, 2016, Die Einstellung zur Tötung auf Verlangen in der österreichischen Bevölkerung – Eine Folge weltanschaulicher Grundpositionen,

In: Platzer, J, & Großschädl, F, (Hrsg.), Entscheidungen am Lebensende, Medizinethische und empirische Forschung im Dialog, Reihe *Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft*, Bd. 2. Baden-Baden, Nomos; 2016.

Szekeres, T, 2020, ÖAK-Präsident Szekeres bedauert Sterbehilfe-Entscheidung, Viewed 10.05.2021, [https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset\\_publisher/presseinformation/content/id/799279](https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/id/799279).

Tamayo-Velazquez, M, Simon-Lorda, P, Cruz-Piqueras, M, 2012, Euthanasia and physician-assisted suicide: knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain), *Nursing Ethics*, 19:677-691.

Tanida, N, Asai, A, Ohnishi, M, Nagata, S, Fukui, T, Yamazaki, Y, Kuhse, H, 2002, Voluntary active euthanasia and the nurse: a comparison of Japanese and Australian nurses, *Nursing Ethics*, 9 (3), 313-322.

Vaticannews, 2021, Palliativbetreuung statt assistierter Suizid - sagt die katholische Kirche, Viewed 01.03.2021, <https://www.vaticannews.va/de/kirche/news/2021-01/dbk-ekd-assistierter-suizid-faz-kirchen-distazieren-sich-kopp.html>.

Verfassungsgerichtshof, 2020a, Entscheidung, G 139/2019-71, Viewed 01.08.2021, [https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis\\_G\\_139\\_2019\\_vom\\_11.12.2020.pdf](https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf).

Verfassungsgerichtshof, 2020b, Straftatbestand der „Hilfeleistung zum Selbstmord“ verstößt gegen Recht auf Selbstbestimmung, Viewed 08.08.2021, [https://www.vfgh.gv.at/medien/Toetung\\_auf\\_Verlangen\\_Mithilfe\\_am\\_Suizid.php](https://www.vfgh.gv.at/medien/Toetung_auf_Verlangen_Mithilfe_am_Suizid.php).

Verpoort, C, Gastmans, C, Dierckx de Casterlé, B, 2004, Palliative care nurses' views on euthanasia, *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 592-600.

Weiß, C, 2010, Basiswissen Medizinische Statistik, 5. Auflage, Springerverlag.

Wiener Zeitung, 2020, Bestimmt sterben. Viewed, <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2075645-Bestimmt-sterben.html>.

Wildes, KW, & Mitchell, AC, 1997, *Choosing Life: A Dialogue on Evangelium Vitae*, Washington, D.C: Georgetown University Press, 243-243, Hereafter, *Choosing Life*.

Younger, S, & Kimsma, G, 2014, *Physician-Assisted Death in Perspective, Assessing the Dutch Experience*, Cambridge, 215/228.

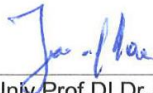
Yun, YH, Han, KH, Park, S, Beyeong, WP, Chi-Heum, C, Sung, K, Dae Ho, L, Soon, NL, Eun Sook, L, Jung Hun, K, Si-Young, K, Jung Lim, L, Dae Seog, H, Chang, GL, Yeun Keun, L, Sam Yong, K, Jong Soo, C, Hyun Sik, J, Mison, C 2011, Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients, *CMAJ*,183(10):E673-E679.

Zenz, J, Tryba, M, Zenz, M, 2015, Euthanasia and physician-assisted suicide, Attitudes of physicians and nurses, *Schmerz*, Apr;29(2):211-6.



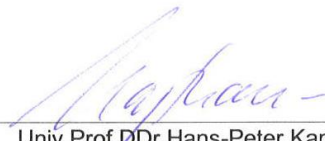
- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Graz, 01. August 2014



---

Univ.Prof.DI Dr. Josef Haas  
Vorsitzender



---

Univ.Prof.DDr.Hans-Peter Kapfhammer  
Stv. Vorsitzender

**Achtung:** Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

## 6.2 Ethikvotum Querschnittstudie Bevölkerung

Ethikkommission



Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz  
ethikkommission@medunigraz.at  
Tel.: +43 / 316 / 385-13928, Fax: -14348

### VOTUM gültig bis 24.08.2019

**EK-Nummer:** 30-442 ex 17/18  
**Studientitel:** Attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide of caregivers and physicians compared to the Austrian population - A secondary data analysis  
**Prüfer:** Dr. MSc BSc Franziska Großschädl  
Medizinische Universität Graz  
**Sponsor:** Medizinische Universität Graz  
**Ansprechpartner:** MSc BSc Sarah Madelaine Steinlechner, 8063 Graz, Auenbruggerplatz 2  
**CRO:** -  
**Antragsteller:** Medizinische Universität Graz  
**Ansprechpartner:** MSc BSc Sarah Madelaine Steinlechner

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 25.06.2018 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

**Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.**

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben:  
keine

#### Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:

**Dokumente eingegangen am 16.06.2018, begutachtet im 'expedited Review' am 25.06.2018**

✓ Cover Letter Anschreiben 1.1	16.06.2018
✓ Antragsformular ECS	16.06.2018
✓ Originalprotokoll Studienprotokoll_Version 1.1 Version 1.1	16.06.2018
✓ Conflict of Interest Erklärung Steinlechner 1.1	16.06.2018
✓ CV CV_Großschädl 1.1	05.08.2018
✓ Sonstiges: Antragsformular 6.4	12.06.2012
✓ Sonstiges: Positives Ethikvotum 1.1	16.06.2018

**Dokumente eingegangen am 27.06.2018**

✓ Conflict of Interest Erklärung Prüferin	18.06.2018
✓ Sonstiges: Ansuchen auf Gebührenerlass	25.06.2018

**Dokumente eingegangen am 03.07.2018 (in der nächsten Begutachtung mitbegutachtet)**

✓ Antragsformular ECS Unterschriftenseiten	29.06.2018
--	------------

**Dokumente eingegangen am 16.08.2018, begutachtet im 'expedited Review' am 24.08.2018**

✓ Letter of Authorization	16.08.2018
---------------------------	------------

Die Ethikkommission geht - rechtlich unverbindlich - davon aus, dass es sich um keine klinische Prüfung nach AMG bzw. MPG handelt.

Es handelt sich um eine Studie im Rahmen einer Diplomarbeit.

Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung der Prüferin / des

EK-Nummer: 30-442 ex 17/18

Votum (24.08.2018)

Seite 1 von 2

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person (Öffentliches Recht) gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungspflicht der Universität und www.medunigraz.at, DV/FA-Nr. 210/0434, UID: ATU 575 111 70-Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt BLZ 12000 Konto-Nr. 500 948 430 04, Raiffeisen Landesbank Steiermark BLZ 38000 Konto-Nr. 49610.

Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Dieses Votum gilt für ein Jahr ab dem Datum der Ausstellung. Bei längerer Studiendauer ist rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Votums ein Zwischenbericht vorzulegen (Berichtsformular), um eine etwaige Verlängerung zu erlangen.

Graz, 24. August 2018



Univ. Prof. DI Dr. Josef Haas  
Vorsitzender



Univ. Prof. Dr. Hermann Toplek  
Stv. Vorsitzender

**Achtung:** Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

## 6.3 Übersicht Unterschiede/Zusammenführung Antwortkategorien

Tabelle 12: Übersicht Unterschiede/Zusammenführung Antwortkategorien

Querschnittstudie Bevölkerung	Querschnittstudie Medizin/Pflege	Anmerkung	Antwortkategorien Masterarbeit
Frage 1: Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. 1=männlich, 2=weiblich	Frage 1: Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. 1=weiblich, 2=männlich	Unterschiedliche Wertelabels, daher bei dieser Frage umkodiert.	1=männlich 2=weiblich
Frage 2: Wie alt sind Sie? ..... Alter in Jahren angeben	Frage 2: Wie alt sind Sie? <19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 >70	Unterschiedliche Wertelabels, daher bei dieser Frage umkodiert.	≤29 30-39 40-49 50-59 ≥60
Frage 27a: Aktive Sterbehilfe ist die Verkürzung des Lebens bei schwer leidenden Menschen durch ein tödliches Mittel auf deren Wunsch. Mit welcher der folgenden Aussagen	Frage 12a: Tötung auf Verlangen ist die Verkürzung des Lebens bei schwer leidenden Menschen durch ein tödliches Mittel auf deren Wunsch. Mit welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie überein? Tötung auf Verlangen soll...	Die Begrifflichkeit wurde einheitlich auf „Tötung auf Verlangen“ geändert.  Die Antwortkategorien bei der Querschnittstudie der Bevölkerung wurden umkodiert.	1. Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden 2. Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll er aber straffrei bleiben.

<p>stimmen Sie überein? Die aktive Sterbehilfe soll...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert</li> <li>2. Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben.</li> <li>3. Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden</li> <li>4. Weiß nicht</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden</li> <li>2. Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll sie aber straffrei bleiben.</li> <li>3. Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert</li> <li>4. Weiß nicht</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert</li> </ol>
<p>Frage 27b: Für welche konkreten Fälle sollte die aktive Sterbehilfe erlaubt oder straffrei sein?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen (z.B. Krebs im Endstadium)</li> <li>2. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)</li> </ol>	<p>Frage 12b: Unter welchen Bedingungen sollte Tötung auf Verlangen erlaubt sein oder straffrei sein?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei unheilbaren, zu Tode führenden Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung</li> <li>2. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und behandelbaren Schmerzen (z.B. Krebs im Endstadium)</li> <li>3. Bei unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)</li> </ol>	<p>Die Begrifflichkeit wurde einheitlich auf „Tötung auf Verlangen“ geändert.</p> <p>Die Antwortkategorie 1. der Querschnittstudie Medizin/Pflege wurde mit der Antwortkategorie 2. nach Rücksprache mit dem Institut für Sozialmedizin zusammengefasst.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und behandelbaren Schmerzen (z.B. Krebs im Endstadium)</li> <li>2. Bei unheilbaren Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)</li> <li>3. Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. HIV)</li> <li>4. Bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (z.B.</li> </ol>

3. Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. AIDS)	4. Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. HIV)		schwere Depression oder schwere Demenz)
4. Bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (z.B. schwere Depression oder schwere Demenz)	5. Bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (z.B. schwere Depression oder schwere Demenz)		5. Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch
5. Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch	6. Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch		6. Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch
6. Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch	7. Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch		
Frage 27c: Wer sollte sterbenden und leidenden Menschen auf deren Wunsch ein tödliches Mittel verabreichen?	Frage 12c: Wer sollte sterbenden und leidenden Menschen auf deren Wunsch ein tödliches Mittel verabreichen?	Keine Änderung notwendig	Keine Änderung notwendig
1. ÄrztInnen	1. ÄrztInnen		
2. Pflegepersonal	2. Pflegepersonal		
3. Angehörige	3. Angehörige		
4. Darauf spezialisierte Personen anderer Berufsgruppen	4. Darauf spezialisierte Personen anderer Berufsgruppen		
5. Andere	5. Andere		
6. Weiß nicht	6. Weiß nicht		
Frage 28a: Beim ärztlich assistierten Suizid stellt der Arzt oder die Ärztin PatientInnen ein tödlich	Frage 13a: Beim ärztlich assistierten Suizid stellt der Arzt oder die Ärztin PatientInnen ein tödlich wirkendes Mittel zur	Die Antwortkategorien bei der Querschnittstudie der Bevölkerung wurden umkodiert.	1. Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden 2. Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch

<p>wirkendes Mittel zur Verfügung, das diese dann selbst einnehmen. Mit welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie überein? Der ärztlich assistierte Suizid soll...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert</li> <li>2. Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll er aber straffrei bleiben.</li> <li>3. Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden</li> <li>4. Weiß nicht</li> </ol>	<p>Verfügung, das diese dann selbst einnehmen. Mit welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie überein? Der ärztlich assistierte Suizid soll...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generell und ausnahmslos verboten sein und bestraft werden</li> <li>2. Zwar generell verboten sein, auch wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll er aber straffrei bleiben.</li> <li>3. Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert</li> <li>4. Weiß nicht</li> </ol>		<p>eindeutig und wiederholt äußert. Im Falle besonders schwer leidender Einzelfälle soll er aber straffrei bleiben.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Generell erlaubt sein, wenn ein Mensch diesen Wunsch eindeutig und wiederholt äußert.</li> </ol>
<p>Frage 28b: Für welche konkreten Fälle sollte der ärztlich assistierte Suizid erlaubt oder straffrei sein?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren</li> </ol>	<p>Frage 13b: Für welche konkreten Fälle sollte der ärztlich assistierte Suizid erlaubt oder straffrei sein?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei unheilbaren, zu Tode führenden Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung</li> <li>2. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren</li> </ol>	<p>Die Antwortkategorie 1. der Querschnittstudie Medizin/Pflege wurde mit der Antwortkategorie 2. nach Rücksprache mit dem Institut für Sozialmedizin zusammengefasst.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen und unbehandelbaren Schmerzen (z.B. Krebs im Endstadium)</li> <li>2. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)</li> </ol>

<p>Schmerzen (z.B. Krebs im Endstadium)</p> <p>2. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)</p> <p>3. Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. AIDS)</p> <p>4. Bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (z.B. schwere Depression oder schwere Demenz)</p> <p>5. Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch</p> <p>6. Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch</p>	<p>Schmerzen (z.B. Krebs im Endstadium)</p> <p>3. Bei unheilbarer Krankheit mit schwersten Einschränkungen, aber ohne Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose oder hohe Querschnittslähmung)</p> <p>4. Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. HIV)</p> <p>5. Bei psychiatrischen Erkrankungen (z.B. schwere Depression oder schwere Demenz)</p> <p>6. Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch</p> <p>7. Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch</p>	<p>3. Bei jeder unheilbaren Krankheit auch ohne Schmerzen und Einschränkungen (z.B. HIV)</p> <p>4. Bei psychiatrischen Erkrankungen (z.B. schwere Depression oder schwere Demenz)</p> <p>5. Für alle volljährigen PatientInnen mit eindeutigem Wunsch</p> <p>6. Für alle PatientInnen (auch Minderjährige) mit eindeutigem Wunsch</p>	
<p>Frage 30: Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussage: „Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe führt dazu, dass sie bei Alten und Schwachen auch gegen deren Willen angewendet wird.“</p> <p>1. Trifft sicher zu</p> <p>2. Trifft eher zu</p>	<p>Frage 14: Bitte beurteilen Sie die folgende Aussage: Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen führt dazu, dass sie bei Alten und Schwachen auch gegen deren Willen angewendet wird.“</p> <p>1. Trifft sicher zu</p> <p>2. Trifft eher zu</p> <p>3. Trifft weniger zu</p> <p>4. Trifft sicher nicht zu</p>	<p>Die Begrifflichkeit wurde einheitlich auf „Tötung auf Verlangen“ geändert.</p>	<p>1. Trifft sicher zu</p> <p>2. Trifft eher zu</p> <p>3. Trifft weniger zu</p> <p>4. Trifft sicher nicht zu</p>

- 3. Trifft weniger zu
- 4. Trifft sicher nicht zu

Frage 47: Welchen Familienstand haben Sie?	Frage 55: Welchen Familienstand haben Sie?	Antwortkategorie „keine Angabe“ wurde bei den Daten der Bevölkerung gelöscht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Alleinstehend</li> <li>2. Verheiratet/ in eingetragener Partnerschaft lebend</li> <li>3. In Lebensgemeinschaft</li> <li>4. Geschieden/getrennt lebend</li> <li>5. Verwitwet</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Alleinstehend</li> <li>2. Verheiratet/ in eingetragener Partnerschaft lebend</li> <li>3. In Lebensgemeinschaft</li> <li>4. Geschieden/getrennt lebend</li> <li>5. Verwitwet</li> <li>6. Keine Angabe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Alleinstehend</li> <li>2. Verheiratet/ in eingetragener Partnerschaft lebend</li> <li>3. In Lebensgemeinschaft</li> <li>4. Geschieden/getrennt lebend</li> <li>5. Verwitwet</li> </ul>		

Frage 50: Welches Religionsbekenntnis haben Sie?	Frage 56: Welches Religionsbekenntnis haben Sie?	Die Antwortkategorien 4., 5., 6., 7., 8. beider Befragungen wurden zusammengefasst.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ohne Bekenntnis</li> <li>2. Römisch-Katholisch</li> <li>3. Evangelisch/Protestantisch</li> <li>4. Andere Bekenntnisse</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ohne Bekenntnis</li> <li>2. Römisch-Katholisch</li> <li>3. Evangelisch/Protestantisch</li> <li>4. Islam</li> <li>5. Buddhismus</li> <li>6. Judentum/Kabbala</li> <li>7. Andere christliche (z.B. orthodox)</li> <li>8. Andere religiöse Bekenntnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ohne Bekenntnis</li> <li>2. Römisch-Katholisch</li> <li>3. Evangelisch/Protestantisch</li> <li>4. Islam</li> <li>5. Buddhismus</li> <li>6. Judentum/Kabbala</li> <li>7. Andere christliche (z.B. orthodox)</li> <li>8. Andere religiöse Bekenntnisse</li> </ul>		