

Sterbeverfügungsgesetz in Österreich: Einstellung der Österreicher*innen ab 30 Jahren zu aktiver Sterbehilfe, institutionalisierter Suizidassistenz, sowie zur Rolle von Sterbehilfeorganisationen.

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FERNFH

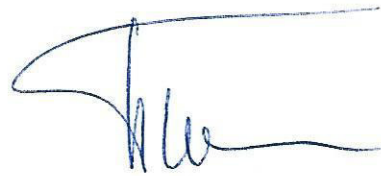
Christian Waldschütz
08304215

Begutachter: Mag. Roland Nagel, MBA

Wien, April 2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'S' followed by a cursive name.

5. April 2024

Unterschrift

Abstract

Das Thema Sterbehilfe hat durch die Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes 2022 in Österreich an Bedeutung gewonnen. Die vorliegende Arbeit untersucht zunächst den Stellenwert selbstbestimmten Sterbens als Teil eines guten Lebens, um in der Folge das Suizidgeschehen in Österreich zu beleuchten. Für immer mehr Menschen werden Krankenhaus und Pflegeeinrichtung zum Sterbeort und in der Praxis zeigt sich, dass Sterbewilligen in diesen Einrichtungen der Wunsch nach Suizidassistenz versagt bleibt. Sterbehilfeorganisationen existieren in Österreich nicht und Palliativangebote werden nicht immer als Alternative zum Suizid gesehen. Am bestehenden Gesetz wird häufig Kritik geübt und Betroffene beklagen die zusätzliche Belastung aufgrund von Intransparenz und der fehlenden Möglichkeit der Rechtsdurchsetzung. Im Rahmen einer Online-Befragung wurden daher Österreicher*innen zu ihrer Einstellung gegenüber aktiver Sterbehilfe und Unterstützung in Institutionen oder durch Sterbehilfeorganisationen befragt. Eine große Mehrheit der Teilnehmer*innen steht Sterbehilfe in unterschiedlichen Formen grundsätzlich positiv gegenüber, zeigt sich jedoch in Hinblick auf psychische Erkrankungen und Demenz eher vorsichtig. Abschließend wird überlegt, ob ein neues Berufsbild „Sterbehelfer*in“ eine Antwort auf aktuelle Herausforderungen sein könnte.

Schlüsselbegriffe: Suizid, assistierter Suizid, aktive-, passive Sterbehilfe, Sterbehilfeverein, Sterbeverfügung, Patientenverfügung, Autonomie, Palliativmedizin, Demenz

Abstract

Euthanasia has gained importance in Austria 2022, since an End-of-Life Decree Act came into force. Present work examines the importance of self-determined dying as part of a good life and sheds light on suicide situation in Austria. An increasing number of people dies in hospitals and geriatric facilities without institutional option on suicide support. Palliative care is not always seen as an alternative and euthanasia organizations do not exist in Austria. Law is therefore often criticized and those affected, complain about additional burden, due to a lack of transparency and options for legal enforcement. As part of an online survey, Austrians were asked about their attitudes towards active euthanasia support in healthcare institutions and through associations. A large majority of participants are generally positive about euthanasia in various forms but are rather cautious with regards to mental illness and dementia. The study concludes by considering a new job role “suicide assistant” as an answer to current challenges.

Keywords: suicide, assisted suicide, active-, passive euthanasia, euthanasia association, dying will, living will, autonomy, palliative care, dementia

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung und Forschungsfragen	1
1.1	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
1.2	Methode	3
2	Theoretischer Teil	4
2.1	Gutes Leben und humanes Sterben in Würde	4
2.2	Autonomie und Selbstbestimmung: Vorsorgeinstrumente	5
2.3	Daten zu Suiziden in Österreich	7
2.4	Suizid und demographische Entwicklung in Österreich	8
2.5	Ortsverschiebung und Institutionalisierung des Sterbens	9
2.6	Sterbehilfeorganisationen	10
2.7	Suizidalternative Palliativmedizin	12
3	Empirische Untersuchung	13
3.1	Testverfahren und Fallzahlenberechnung	13
3.2	Fragebogen und Online-Umfrage	15
3.3	Auswertung und Darstellung der Ergebnisse	17
3.3.1	Soziodemografische Merkmale der Teilnehmer*innen	17
3.3.2	Einstellung zum Thema Sterben und Sterbehilfe	23
3.3.3	Einstellung zu aktiver/institutionalisierter Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen	28
4	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	38
5	Conclusio und Ausblick	40
	Literaturverzeichnis	42
	Abbildungsverzeichnis	46
	Anhang	47

1 Problemstellung und Forschungsfragen

Am 1. Jänner 2022 trat in Österreich ein Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) in Kraft (RIS, 20.02.2024). Das Gesetz wurde notwendig, nachdem der Verfassungsgerichtshof aufgrund eines Individualantrages, eine Bestimmung des Strafgesetzbuches wegen Verstoßes gegen das Recht auf Selbstbestimmung zum 31.12.2021 aufgehoben hatte (G 139/2019, 11.12.2020). Damit wurden die Straftatbestände „Tötung auf Verlangen“ (§77 StGB) und „Mitwirkung am Selbstmord“ (§78 StGB) aufgehoben und die Beihilfe zum Suizid unter bestimmten, in der Sterbeverfügung genannten Rahmenbedingungen, straffrei gestellt. Weiterhin verboten ist jedoch aktive Sterbehilfe, also die Tötung auf Verlangen, sowie die Verleitung zum Suizid (Halmich & Klein, 2023, S. 16). Für den Verfassungsgerichtshof (VfGH) macht es keinen Unterschied, ob der Suizid durch aktive oder passive Sterbehilfe erfolgt, da nur der freie Wille für die Entscheidung bedeutend ist. Da jedoch der Individualantrag der Klägerin diesbezüglich keinen Prüfungsauftrag enthielt, wurde im Gesetz auch nur die passive Sterbehilfe festgeschrieben. Der Gesetzesentwurf selbst wurde erst kurz vor der Beschlussfassung im Nationalrat eingebracht, die Zeit für eine Begutachtung war damit nur kurz. Auch wenn damit wie Niedermayer meint, dem Höchstgericht entsprochen wurde (Niedermayr, 2022, S. 469), kritisierte bereits die Bioethikkommission in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf, dass ein gesellschaftlicher Diskurs zum Thema selbstbestimmtes Sterben unterbleiben musste (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 10.11.2021). So mehrt sich seit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes die Kritik daran, sowohl von den im Gesetz genannten mitwirkenden Ärzt*innen, Notariaten und Apotheken und anderen Gesundheitsberufen, vor allem aber von Sterbewilligen, Sterbehelfer*innen und Angehörigen, die oft an den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für das Errichten der Sterbeverfügung verzweifeln. Beklagt werden vor allem die Intransparenz, welche Ärzt*innen, Notariate und Apotheken bei der Errichtung einer Sterbeverfügung verfügbar sind, die faktische Durchsetzbarkeit und bürokratische Hürden. Im ländlichen Raum finden sich oftmals keine Ärzt*innen, die Beratungsgespräche durchführen oder Apotheken, die die tödliche Substanz für den Suizid beschaffen und abgeben (Halmich & Klein, 2023, S. 70). Die Hürden bei der Informationsbeschaffung wurden bereits im Vorfeld zu dieser Arbeit sichtbar: eine Anfrage bei der Wiener Ärztekammer am 25. Jänner 2024 zur Durchführung von Interviews mit Ärzt*innen, die im Rahmen der Errichtung einer Sterbeverfügung Beratungsgespräche durchgeführt hatten, wurde in der Folge von der Referatsleitung abgelehnt und auch eine Liste dieser Ärzt*innen, wurde unter Hinweis auf das Datenschutzgesetz verwehrt. Sterbehilfevereine, die es beispielsweise in der Schweiz gibt (www.exit.ch, www.dignitas.ch) sind in Österreich zwar nicht verboten, haben aber aufgrund von Bestimmungen im Sterbeverfügungsgesetz (§12 Werbeverbot

und Verbot wirtschaftlicher Vorteile) faktisch kaum Möglichkeiten, Sterbewillige bei ihrem Vorhaben zu unterstützen. In Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenversorgung fehlen gesetzliche Grundlagen für die Unterstützung bei assistiertem Suizid und so erstaunt es kaum, dass Halmich zum Schluss kommt, dass für Sterbewillige die Sterbeverfügung nicht die erste Wahl darstellt, ihr Leben zu beenden und ein Sterben in Würde damit in Frage stellt (Halmich & Klein, 2023, S. 91). Eine erste Literaturrecherche an der Universitätsbibliothek Wien, die Einstellung der Österreicher*innen zur Sterbehilfe betreffend, ergab dann auch lediglich 11 Suchergebnisse. Am 21. Juni 2023 hat die Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende (www.oeghl.at) einen Individualantrag beim Verfassungsgerichtshof eingebracht, um die Hürden bei der Rechtsdurchsetzung Betroffener zu beseitigen und die Frage nach der aktiven Sterbehilfe nochmals aufzugreifen. In Vorbereitung auf eine gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe, soll mithilfe dieser Arbeit daher ein erster Eindruck von der Einstellung der Österreicher*innen zur Sterbehilfe gewonnen werden. Da die notwendigen Gesetzesänderungen für eine institutionelle Versorgung mit Sterbehilfe komplex erscheinen, sollen konkret die Forschungsfragen beantwortet werden, ob Österreicher*innen institutioneller (aktiver) Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen positiv gegenüberstehen.

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Im einleitenden Teil dieser Arbeit wird zunächst ein Überblick über die Suizidsituation in Österreich gegeben. Grundlage dafür ist der vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) jährlich herausgegebene Bericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich (BMSGPK, 2023), der erstmals auch assistierten Suizid berücksichtigt. In der Folge wird die altersspezifische Verteilung von Suiziden im Kontext der demographischen Entwicklung in Österreich beleuchtet und versucht, eine Prognose der Suizidentwicklung zu stellen. Untersucht werden auch Aspekte zur Ortsverschiebung und Institutionalisierung des Sterbens, also der Diskrepanz zwischen dem Wunsch daheim zu sterben und der Realität, das Lebensende im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung zu verbringen. Weiters wird der Frage nachgegangen, wie Sterben als Teil eines guten Lebens im Sinne des Philosophen Aristoteles, als „das einzige, worüber hinaus nichts anderes mehr gewünscht werden kann“ (Höffe, 2011), verstanden werden kann. Sind Autonomie und Selbstbestimmung Voraussetzungen für ein gutes, humanes Sterben und die Sterbeverfügung das geeignete Instrument dafür, oder stehen zusätzlich zur medizinischen- und pflegerischen Versorgung doch eher Kommunikation, soziale Interaktion, sowie psychosoziale, spirituelle Betreuung und Seelsorge im Vordergrund, mit ausreichender Palliativversorgung als verbindendem Element (Borasio, 2013). In Hinblick auf eine mögliche Novellierung des Sterbeverfügungsgesetzes wäre

es daher wichtig zu wissen, ob es institutionalisierte (aktive) Suizidassistenten oder alternativ dazu, Sterbehilfeorganisationen braucht, oder der Schwerpunkt auf palliative Angebote gelegt werden sollte. Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt im zweiten, empirischen Teil dieser Arbeit. Die Umfrage liefert ein erstes Stimmungsbild, wie ein Teil der Österreicher*innen darüber denkt. Im Vorfeld wurden dazu die wenigen vorhandenen Untersuchungen zur Einstellung zum assistierten Suizid berücksichtigt, um in der Befragung Formulierungen zu verwenden, die einen späteren Vergleich ermöglichen. Einer ausführlichen Darstellung und Diskussion der Ergebnisse folgt schließlich die Beantwortung der Forschungsfragen, ob Österreicher*innen gegenüber (aktiver) Sterbehilfe, institutionalisierter Unterstützung und Sterbehilfeorganisationen positiv eingestellt sind. Überlegungen, welche Schlussfolgerungen aus den Umfrageergebnissen gezogen werden können, sowie ein Ausblick auf mögliche Entwicklungen beschließen die Arbeit.

1.2 Methode

Für den ersten theoretischen Teil wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Analyse basiert vorwiegend auf der Recherche im Bestand der Universitätsbibliothek Wien und Ergebnissen, die mit der Suchmaschine „u:search“ online gefunden wurden. Als Suchbegriffe wurden zunächst „Sterbehilfe (in Österreich)“, „Assistierter Suizid“, „Sterbeverfügungsgesetz“ und „Sterbehilfeverein“ verwendet und die Suche anhand der in dieser Arbeit verwendeten Kapitelschwerpunkte verfeinert. Die quantitative Darstellung des Suizidgeschehens in Österreich sowie die demografische Entwicklung beruhen auf den Ergebnissen einer Sekundäranalyse. Für den zweiten, empirischen Teil wurde zunächst analog zum ersten Teil eine Literatur- und Sekundäranalyse mit dem Suchbegriff „Einstellung der Österreicher zur Sterbehilfe“ durchgeführt. Um die Einstellung der Österreicher*innen zu erheben und die Forschungsfragen zu beantworten, wurde die Durchführung einer Umfrage und Erhebung mittels Online-Fragebogen gewählt. Die Fragen bauen dabei auf den thematischen Schwerpunkten des ersten Teils der Arbeit auf. Die Ermittlung des erforderlichen Stichprobenumfangs erfolgte mit Hilfe der Software G*Power, die eine Berechnung der Fallzahlen in Abhängigkeit vom gewählten Testverfahren und ausgewählten Parametern erlaubt (Heinrich Heine Universität Düsseldorf, 21.02.2024). Das Forschungsvorhaben wurde auf der Plattform für aktuelle Studien der Ferdinand Porsche FernFH vorgestellt und Teilnehmer*innen über das korrespondierende Umfrageforum, sowie aktive, persönliche Bewerbung, gewonnen. Alle Auswertungen, sowie die Erstellung einfacher Grafiken, wurden mit der Software SPSS in der Version 29, einem Tool zur statistischen Analyse von Stichproben (<https://www.ibm.com/de-de/products/spss-statistics>), vorgenommen. Komplexere Auswertungen mit mehreren Merkmalen wurden mit Microsoft-Excel erstellt, einer Tabellenkalkulation, die über umfangreiche Möglichkeiten zur grafischen

Darstellung verfügt. Die Teilnahme an der Umfrage war anonym möglich. Zu Beginn wurde über einen Disclaimer auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit, diese jederzeit abbrechen zu können hingewiesen. Aufgrund der Suizidthematik wurde außerdem auf das Hilfsangebot der Telefon Seelsorge, Notruf 142 verwiesen. Der verwendete Fragebogen ist im Anhang zu finden.

2 Theoretischer Teil

2.1 Gutes Leben und humanes Sterben in Würde

Die Vorstellungen darüber, was ein gutes Leben ausmacht sind individuell verschieden. Dennoch fällt es den meisten Menschen leicht, eine Vielzahl an Kriterien zu nennen, die dafür bestimmend sind. Spricht man von gutem Leben, rücken Tod und Sterben so gut wie immer in den Hintergrund, Grunderfahrungen des Menschseins, denen niemand entkommen kann. In modernen Gesellschaften gibt es kaum ein Thema, das nicht Wert wäre, umfassend und oftmals öffentlich, besprochen zu werden. Sterben und Tod sind jedoch weiterhin Tabuthemen geblieben und die Auseinandersetzung damit findet vorrangig auf philosophischer und theologischer Ebene statt (Bormann, 2024). Deutlich präsenter stellt sich das Thema Sterben für Mediziner*innen dar; von jeher als Konsequenz unheilbarer Krankheiten, neuerdings auch in Form des technisch kontrollierten Versterbens auf Intensivstationen und alternativ dazu, als palliativmedizinische Unterstützung des Sterbeprozesses bei schweren Krankheiten. Spätestens seit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich, das zunächst als juristisches Ringen um die geeignete Umsetzung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben gesehen werden kann, ist im Rahmen der Umsetzung des Gesetzes, eine öffentliche Diskussion zum assistierten Suizid entstanden. Angehörige und Betroffene berichten in öffentlichen Medien von den Hürden und damit einhergehend psychischen Belastungen, die dem selbstbestimmten Suizid vorangehen (Feldner-Zimmermann, Monika & Plank, Astrid, 2023). Nach Aristoteles ist „angeborene Wärme die Grundbedingung des Lebens und der Vorgang des Sterbens ist der Verlust des Lebens durch den Verlust der Lebenswärme“ (Corcilus, 2023, S. 38). Wie also lässt sich dem Verlust an Lebenswärme begegnen, ein gutes und humanes Sterben in Würde bewerkstelligen? Auch diese Frage lässt sich nur individuell beantworten, hat aber im Rahmen der Covid-19 Pandemie und der öffentlichen, medialen Berichterstattung über die Versorgung in Intensivstationen eine neue Qualität erfahren. Die Frage, wie eine Therapie gestaltet werden muss, um als würdevoll und angemessen zu gelten, war wochenlang zentrales Thema in der politischen- und öffentlichen Debatte (Rosenberger, 2023, S. 375). Dementsprechend sind Voraussetzungen für einen positiv erlebten Sterbeprozess, dass Patient*innen

ihre Grundbedürfnisse in Hinblick auf Zuwendung, Selbstbestimmung, möglichst körperlicher Agilität und Interaktion mit den Prozessbeteiligten erfahren können. Wenngleich der Forderung nach Selbstbestimmung durch die Sterbeverfügung gesetzlich genüge getan wurde, fehlt es doch an einem würdevollen Umgang mit Sterbewilligen und einer würdevollen Atmosphäre in der Begleitung. Dazu gehört nach Kruse auch die Fähigkeit, sich in die hochkomplexe emotionale und affektive Situation von Menschen, die Todes- und Selbsttötungswünsche äußern, hineinversetzen zu können, oder „einzuschwingen“ (Kruse, 2023, S. 463). Ein weiteres Element würdevollen Sterbens ist die Möglichkeit selbst zu entscheiden, wie und wann eine Person ihr Leben beenden möchte, was der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte als Recht auf Achtung des Privatlebens nach Art. 8 Abs.1 EMRK, ausdrücklich bestätigt hat (Hecker, 2023, S. 505). Betrachtet man nun die Rahmenbedingungen für würdevolles Sterben: Empathie und Wertschätzung in der Begleitung Sterbewilliger, sowie die jederzeit freie Entscheidung den Zeitpunkt und die Art des Sterbens selbst zu bestimmen, wird rasch klar, dass derartige Voraussetzungen durch eine gesetzliche Regelung allein nicht geschaffen werden können. Entscheidend ist die Möglichkeit der Prozessbeteiligten, auf die Bedürfnisse suizidwilliger Patient*innen adäquat eingehen zu können. Von daher stellt sich die Frage, ob eine Institutionalisierung der Sterbehilfe in Form gesetzlicher Rahmenbedingungen für Krankenanstalten und Einrichtungen der Altenversorgung, oder Sterbehilfeorganisationen, die als zentrale Anlaufstelle, Patient*innen auf ihrem Weg zum Suizid professionell und einfühlsam begleiten, nicht die bessere Option wären. Eine teilweise Abklärung dieser Frage erfolgt im empirischen Teil der Arbeit.

2.2 Autonomie und Selbstbestimmung: Vorsorgeinstrumente

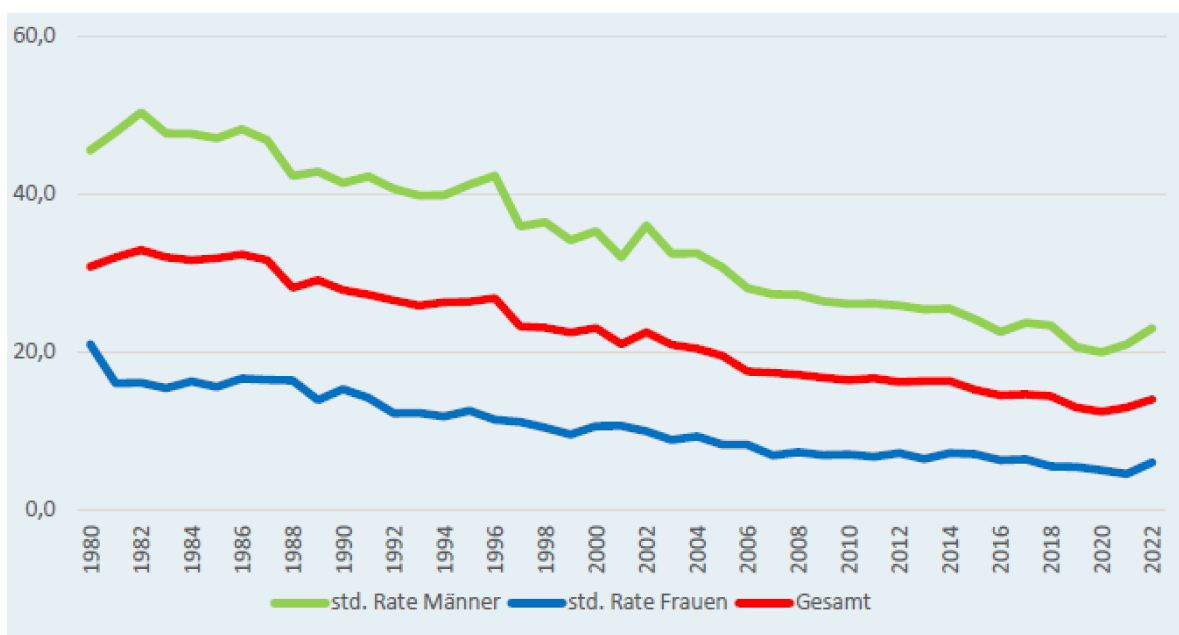
Wie im vorangegangenen Kapitel ausgeführt, ist die jederzeit freie Entscheidungsmöglichkeit über das Wie und Wann einer Maßnahme wesentlich für die Autonomie und Selbstbestimmung des Individuums. Wenn nun aber keine Möglichkeit (mehr) besteht selbst zu entscheiden, weil man beispielsweise bewusstlos oder schwer kognitive eingeschränkt ist, wurden Vorsorgeinstrumente gesetzlich geschaffen. Diese sind die Erwachsenenvertretung und Vorsorgevollmacht (bisher: Sachwalterschaft) sowie die Patienten- und Sterbeverfügung. In gewisser Weise kann auch Advance Care Planning (ACP) dazugezählt werden. Dabei handelt es sich um eine gesundheitliche Vorausplanung in Form eines laufenden Kommunikationsprozesses zwischen Patient*innen, deren Familie, Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung und gegebenenfalls Krankenversicherung, bei dem die persönlichen Werte und Präferenzen für zukünftige Behandlungen oder Pflegemaßnahmen besprochen und schriftlich festgehalten werden. Besonders für Medizin und Pflege stellt dieser in Österreich Vorsorgedialog genannte Prozess

ein wichtiges Instrument dar, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln und dadurch die Autonomie von Personen am Lebensende zu stärken (Gruber, 2021). Mit 1.7.2018 wurde die Sachwalterschaft durch ein mehrstufiges System der Erwachsenenvertretung abgelöst. Auch sie steht volljährigen Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder schweren Beeinträchtigung nicht mehr (alle) Entscheidungen treffen können, zur Verfügung (Bundesministerium für Finanzen (BMF), 23.02.2024). Damit ist sichergestellt, dass keine Generalvollmacht erteilt werden muss, sondern eine Vertretung nur mehr, wenn notwendig erfolgt. Zunächst können Patient*innen eine Vorsorgevollmacht errichten und darin Personen ermächtigen, für sie bestimmte Entscheidungen zu treffen oder Geschäfte zu tätigen, wenn dafür keine Entscheidungsfähigkeit mehr vorliegt. Wurde eine Vorsorgevollmacht nicht errichtet, kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine nicht mehr voll handlungsfähige Person eine Erwachsenenvertretung bestimmen. Von Gesetz wegen dürfen danach auch nahe Angehörige (Eltern, Großeltern, volljährige Kinder) die Erwachsenenvertretung übernehmen, kommt es innerhalb der Familie zu keiner Einigung, können in letzter Konsequenz auch Erwachsenenschutzvereine von Gericht bestimmt werden. Ein weiteres Instrument der Vorsorge stellt die Patientenverfügung dar (BMF, 23.02.2024). Das Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006, 1.6.2006) unterscheidet dabei zwischen einer verbindlichen- oder bloß beachtlichen Verfügung. Eine verbindliche Patientenverfügung stellt eine Willenserklärung dar, mit der jemand eine medizinische Behandlung vorweg ablehnen kann, wenn sie oder er nicht mehr darüber entscheiden kann. Ärzt*innen oder andere Beteiligte müssen sich an diese Anweisungen halten, auch wenn damit gravierende Konsequenzen (Tod) verbunden sind. Für die Errichtung sind konkrete Formvorschriften zu beachten und kann die Patientenverfügung auf Wunsch im Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats eingetragen werden. Wurden die Formvorschriften nicht eingehalten, kann eine beachtliche Patientenverfügung vorliegen. Diese dient als Orientierungshilfe für den mutmaßlichen Patient*innenwillen und muss, wenn dieser daraus klar hervorgeht, jedenfalls bei der Behandlung berücksichtigt werden. Auch für das Errichten einer Sterbeverfügung (BMSGPK, 23.02.2024) gelten strenge Voraussetzungen und Formvorschriften. Voraussetzungen sind entweder eine schwere, unheilbare Krankheit im terminalen Stadium oder eine chronische Erkrankung mit dauerhafter Beeinträchtigung, die Aufklärung durch zumindest zwei ärztliche Personen, wobei eine davon über palliativmedizinische Qualifikationen verfügen muss und die Errichtung einer Sterbeverfügung beim Notar. Die sterbewillige Person kann Hilfspersonen zur Unterstützung angeben, die lebensbeendende Handlung muss aber immer selbst durchgeführt werden (passive Sterbehilfe). Danach kann das tödliche Präparat über eine Apotheke bezogen und im privaten Rahmen zu Hause verwendet werden. Unterstützung durch Ärzt*innen bei der Einnahme zu Hause, oder durch öffentliche- oder private Einrichtungen wurden in Österreich nicht geschaffen (Halmich & Klein, 2023, S. 32). Auf weitere Details soll hier nicht näher eingegangen werden.

2.3 Daten zu Suiziden in Österreich

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) veröffentlicht jährlich die wichtigsten Daten und Fakten zum Thema Suizid und Suizidprävention in Österreich (BMSGPK, 2023). Erstmals enthält der Bericht auch ein eigenes Kapitel zu assistiertem Suizid. Mit 1276 Suiziden im Jahr 2022 liegt die standardisierte Suizidrate damit bei 14,0 pro 100.000 Einwohner*innen. Das ist immerhin dreimal so viel als Tote im Straßenverkehr (370 Personen) zu beklagen waren (Statistik Austria, 26.02.2024). Die Anzahl der Suizidtoten ist im Vergleich zum Vorjahr um 16% gestiegen, wobei sich insgesamt 966 Männer (75,7%) und 310 Frauen (24,3%) suizidierten.

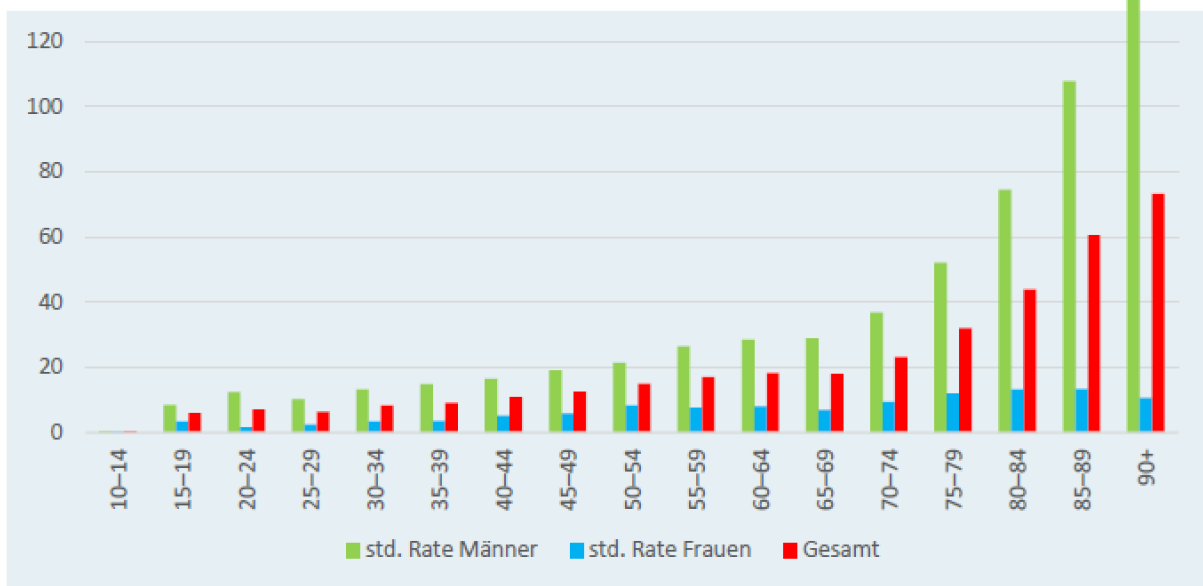
Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 Einwohner*innen) in Österreich 1980-2022



Quelle: BMSGPK (2023, S. 9)

Von Bedeutung ist auch der Umstand, dass die Suizidrate mit dem Alter ansteigt und das Suizidrisiko bei 75- bis 79-Jährigen mehr als zweimal so hoch, ab 85 Jahren sogar fünfmal so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung ist.

Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 Einwohner*innen; Fünf-Jahres-Durchschnitt 2018–2022) nach Altersgruppen



Quelle: BMSGPK (2023, S. 10)

Für die Identifikation assistierter Suizide wird in der Todesursachenstatistik der Zusatzcode U060, „Assistierter Suizid/Sterbehilfe“ vergeben. Für das Jahr 2022 lassen sich daraus 54 Personen ableiten, davon 33 Frauen und 21 Männer. Als Todesursache wurde Selbstvergiftung diagnostiziert. Auch wenn sich die Altersspanne von 40 bis 85+ Jahren erstreckt, ist der Umstand, dass 87% der Personen älter als 55 Jahre waren alarmierend (BMSGPK, 2023, S. 17). Es ist daher wichtig, im nächsten Schritt einen Blick auf die demographische Entwicklung in Österreich zu werfen.

2.4 Suizid und demographische Entwicklung in Österreich

Im Jahr 2022 betrug die Gesamtbevölkerung in Österreich 9,052.856 Personen, davon 5,536.287 im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahre) und insgesamt 3,516.569 unter 20 Jahren oder älter als 65 Jahre. Für das Jahr 2050 wird eine Bevölkerungszahl von 9,85 Millionen angegeben, dabei wird der Anteil der 65+ jährigen 27.9% ausmachen, was einer Steigerung von +8.4 Prozentpunkten im Vergleich zu 2022 darstellt. Eine Vorausberechnung für 2080 rechnet mit mehr als 10 Millionen Einwohner*innen in Österreich, davon 29% im Alter über 65 Jahren (Statistik Austria, 22.11.2023). Während der demographische Wandel in der öffentlichen Diskussion vorwiegend als Problem der Pensionssicherung, des Gesundheitssystems und der Altenbetreuung wahrgenommen wird, ergeben sich daraus auch Auswirkungen auf die unmittelbare Lebensumgebung der Menschen in Städten und am Land (Schipfer, 2005, S.

2). Dieser Wandel in der Bevölkerungsstruktur, verursacht durch anhaltend niedrige Geburtenraten in ganz Europa und eine höhere Lebenserwartung, führt zu Überalterung und Unterjüngung, einer Zunahme der Singles und Kinderloser, sowie Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderung. Es ist nachvollziehbar, dass sich dadurch auch ökonomische Herausforderungen für die Kommunen ergeben, allerdings mit großen regionalen Unterschieden (Schipfer, 2005, S. 10). Ungeachtet der Ursachen dafür stellt Schipfer fest, dass die steigende Anzahl älterer und betagter Menschen immer weniger in familiären Netzen aufgefangen wird und die Zahl älterer Menschen ohne Kinder und Enkel steigen wird. Darüber hinaus wird die wachsende Zahl von pflegebedürftigen Hochbetagten aufgrund steigender Frauenerwerbstätigkeit, die Nachfrage nach stationärer Pflege erhöhen (Schipfer, 2005, S. 14). Für die Lebensqualität älterer Menschen ist die bauliche Gestaltung des Wohnsitzes und Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen von großer Bedeutung. Vor allem im ländlichen Raum werden fehlende familiäre Unterstützung und Nahversorgungseinrichtungen zu einer Migration von Menschen im fortgeschrittenen Alter in größere Städte führen (Schipfer, 2005, S. 17) und mittelfristig die Unterbringung in Einrichtungen der Altenpflege notwendig machen. Dort ist bereits jetzt der Personalbedarf groß; eine Prognose für Österreich zeigt, dass aufgrund von Pensionierungen und demographischer Entwicklung bis 2030 zusätzlich rund 76.000 Pflege- und Betreuungspersonen erforderlich sein werden (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 43). Diese Rahmenbedingungen und die demographische Entwicklung lassen daher befürchten, dass die Zahl (assistierter) Suizide nicht nur absolut, sondern auch relativ zur Gesamtbevölkerung steigen wird.

2.5 Ortsverschiebung und Institutionalisierung des Sterbens

Im Jahr 2022 verstarben in Österreich 93.332 Personen, das sind um 1.5% mehr als 2021 (Statistik Austria, 28.02.2024). Für das Jahr 2016 lässt sich festhalten, dass 49.1% in Krankenanstalten, 26.4% in Privathaushalten und 18.6% in Alten- oder Pflegeheimen verstarben. Darüber hinaus verstarb ein geringer Anteil am Transport, im Ausland oder an einem sonstigen Sterbeort. Dabei ist eine Verschiebung des Sterbeortes von daheim zum Krankenhaus und von dort zu Pflegeheimen beobachtbar. Die Verlagerung des Sterbeorts in Pflegeheime oder Krankenanstalten wird auch als These der fortschreitenden Institutionalisierung des Sterbens bezeichnet. Frauen versterben häufiger in Heimen, Männer hingegen in Krankenanstalten, was unter anderem mit der unterschiedlichen Lebenserwartung begründet wird (Lang, 2018, S. 21). Es zeigt sich allerdings auch ein Ost-West-Gefälle in Österreich, das in Zusammenhang mit dem Urbanisierungsgrad steht. So verstarben 2016 in Wien insgesamt 57.6% im Krankenhaus und 16.5% an der Wohnadresse, während in Vorarlberg 39.3% in einer Krankenanstalt und 33.8% daheim verschieden (Lang, 2018, S. 22). Die Institutionalisierung des Sterbens

wird häufig negativ, als Verlust eines „idealen Sterbens“ in der Familie gesehen, wünschen sich doch 80 - 90% der Menschen zu Hause zu sterben. Thönnnes & Jakoby beleuchten den Sterbeort als soziales Phänomen und stellen fest, dass sich seit den 80er-Jahren zwar eine Verschiebung von Krankenhaus zu Pflegeheimen ergeben hat, in Summe dadurch aber keine weitere Institutionalisierung stattgefunden hat. Auch sehen sie das Sterben in Institutionen nicht als Verdrängung des Sterbens, sondern als gesellschaftliche Öffnung für das Thema und als Gegenthese zur Tabuisierung des Todes. Für ein Sterben zu Hause seien vor allem die emotionale- und physische Belastung der Angehörigen, eine ambulante palliative Betreuung und räumliche-, sowie technische Gegebenheiten Grundvoraussetzungen. Meist lassen aber Krankheit und Sterbeverlauf keine Entscheidung zu und das Krankenhaus verbleibt als einzige Alternative (Thönnnes & Jakoby, 2011, S. 336). Legt man den Begriff der Institutionalisierung breiter aus, stellt sich für Lang die Frage, ob durch die zunehmende mobile Versorgung, so auch Hospiz- und Palliativversorgung, nicht auch das Sterben im Privathaushalt strukturiert, nach bestimmten Regeln erfolgt (Lang, 2018, S. 22). Hinsichtlich des am häufigst gewählten Ortes für Suizid, gibt Statista für Deutschland im Jahr 2022 die eigene Wohnung an (Statista, 28.02.2024). Eine Institutionalisierung assistierten Suizids, wie beispielsweise in den Räumlichkeiten Schweizer Sterbehilfevereine, oder den „Lebensende-Kliniken“ in den Niederlanden (Mackor, 2016, S. 35), ist in Österreich bislang noch nicht zu finden. Inwieweit solche Angebote in der Bevölkerung Anklang fänden, ist Teil der empirischen Untersuchung.

2.6 Sterbehilfeorganisationen

Sterbehilfeorganisationen, meist als Verein organisiert, gibt es in der Schweiz bereits seit den 80er-Jahren. Die älteste Organisation EXIT, wurde 1982 gegründet (www.exit.ch, 1.3.2024). In seiner Vereinsgeschichte berichtet EXIT über erste Initiativen in den 70er-Jahren, einen Verein mit dem Ziel zu gründen, „das freie Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben, das freie Selbstbestimmungsrecht des Kranken und das Recht des Menschen auf einen humanen Tod“ durch die Legalisierung der Sterbehilfe für Schwerkranke, unter strengen Voraussetzungen, zu ermöglichen. EXIT führte dazu erstmals eine Patientenverfügung nach US-Vorbild ein. Ein Verzicht auf aktive Sterbehilfe verbesserte das Verhältnis zur Ärzteschaft und ermöglichte so die Unterstützung durch Ärzt*innen bei der Freitodbegleitung. 1985 fand die erste Freitodbegleitung durch den Verein statt, wobei die tödlichen Medikamente durch den Hausarzt der Suizidentin verschrieben wurden. Ende 1986 zählte der Verein rund 15.000 Mitglieder, die allerdings nicht wegen der Sterbebegleitung, sondern wegen der Möglichkeit eine Patientenverfügung zu errichten und damit medizinische Maßnahmen zur Lebensverlängerung selbst bestimmen zu können, beitraten. Aufgrund interner Differenzen verließen einige Gründungsmitglieder EXIT und gründeten 1998 eine neue Sterbehilfeorganisation: DIGNITAS

(www.dignitas.ch, 1.3.2024). Der Verein legte seine Tätigkeit international an und erweiterte auch sein Leistungsangebot. Zusätzlich zur Sterbehilfe wurden umfassende Beratung und Suizidversuchsprävention, Rechtsfortentwicklung und Verbesserung von Betreuungsqualität und öffentlicher Gesundheit in die Statuten aufgenommen. Langfristiges Ziel von DIGNITAS ist, dass die Tätigkeiten des Vereins Teil des öffentlichen Gesundheitssystems werden, wie das auch in Belgien und den Niederlanden der Fall ist. So hat DIGNITAS 2005 auch in Deutschland eine Niederlassung errichtet, bei der allerdings nur die Suizidberatung angeboten und Sterbewillige an die Schweizer Organisation vermittelt wurden. Bis Ende 2015 fanden so 724 assistierte Suizide deutscher Staatsbürger*innen in der Schweiz statt. Danach stellten Sterbehilfeorganisationen aufgrund gesetzlicher Änderungen im Strafbuch ihrer Tätigkeit in der Bundesrepublik ein und gründeten Ableger in der Schweiz. Erst im Februar 2020 wurde nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, wonach „Die Freiheit sich das Leben zu nehmen auch die Freiheit umfasst, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird in Anspruch zu nehmen“, der Weg für Suizidbeihilfe in Deutschland wieder frei (Lüders, 2020). Die Aktivitäten von DIGNITAS umfassen auch die rechtliche Durchsetzung der Selbstbestimmung am Lebensende durch die Beteiligung an weiteren Klageverfahren, unter anderem auch in Österreich. In Österreich sind nach Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) im Jänner 2022 Sterbehilfeorganisationen zwar nicht verboten, jedoch durch §12 StVfG (Werbeverbot und Verbot wirtschaftlicher Vorteile) so stark eingeschränkt, dass Unterstützung, wie sie in Deutschland und der Schweiz angeboten wird, de facto nicht angeboten werden darf. Der Verein „Letzte Hilfe – Verein für selbstbestimmtes Sterben“ (www.letztehilfe.at, 1.3.2024) wurde in Österreich 2013 gegründet, die Aufnahme der Vereinsaktivitäten von den Behörden jedoch prompt untersagt. Die eingebrachte Klage des Vereins wurde 2016 durch das Verfassungsgericht abgewiesen und die Vereinsgründung weiterhin untersagt (VfGH 08.03.2016, E 1477/2015). Der Verein „Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende“ (www.oeghl.at, 1.3.2024) hat am 21. Juni 2023 mit Unterstützung von DIGNITAS einen Individualantrag beim Verfassungsgerichtshof eingebracht (G 229-230/2023) um die aus seiner Sicht großen Hürden beim Zugang zum assistierten Suizid erneut zu prüfen. Gegenstand der Prüfung soll auch die aktive Sterbehilfe sein, also die erlaubte Tötung durch Mediziner*innen (ÖGHL, 1.3.2024). Ein Gesetzesprüfungsverfahren erwartet ÖGHL für 2024. Das Ergebnis bleibt abzuwarten, könnte aber große Auswirkungen auf die organisierte Sterbehilfe in Österreich haben.

2.7 Suizidalternative Palliativmedizin

Die WHO definiert Palliativmedizin als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer Lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen“ (WHO, 1.3.2024). An Maßnahmen stehen dabei die Behandlung von Schmerzen, sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art, im Vordergrund. Hospize sind Einrichtungen der Sterbebegleitung und betreuen Menschen mit schweren, unheilbaren Erkrankungen, um ihnen Lebensqualität und Selbstbestimmung am Lebensende zu ermöglichen (BMSGPK, 1.3.2024). Diese Art der Versorgung gewinnt aufgrund der demografischen Entwicklung und damit einhergehend, einer Zunahme chronisch kranker, multimorbider Menschen, an Bedeutung. Auf Grund des Stellenwertes, wurde die Hospiz- und Palliativversorgung auch in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aufgenommen und mit 1.1.2022 ein Hospiz- und Palliativfondsgesetz (Hosp-PalFG, BGBl. I Nr. 29/2022) erlassen, das öffentliche Mittel für den Betrieb und Ausbau von mobilen Palliativteams, Palliativkonsiliardiensten, Hospizteams, Tageshospizen und stationären Hospizen vorsieht (www.hospiz.at, 1.3.2024). In diesem Zusammenhang ist auch die 2012 etablierte nationale Suizidpräventionsstrategie (SUPRA) zu erwähnen, eine Initiative des Gesundheitsministeriums zur Entwicklung von Maßnahmen zur regionalen Suizidprävention. Empfehlungen und Umsetzungsmaßnahmen finden sich im jährlich herausgegebenen Bericht zu Suizid und Suizidprävention (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2023). Palliativversorgung kann als Antwort auf die Grenzen kurativer Medizin verstanden werden. Erste Hospizbewegungen entstand bereits Mitte des 20. Jahrhunderts, angelehnt an die bereits seit dem Mittelalter bestehende Tradition der „Sorge für die Sterbenden“. Hospiz bezeichnete dabei kirchliche und klösterliche Herbergen entlang der großen Pilgerwege ins Heilige Land (Becker, 2023, S. 384). Todeswünsche im Rahmen palliativer Behandlung sind dabei vielfältig und teilweise ambivalent, widersprüchlich und instabil. Im Vordergrund steht dabei meist der Wunsch nach dem Ende eines subjektiv empfundenen unerträglich großen Leidens und nicht zwingend ein baldiger Tod. Becker verweist auf Erfahrungen in den USA, wonach nur ein Drittel sterbenskranker Patient*innen ein ihnen verschriebenes tödliches Medikament tatsächlich nutzte. Auch der Wunsch nach (ärztlich assistiertem) Suizid wird von Patient*innen in Palliativversorgung nur relativ selten geäußert (2-4% aller Suizide), wogegen 25-50% ein Sterbenlassen als Alternative zu lebensverlängernden Maßnahmen wünschen (Becker, 2023, S. 387). Im Rahmen der juristischen Diskussion zur passiven Sterbehilfe wurde Palliativmedizin oft als Alternative zum assistierten Suizid angeführt, da sie ein humanes Sterben ermöglichen würde. Untersuchungen zeigen, dass Betroffene Palliativbehandlung meist aus Angst vor unzureichend therapiebaren Schmerzen oder Atemnot, aus Angst, Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen und aus Angst vor

dem Verlust von Autonomie und Kontrolle und einer damit einhergehenden Übertherapie, ablehnen (Becker, 2023, S. 388). Gerade Ergebnisse aus den USA zeigen, dass Patient*innen die zuvor in palliativmedizinischer Betreuung waren, den Wunsch nach Suizidassistentz äußern (Becker, 2023, S. 389). Fortschritte in den letzten Jahren und die damit verbundene Möglichkeit Leben in jeder Form zu verlängern, lassen eine Selbstbeschränkung der Medizin nicht erwarten. Es ist demnach nachvollziehbar, dass schwerkranke Menschen ihre Autonomie und Selbstbestimmung, den Todeszeitpunkt durch assistierten Suizid selbst zu bestimmen, der Alternative einer palliativmedizinischen Versorgung vorziehen, um in Würde und Individualität zu sterben. Becker führt abschließend dazu an, dass eine zunehmende Institutionalisierung und Professionalisierung der Palliativmedizin, diese zu einem Systempaket des Gesundheitswesens werden ließe und Sterben als Krankheit pathologisiere. Dabei sei Sterben als normale menschliche Lebensphase zu sehen und eine Humanisierung vor allem durch die sozialen Systeme Familie oder Nachbarschaft und einen zivilgesellschaftlichen Ansatz, zu erreichen (Becker, 2023, S. 398).

3 Empirische Untersuchung

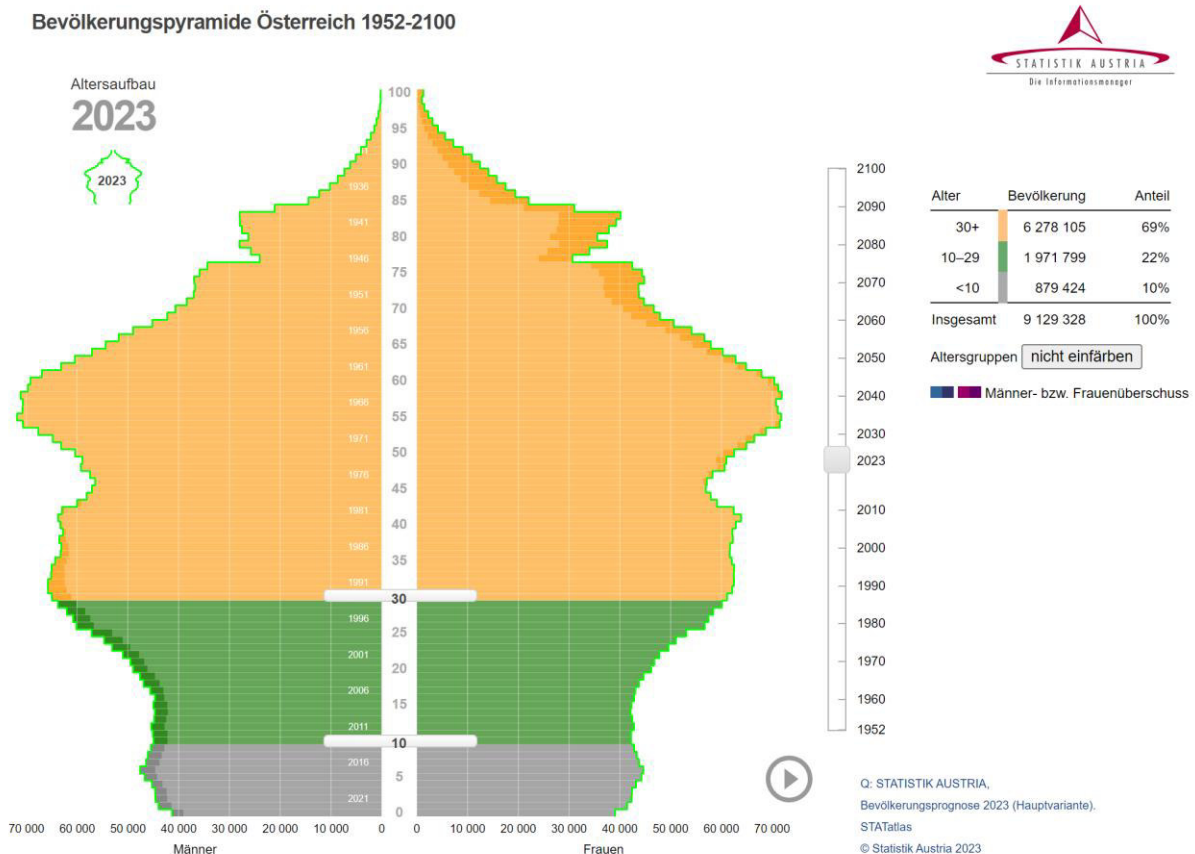
Bei einer im März 2023 durchgeführten Online-Umfrage in Österreich, beantworteten 27.4% die Frage „Kennen Sie die aktuelle rechtliche Situation in Österreich bezüglich assistiertem Suizid?“ mit „Ja“, immerhin weitere 36.7% mit „Ja, ich glaube schon“ und 35.9% mit „Nein“. Etwa 17% würden Sterbehilfe selbst in Anspruch nehmen, 37.2% darüber nachdenken und 7% wollten dazu keine Angaben machen (Statista, 26.02.2024). Über 80% wünschen sich überdies eine offenere und intensivere Auseinandersetzung in der Gesellschaft mit dem Thema „Sterben und Tod“ (Hospizbewegung Baden, 2023, S. 6). Die nun folgende Untersuchung soll die aktuelle persönliche Einstellung der Österreicher*innen untersuchen, wobei der Schwerpunkt auf (aktive) institutionalisierte Sterbeassistentz und Sterbehilfevereine gelegt wird.

3.1 Testverfahren und Fallzahlenberechnung

Wie bereits im Kapitel „Methoden“ dargestellt, wurde die Mindeststichprobe für die geplante Umfrage mittels der Software G*Power errechnet (Faul et al., 2007). Zunächst wurde jedoch die Grundgesamtheit ermittelt, um einen besseren Überblick zu erhalten. Da seitens Statistik Austria eine Abfrage der Bevölkerungszahlen nach „Alter > 30 Jahren“ nicht kostenfrei möglich war, wurde die Grundgesamtheit über die Bevölkerungspyramide Österreich für das Jahr 2023 ermittelt (Statistik Austria, 8.3.2024). Das Tool erlaubt das Setzen von Altersgrenzen für die

Berechnung der absoluten Bevölkerungszahlen und den jeweiligen Anteilen an der Gesamtbevölkerung. Für Österreichs Bevölkerung über 30 Jahren 2023 konnte somit die Grundgesamtheit $N = 6.278.105$ Personen ermittelt werden, was einem Anteil von 69% an der Gesamtbevölkerung entspricht.

Abbildung 3: Bevölkerungspyramide Österreich 2023



Quelle: Statistik Austria, (2023)

Gelbe Fläche: Anteil der Österreicher*innen ≥ 30 Jahre

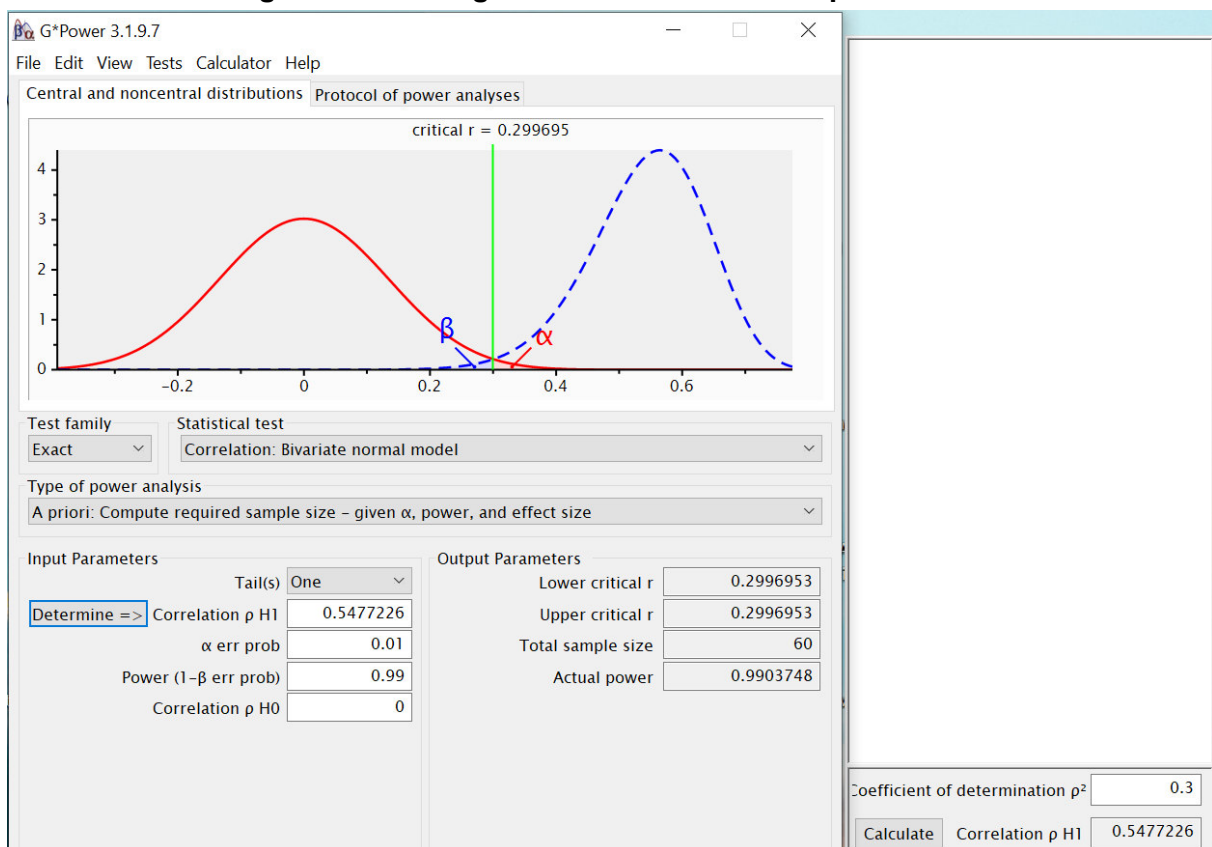
Wie eingangs dargestellt, steht eine knappe Mehrheit der Befragten (54.2%) Sterbehilfe positiv gegenüber. Damit lassen sich in Hinblick auf die gewählte Forschungsfrage „ob Österreicher*innen institutionalisierter (aktiver) Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen positiv gegenüberstehen“, folgende Null- und Alternativhypothesen formulieren:

- H_0 : Österreicher*innen ab 30 Jahren haben keine Präferenz für aktive/institutionalisierte Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen
- H_1 : Österreicher*innen ab 30 Jahren sprechen sich für aktive/institutionalisierte Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen aus.

Mit dem Signifikanzniveau wird bei statistischen Tests die Irrtumswahrscheinlichkeit angegeben. Dabei steht α für die Irrtumswahrscheinlichkeit eines Fehlers erster Art, das bedeutet,

dass die Nullhypothese verworfen wird, obwohl sie wahr ist. β steht für ein Fehler zweiter Art: die Nullhypothese wird nicht verworfen, obwohl sie falsch ist. Signifikanz drückt allgemein aus, dass ein Testergebnis nicht auf Zufall beruht. Für die Untersuchung wurde ein Signifikanzniveau α , β mit $p \leq 0.01$, das bedeutet „sehr signifikant“ (Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger oder gleich 1%), gewählt. Die Ergebnisse vorangegangener Umfragen lassen eine positive Abweichung erwarten, wodurch ein einseitiger Test zulässig ist. Neben der Irrtumswahrscheinlichkeit verdeutlicht die Effektstärke die praktische Relevanz von statistischen Ergebnissen. Dabei besteht nach Cohen (Psychometrica, 8.3.2024) ein Zusammenhang zwischen Pearson Korrelationskoeffizient und der Effektstärke. Diese kann Werte zwischen „kleiner Effekt: $r = 0.1$ “ und „großer Effekt: $r = 0.5$ “ annehmen. Für diese Analyse wurde eine mittlere Effektstärke $r = 0.3$ gewählt. Die so ermittelten Werte wurden in G*Power eingegeben und die erforderliche Stichprobengröße berechnet. Für die zuvor festgelegten Parameter ergab sich so eine erforderliche Stichprobe (total sample size) von $n=60$ Teilnehmer*innen.

Abbildung 4: Berechnung der erforderlichen Stichprobe mit G*Power



3.2 Fragebogen und Online-Umfrage

Für die Befragung wurde zunächst ein Rohfragebogen erstellt, der noch relativ unstrukturiert, Einstellungen, Aussagen und Fragestellungen aus dem ersten theoretischen Teil der Arbeit

enthielt, ähnlich einer Wortwolke. In der Folge wurden diese Elemente über eine Mindmap strukturiert, drei Hauptkategorien abgeleitet und ein erster Fragebogen entworfen. Neben einem demografischen Teil entstanden so eine Kategorie für grundsätzliche Einstellungen und Werthaltungen der Befragten, sowie ein weiterer Abschnitt, in dem konkret nach der Präferenz für aktive Sterbehilfe, institutionalisierte Unterstützung und Sterbehilfevereine gefragt wurde. Einige Fragen wurden inhaltlich redundant untergebracht, um die Festigkeit einer Einstellung zu überprüfen. Aufgrund der Sensibilität des Themas wurde versucht, den Begriff Suizid möglichst oft durch ähnliche Begriffe zu umschreiben. Verzichtet wurde bewusst auch auf offene Fragestellungen, da die Gefahr bestand, dass Teilnehmer*innen vergangene Suizidversuche oder Suizidabsichten formulieren könnten, ohne darauf mit entsprechender Hilfestellung reagieren zu können. Die Fragen wurden vollständig anonym erhoben und auch die demografischen Daten wurden so formuliert, dass eine nachträgliche Identifikation von Teilnehmer*innen unter allen Umständen unmöglich war. Um möglichst spontane Antworten zu erhalten wurde bei den Fragen außerdem darauf geachtet, dass immer eine Antwort möglich war. So wurde statt einer gesonderten Antwortmöglichkeit „keine Angaben“, ein Punkt „ich möchte/kann diese Frage nicht beantworten“ mit aufgenommen. Dadurch konnte einerseits sichergestellt werden, dass immer eine Antwort erfolgte und andererseits wurde durch unterschiedliche Platzierung ein automatisches Weiterklicken vermieden. Dieser Ansatz hat sich nachträglich gesehen als sehr zielführend erwiesen, denn die erhaltenen Fragebögen wurden zu einem hohen Grad vollständig ausgefüllt und die erforderliche Mindeststichprobe (n=60) wurde bereits in der ersten Woche erreicht. Auch persönliche Rückmeldungen einiger Teilnehmer*innen lassen erkennen, dass das untersuchte Thema auf großes Interesse gestoßen ist. Für die Überprüfung der Altersgrenze wurde im demografischen Teil des Fragebogens nach dem Alter gefragt und bei Anklicken der Auswahl „Alter < 30 Jahre“, die Befragung beendet. Auf der Startseite für die Umfrage wurden mehrere Informationsblöcke untergebracht: einleitend wurden Inhalt der Umfrage, Zweck und Urheberschaft kurz dargestellt und auf das Mindestalter hingewiesen. Danach wurden im Sinne des Datenschutzgesetzes die Rechte als Teilnehmer*in, anonyme Datenverarbeitung und die Einwilligung durch Teilnahme an der Befragung adressiert. Besonders wichtig war bei dieser Umfrage auch, als Maßnahme zur Suizidprävention, über Beratungs- und Notfallangebote zu informieren und Personen, die sich in einer akuten Krise befinden, seelisch belastet, oder psychisch erkrankt sind, von einer Teilnahme abzuhalten oder sie zu ersuchen, diese gegebenenfalls sofort abzubrechen. Die Erhebung war von 6. bis 24. März 2024 geöffnet und über einen Link aufrufbar. Die Bekanntmachung der Umfrage erfolgte auf Plattformen der Ferdinand Porsche FernFH, neben dem Link wurde zusätzlich ein QR-Code generiert, der auch eine einfache Teilnahme über das Smartphone oder Tablet ermöglichte. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang zu finden.

Für die Onlinebefragung wurden mehrere Tools evaluiert, letztlich fiel die Wahl auf „SoSci Survey“ (www.soscisurvey.de), einer webbasierten Lösung für Onlinebefragungen. Neben einem großen Funktionsumfang, Unterstützung für mobile Endgeräte, hohen Standards bei Datenschutz und Barrierefreiheit, umfangreichem Schulungsmaterial und einem Online-Support, überzeugte letztlich die Möglichkeit, den Befragungsserver der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien kostenfrei nutzen zu dürfen. Dadurch war auch sichergestellt, dass alle Umfragedaten auf dem Universitätsserver in Wien gespeichert wurden. Voraussetzungen dafür waren die nicht-kommerzielle Nutzung und die Registrierung und Anlage einer Kennung. Das Tool unterstützt mittels integriertem Workflow die Anlage des Umfrageprojektes, die Erstellung eines Fragebogens, Pretest und Vorbereitung der Befragung. Sobald die Befragung freigeschaltet ist, stehen zahlreiche Funktionen zur Projektsteuerung zur Verfügung, ist die Befragung abgeschlossen, können die erhobenen Daten in unterschiedlichen Formaten, zum Beispiel nach Excel, SPSS oder R exportiert werden. Trotz großem Funktionsumfang gestaltet sich die Erstellung einer Umfrage relativ einfach. Auf eine weitergehende Beschreibung der Software und Fragebogenerstellung wird hier verzichtet. Im Internet findet sich dazu eine Vielzahl an Informationen und Lernvideos. Nach erfolgreichem Funktionstest wurde der Onlinefragebogen am 6.März 2024 freigeschaltet, die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse wurde nach dem Ende der Befragung, beginnend mit 25.März 2024, vorgenommen.

3.3 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

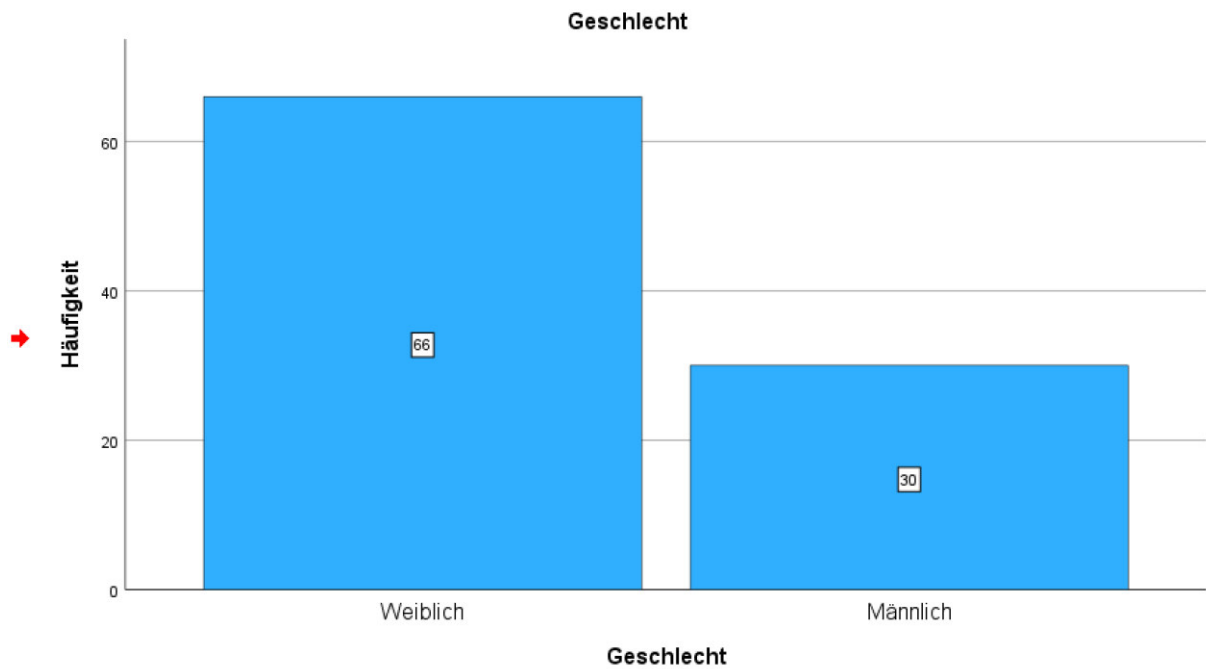
Die nun folgende Auswertung beruht auf insgesamt 96 ausgefüllten Fragebögen. Die Umfrage wurde dabei insgesamt 164mal angeklickt, 101mal aufgerufen und fünfmal wurde nach Frage 2 (Alter < 30 Jahre) abgebrochen. Die statistischen Auswertungen erfolgten nach Import der Daten und Variablen aus dem Befragungstool direkt in SPSS. Grafiken für demografische Daten wurden ebenfalls in SPSS generiert, alle anderen Abbildung aufgrund der umfangreicheren Möglichkeiten in Excel erstellt. Die Ergebnisse sind in drei Abschnitte gegliedert: Soziodemografische Merkmale, grundsätzliche Einstellung zum Thema Sterben und Sterbehilfe und Einstellung zu den im Rahmen der Forschungsfragen untersuchten Aspekten: aktive Sterbehilfe, institutionalisierte Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen.

3.3.1 Soziodemografische Merkmale der Teilnehmer*innen

Die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmer*innen basieren allesamt auf einer Stichprobe von n=96. Dabei wurden insgesamt 66 Teilnehmerinnen und 30 Teilnehmer gezählt. Eine Auswertung nach dem **Geschlecht** zeigt nachfolgende Abbildung.

Abbildung 5: Darstellung der Teilnehmer*innen nach Geschlecht

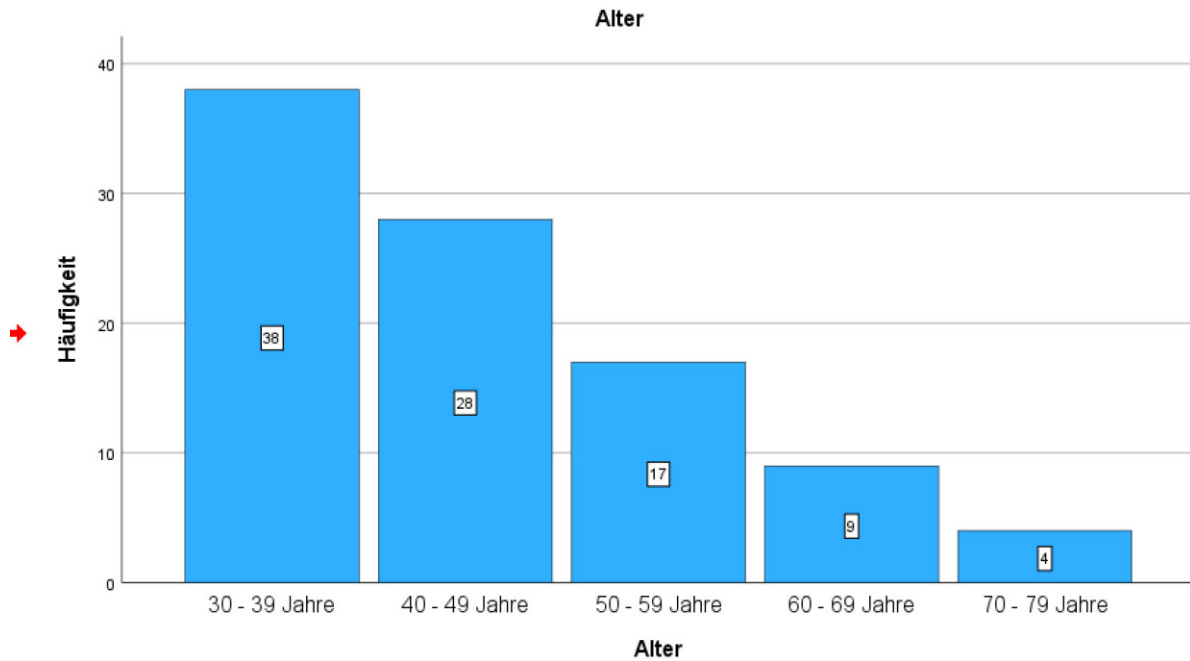
		Geschlecht			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weiblich	66	68,8	68,8	68,8
	Männlich	30	31,3	31,3	100,0
Gesamt		96	100,0	100,0	



In Frage 2 wurde nach dem **Alter** gefragt, wobei die Zuordnung zu einer von sechs Altersgruppen möglich war. Wurde für Alter ein Wert < 30 Jahren markiert, erfolgte ein Abbruch der Umfrage. Das Intervall für die letzte Gruppe 80+ wurde bewusst nach oben offen gestaltet, da mit einer geringen Anzahl älterer Teilnehmer*innen gerechnet wurde. Diese Annahme bestätigte sich letztlich in der Auswertung, da es in der Gruppe 80+ keine Beteiligung an der Umfrage gab.

Abbildung 6: Darstellung der Teilnehmer*innen nach Alter

		Alter			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	30 - 39 Jahre	38	39,6	39,6	39,6
	40 - 49 Jahre	28	29,2	29,2	68,8
	50 - 59 Jahre	17	17,7	17,7	86,5
	60 - 69 Jahre	9	9,4	9,4	95,8
	70 - 79 Jahre	4	4,2	4,2	100,0
Gesamt		96	100,0	100,0	

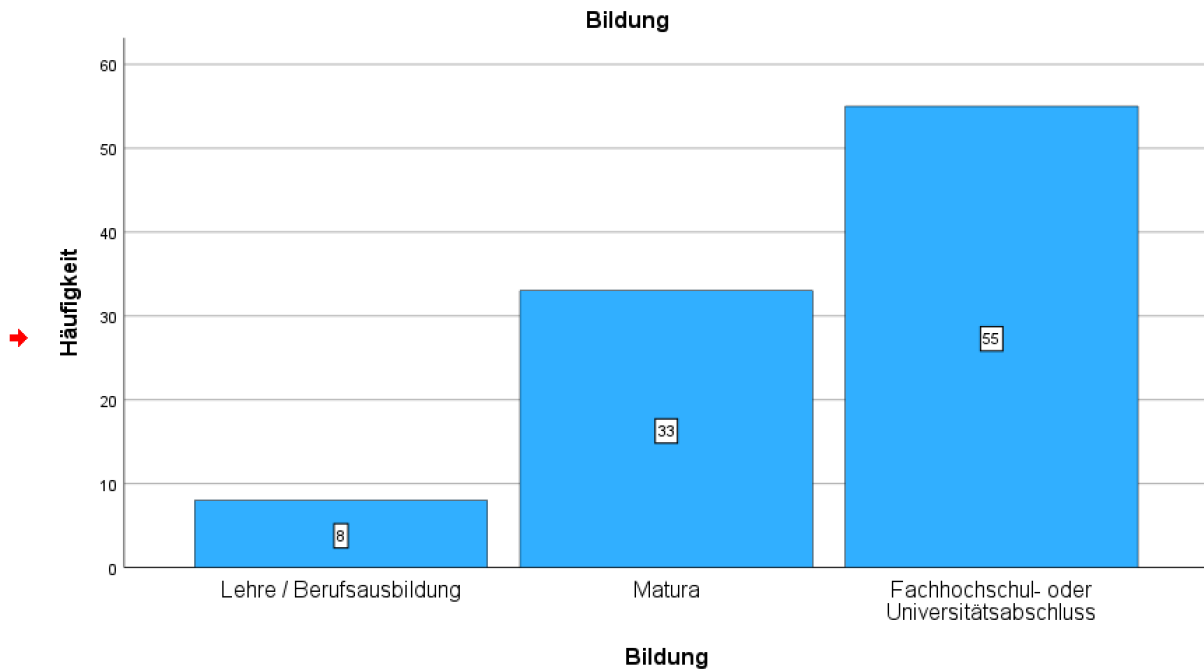


Es zeigt sich, dass fast 70% der Teilnehmer*innen zwischen 30 und 49 Jahren alt waren. Ob das an einem besonders hohen Interesse der Altersgruppe für die Fragestellung liegt, oder an der für die Veröffentlichung der Umfrage genutzten Plattform, kann nur vermutet werden.

Frage 3 beschäftigt sich mit dem **Bildungsstand** der Teilnehmer*innen. Aufgrund der Vielzahl möglicher Ausbildungspfade wurde nur nach dem höchsten Bildungsabschluss gefragt und stellt sich das Merkmal Bildungsabschluss wie folgt dar:

Abbildung 7: Höchster Bildungsabschluss der Teilnehmer*innen

		Bildung		Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		Häufigkeit	Prozent		
Gültig	Lehre / Berufsausbildung	8	8,3	8,3	8,3
	Matura	33	34,4	34,4	42,7
	Fachhochschul- oder Universitätsabschluss	55	57,3	57,3	100,0
	Gesamt	96	100,0	100,0	

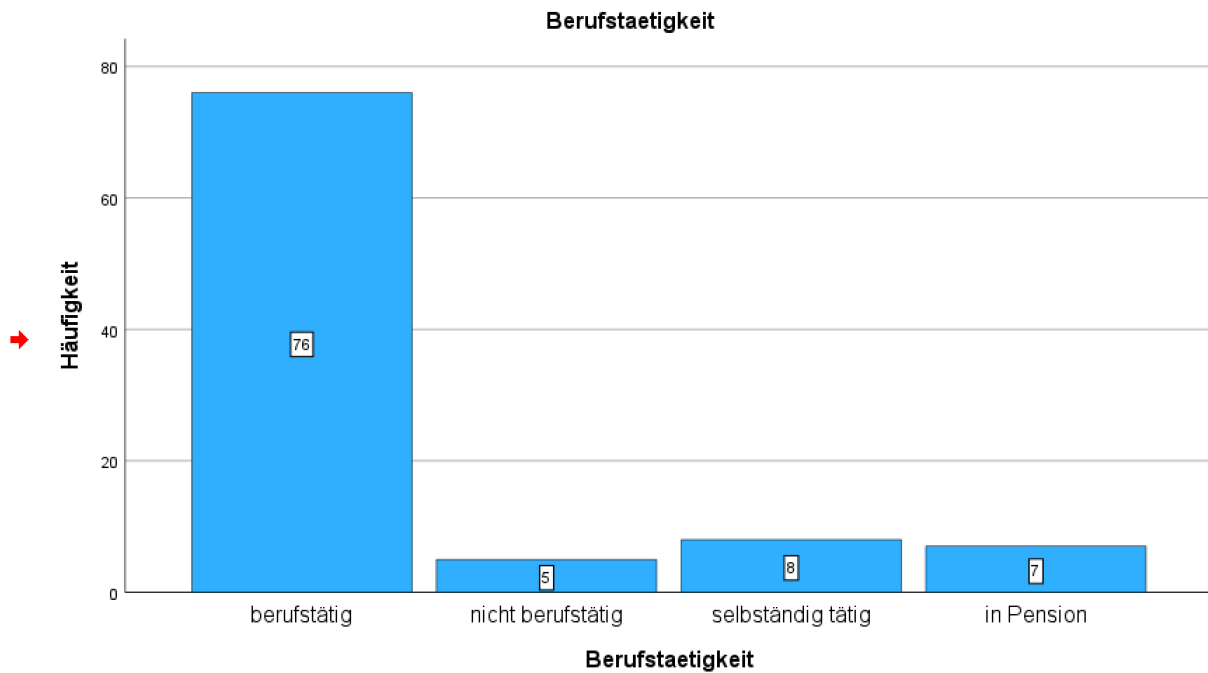


Damit verfügen über 50% der Teilnehmer*innen über einen akademischen Abschluss. Dieses Ergebnis bildet die Ausbildungssituation in Österreich verzerrt ab, da laut Statistik Austria (2021) 17.3% der Österreicher*innen über einen Pflichtschulabschluss, 63% über einen Abschluss der Sekundärstufe und nur 19.7% über einen Tertiärabschluss (Studium) verfügten.

In Frage 4 wurde nach der **Berufstätigkeit** gefragt. Auch hier wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit keine Mehrfachantworten zugelassen, sondern nach der vorwiegenden Berufstätigkeit gefragt, wobei die Merkmalsausprägung „nicht berufstätig“ sehr weit gefasst war.

Abbildung 8: Erwerbstätigkeit der Teilnehmer*innen

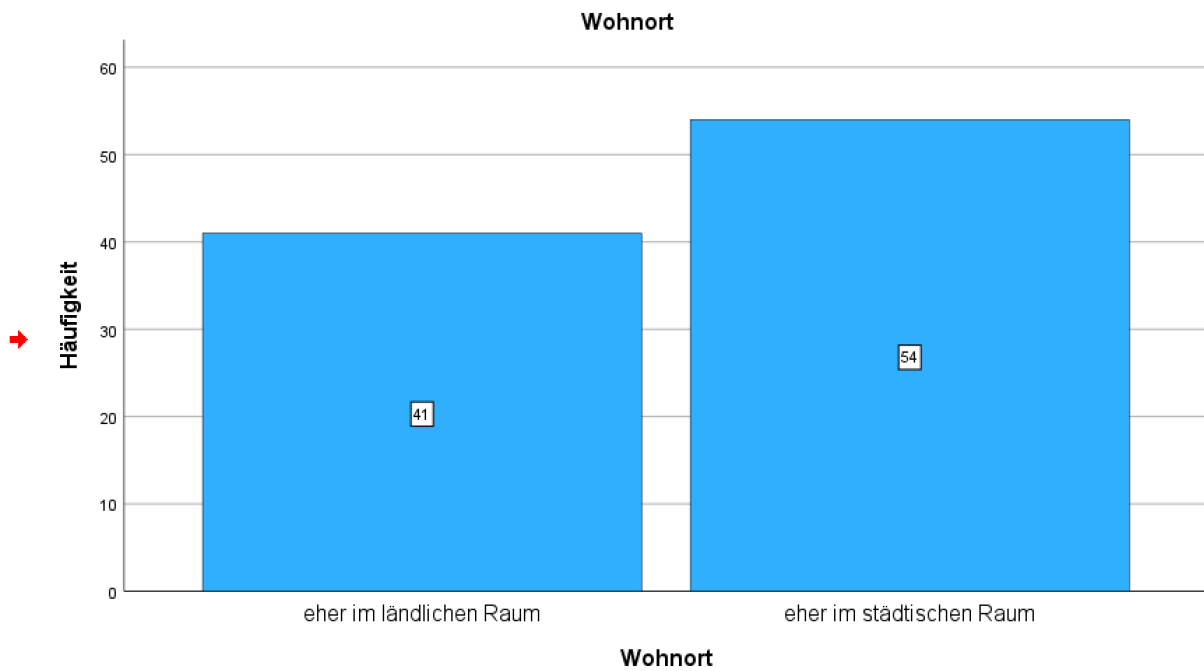
		Berufstaetigkeit			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	berufstätig	76	79,2	79,2	79,2
	nicht berufstätig	5	5,2	5,2	84,4
	selbständig tätig	8	8,3	8,3	92,7
	in Pension	7	7,3	7,3	100,0
Gesamt		96	100,0	100,0	



Bei der Frage nach dem **Wohnort** (Frage 5) wurde auf die subjektive Einstufung der Teilnehmer*innen abgestellt; es wurde gefragt, ob der Wohnort eher im ländlichen oder städtischen Raum gelegen ist. Es könnte daher sein, dass Bewohner*innen mit ein und demselben Wohnort, die Frage unterschiedlich beantwortet haben. Für die Einstellung zu den Forschungsfragen erschien aber die subjektive Einschätzung des Wohnortes bedeutsamer als die genaue Anzahl der Einwohner*innen. Nachstehende Abbildung zeigt die Struktur der Stichprobe nach dem Wohnort.

Abbildung 9: Wohnort der Teilnehmer*innen

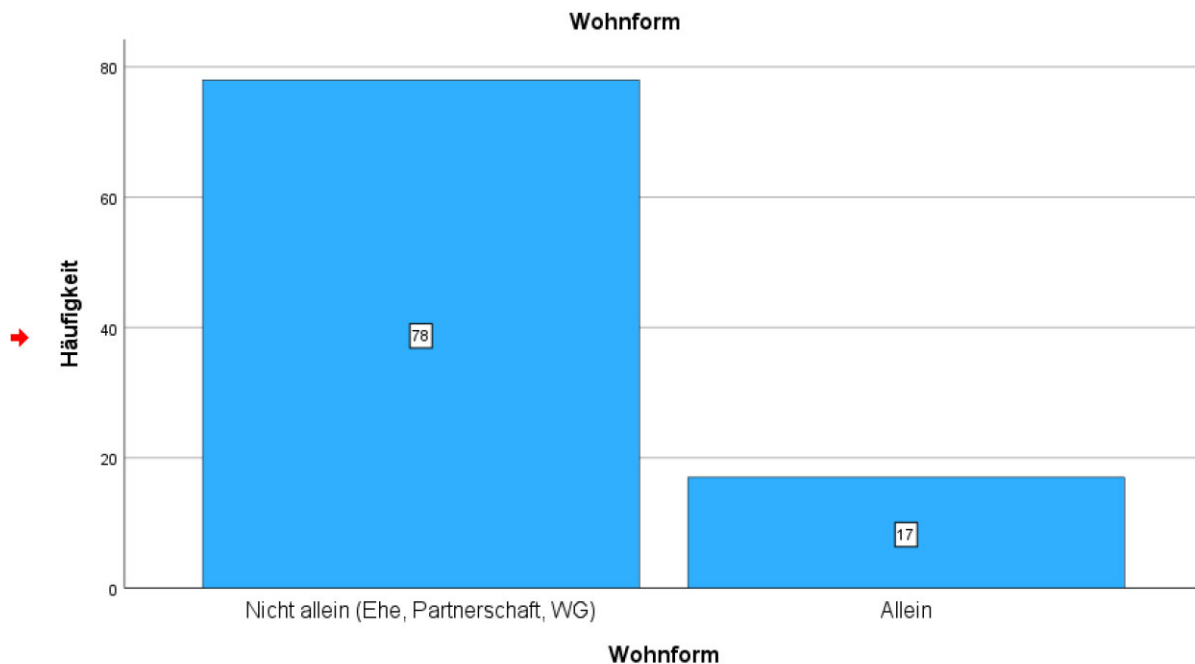
		Wohnort			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher im ländlichen Raum	41	42,7	43,2	43,2
	eher im städtischen Raum	54	56,3	56,8	100,0
	Gesamt	95	99,0	100,0	
Fehlend	System	1	1,0		
Gesamt		96	100,0		



Mit der abschließenden Frage 6 zum soziodemografischen Teil wurde erhoben, ob die Teilnehmer*innen allein oder in irgendeiner Form von Gemeinschaft (Ehe, Partnerschaft oder Wohngemeinschaft) leben. Hintergrund war nicht die Erkundung verschiedener Formen des Zusammenlebens, sondern die Frage, ob die Wohnform (zumindest theoretisch) sozialen Austausch ermöglicht und damit unterschiedliche Zugänge zum Thema Suizid bestehen. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, leben über 80% der Befragten nicht allein.

Abbildung 10: Wohnform der Teilnehmer*innen

		Wohnform			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nicht allein (Ehe, Partnerschaft, WG)	78	81,3	82,1	82,1
	Allein	17	17,7	17,9	100,0
	Gesamt	95	99,0	100,0	
Fehlend	System	1	1,0		
Gesamt		96	100,0		



Damit ist die Analyse der demografischen Merkmale abgeschlossen. In den nachfolgenden Kapitelabschnitten werden uns einige von ihnen wieder begegnen und die Darstellung der Ergebnisse unterschiedlich beleuchten.

3.3.2 Einstellung zum Thema Sterben und Sterbehilfe

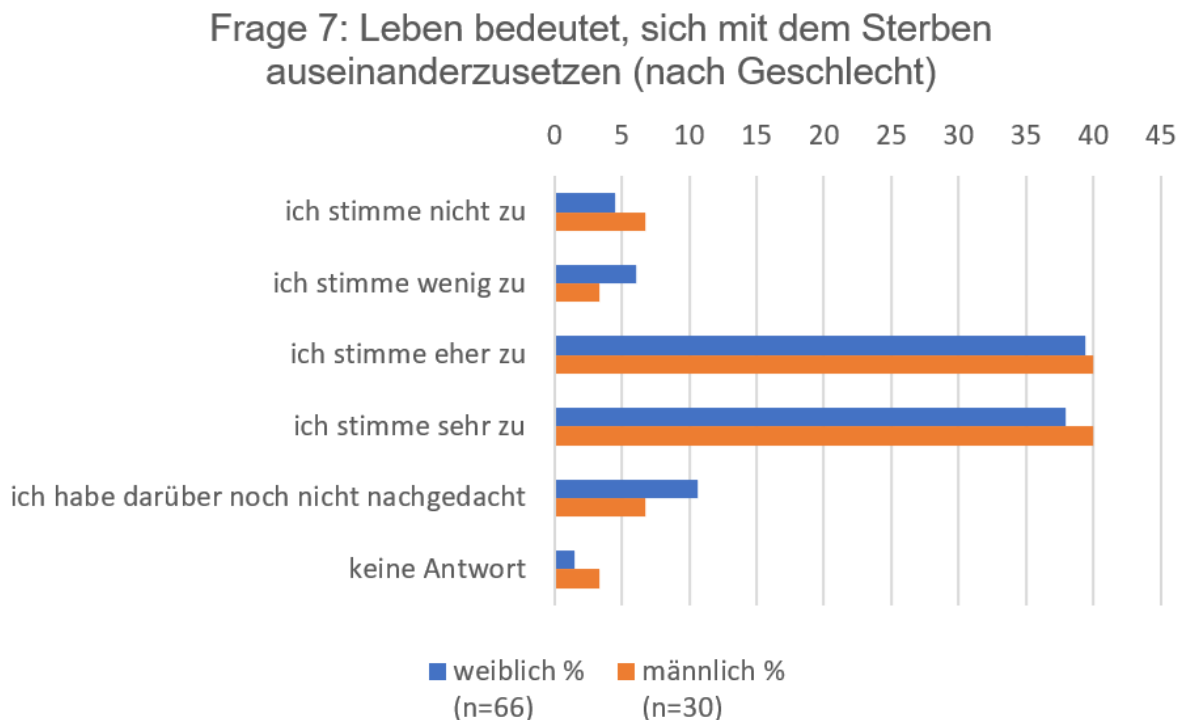
In diesem Kapitel wurde im Rahmen der Fragen 7 bis 10 erhoben, inwieweit sich die Befragten bereits mit Tod und Sterbeprozess beschäftigt haben und welche Vorsorgeinstrumente bekannt sind. In **Frage 7** wurde zunächst gefragt, wie sehr die Teilnehmer*innen der Aussage „**Ein gutes Leben zu haben bedeutet auch, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen**“, zustimmen. Die Datensätze wurden in SPSS ausgewertet und für die Grafikerstellung nach Excel übertragen. Nachfolgende Abbildung zeigt exemplarisch eine Häufigkeitstabelle aus SPSS, in der Folge werden jedoch nur mehr die in Excel generierten Auswertungen und Grafiken dargestellt.

Abbildung 11: SPSS Beispiel zur Häufigkeitsverteilung

		GutesLeben			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ich stimme nicht zu	5	5,2	5,3	5,3
	ich stimme wenig zu	5	5,2	5,3	10,6
	ich stimme eher zu	38	39,6	40,4	51,1
	ich stimme sehr zu	37	38,5	39,4	90,4
	ich habe darüber noch nicht nachgedacht	9	9,4	9,6	100,0
	Gesamt	94	97,9	100,0	
Fehlend	System	2	2,1		
Gesamt		96	100,0		

In der Folge wurde in SPSS eine Gruppierung der Daten nach Geschlecht und Alter vorgenommen und die resultierenden Häufigkeitstabellen einander in Excel gegenübergestellt.

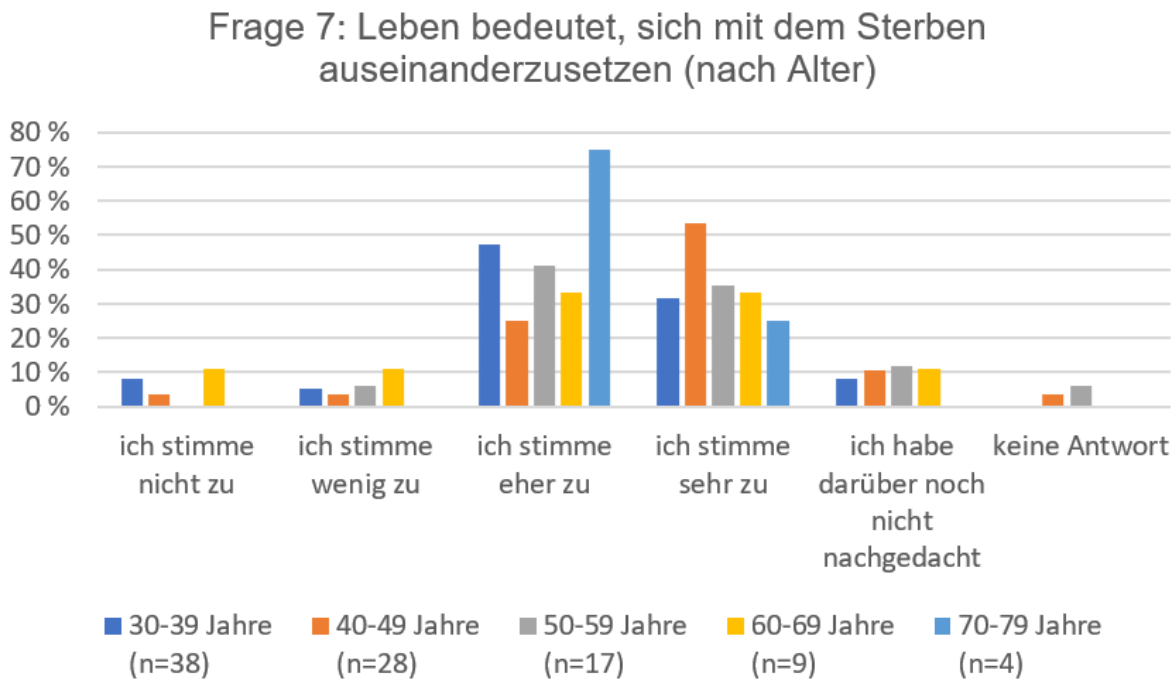
Abbildung 12: Auseinandersetzung mit dem Sterben nach Geschlecht



Wie die Abbildung zeigt, stimmen insgesamt 78,1% der Aussage eher, oder sehr zu. Dabei zeigen sich zwischen den Geschlechtern kaum nennenswerte Unterschiede. 19,8% der Befragten haben darüber noch nicht nachgedacht, oder stimmen der Aussage wenig/nicht zu.

In der nächsten Auswertung wurde daher das Alter als unterscheidendes Merkmal herangezogen. Wie sich die Auseinandersetzung mit dem Sterben in verschiedenen Altersgruppen darstellt, soll nachfolgende Abbildung zeigen.

Abbildung 13: Auseinandersetzung mit dem Sterben nach Altersgruppen

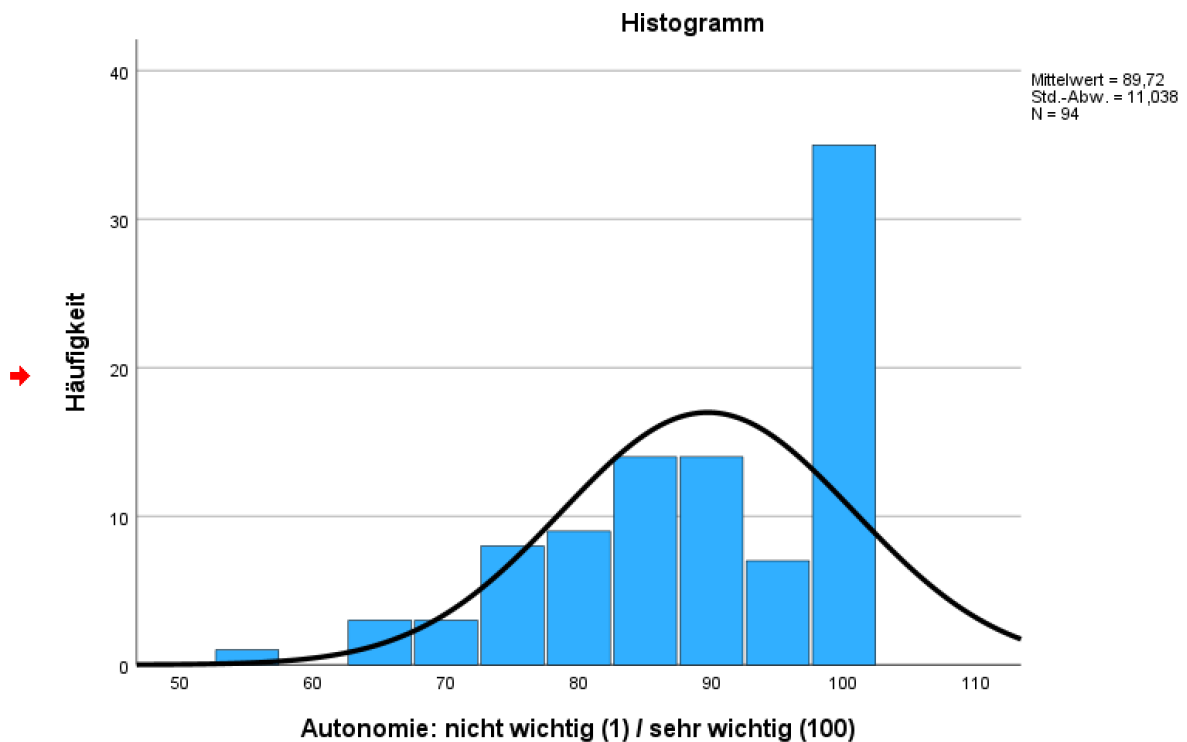


In der Gruppe der 70 bis 79-Jährigen ist die positive Zustimmung mit 100% am höchsten, in der Gruppe der 60 bis 69-Jährigen mit zwei Drittel (66.6%) am geringsten.

Die **Frage 8: „Haben Sie sich schon jemals überlegt, wie und wo Sie sterben möchten“**, wurde von 97.9% der Teilnehmer*innen beantwortet, wobei eine Mehrheit von 59.4% mit „ja“ geantwortet hat. Eine Analyse der Mehrheit nach Geschlecht zeigt, dass davon 65.2% Frauen und 46.7% Männer waren. In der Altersgruppe 60 - 69 Jahre haben sich 77.8% damit beschäftigt, gefolgt von den 70 bis 79-Jährigen (75%), 40 bis 49-Jährigen (64.3%), 50 bis 59-Jährigen (58.8%) und schließlich der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen mit 50%.

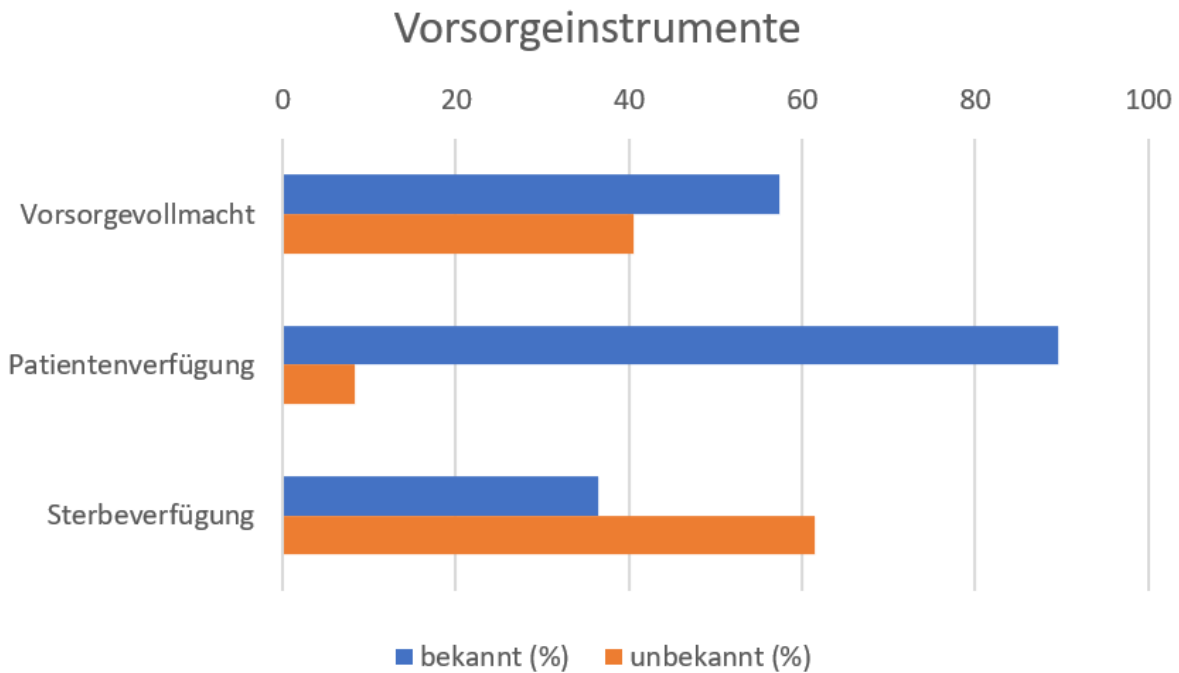
Auf einer Skala mit den beiden Endpunkten „nicht wichtig (ich vertraue auf andere)“ und „sehr wichtig (ich möchte immer alles selbst entscheiden können)“ mussten die Teilnehmer*innen mittels Schieberegler die persönliche Einstellung auf **Frage 9: „Wie wichtig sind für Sie Autonomie und Selbstbestimmung in ihrem Leben?“** angeben. Es wurden im Fragebogen keine Skalenwerte angezeigt, in der Auswertung wurden der jeweiligen Position des Schiebereglers Werte zwischen 1 und 100 zugeordnet. Das folgende Histogramm fasst diese Einzelwerte in Gruppen zusammen und stellt die jeweilige Häufigkeit dar.

Abbildung 14: Histogramm zur Autonomie und Selbstbestimmung



Auffallend ist, dass einerseits kein Wert kleiner als 55 ausgewählt wurde und dass 32.3% den Schieberegler auf die ganz rechte Position (100: Autonomie ist sehr wichtig) eingestellt hatten. Auch hier zeigten sich im Detail keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Mit einem Mittelwert von 89,72 (Standardabweichung = 11.038) sind den Teilnehmer*innen Autonomie und Selbstbestimmung damit sehr wichtig. Inwieweit sich diese Einstellung im Wissen um die gesetzlichen Vorsorgeinstrumenten widerspiegelt, wird abschließend für dieses Kapitel in **Frage 10** untersucht: „**Welche dieser gesetzlichen Vorsorgeinstrumente (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Sterbeverfügung) kennen Sie?**“.

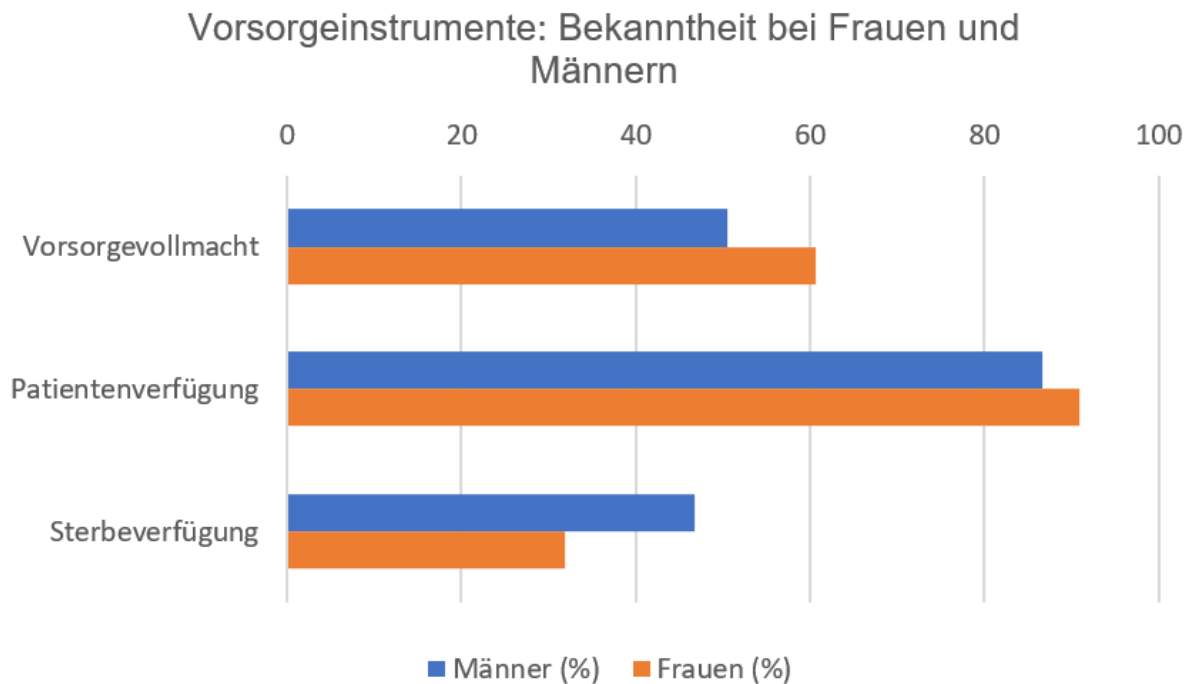
Abbildung 15: Bekanntheit gesetzlicher Vorsorgeinstrumente



Mit 89.6% stellt die Patientenverfügung das bekannteste Vorsorgeinstrument dar, gefolgt von der Vorsorgevollmacht mit 57.3%. Wenngleich erst 36.5% der Befragten das Instrument der Sterbeverfügung kannten, ist das Ergebnis dennoch überraschend, bedenkt man, dass das Gesetz erst im Jänner 2022 in Kraft getreten ist und die Zahl jener Personen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollen, eher klein ist.

Wie in Kapitel 2.3 „Daten zu Suiziden in Österreich“ gezeigt wurde, waren 2022 mehr als drei Viertel der Suizidtoten Männer. In der nun folgenden Auswertung wurden daher die den Teilnehmer*innen bekannten Instrumente zusätzlich nach Geschlecht unterschieden. Dabei zeigt sich, dass etwas mehr Frauen als Männer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung kennen, jedoch mit 46.7% deutlich mehr Männer als Frauen (31.8%) das Instrument der Sterbeverfügung. Wie sich in einer Detailauswertung zeigte, war der Bekanntheitsgrad der Sterbeverfügung mit 44.4% bei den 60 bis 69-Jährigen und 50% bei den 70 bis 79-Jährigen, überdurchschnittlich hoch. Ob daraus auf einen Zusammenhang mit den ansteigenden Suizidraten ab 55 Jahren, vor allem bei Männern geschlossen werden kann, lässt sich hier nicht beantworten.

Abbildung 16: Bekannte Vorsorgeinstrumente nach Geschlecht



Damit ist der allgemeine Teil zur Einstellung der Österreicher*innen zum Thema Sterben, Sterbehilfe und Instrumenten der Vorsorge abgeschlossen und damit die Voraussetzung geschaffen, im folgenden letzten Kapitel auf die eingangs gestellten Forschungsfragen einzugehen.

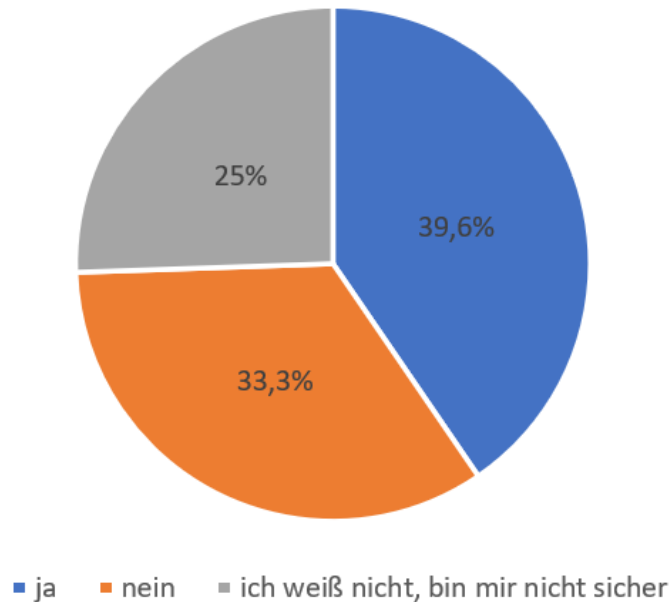
3.3.3 Einstellung zu aktiver/institutionalisierter Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen

Im dritten Teil der empirischen Untersuchung wird neben den Forschungsfragen auch auf häufige Kritikpunkte am Sterbeverfügungsgesetz eingegangen. Die Fragen werden dabei in der Reihenfolge ihres Auftretens im Fragebogen, einzeln dargestellt.

3.3.3.1 Frage 11: „Kennen Sie die aktuelle rechtliche Situation in Österreich bezüglich Sterbehilfe (assistiertem Suizid)?“

Abbildung 17: Bekanntheit der Rechtslage zum assistierten Suizid

Die Rechtslage zur Sterbehilfe ist mir bekannt?



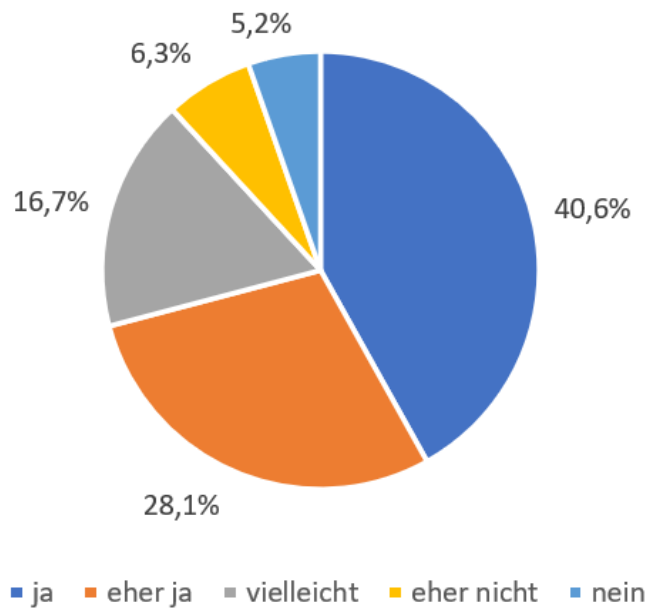
39.6% der Respondent*innen geben an, die Rechtslage zu assistiertem Suizid zu kennen, 25% sind sich nicht sicher. In der eingangs erwähnten, von Statista durchgeführten Untersuchung im Erhebungszeitraum 6. bis 15. März 2023, also vor etwa einem Jahr, war erst 27.4% der Teilnehmer*innen die Rechtslage bekannt. Das entspricht einem Zuwachs von 12.2 Prozentpunkten im letzten Jahr.

3.3.3.2 Frage 12: „Wenn Sie unheilbar krank wären, käme ein assistierter Suizid für Sie grundsätzlich in Frage?“

Auch diese Frage wurde in ähnlicher Form bei der zuvor zitierten Statista-Umfrage des Vorjahres gestellt und wie folgt beantwortet: etwa 17% würden Sterbehilfe selbst in Anspruch nehmen und 37.2% darüber nachdenken.

Abbildung 18: Einstellung zu assistiertem Suizid

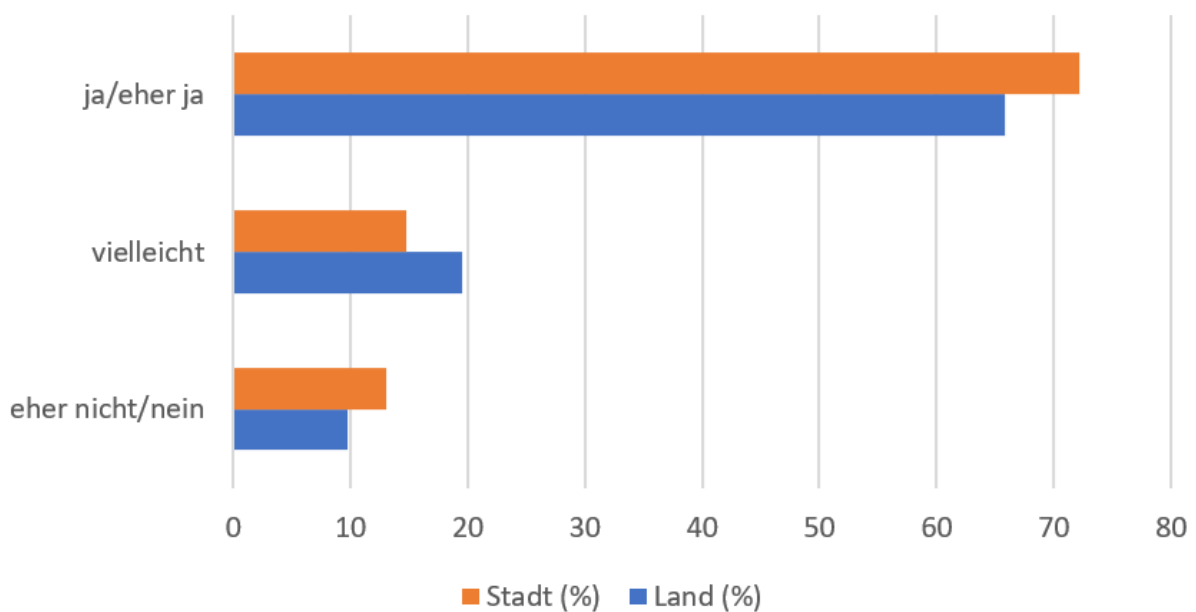
Käme assistierter Suizid für Sie in Frage?



Auch wenn ein direkter Vergleich mit der Statista-Umfrage nicht zulässig ist, ist doch überraschend, dass eine Mehrheit von 68.7% sich die Inanspruchnahme von Sterbehilfe (eher) vorstellen kann und sie für immerhin 16.7% vielleicht in Frage käme. Lediglich 11.5% können sich assistieren Suizid nicht, oder eher nicht vorstellen.

Abbildung 19: Einstellung zu assistiertem Suizid nach Stadt/Land

Assistierter Suizid nach Stadt/Land

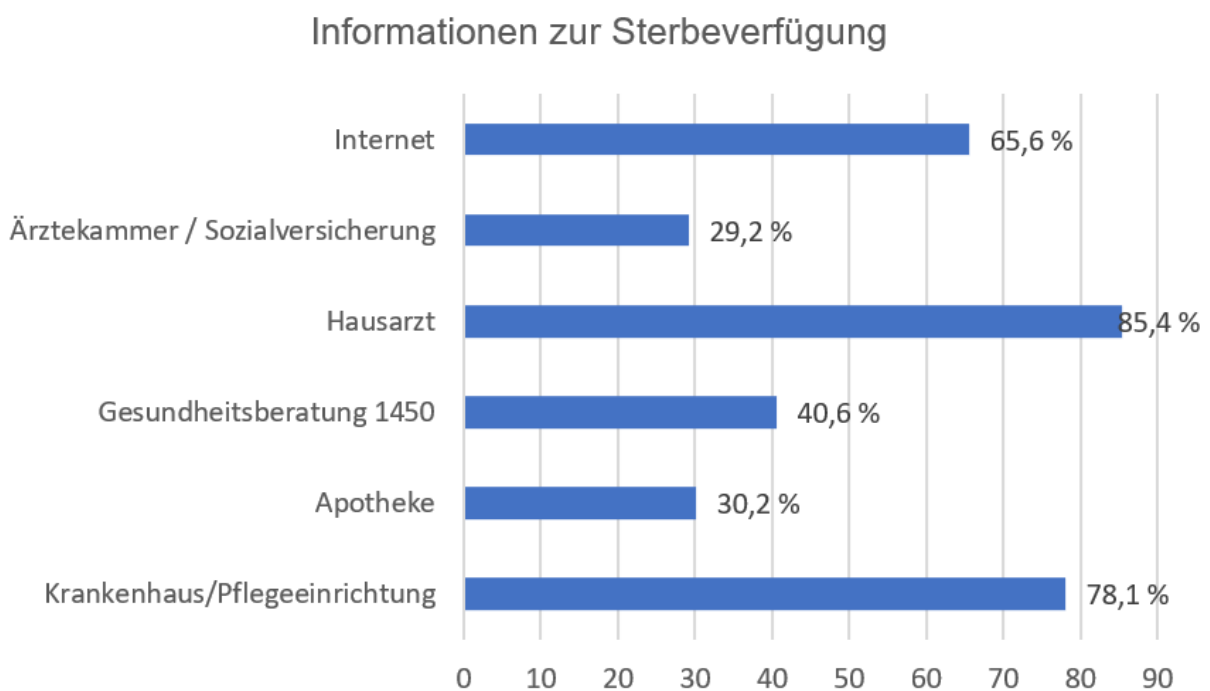


Für eine zusätzliche Auswertung wurden die positiven (ja, eher ja) und negativen (nein, eher nein) Items in Gruppen zusammengefasst und getrennt nach dem Merkmal Wohnort ausgewertet. Dabei zeigt sich bei Befürworter*innen und Gegner*innen eine leichte Mehrheit in den Städten, während im ländlichen Raum die Unentschlossenen überwiegen.

3.3.3.3 Frage 13: „Auskünfte über Ärzt*innen, Notare und Apotheken, die bei der Errichtung einer Sterbeverfügung beraten und unterstützen, sind in Österreich nicht einheitlich verfügbar. Wo sollten diese Informationen angeboten werden?“

Diese Frage orientierte sich an einem häufig geäußerten Kritikpunkt am Sterbeverfügungsgesetz, dass nämlich die Informationen über jene Ärzt*innen, Notariate und Apotheken, die bei der Errichtung beraten und unterstützen, nur in zwei Bundesländern öffentlich verfügbar sind. Eine Anfrage an die Wiener Ärztekammer, für diese Umfrage Kontaktinformationen von beratenden Ärzt*innen zu Verfügung zu stellen, wurde mit dem Hinweis auf das Datenschutzgesetz abgelehnt. Ähnliche Erfahrungen haben auch Betroffene gemacht und ist dies auch Gegenstand einer beim Obersten Gerichtshof (OGH) anhängigen Zivilklage. Wo sich die Teilnehmer*innen an dieser Umfrage Beratungsangebote wünschen, beantwortet die folgende Grafik.

Abbildung 20: Informationsangebote zum assistierten Suizid

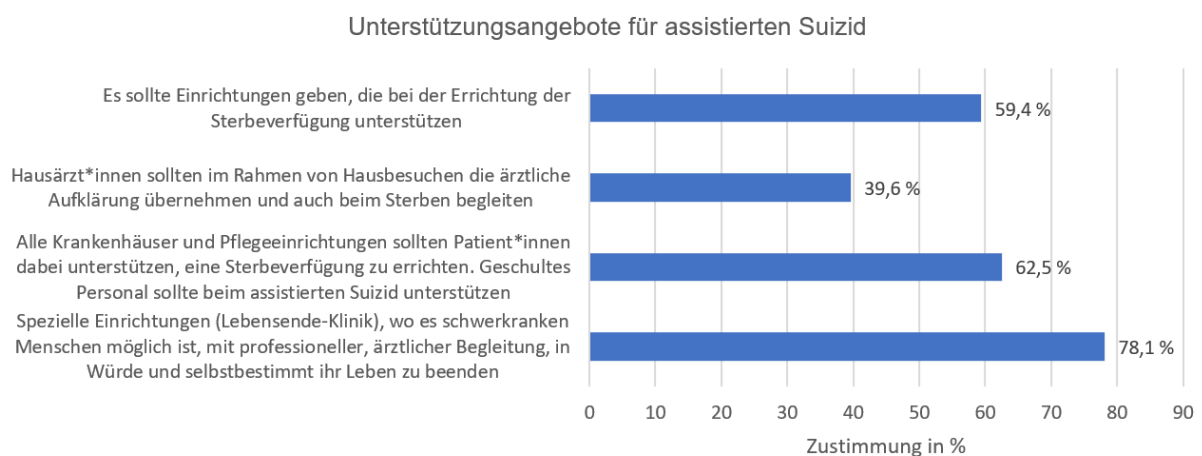


Hausärzt*innen spielen in Österreichs Gesundheitsversorgung eine führende Rolle und wenig verwunderlich, wünschen sich daher 85.4% der Befragten, von ihnen Informationen zur Errichtung einer Sterbeverfügung zu erhalten. Es wäre daher wichtig, seitens der Ärztekammer entsprechende Fortbildungsinhalte anzubieten. Mit 78.1% liegen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bereits an zweiter Stelle, gefolgt vom Internet als Plattform zur Informationsbeschaffung. Auch der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 kommt mit 40.6% eine gewisse Bedeutung zu, immerhin für ein Drittel der Befragten stellen auch Apotheken, Ärztekammern und Sozialversicherungen potenzielle Informationsquellen dar. Das Item „Es ist gut so wie es ist, ich möchte keine Änderung“ wurde keinmal selektiert, somit ist erkennbar, dass auch Gegner*innen der Sterbehilfe und Unentschlossene grundsätzlich an Informationsangeboten zur Sterbeverfügung interessiert sind. Es dürfte dies auch einem allgemeinen Wunsch nach Enttabuisierung der Themen Sterben und Sterbehilfe entsprechen.

3.3.3.4 Frage 14: „Unterstützungsangebote für Menschen, die aufgrund ihrer schweren Krankheit, oder weil sie im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind, nicht mehr selbst in der Lage sind, eine Sterbeverfügung zu errichten.“

Auch diese Frage griff einen häufigen Kritikpunkt auf, dass nämlich Menschen dann, wenn sie Sterbehilfe benötigten, nicht mehr in der Lage wären, eine Sterbeverfügung ohne fremde Hilfe zu errichten. Besonders in Einrichtungen der Altenversorgung und in Krankenhäusern fehlen dafür rechtliche Grundlagen. Teilnehmer*innen wurden gebeten von den vorgeschlagenen Unterstützungsmöglichkeiten alle für sie in Frage kommenden Items zu markieren.

Abbildung 21: Unterstützungsangebote für assistierten Suizid



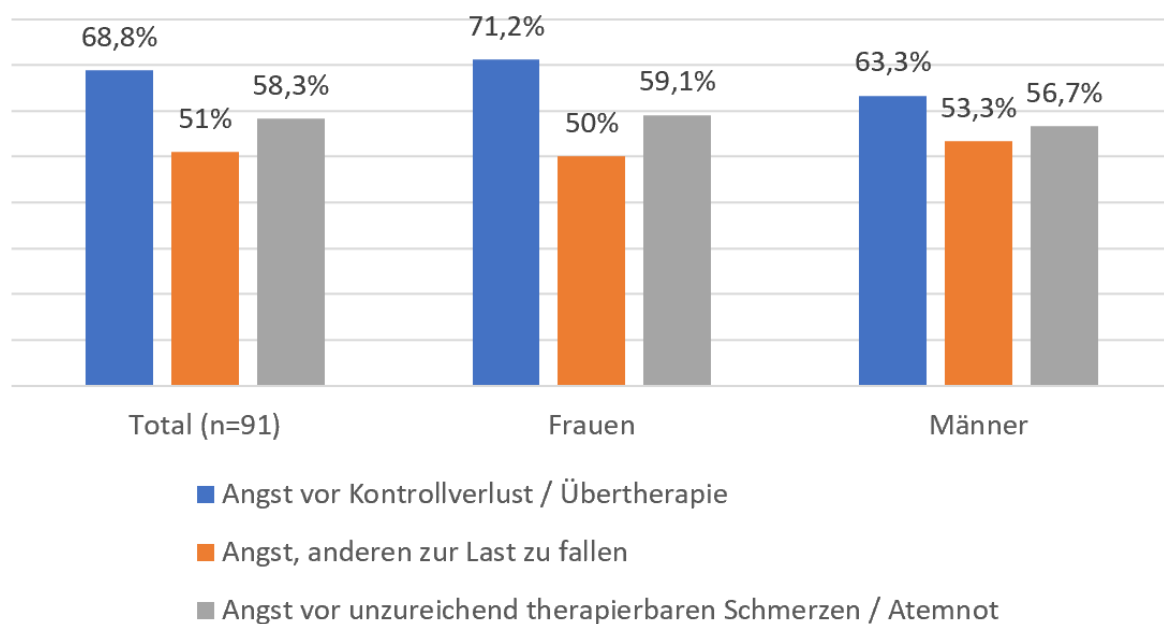
Hier zeigte sich ein Schwerpunkt bei Lebensende-Kliniken (78.1%) wie sie bereits in den Niederlanden existieren. Gleich danach folgen mit 62.5% Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. 59.4% wünschen sich ganz allgemein Einrichtungen zur Unterstützung bei der Errichtung der Sterbeverfügung und assistiertem Suizid. Interessanterweise wird die Unterstützung durch Hausärzt*innen, zu Hause, nur von 39.6% der Befragten gewünscht. Es scheint, dass Hausärzt*innen zwar als erste Informationsquelle für die Errichtung einer Sterbeverfügung bevorzugt werden, assistierter Suizid dann aber doch eher institutionalisiert stattfinden soll. Ob diese Präferenzen der Tatsache geschuldet sind, dass die meisten Menschen nicht zu Hause, sondern in Institutionen versterben, lässt sich nicht beantworten.

3.3.3.5 Frage 15: Gründe für die Ablehnung von Palliativmedizin

Palliativversorgung wird vor allem in Einrichtung, bei denen der Träger eine kirchliche Einrichtung ist, als Alternative zum assistierten Suizid angeboten. Kritiker*innen sehen in Palliativmedizin den Versuch von Ärzt*innen, über Sterben und Tod von Patient*innen zu entscheiden, wenn kurative Behandlungsoptionen ihr Ende erreicht haben. Für die drei am Häufigsten genannten Ablehnungsgründe, wurde die Nachvollziehbarkeit für die Befragten erhoben.

Abbildung 22: Ängste vor palliativmedizinischer Betreuung

Gründe für die Ablehnung von Palliativmedizin

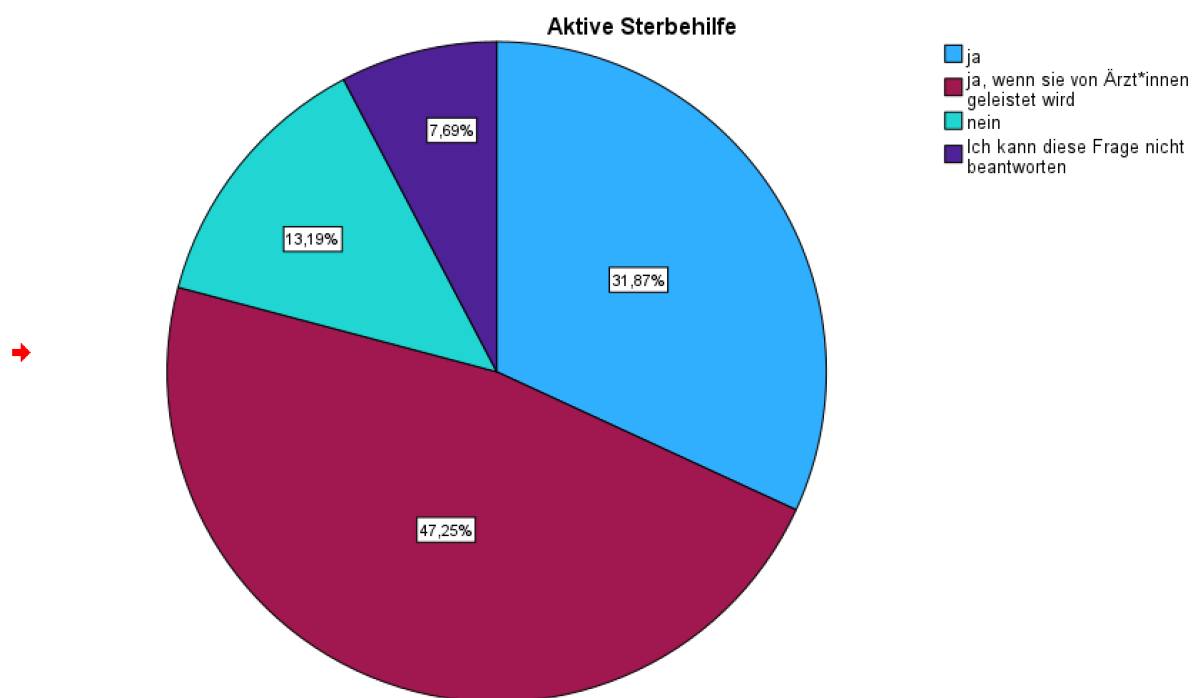


Die größten Ängste bestehen demnach vor lebensverlängernden Maßnahmen durch Übertherapie (68.8%) und unzureichender Schmerztherapie oder Atemnot (58.3%). Immerhin mehr als die Hälfte der Befragten (51.0%) geben an, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. In der

Reihung der Ängste besteht zwischen Frauen und Männern kein Unterschied, die absoluten Häufigkeiten unterscheiden sich jedoch geringfügig. Interessant auch, dass bei Frauen die Angst vor Kontrollverlust stärker ausgeprägt ist (71.2%) als bei Männern (63.3%), was die Rollenzuschreibungen des „starken Geschlechts“ in Frage stellt.

3.3.3.6 Frage 16: „Sind Sie dafür, dass in Österreich auch aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt wird?“

Abbildung 23: Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe in Österreich



Hier ergab sich eine klare Mehrheit von 79.1 % die sich für aktive Sterbehilfe entschied, wobei der Großteil von 47.3% die ärztliche Durchführung als Voraussetzung angab. Immerhin lehnen 13.2% aktive Sterbehilfe ab und 7.7% konnten diese Frage nicht beantworten.

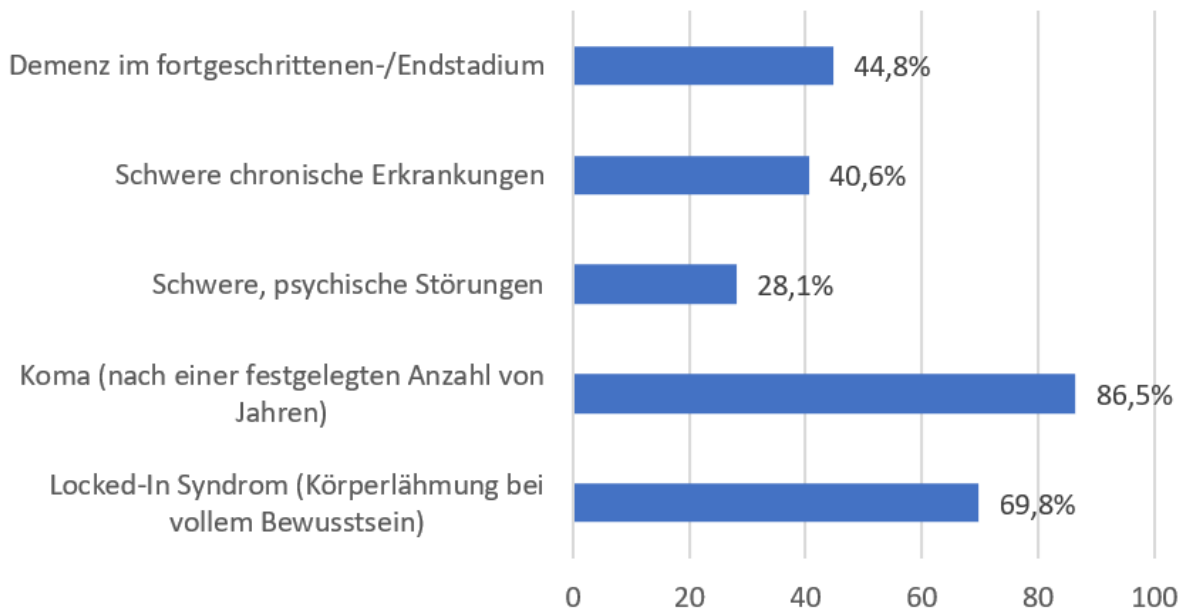
3.3.3.7 Frage 17: „Bei welchen Krankheitsbildern stimmen Sie aktiver Suizidassistenz zu, wenn vorab eine Sterbeverfügung errichtet wurde?“

Ein mehrfach geäußerter Wunsch Betroffener und Kritiker*innen betrifft die Ausweitung der im Sterbeverfügungsgesetz unter Voraussetzungen (§6 Ziffer 3) angeführten Erkrankungen, bei deren Vorliegen Sterbehilfe erlaubt ist. In einigen Ländern besteht die Möglichkeit, vorab eine Sterbeverfügung für bestimmte Krankheiten zu errichten. Tritt diese Krankheit dann ein und ist

die/der Patient*in nicht mehr entscheidungsfähig, wird durch Ärzt*innen eine lebensbeendende Handlung gesetzt (aktive Suizidassistenz). Nachfolgende Abbildung zeigt, bei welchen Krankheitsbildern aus Sicht der Teilnehmer*innen aktive Sterbehilfe zulässig sein sollte.

Abbildung 24: Erkrankungen für assistierten Suizid

Vorabsterbeverfügung: Erkrankungen



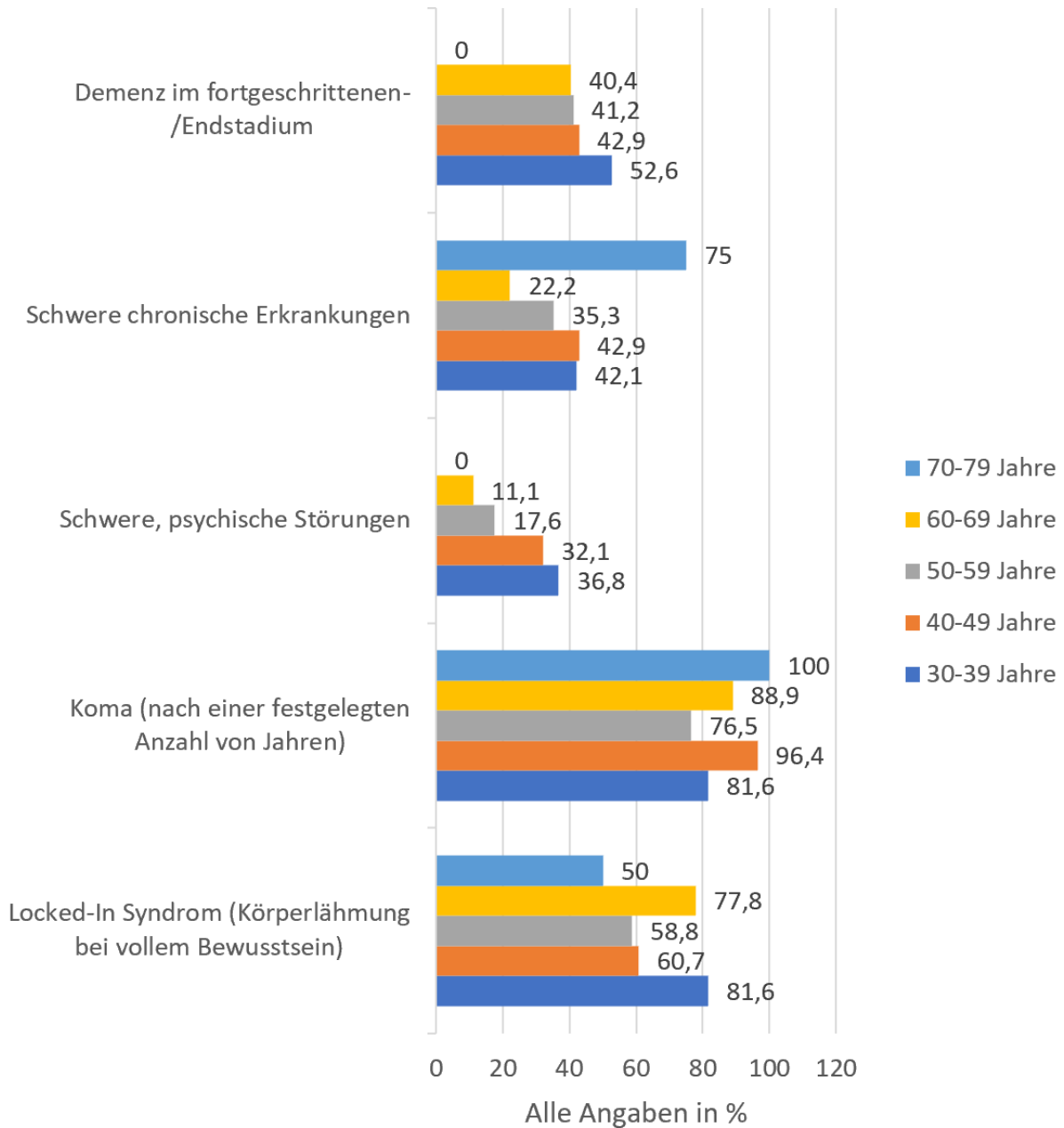
Auffällig ist die hohe Zustimmung für assistierten Suizid nach langjährigem Koma (86.5%) und bei Vorliegen eines Locked-In Syndroms (69.8%). Hier wäre allerdings assistierter Suizid bei bestehender Erkrankung nicht möglich, da ohne Vorliegen einer Vorabsterbeverfügung, Ärzt*innen jedenfalls verpflichtet sind, Patient*innen am Leben zu erhalten. Das Instrument der Vorabverfügung ist in Österreich jedoch nicht gesetzlich geregelt. Bereits an dritter Stelle, wurden mit 44.8% Demenzerkrankung genannt. Geht man davon aus, dass in Österreich etwa 130.000 bis 150.000 an Demenz Erkrankte - Tendenz steigend - leben (BMSGPK, 20.3.2024), ist eine Diskussion über die Aufnahme dieser Erkrankung in das Sterbeverfügungsgesetz jedenfalls zu hinterfragen. Auch hier müsste für eine Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen gegeben sein. Das Item „schwere chronische Erkrankung“ wurde lediglich zur Kontrolle eingebaut, da hier bereits heute (passive) Sterbehilfe zulässig ist. Für die Aufnahme schwerer, psychischer Störungen in den Katalog der Krankheitsbilder für assistierten Suizid haben sich immerhin 28.1% der Teilnehmer*innen entschieden, in Hinblick auf eine generelle Zunahme psychischer Erkrankungen, könnte dieses Thema aber schon bald größeren Stellenwert erlangen.

Eine Auswertung nach dem Alter der Befragten zeigte in der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen für alle Krankheiten tendenziell höhere Zustimmungswerte, die im Verlauf bis zur Gruppe der 60 bis 69-Jährigen wieder abnahmen. Besonders auffällig war jedoch, dass in der Gruppe der

70 bis 79-Jährigen, Demenzerkrankung und schwere, psychische Störungen nicht markiert wurden (0,0%). Hierzu muss allerdings angemerkt werden, dass in dieser Altersgruppe Frage 17 nur von vier Personen beantwortet wurde. Die Ergebnisse sind somit nicht aussagekräftig.

Abbildung 25: Erkrankungen nach Altersgruppe

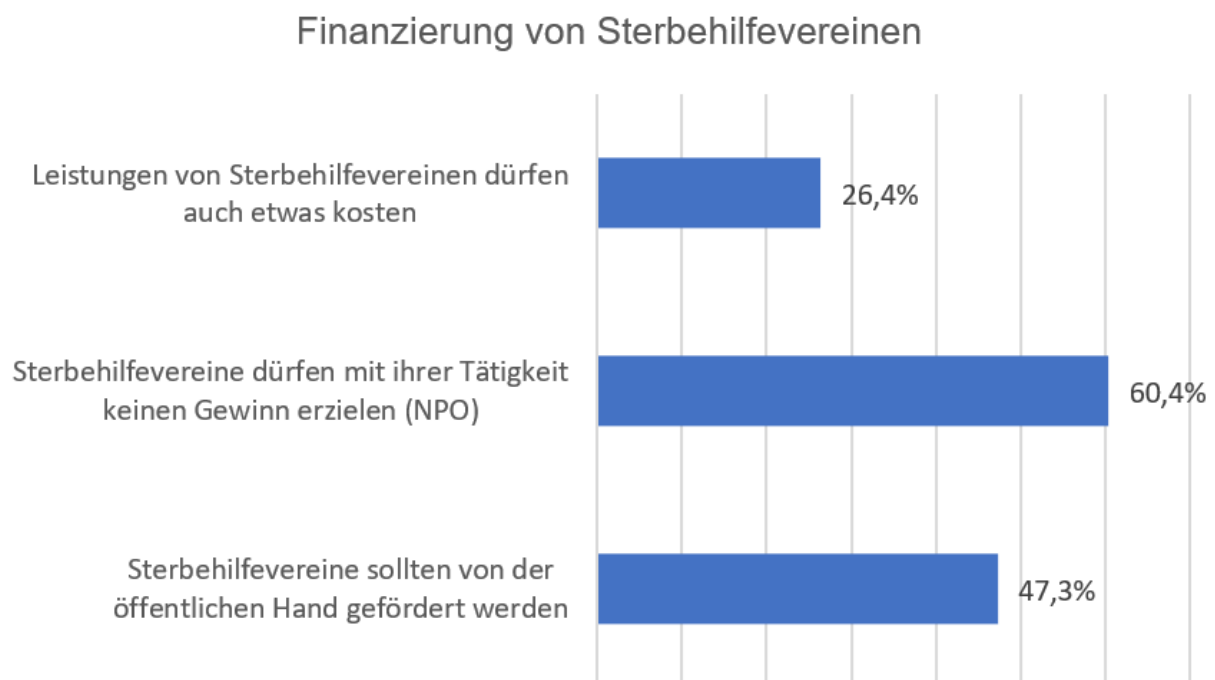
Erkrankungen nach Alter



3.3.3.8 Frage 18: „Sollten in Österreich Sterbehilfevereine erlaubt sein und für ihre Tätigkeit Beiträge einheben dürfen?“

In der abschließenden Frage 18 wurde erhoben, ob Sterbehilfevereine nach Schweizer Vorbild in Österreich erlaubt sein und ob sie für ihre Unterstützung auch finanziell entschädigt werden sollten. Hinsichtlich der Zulässigkeit solcher Organisationen sprachen sich 78.1% der Befragten dafür aus. Eine Übersicht über die Finanzierung solcher Angebote lässt sich der nachstehenden Abbildung entnehmen.

Abbildung 26: Sterbehilfevereine und ihre Finanzierung



Die Beantwortung der Frage erlaubt zwar keine Rückschlüsse, wie genau die Finanzierung von Sterbehilfeorganisationen aussehen sollte, dennoch können zumindest bestimmte Rahmenbedingungen daraus abgeleitet werden: so stimmen zwar 26.4% der Teilnehmer*innen zu, dass Sterbebegleitung auch etwas kostet, über 60.4% meinen aber, dass mit der Tätigkeit kein Gewinn erzielt werden sollte. Für Sterbehilfeorganisationen bietet sich somit die Rechtsform eines gemeinnützigen Vereins an, wobei „gemeinnützig“ Zwecke sind, die die Allgemeinheit fördern (BMF, 20.3.2024). Einer Förderung solcher Vereine stimmt fast die Hälfte der Befragten (47.3%) zu.

Damit ist der empirische Teil dieser Arbeit abgeschlossen und es folgt eine Diskussion der Ergebnisse verbunden mit der Beantwortung der Forschungsfragen im nächsten Kapitel.

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Wie im theoretischen Teil dargestellt, ist die Anzahl der Suizidtoten wieder gestiegen und der Umstand, dass im Jahr 2022 davon immerhin 87% der Personen älter als 55 Jahre waren, alarmierend. Prognosen zur demografischen Entwicklung geben für das Jahr 2050 einen Anteil von 27.9% der Personen ab 65 Jahren an, bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenrate. Daraus resultiert eine relative Zunahme der älteren Bevölkerung und damit einhergehend, ein Ansteigen der Suizidtoten. Ein weiterer Ausbau der Palliativversorgung kann diesem Trend entgegenwirken, allerdings führt die Angst Betroffener vor Übertherapie und der Wunsch, den Todeszeitpunkt durch Suizid selbst wählen zu können, auch vermehrt zu Ablehnung. Wie die Erhebung gezeigt hat, sind Autonomie und Selbstbestimmung für die Teilnehmer*innen wichtig, einem Drittel der Befragten sogar sehr wichtig. Angesichts einer Verschiebung des Sterbeortes in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen stellt sich die Frage, wie diesem Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben in diesen Einrichtungen nachgekommen werden kann. Das Anfang 2022 in Kraft getretene Sterbeverfügungsgesetz erlaubt zwar in gewissen Fällen Hilfe bei der Selbsttötung, in der Praxis berichten Betroffene aber von zahlreichen Hürden bei der Errichtung der Sterbeverfügung und fehlenden Informationen. Die fehlende Mitwirkungspflicht der im Gesetz genannten Ärzt*innen, Notariate und Apotheken führt in manchen Fällen dazu, dass Betroffene assistierten Suizid nicht durchsetzen können. In Institutionen fehlen gesetzliche Grundlagen, um Mitarbeiter*innen als Sterbehelfer*innen einsetzen zu können. Hilfe von außen in Form von Sterbehilfeorganisationen, wie sie beispielsweise in Deutschland und der Schweiz existieren, ist in Österreich aufgrund der Gesetzeslage de facto nicht erlaubt. Umfangreiche Kritik am Sterbeverfügungsgesetz und mehrere beim Obersten Gerichtshof anhängige Individualklagen, sollen in nächster Zeit zu einer Veränderung dieser Situation führen. Hier setzte auch die vorliegende Befragung an. Im Vorfeld geplante Interviews mit Ärzt*innen, die Aufklärungsgespräche mit Sterbewilligen geführt haben, konnten nicht realisiert werden, da zumindest die Wiener Ärztekammer die Herausgabe von Kontaktdaten unter Berufung auf das Datenschutzgesetz verweigerte. Umfragen zum Thema Suizid und Sterbehilfe gibt es nur sehr wenige und sind diese entweder schwer zugänglich oder wenig detailliert. Darüber hinaus sind Sterben und Tod in unserer Gesellschaft immer noch Tabuthemen, was die Gestaltung eines geeigneten Fragebogens, zu einem Balanceakt zwischen Forschungsinteresse und der Einschätzung der Bereitschaft der Teilnehmer*innen die Fragen zu beantworten, werden ließ. Zur Methodik ist anzumerken, dass die Durchführung von Onlinebefragungen und die Gewinnung von Teilnehmer*innen über Plattformen der Hochschule sowie persönliche Initiative, den Möglichkeiten im Rahmen einer Bachelorarbeit geschuldet waren. Wie sich im Rahmen der Auswertung des demografischen Teils zeigte, war die Stichprobe nur bedingt repräsentativ für die Grundgesamtheit, da zwei Drittel der Teilnehmer*innen weiblich, fast 70% zwischen 30 und 49 Jahren alt und Personen älter als 80 Jahre, nicht vertreten waren. In Hinblick auf das

fünffach höhere Suizidrisiko in der Altersgruppe 85+ wäre deren Einstellung besonders von Bedeutung. Allerdings ist fraglich, ob für diese Gruppe ein Onlinefragebogen das richtige Erhebungsinstrument gewesen wäre oder vermutlich besser, persönliche Interviews. Es zeigte sich auch ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Akademiker*innen. Davon abgesehen, wurde die Mindeststrichprobe aber deutlich überschritten und erlaubt so gesicherte Aussagen über die Einstellung der Teilnehmer*innen. Ein Großteil der Befragten hat sich demnach schon mit dem Sterben auseinandergesetzt und auch überlegt, wie und wo sie oder er sterben möchte. Mit über 70% ist der Anteil in der Gruppe der 60 bis 79-Jährigen besonders hoch und nimmt in den jüngeren Altersgruppen ab. Besonders hervorzuheben ist der Stellenwert von Autonomie und Selbständigkeit, hier ergab sich eine rechtsschiefe Verteilung mit 89.72 als Mittelwert, wobei ein Drittel der Antworten bei 100 („sehr wichtig“) lag. Dementsprechend sind auch Instrumente der Vorsorge bekannt, wobei die Patientenverfügung mit fast 90% an vorderster Stelle steht und die erst 2022 eingeführte Sterbeverfügung immerhin schon 36.5% der Befragten kennen. Der dritte Teil der Befragung orientiert sich an der Beantwortung der Forschungsfragen. Die Frage nach der Einstellung zu assistiertem Suizid erlaubte auch eine Orientierung an einer 2023 durchgeführten Umfrage der Statista GmbH. Demnach wollten 2023 17% Sterbehilfe selbst in Anspruch nehmen und kann sich das 2024 bereits ein Anteil von 68.7% (eher) vorstellen. Ein direkter Vergleich ist zwar nicht zulässig, dennoch ist ein hoher Anteil an Befürworter*innen für Sterbehilfe erkennbar. Dies zeigt sich auch deutlich an den gewünschten Unterstützungsangeboten: 78.1% wünschen sich Lebensende-Kliniken, 62.5% ein Angebot in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und fast 60% in Einrichtungen, die Sterbehilfe anbieten. Überraschend ist, dass Hausärzt*innen mit 39.6% eher unterdurchschnittlich abgeschnitten haben. Auf die Frage nach Palliativversorgung als Alternative zum Suizid geben fast 70% an, Angst vor lebensverlängernden Maßnahmen durch Übertherapie zu haben. Besonders hervorzuheben ist auch die große Mehrheit von 79.1% die sich für aktive Sterbehilfe, also die aktive Tötung durch Ärzt*innen ausgesprochen hat. Das ist auch aus juristischer Sicht bedeutsam, da für das Höchstgericht ohnehin nie ein Unterschied zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe bestand. Hinsichtlich einer Ausweitung der Krankheitsbilder für assistierten Suizid zeigen sich starke Präferenzen für Koma und das Locked-In Syndrom, während psychische Störungen und Demenz eher vorsichtig beurteilt werden, vor allem in der Gruppe der 70 bis 79-Jährigen. Auch die abschließende Frage nach der Erlaubtheit von Sterbehilfevereinen in Österreich wurde von einer großen Mehrheit (78.1%) befürwortet. Die Frage nach der Finanzierung solcher Vereine lässt sich dahingehend beantworten, dass damit kein Geschäft gemacht werden sollte.

In Beantwortung der Forschungsfragen lässt sich somit zusammenfassen, dass eine deutliche Mehrheit der befragten Österreicher*innen aktiver Sterbehilfe gegenüber positiv eingestellt ist,

Sterbehilfeangebote in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen befürwortet und Organisationen, die beim assistierten Sterben unterstützen (Sterbehilfevereine) begrüßt werden, wenn sie gemeinnützig und ohne Gewinnerzielungsabsicht, arbeiten.

5 Conclusio und Ausblick

Die Gesetzgebung hat mit der Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes 2022 in Österreich auf ein Erkenntnis des Obersten Gerichtshofes reagiert und Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen straffrei gestellt. Wenngleich das Gesetz einen großen Schritt in Richtung Souveränität der Patient*innen darstellt, wurde doch die Gelegenheit, assistierten Suizid auf breiter gesellschaftlicher Basis zu diskutieren, verpasst. Hat die Patientenverfügung als Vorsorgeinstrument ein Stück Autonomie für Patient*innen gebracht, indem lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt werden können, vermittelt die fehlende Mitwirkungspflicht von Ärzt*innen bei der Errichtung der Sterbeverfügung den Eindruck, dass dieser Berufsgruppe nun wieder mehr Entscheidungsgewalt über Leben und Sterben von Menschen eingeräumt wurde. Der Wunsch nach Individualität und Autonomie nimmt in westlichen Gesellschaften zu, dementsprechend sollte auch selbstbestimmtes Sterben eine Entscheidung des Individuums sein. Der Gesetzgeber muss allerdings sicherstellen, dass diesem Wunsch eine freie Entscheidung zugrunde liegt. Auch sollte es Betroffenen möglich sein, dafür Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Ob aktive, oder passive Suizidassistenten dabei von bestimmten Berufsgruppen oder Institutionen unterstützt wird, ist eine Entscheidung, die jene selbst treffen müssen. Tatsächlich hat die Erhebung gezeigt, dass seitens der Österreicher*innen ein starker Wunsch nach aktiver, institutionalisierter Sterbehilfe besteht. Möchte man an bestehenden Berufsbildern und Einrichtungen keine (gesetzlichen) Änderungen vornehmen, wäre alternativ Hilfe von außen in Form von Sterbehilfeorganisationen vorstellbar. Hier muss aber sichergestellt werden, dass diese nach ethischen Gesichtspunkten handeln und sollten ihre Prozesse und Leistungsangebote qualitätsgesichert sein. Es wäre auch denkbar, Ausbildungsangebote und einen neuen Beruf „Sterbehelfer*in“ zu etablieren, verbunden mit einer Eintragung in ein Sterbehelfer*innen-Register. Damit könnte sichergestellt werden, dass die erforderlichen Qualifikationen nachweislich vorliegen. Medizinische Diagnostik und Krankheitsprognose würden auch weiterhin in den Händen von Ärzt*innen liegen und könnte für diese Berufsgruppe eine Zusatzausbildung für Sterbehilfe geschaffen werden. Für die Beratung zu Suizidalternativen und Palliativangeboten bedarf es nicht unbedingt ärztlicher Unterstützung. Wichtig ist für Betroffene in ihrer ohnehin belastenden Situation, empathisch begleitet zu werden und rasch Hilfe zu erhalten. Die wichtigsten Voraussetzungen dafür sind Transparenz und Rechtssicherheit – beides ist aktuell nicht gegeben. Es bleibt zu hoffen, dass die anhängigen Individualklagen zu einer

Änderung des Sterbeverfügungsgesetzes führen werden und in diesem Zusammenhang auch die Chance genutzt wird, Sterbehilfe auf breiter gesellschaftlicher Basis neu zu etablieren. Unabhängig davon wäre es aber bereits jetzt notwendig, dem Thema Suizid mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Der Umstand, dass dreimal so viele Menschen durch Suizid sterben, als Verkehrstote zu beklagen sind, sollte nicht einfach hingenommen werden. Ab 55 Jahren steigt das Suizidrisiko und drei Viertel der Suizident*innen sind Männer. Wie die Erhebung gezeigt hat ist in der Altersgruppe 60 bis 79 Jahren das Instrument der Sterbeverfügung Männern besser bekannt als Frauen. Geht man davon aus, dass Männer bis 65 Jahre berufstätig sind und eine Anhebung des Pensionsalters politisch diskutiert wird, stellt sich die Frage, inwieweit für Männer ab 55 Jahren nicht bereits heute Beratungs- und Betreuungsangebote sinnvoll wären. Diese könnten auch durch die Arbeitgeber*innen erbracht werden. Österreich rühmt sich ein wohlhabendes Land zu sein und ist stolz auf die gebotene Lebensqualität. In dieser Erhebung haben über 78% der Befragten angegeben, ein gutes Leben beinhalte auch die Auseinandersetzung mit dem Sterben. Ich hoffe, dass diese Arbeit Grundlagen für eine Diskussion auf breiter gesellschaftlicher Basis liefert und assistierter Suizid seinen adäquaten Platz im Gesundheitssystem finden wird.

Literaturverzeichnis

- Becker, G. (2023). Humanisierung des Sterbens durch die Palliativmedizin: Chancen und Grenzen. In F.-J. Bornemann (Hrsg.), *Tod und Sterben: Anthropologische Grundlagen, kulturelle Deutungsmuster und aktuelle Herausforderungen*. (S. 383-398). De Gruyter.
- Borasio, G. D. (2013). *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. (3.Auflage). C.H.Beck.
- Bormann, F.-J. (2024). *Tod und Sterben: Anthropologische Grundlagen, kulturelle Deutungsmuster und aktuelle Herausforderungen*. De Gruyter. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1515/9783111055602>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2023). *Suizid und Suizidprävention in Österreich* (Bericht 2023). https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:802889bf-4033-4280-ac4e-6ad2ef02eda5/Suizidbericht_2023.pdf
- Corcilus, K. (2023). Die hylemorphistische Deutung von Tod und Sterben bei Aristoteles. In F.-J. Bornemann (Hrsg.), *Tod und Sterben: Anthropologische Grundlagen, kulturelle Deutungsmuster und aktuelle Herausforderungen*. (S. 23-43). De Gruyter.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). *G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences*. (Nr.39; Behavior Research Methods, S. 175–191). https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerShortTutorial.pdf
- Feldner-Zimmermann, M. & Plank, A. (Regisseure). (2023, August 29). Sterbehilfe auf dem Prüfstand. Wie sieht die Sterbehilfe in Österreich in der Praxis aus? In *ORF Ö1*.
- Gruber, A.-S. (2021). Advance Care Planning in Österreich. *AHOP-News*, 01/2021. <https://www.medmedia.at/ahop/ausgabe/ahop202101/>
- Halmich, M. & Klein, A. (2023). *Selbstbestimmtes Sterben: Sterbehilfe, assistierter Suizid, Sterbeverfügung in Österreich: Rechtliche & ethische Aspekte*. Educa.

- Hecker, B. (2023). Drei Jahre Sterbehilfe-Urteil des BVerfG: Quo vadis Recht auf selbstbestimmtes Sterben? In F.-J. Bornemann (Hrsg.), *Tod und Sterben: Anthropologische Grundlagen, kulturelle Deutungsmuster und aktuelle Herausforderungen*. (S. 495-514). De Gruyter.
- Höffe, O. (2011). *Aristoteles: Politik* (2. Auflage). Akademie Verlag.
- Hospizbewegung Baden. (2023). *Das Lebensende. Eine Auseinandersetzung mit dem Unausweichlichen*. https://b2b.marketagent.com/media/0auhxxk0/pressecharts_lebensende_oktober-2023.pdf
- Kruse, A. (2023). Suizidalität und Lebensbindung: Welche Faktoren beeinflussen den Wunsch nach einem Tod von eigener Hand? In F.-J. Bornemann (Hrsg.), *Tod und Sterben: Anthropologische Grundlagen, kulturelle Deutungsmuster und aktuelle Herausforderungen*. (S. 453-473). De Gruyter.
- Lang, A. (2018). 3. *Sterben in Österreich: Rahmenbedingungen und Stand der Forschung*⁴. Institut für Höhere Studien.
- Lüders, S. (2020). Die Praxis der Sterbehilfe-Organisationen in Deutschland nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. *Humanistische Union e.V.*, Nr. 229, 107–110.
- Mackor, A. R. (2016). Sterbehilfe in den Niederlanden. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 128(1). <https://doi.org/10.1515/zstw-2016-0002>
- Niedermayr, H. (2022). *Sterbehilfe in Österreich: Ein liberaler Gesetzesentwurf und dessen ethische Erörterung anhand ausgewählter Fragestellungen*. Jan Sramek Verlag.
- Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Rosenberger, P. (2023). Medizinische Intensivtherapie am Lebensende. In F.-J. Bornemann (Hrsg.), *Tod und Sterben: Anthropologische Grundlagen, kulturelle Deutungsmuster und aktuelle Herausforderungen*. (S. 375-382). De Gruyter.
- Schipfer, R. K. (2005). *Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich* (Working Paper 51). Österreichisches Institut für Familienforschung.

Thönnies, M., & Jakoby, N. R. (2011). Wo sterben Menschen? Zur Frage des Sterbens in Institutionen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol.44 (5), 336–339.

<https://doi.org/10.1007/s00391-011-0181-6>

Online-Quellen:

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048.html [Abruf am 20.02.2024]

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:0d5632b0-bdab-46af-a543-1f541b9f62cd/sterbeverfuegungsgesetz.pdf> [Abruf am 20.02.2024]

<https://www.oeghl.at/news> [Abruf am 20.02.2024]

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpraevention-SUPRA.html> [Abruf am 21.02.2024]

<https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower> [Abruf am 21.02.2024]

<https://onlinecampus.fernfh.ac.at/mod/forum/view.php?id=176565> [Abruf am 21.02.2024]

https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesetze_und_recht/erwachsenenvertretung_und_vorsorgevollmacht_bisher_sachwalterschaft/Seite.2900301.html [Abruf am 23.02.2024]

<https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/patientenrechte/3.html> [Abruf am 23.02.2024]

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Medizin/Sterbeverf%C3%BCgung.html> [Abruf am 23.02.2024]

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1379761/umfrage/umfrage-zur-rechtlichen-aufklaerung-zum-assistierten-suizid-in-oesterreich/> [Abruf am 26.02.2024]

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1379603/umfrage/umfrage-zur-persoelichen-einstellung-zu-assistiertem-suizid-in-oesterreich/> [Abruf am 26.02.2024]

<https://www.statistik.at/statistiken/tourismus-und-verkehr/unfaelle/strassenverkehrsunfaelle> [Abruf am 26.02.2024]

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender> [Abruf am 27.02.2024]

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/demographische-merkmale-von-gestorbenen> [Abruf am 28.02.2024]

<https://de.statista.com/themen/40/selbstmord/#topicOverview> [Abruf am 28.02.2024]

<https://www.exit.ch/verein/der-verein/geschichte/#:~:text=Keine%20100%20B%C3%BCrgerinnen%20und%20B%C3%BCrger,f%C3%BCr%20die%20Menschen%20dieses%20Landes.> [Abruf am 01.03.2024]

<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/kurzportrait-d.pdf> [Abruf am 01.03.2024]

<https://www.oeghl.at/news/oeghl-stellt-individualantrag-beim-vfgh> [Abruf am 01.03.2024]

<https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [Abruf am 01.03.2024]

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html> [Abruf am 01.03.2024]

<https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/> [Abruf am 01.03.2024]

https://www.statistik.at/atlas/bev_prognose/#!a=10,30&v=2&o=2023&q [Abruf am 08.03.2024]

<https://psychometrica.de/effektstaerke.html> [Abruf am 08.03.2024]

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/bildungsstand-der-bevoelkerung> [Abruf am 18.03.2024]

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Demenz.html#:~:text=In%20%C3%96sterreich%20leben%20aktuellen%20Sch%C3%A4tzungen,Anstieg%20dieser%20Zahl%20auszugehen%20ist.> [Abruf am 20.03.2024]

<https://www.bmf.gv.at/themen/steuern/spenden-gemeinnuetzigkeit/H%C3%A4ufig-gestellte-Fragen-zu-Vereinen-%E2%80%93-Gemeinn%C3%BCtzigkeit-und-Registrierkassenpflicht.html> [Abruf am 20.03.2024]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 Einwohner*innen) in Österreich 1980-2022	7
Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 Einwohner*innen; Fünf-Jahres-Durchschnitt 2018–2022) nach Altersgruppen	8
Abbildung 3: Bevölkerungspyramide Österreich 2023	14
Abbildung 4: Berechnung der erforderlichen Stichprobe mit G*Power.....	15
Abbildung 5: Darstellung der Teilnehmer*innen nach Geschlecht	18
Abbildung 6: Darstellung der Teilnehmer*innen nach Alter	19
Abbildung 7: Höchster Bildungsabschluss der Teilnehmer*innen.....	20
Abbildung 8: Erwerbstätigkeit der Teilnehmer*innen.....	21
Abbildung 9: Wohnort der Teilnehmer*innen	22
Abbildung 10: Wohnform der Teilnehmer*innen	23
Abbildung 11: SPSS Beispiel zur Häufigkeitsverteilung.....	24
Abbildung 12: Auseinandersetzung mit dem Sterben nach Geschlecht	24
Abbildung 13: Auseinandersetzung mit dem Sterben nach Altersgruppen.....	25
Abbildung 14: Histogramm zur Autonomie und Selbstbestimmung	26
Abbildung 15: Bekanntheit gesetzlicher Vorsorgeinstrumente	27
Abbildung 16: Bekannte Vorsorgeinstrumente nach Geschlecht	28
Abbildung 17: Bekanntheit der Rechtslage zum assistierten Suizid	29
Abbildung 18: Einstellung zu assistiertem Suizid	30
Abbildung 19: Einstellung zu assistiertem Suizid nach Stadt/Land.....	30
Abbildung 20: Informationsangebote zum assistierten Suizid.....	31
Abbildung 21: Unterstützungsangebote für assistierten Suizid.....	32
Abbildung 22: Ängste vor palliativmedizinischer Betreuung.....	33
Abbildung 23: Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe in Österreich	34
Abbildung 24: Erkrankungen für assistierten Suizid	35
Abbildung 25: Erkrankungen nach Altersgruppe.....	36
Abbildung 26: Sterbehilfevereine und ihre Finanzierung	37

Anhang

Fragebogen: Selbstbestimmtes Sterben und Suizid

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

In dieser Umfrage untersuche ich, wie Österreicherinnen und Österreicher über ein gutes Lebensende und selbstbestimmtes Sterben durch Suizid, denken.

Vielen Dank für die Bereitschaft und ihre Zeit an dieser wissenschaftlichen Umfrage teilzunehmen. Ihre Antworten werden ANONYM verarbeitet und es ist zu keiner Zeit möglich, Sie als Person zu identifizieren. Alle Fragebögen werden nach erfolgter Auswertung wieder gelöscht. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Das Mindestalter beträgt 30 Jahre.

Manche Fragen können für Menschen in einer Krise, denen es seelisch nicht gut geht oder die psychisch erkrankt sind, als belastend empfunden werden. Bitte beenden Sie die Umfrage SOFORT, wenn Sie merken, dass die Fragen Sie belasten und wenden sich an das Krisentelefon 142 (0-24 Uhr), wenn Sie Hilfe benötigen.

Mit ihrer Teilnahme erteilen Sie gleichzeitig die Einwilligung zur anonymen Verarbeitung ihrer Antworten.

Die Umfrage wird im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit an der Ferdinand Porsche Fachhochschule Wiener Neustadt durchgeführt. Falls Sie Fragen zur Umfrage haben, erreichen Sie mich gerne auch persönlich über E-Mail: Christian.Waldschuetz@mail.fernfh.ac.at.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme
Mag. Christian Waldschütz, MSc

1. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Divers

2. Wie alt sind Sie?

- unter 30 Jahren
- 30 - 39 Jahre
- 40 - 49 Jahre
- 50 - 59 Jahre
- 60 - 69 Jahre
- 70 - 79 Jahre
- 80 Jahre oder älter

3. Was ist ihr höchster Bildungsabschluss?

- Hauptschule oder Pflichtschule
- Lehre / Berufsausbildung
- Matura
- Fachhochschul- oder Universitätsabschluss

4. Berufstätigkeit: ich bin vorwiegend

- berufstätig
- nicht berufstätig
- selbständig tätig
- in Pension

5. Mein Wohnort liegt:

- eher im ländlichen Raum
- eher im städtischen Raum

6. Ich wohne:

- Nicht allein (Ehe, Partnerschaft, WG)
- Allein

**7. „Ein gutes Leben zu haben bedeutet auch, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen“
Wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?**

- ich stimme nicht zu
- ich stimme wenig zu
- ich stimme eher zu
- ich stimme sehr zu
- ich habe darüber noch nicht nachgedacht
- ich möchte dazu keine Antwort geben

8. Haben Sie sich schon jemals überlegt, wie und wo Sie sterben möchten?

- ja
- nein
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

9. Wie wichtig sind für Sie Autonomie und Selbstbestimmung in ihrem Leben?

Stellen auf der Skala den Schieber an die für Sie zutreffende Position

nicht wichtig (ich vertraue auf andere)  sehr wichtig (ich möchte immer alles selbst entscheiden können)

10. In Österreich gibt es gesetzliche Instrumente, mit denen Sie vorab festlegen können, was mit Ihnen geschieht, wenn Sie nicht mehr selbst entscheiden können. Welche sind Ihnen bekannt?

Mehrfachauswahl möglich

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Sterbeverfügung
- Keine davon

11. Kennen Sie die aktuelle rechtliche Situation in Österreich bezüglich Sterbehilfe (assistiertem Suizid)?

- ja
- nein
- ich weiß nicht, bin mir nicht sicher

12. Eine Sterbeverfügung ermöglicht unheilbar kranken Menschen, sich mit Hilfe einer tödlichen Substanz aus der Apotheke das Leben zu nehmen. Dabei kann man sich von anderen Personen helfen lassen, das Präparat muss aber immer selbst eingenommen werden (assistierter Suizid).

Käme für Sie ein assistierter Suizid grundsätzlich in Frage?

- ja
- eher ja
- vielleicht
- eher nicht
- nein

13. Auskünfte über Ärzt*innen, Notare und Apotheken, die bei der Errichtung einer Sterbeverfügung beraten und unterstützen, sind in Österreich nicht einheitlich verfügbar.

Wo sollten diese Informationen angeboten werden?

Mehrfachauswahl möglich

- Im Internet öffentlich einsehbar
- Auf Anfrage über die Ärztekammer oder Sozialversicherung
- Über den Hausarzt
- Über die telefonische Gesundheitsberatung 1450
- In Apotheken
- In allen Gesundheitseinrichtungen (Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen)
- Es ist gut so wie es ist, ich möchte keine Änderung

14. Oft ist es Menschen aufgrund ihrer schweren Krankheit, oder weil sie im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind, nicht mehr selbst möglich, eine Sterbeverfügung zu errichten.

Markieren jene Vorschläge, denen Sie zustimmen (Mehrfachauswahl möglich)

- Es sollte Einrichtungen geben, die bei der Errichtung der Sterbeverfügung unterstützen
- Hausärzt*innen sollten im Rahmen von Hausbesuchen die ärztliche Aufklärung übernehmen und auch beim Sterben begleiten
- Alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sollten Patient*innen dabei unterstützen, eine Sterbeverfügung zu errichten. Geschultes Personal sollte beim assistierten Suizid unterstützen
- Es sollte in Österreich spezielle Einrichtungen geben, wo es schwerkranken Menschen möglich ist, mit professioneller, ärztlicher Begleitung, in Würde und selbstbestimmt ihr Leben zu beenden (Lebensende-Klinik)

15. Oftmals verwerfen Menschen ihr Suizidvorhaben und entscheiden sich für palliative Versorgungsangebote daheim oder im Hospiz. Wird Palliativmedizin abgelehnt, dann meist aus nachfolgenden Gründen - welche davon können Sie nachvollziehen?

Mehrfachauswahl möglich

- Angst vor unzureichend therapierbaren Schmerzen und/oder Atemnot
- Angst, anderen zur Last zu fallen
- Angst vor dem Kontrollverlust durch Übertherapie und Lebensverlängerung
- Ich kann diese Frage nicht beantworten

16. Wenn Menschen körperlich nicht (mehr) in der Lage sind ein tödliches Präparat zu sich zu nehmen oder eine Infusion selbständig zu öffnen, bleibt ihnen Suizid verwehrt. Die lebensbeendende Handlung muss immer selbst ausgeführt werden, da aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) in Österreich verboten ist.

Sind Sie dafür, dass in Österreich auch aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt wird?

- ja
- ja, wenn sie von Ärzt*innen geleistet wird
- nein
- Ich kann diese Frage nicht beantworten

17. In einigen Ländern ist es erlaubt Sterbeverfügungen vorab für bestimmte Erkrankungen zu errichten. Tritt die Erkrankung dann später ein und ist der Patient/die Patientin nicht mehr entscheidungsfähig, wird durch Ärzt*innen aktiv eine Tötung vorgenommen. Bitte markieren Sie jene Krankheitsbilder bei denen Sie einer aktiven Sterbehilfe durch Ärzt*innen zustimmen.

Mehrfachauswahl möglich

- Demenz im fortgeschrittenen-/ Endstadium
- Schwere chronische Erkrankungen
- Schwere, psychische Störungen
- Koma (nach einer vorher festgelegten Anzahl an Jahren der Beobachtung)
- Locked-In Syndrom (vollständige Körperlähmung bei vollem Bewusstsein, jedoch ist keine Kommunikation möglich)

18. In der Schweiz gibt es Sterbehilfevereine, die sterbewillige Personen bei ihrem Suizidvorhaben begleiten und auch Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, wo Angehörige und Suizidenten gemeinsam Abschied nehmen können.

Sollten solche Sterbehilfevereine auch in Österreich erlaubt sein und für ihre Tätigkeit Beiträge einheben dürfen?

Mehrfachauswahl möglich

- Sterbehilfevereine sollten in Österreich NICHT erlaubt werden
- Sterbehilfevereine sollten auch in Österreich erlaubt sein
- Leistungen von Sterbehilfevereinen dürfen auch etwas kosten
- Sterbehilfevereine dürfen mit ihrer Tätigkeit keinen Gewinn erzielen (NPO)
- Sterbehilfevereine sollten von der öffentlichen Hand gefördert werden
- Ich kann diese Frage nicht beantworten



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.