

Bundesministerium für Justiz
Frau BM Dr. Alma Zadić, LL.M.
Museumstraße 7
1070 Wien

Auch per E-Mail an: georg.kathrein@bmj.gv.at
dietmar.dokalik@bmj.gv.at

Wien am 11.05.2021

Dialogforum Sterbehilfe

Stellungnahme zur Erarbeitung einer gesetzlichen Neuregelung zum Thema des assistierten Suizids nach dem Erkenntnis des VfGH vom 11. Dezember 2020 (G 139/2019-71)

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Dr. Zadić, LL.M.!

Der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) beehrt sich zu umseitig benannter Thematik nachstehende

STELLUNGNAHME

abzugeben.

Im Sinne einer fundierten Erarbeitung der gesetzlichen Neuregelung der Hilfeleistung zum Suizid scheint es geboten, auf die umfassende Expertise der einschlägigen Gesundheitsberufe zurückzugreifen. Der Berufsverband österreichischer PsychologInnen bedauert daher, keine Einladung zur Teilnahme am Dialogforum Sterbehilfe erhalten zu haben. Die **Klinische Psychologie**, die als einer der drei gesetzlich geregelten „PSY-Gesundheitsberufe“ ausweislich der einschlägigen berufsrechtlichen Regelungen (§§ 22-30 Psychologengesetz 2013) zur **Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen** sowie zur diesbezüglichen **Erstellung von Befunden und Gutachten** berufen ist, kann viel zu einem Ergebnis beitragen, das einerseits die Rechte der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt und andererseits die Implementierung ausreichender Schutzmaßnahmen sicherstellt, um Missbrauch zu verhindern. Zur Schwierigkeit der Beurteilung des Wunsches zur Selbsttötung und zur Notwendigkeit besonderer Schutzmaßnahmen wird insbesondere auf die Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) hingewiesen.

Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 11. Dezember 2020 (G 139/2019-71) festgestellt, dass ein **ausnahmsloses Verbot** jeder Art der **Hilfeleistung zur Selbsttötung** dem aus der Verfassung ableitbaren Recht auf **Selbstbestimmung widerspricht**. Die Ausführungen in dieser Stellungnahme beziehen sich somit ausschließlich auf die Bedeutung der Einbindung klinisch-psychologischer Expertise in die auf Basis der Entscheidung des VfGH neu zu regelnden Voraussetzungen für assistierten Suizid bzw. in den Prozess der Überprüfung dieser Voraussetzungen und stellen keine inhaltliche Wertung der Entscheidung des VfGH dar.

Selbstbestimmung ist als hohes Gut zweifelsfrei zu schützen, jedoch kann sie durch diverse lebensgeschichtliche Aspekte beeinflusst bzw. auch beeinträchtigt sein. Es bedarf daher in dieser wichtigen Frage unbedingt eines professionellen Zugangs unter Einbeziehung klinisch-psychologischer Expertise.

1. Ausbau der Palliativversorgung

Zunächst ist festzuhalten, dass dem vom VfGH im Erkenntnis vom 11. Dezember 2020 (G 139/2019-71) geforderten **Ausbau** einer niederschwellig zugänglichen **Palliativversorgung** unabhängig von einer Neuregelung des assistierten Suizids höchste **Priorität** zugemessen werden sollte. Besondere Bedeutung in diesem Kontext hat neben einer adäquaten palliativmedizinischen Betreuung ein massiver Ausbau der **psychologischen** und **psychiatrischen Versorgung** der PatientInnen. Zu bedenken ist in diesem Kontext insbesondere, dass bei älteren Menschen das Suizidrisiko im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ohnehin bereits mehrfach erhöht ist, wie aus dem jährlichen Suizidbericht des Gesundheitsministeriums hervorgeht. Gerade in einer Situation, die palliative Betreuung erforderlich macht, darf die **psychische Gesundheit** der PatientInnen **nicht vernachlässigt** werden. Es bedarf in diesem Zusammenhang der intensiven Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen.

Klinische PsychologInnen sind vor allem mit Zusatzqualifikationen im Bereich der Gerontopsychologie, Neuropsychologie, bzw. der psychologischen Schmerzbehandlung ExpertInnen für eine kompetente Begleitung in dieser besonders sensiblen Lebensphase.

2. Sensibler Umgang mit Begrifflichkeiten

In § 78 StGB wird – im Gegensatz zu § 77 StGB – nach wie vor der Terminus „Selbstmord“ verwendet. Dieser impliziert eine Verbindung zum Delikt des „Mordes“ (§ 75 StGB) im Hinblick auf die gesellschaftliche Einordnung bzw. Wertung. Eine Änderung der gewählten Begrifflichkeiten zu einer wertfreien Formulierung (z.B. „Suizid“ oder „Selbsttötung“) ist daher dringend erforderlich, um dem festgestellten Recht auf Selbstbestimmung der PatientInnen in diesem Kontext Rechnung zu tragen.

3. Grundvoraussetzung: Aufgeklärter und informierter Willensentschluss

In seiner oben zitierten Entscheidung weist der **Verfassungsgerichtshof** unter Berufung auf Rechtsprechung des EGMR sowie einschlägige Literatur **mehrfach** darauf hin, dass sich die **getroffene Feststellung** – das Recht einer Person, zu entscheiden, wann und in welcher Form ihr Leben enden soll, umfasse auch eine straffreie Unterstützung durch

Dritte – **ausschließlich** auf Fälle bezieht, in denen die **Entscheidung** auf der **Grundlage** einer **freien Selbstbestimmung** getroffen wird (vgl. VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, Rz 68, 69, 71, 92). Voraussetzung für eine Zulässigkeit der Hilfeleistung zum Suizid ist somit, dass die Person, die Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch nehmen möchte, *„dabei in der Lage [ist], darüber eine freie Entscheidung zu treffen und entsprechend zu handeln“* (ebd. Rz 68). Umgekehrt *„sien die Behörden dazu verpflichtet, vulnerable Personen vor Handlungen zu schützen, mit denen sie ihr eigenes Leben gefährden, und die Selbsttötung eines Individuums zu verhindern, falls seine diesbezügliche Entscheidung weder frei noch in voller Kenntnis der Umstände erfolgt ist (EGMR, Fall Haas, Z 54; vgl. hiezu auch EGMR 5.6.2015 [GK], Fall Lambert, Appl. 46.043/14, NJW 2015, 2715 [Z 136 ff.]“* (VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, Rz 69).

An diesen Prinzipien wird sich eine gesetzliche Neuregelung zu orientieren haben:

„Da die Selbsttötung irreversibel ist, muss die entsprechende freie Selbstbestimmung der zur Selbsttötung entschlossenen Person tatsächlich auf einer (nicht bloß vorübergehenden, sondern) dauerhaften Entscheidung beruhen. Sowohl der Schutz des Lebens als auch das Recht auf Selbstbestimmung verpflichten den Gesetzgeber, die Hilfe eines Dritten bei der Selbsttötung zuzulassen, sofern der Entschluss auf einer freien Selbstbestimmung beruht, dem also ein aufgeklärter und informierter Willensentschluss zugrunde liegt. Dabei hat der Gesetzgeber auch zu berücksichtigen, dass der helfende Dritte eine hinreichende Grundlage dafür hat, dass der Suizidwillige tatsächlich eine auf freier Selbstbestimmung gegründete Entscheidung zur Selbsttötung gefasst hat“ (VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, Rz 85).

Die besondere **Herausforderung** bei der Erarbeitung einer gesetzlichen Neuregelung liegt somit in der Schaffung formalisierter **Rahmenbedingungen**, die sicherstellen, dass im Vorfeld einer straffreien Hilfeleistung zum Suizid abgeklärt wird, ob tatsächlich eine auf **freie Selbstbestimmung** gegründete Entscheidung vorliegt. Dabei ist die Einbindung von sämtlichen Berufsangehörigen, die berufsrechtlich hierfür qualifiziert sind, von großer Bedeutung.

Klinische PsychologInnen sind aufgrund ihrer **umfangreichen akademischen und postgraduellen Ausbildung** (5 Jahre Studium der Psychologie sowie 2.500 Stunden theoretische und praktische Fachausbildung) **hoch qualifiziert** und durch das Psychologengesetz 2013 u.a. zur **klinisch-psychologischen Beratung, Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen** berufen, auf ihre Expertise als

GutachterInnen wird in vielen Bereichen zurückgegriffen. Die Klinische Psychologie arbeitet evidenzbasiert, sie zeichnet sich durch hypothesengeleitetes und kriterienorientiertes Vorgehen aus.

Klinische PsychologInnen arbeiten in verschiedenen Kontexten sehr erfolgreich in multiprofessionellen Teams mit Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe zusammen, dies ist auch in den gesetzlichen Regelungen zur postgraduellen Ausbildung abgebildet (vgl. § 24 Abs 1 Z 1 lit b und d PG 2013). Die gesetzliche Neuregelung eines so sensiblen Bereiches wie der Hilfeleistung zum Suizid bzw. ein dadurch geschaffener Prozess muss gewährleisten, dass dieser ausschließlich in multiprofessioneller Zusammenarbeit erfolgt. Nur auf diese Weise kann adäquat auf die verschiedenen Dimensionen (insbes. medizinische und psychologische) eines etwaigen Sterbewunsches eingegangen werden.

In der Folge werden einige für das Themenfeld des assistierten Suizids relevante Bereiche aufgezeigt, in denen die Klinische Psychologie über besondere Expertise verfügt und beispielhaft Möglichkeiten genannt, diese Expertise im Sinne des PatientInnenwohls zu nutzen. Diese Ausführungen sollen als Grundlage für eine weitere Diskussion im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs dienen.

4. Professionelle Begleitung in der Entscheidungsfindung

Vor dem Hintergrund der auch vom VfGH thematisierten Irreversibilität einer Selbsttötung hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für einen **aufgeklärten** und **informierten Willensentschluss** zu schaffen. Es ist ein **Prozess zu etablieren, der allen betroffenen Personen unabhängig von ihren individuellen finanziellen, sozioökonomischen und sonstigen Ressourcen Raum für eine Auseinandersetzung mit relevanten Lebensthemen bietet und erlaubt, diese schwerwiegende Entscheidung ohne Druck in die eine oder andere Richtung zu reflektieren.**

Professionelle, kompetente Begleitung ist bei einem solchen Prozess unabdingbar und insbesondere im Rahmen wertneutraler, **nicht direkter Beratung** im Sinne einer „Reflexionshilfe für eine selbstbestimmte Entscheidung“ gewährleistet.

Innerhalb der Klinischen Psychologie gibt es zahlreiche **Spezialisierungen** und Zertifizierungen, die thematisch relevant sein können und deren spezifisches Know-how die Berufsangehörigen in die Beratung einbringen, etwa im Bereich der

Gerontopsychologie, Neuropsychologie, Notfallpsychologie oder der **psychologischen Schmerzbehandlung.**

Eine **kompetente Beratung**, die vor allem in multiprofessioneller Zusammenarbeit auch **Alternativen** zum Suizid thematisiert, kann dazu beitragen, dass alternative Optionen wie etwa Palliativbehandlung gewählt werden und somit **Suizide verhindert** werden können.

Viele Klinische PsychologInnen verfügen über **umfangreiche Erfahrung** im Umgang mit suizidalen PatientInnen aus dem Bereich der **Suizidprävention**. In diesem Zusammenhang darf angeregt werden, die Regelungen auch in Abstimmung mit dem nationalen SUPRA-Umsetzungskonzept zu entwickeln, welches federführend im Gesundheitsministerium bearbeitet wird und einen ressortübergreifenden Ansatz verfolgt.

Im Sinne eines wirksamen **Übereilungsschutzes** ist dringend anzuraten, den **Prozess der professionell begleiteten Entscheidungsfindung** auf eine gewisse **Mindestdauer** zu erstrecken. Dadurch wird PatientInnen erlaubt, evtl. vorliegende depressive Phasen zu überwinden und ihre Entscheidung in Ruhe zu reflektieren und ggf. abzuändern. Zudem wird das Risiko, externem Druck zu einem zeitnahen Suizid ausgesetzt zu sein, reduziert. Für besonders schwerwiegende Einzelfälle, in denen diese Mindestdauer bzw. „Überlegungsfrist“ mit unzumutbaren Leidenszuständen verbunden wäre, sollte die Möglichkeit einer Ausnahme vorgesehen werden.

Um **auszuschließen**, dass die **freie Willensbildung** der suizidwilligen Person **beeinträchtigt** ist (beispielsweise durch eine psychische Erkrankung, neurologische Einschränkung, eine akute Depression, Druck von Dritten etc.), sollte im Anschluss an die Phase der professionell begleiteten Entscheidungsfindung ein multiprofessionell geführter Begutachtungsprozess stattfinden.

Die **Kosten** für den Prozess der professionellen Begleitung bei der Entscheidungsfindung sollten jedenfalls von der **Krankenversicherung** bzw. aus öffentlichen Mitteln getragen werden. Für PatientInnen darf die Beratung keinesfalls mit Kosten verbunden sein, um diese bestmöglich objektiv und insbesondere unabhängig von jeglichem persönlichen, familiären und sonstigen Druck sicherstellen zu können. Dies gewährleistet einerseits die gleichheitsrechtlich gebotene effektive **Zugänglichkeit** zu dem festgestellten Recht auf Selbstbestimmung in Verbindung mit der Selbsttötung für alle Personen. Andererseits kann auf diese Weise im Sinne der **Qualitätssicherung** von öffentlicher Seite

sichergestellt werden, dass nur hierfür **kompetente Stellen** die entsprechende **Beratung anbieten** und **durchführen**.

5. Entscheidungsfähigkeit als Feld der Expertise Klinischer PsychologInnen

Zum **gesetzlich geschützten Tätigkeitsbereich der Klinischen Psychologie** zählt u.a. „*klinisch-psychologische **Diagnostik** in Bezug auf **gesundheitsbezogenes** und **gesundheitsbedingtes Verhalten** und Erleben sowie auf **Krankheitsbilder** und deren Einfluss auf das menschliche Erleben und Verhalten sowie aufbauend darauf die **Erstellung** von klinisch-psychologischen **Befunden und Gutachten** hinsichtlich der **Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale** oder **Verhaltensformen** in Bezug auf **psychische Störungen** sowie in Bezug auf Krankheitsbilder, die das menschliches Erleben und Verhalten beeinflussen“ (§ 22 PG 2013).*

Ausweislich dieser Bestimmung ist die Beurteilung der **Entscheidungsfähigkeit** untersuchter Personen von der Berufsberechtigung der Klinischen Psychologie umfasst. Insbesondere die Beantwortung der Frage, ob eine **psychische Erkrankung** oder eine neurologische Einschränkung vorliegt, durch welche die **Fähigkeit**, einen **freien Willensentschluss** zu fassen (ggf. vorübergehend) **beeinträchtigt** ist, gehört zu den **Kernkompetenzen** der Klinischen Psychologie.

Die **öffentliche Hand** greift in vielen höchst sensiblen Bereichen bereits seit vielen Jahren auf die Expertise der Klinischen PsychologInnen zurück, etwa als VertragspartnerInnen des Gesamtvertrages für klinisch, psychologische Diagnostik, im forensischen bzw. strafrechtlichen Bereich (siehe Stellungnahme des Berufsverbandes zur Unterbringungsgesetz- und IPR-Gesetz-Novelle 2021), im Rahmen waffenpsychologischer Verlässlichkeitsprüfungen (§ 8 WaffG, 1. WaffV), im Vorfeld ästhetischer Operationen (§ 5 Abs 2 ÄsthOpG) sowie als GutachterInnen im Bereich des Familienrechts.

Bei einer Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit ist die Klinische Psychologie neben anderen Gesundheitsberufen, insbesondere der Psychiatrie, somit jedenfalls zu berücksichtigen.

6. Fazit

Die **Entscheidung** zum (irreversiblen) assistierten Suizid erfordert einen **freien, aufgeklärten** und **informierten Willensentschluss**. In Wahrnehmung der

diesbezüglichen staatlichen Verantwortung muss daher sichergestellt werden, dass jeder Einzelfall fachlich fundiert auf das Vorliegen von **Beeinträchtigungen** der freien Entscheidung **geprüft** wird. Dies ist einerseits zum **Schutz** von Personen, die in ihrer **Entscheidungsfähigkeit** möglicherweise (vorübergehend) **eingeschränkt** sind und andererseits zur **Absicherung** der **hilfeleistenden Dritten** erforderlich. Nur so kann gewährleistet werden, dass der Staat seiner Schutzpflicht gegenüber vulnerablen Personen, bei welchen die Voraussetzungen nicht gegeben sind, ausreichend nachkommen kann.

„Ob der Entschluss eines Suizidwilligen, seinem Leben mit Hilfe eines Dritten ein Ende zu setzen, und die tatsächliche Vornahme der Tötung durch den Suizidwilligen selbst auf einer freien Selbstbestimmung basiert, mag unter bestimmten Umständen schwierig festzustellen sein. Dies darf jedoch nicht als Rechtfertigung dafür genommen werden, durch ein ausnahmsloses Verbot jegliche Hilfeleistung zur Selbsttötung welcher Art und Form auch immer gemäß § 78 zweiter Tatbestand StGB zu untersagen und damit das Recht des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich das Leben mit Hilfe eines Dritten zu nehmen, unter allen Umständen zu verneinen“ (VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, Rz 103).

Klinische PsychologInnen sind **hochqualifiziert**, um den Prozess der **Entscheidungsfindung** gemeinsam mit anderen hierzu befugten Berufsgruppen, wie insbesondere der Psychiatrie, zu **begleiten** und schließlich zu einer Einschätzung im Hinblick auf die Entscheidungsfähigkeit beizutragen. Klinisch-psychologische Expertise sollte daher jedenfalls in den Prozess einfließen, etwa im Rahmen multiprofessionell zusammengesetzter Fallkommissionen. Nur eine adäquate Einbindung aller qualifizierten Berufsgruppen ermöglicht letztlich eine verantwortungsvolle **Umsetzung** der Entscheidung des **VfGH** unter Wahrung der **PatientInnenrechte**.

Abschließend möchten wir betonen, dass Regelungen zum assistierten Suizid nur einen kleinen Teil einer gesamtgesellschaftlich äußerst wichtigen Thematik betreffen. Vorgelagert muss eine Verbesserung der **Gesundheitskompetenz** in der Bevölkerung zu **psychischer Gesundheit** und **psychischen Erkrankungen** oberste Priorität haben. Niederschwelliger **Zugang** zu psychischer Gesundheitsversorgung ist zu ermöglichen, Maßnahmen der **Suizidprävention** sind auszubauen und psychische Erkrankungen sind durch offene, wertfreie Kommunikation auf gesamtgesellschaftlicher Basis zu **enttabuisieren**. Denn: Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit!

Die in dieser Stellungnahme aufgezeigten Möglichkeiten einer Neuregelung, die die PatientInnen ins Zentrum stellt, sollen eine **Grundlage** für **weiteren fachlichen Austausch** darstellen. Der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen ersucht daher dringend, neben anderen relevanten Berufsgruppen wie der Palliativmedizin, Psychiatrie etc. in die Erarbeitung der gegenständlichen gesetzlichen Neuregelung eingebunden zu werden.

Mit freundlichen Grüßen



Präsidentin a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger



Vizepräsidentin Mag.^a Marion Kronberger



Vizepräsidentin Mag.^a Hilde Wolf, MBA