

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 13.09.2021

Betrifft: Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Assistierter Suizid“ im Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

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

Der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) hat zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids nach dem Erkenntnis des VfGH vom 11. Dezember 2020 (G 139/2019-71) eine interne Arbeitsgruppe eingerichtet, in der ExpertInnen mit umfangreicher, langjähriger Praxiserfahrung intensiv über eine fachlich fundierte Vorgehensweise, die das Wohl der PatientInnen in den Mittelpunkt stellt, diskutiert haben.

Der BÖP beehrt sich, Ihnen nachstehend – aufbauend auf die Stellungnahme des Berufsverbandes zum Dialogforum Sterbehilfe vom 11.05.2021 (siehe Anhang) – die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zu übermitteln.

Zunächst ist die Bedeutung einer **genauen Abgrenzung** zwischen **assistiertem Suizid** und anderen thematisch verwandten, aber im konkreten Kontext nicht besprochenen Formen der Unterstützung bei der selbstbestimmten Herbeiführung des Lebensendes zu betonen. Insbesondere ist der **assistierte Suizid**, als letztlich selbst vorgenommene Selbsttötung, zu der Hilfestellung in Anspruch genommen wird, von der **aktiven** und **passiven Sterbehilfe** zu unterscheiden.¹ Eine **präzise Begriffsklärung** und Abgrenzung des zu regelnden Gegenstandes stellt eine **unverzichtbare Voraussetzung** für eine konstruktive Auseinandersetzung mit der zu treffenden Regelung und den individuellen wie gesellschaftlichen Implikationen dar und kann nicht oft genug rekapituliert werden.

Dem VfGH zufolge widerspricht ein **ausnahmsloses Verbot** jeder Art der **Hilfeleistung zur Selbsttötung** dem aus der Verfassung ableitbaren Recht auf **Selbstbestimmung**. Der **Absicherung** der freien Selbstbestimmung in Form eines **informierten, aufgeklärten Willensentschlusses** kommt in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zu. Angesichts der Tatsache, dass die Entscheidung für einen assistierten Suizid irreversibel ist, erfordert eine verantwortungsvolle Regelung zweifellos die Schaffung eines formalen Rahmens bzw. eines Prozesses, der den Betroffenen erlaubt, die eigene Entscheidungsgenese zu beleuchten.

Ausgehend von dieser Prämisse hat die Arbeitsgruppe „Assistierter Suizid“ (AG) des BÖP **konkrete Vorschläge** erarbeitet, wie Betroffene in diesem höchst sensiblen Prozess, an dessen Ende die unwiderrufliche Entscheidung stehen kann, das eigene Leben zu beenden, professionell begleitet werden können.

Adäquate Begleitung soll sicherstellen, dass die Entscheidung nicht aus einer momentanen Emotion, sondern im Rahmen eines ausführlichen **Entscheidungsfindungsprozesses** getroffen wird. Die Einrichtung eines formalen Rahmens sowie gewisser Schritte, die absolviert werden müssen, erlaubt es, **akute emotionale Belastungen abzufangen** und **Missbrauch vorzubeugen**. Gleichzeitig gibt ein solcher Rahmen **Orientierung** und **Stabilität**, was sich wiederum **entlastend** und **befreiend** auf die Betroffenen auswirken kann. Die Möglichkeit, den Weg einschlagen und reflektieren zu können, aber jederzeit auch wieder verlassen zu können, eröffnet persönliche Handlungsspielräume und stärkt die Selbstwirksamkeit als subjektive Wahrnehmung des eigenen Selbstbestimmungsrechts.

¹ Halmich/Klein, Sterbehilfe / Suizidbeihilfe in Österreich (2021), S. 9f.

Festzuhalten ist, dass im Sinne der Betroffenen nur der Rückgriff auf ein **multiprofessionelles Team** aus Angehörigen der hochqualifizierten Gesundheits- und Sozialberufe den vielfältigen Dimensionen eines solchen Entscheidungsprozesses gerecht werden kann und daher **jedenfalls geboten** ist. Es ist Aufgabe des Unterstützungssystems, das den Prozess begleitet, die Betroffenen unabhängig von der letztlich getroffenen Entscheidung professionell zu betreuen und mit der Thematik nicht alleine zu lassen.

Der gesetzlich geschützte Tätigkeitsbereich der Klinischen Psychologie umfasst die **Diagnostik** und **Behandlung psychischer Erkrankungen**, die diesbezügliche Erstellung von **Befunden** und **Gutachten** sowie die klinisch-psychologische **Beratung** und **Begleitung** von Betroffenen und Angehörigen in **Krisensituationen** (§ 22 Psychologengesetz 2013).

Klinisch-psychologische Expertise ist somit höchst relevant für den Bereich des assistierten Suizids und eine wertvolle Ressource, auf die in verschiedenen Phasen des Entscheidungsprozesses zurückgegriffen werden kann:

- Abklärung von möglichen Beeinträchtigungen einer freien Willensentscheidung
- Nicht direktive Beratung im Sinne eines offenen Diskurses; „Reflexionshilfe für eine selbstbestimmte Entscheidung“
- Bei Bedarf Behandlung von psychischen Erkrankungen oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
- Beratung und Begleitung von Angehörigen

Die AG hat folgende **konkrete Vorschläge** für einen **formalen Rahmen** erarbeitet, der einerseits das **Selbstbestimmungsrecht** der Betroffenen **wahrt** und andererseits **Raum** für **alternative Entscheidungen** lässt. Er soll sicherstellen, dass im Vorfeld einer straffreien Hilfeleistung zum Suizid abgeklärt wird, ob tatsächlich eine auf freie Selbstbestimmung gegründete Entscheidung vorliegt. Dies ist sowohl im Interesse des/der Betroffenen als auch der hilfeleistenden Dritten.

1. Eingangsdagnostik

Zu Beginn des Abklärungsprozesses erscheint es sinnvoll, eine klinisch-psychologische Diagnostik durchzuführen. Dieser Vorschlag soll keine Pathologisierung des Sterbewunsches implizieren. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass hinter einem Sterbewunsch eine bis dahin unerkannte psychische Erkrankung steht. Studienergebnisse

zeigen beispielsweise, dass ältere PatientInnen besonders häufig an Depressionen leiden, gleichzeitig jedoch die Behandlungsrate geringer ist.

„Das Suizidrisiko ist in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen fast zweieinhalbmal, in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen fast fünfmal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung“.

(BMSGPK, Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2019)

Eine **Diagnose** und auf dieser Grundlage aufgezeigte **Behandlungsmöglichkeiten** führen nicht automatisch zu einer Behandlung. Der/die entscheidungsfähige Betroffene kann sich dennoch gegen eine Behandlung und für den assistierten Suizid entscheiden. Die zusätzliche Information trägt jedoch dazu bei, den Betroffenen eine **umfassende Grundlage** für eine **informierte Zustimmung** bzw. Entscheidung zu bieten.

In Einzelfällen kann auch eine **psychische Erkrankung** vorliegen, die die **Entscheidungsfähigkeit** der jeweiligen Person **beeinträchtigt** bzw. ausschließt. Eine dahingehende Abklärung ist daher bereits zu Beginn des Prozesses hilfreich.

2. Reflexions- und Beratungsphase mit multiprofessioneller Begleitung

Die zweite Phase des vorgeschlagenen Prozesses stellt eine Reflexions- und Beratungsphase dar, die wie folgt ausgestaltet ist:

- Es erfolgt eine Abklärung, ob **therapeutische Möglichkeiten** bestehen, die der/die Betroffene in Anspruch nehmen möchte und zu denen beispielsweise bis dahin noch kein Zugang bestand. Insbesondere Möglichkeiten der Palliativmedizin – die umfangreich auszubauen ist – sollen aufgezeigt und auf Wunsch niederschwellig zugänglich gemacht werden.
- Die Zeitspanne zwischen Erstkontakt und abschließender Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit (siehe nächster Punkt) beträgt **mindestens 8 Wochen**. Dies ist aus mehreren Gründen von großer Bedeutung:
 - o Falls Interventionen (medikamentöse und/oder psychologische Therapie, Schmerztherapie etc.) gesetzt werden, können diese ihre Wirkung zeigen.
 - o Sofern die Willensbildung durch Dritte beeinflusst wird, ist eine Überlegungsfrist gewährleistet, Missbrauch kann entgegengewirkt werden.

- Generell wird den Betroffenen dadurch Zeit gegeben, sich mit den vorliegenden Informationen und insbesondere den Gefühlen, die daraus entstehen, auseinanderzusetzen.
- Während dieser Zeitspanne finden klinisch-psychologische **Reflexions- bzw. Beratungseinheiten** statt, in denen **ergebnisoffene Unterstützung** bei der Entscheidungsfindung geleistet wird und Raum zur **Reflexion** geboten wird. Der BÖP schlägt eine Mindestanzahl von **8-10 Einheiten** vor. Diese Einheiten werden bedarfsorientiert mit zusätzlichen Gesprächen mit (Palliativ-)MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) etc. kombiniert. Auch die Möglichkeit einer spirituellen/religiösen Begleitung der Reflexionsphase besteht.
- Für Härtefälle, in denen der/die Betroffene unter starken Schmerzen leidet, erscheint eine Ausnahmeregelung und eine verkürzte (ggf. entfallende) Reflexionsphase geboten.

3. Multiprofessionelle Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit

Sofern der Sterbewunsch nach der Reflexionsphase nach wie vor besteht, ist die Entscheidungsfähigkeit des/der Betroffenen verbindlich abzuklären.

§ 24 Abs 2 ABGB normiert zur Entscheidungsfähigkeit:

Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet.

Die Frage, ob der/die Betroffene entscheidungsfähig in Bezug auf den gewünschten assistierten Suizid ist und der Wunsch nach assistiertem Suizid somit auf einer freien Willensentscheidung beruht, ist aufgrund der unzähligen sozialen, gesellschaftlichen, psychologischen, medizinischen und lebensgeschichtlichen Aspekte der Thematik höchst komplex.

In die Beurteilung der spezifischen Entscheidungsfähigkeit sollten daher jedenfalls die Perspektiven verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe einfließen.

Die AG schlägt daher eine Begutachtung durch eine multiprofessionelle Kommission vor, der jedenfalls die folgenden Berufsgruppen angehören: ÄrztInnen, Klinische PsychologInnen und DGKP. Die Einschätzung, ob der/die Betroffene entscheidungsfähig ist und somit im Rahmen seines/ihrer Selbstbestimmungsrechts die Möglichkeit eines straffreien assistierten Suizids hat, wird von der Kommission letztlich gemeinsam als Kollegialorgan getroffen.

4. Beratungsangebot für Angehörige

Die Entscheidung eines/r Angehörigen für einen assistierten Suizid stellt für das soziale Umfeld oft eine große emotionale Herausforderung dar. Um mögliche Belastungsreaktionen abzufangen, sollte das Angebot psychologischer Begleitung in einem gewissen Umfang auch an die Angehörigen gerichtet werden.

5. Spezifische Anforderungen an die tätigen Personen

Zur Frage der Qualifikation der Berufsangehörigen, die im Prozess (Diagnostik, Beratung/Begleitung, Begutachtung) tätig werden, hat die AG folgende Vorschläge ausgearbeitet. Diese dienen einerseits der Qualitätssicherung im höchst sensiblen Bereich des assistierten Suizids. Andererseits sollen die Berufsangehörigen, die sich entscheiden, Betroffene in einer der beschriebenen Funktionen zu begleiten, optimal auf diese verantwortungsvolle Tätigkeit vorbereitet werden und sich in einem sicheren Rahmen bewegen können.

- Freiwilligkeit

Berufsangehörige entscheiden immer freiwillig, ob sie in diesem thematischen Bereich tätig sein möchten. Aus der gesetzlichen Berechtigung, Betroffene im Entscheidungsprozess mit der erworbenen Expertise zu unterstützen, darf sich keine Verpflichtung hierzu ergeben.

- Klare Rollentrennung

Keine Personenidentität zwischen jenen Personen, die in die einzelnen Prozessstadien involviert sind; Eingangsdagnostik, Beratung/Begleitung und Begutachtung werden von unterschiedlichen Personen durchgeführt. Auch ist ausgeschlossen, dass Personen, die in den Prozess eingebunden sind, letztlich die Beihilfe zum Suizid leisten.

- Spezifische Weiter- und Fortbildung

Bevor Personen im Entscheidungsprozess vor einem assistierten Suizid tätig sind, absolvieren sie eine spezielle Weiterbildung (Curriculum). Dieses ist multiprofessionell angelegt, um den TeilnehmerInnen eine möglichst umfassende, interdisziplinäre Perspektive zu ermöglichen. Einerseits gehören die Vortragenden den unterschiedlichen Berufsgruppen an. Andererseits absolvieren die TeilnehmerInnen neben einem spezifisch auf ihr Fachgebiet ausgerichteten Weiterbildungsteil auch gewisse Inhalte gemeinsam mit den Angehörigen anderer Berufe. So ist gewährleistet, dass auf einem gemeinsamen Verständnis aufgebaut wird und die Zusammenarbeit wird gefördert. Der BÖP erarbeitet gerne konkrete Vorschläge für die Ausgestaltung einer Weiterbildung der Klinischen PsychologInnen, die in diesem Feld Verantwortung übernehmen möchten bzw. für die interdisziplinären Teile eines Curriculums. Eine Kombination aus Theorie (ca. 40 Stunden) und Selbsterfahrung (ca. 10 Stunden) erscheint sinnvoll.

Zusätzlich absolvieren Personen, die das Curriculum abgeschlossen haben und bereits im Themenfeld tätig sind, laufend einschlägige Fortbildungen inkl. Supervision. Klinische PsychologInnen sind hierzu bereits im Rahmen ihrer Fortbildungspflicht (§ 33 Psychologengesetz 2013) verpflichtet.

- Qualitätssicherung und Schutzfunktion durch öffentliche Aufsicht

Curricula, deren Absolvierung zur Tätigkeit im Entscheidungsprozess vor einem assistierten Suizid berechtigen, werden von einer öffentlichen Stelle akkreditiert. Es wird eine Liste jener Personen geführt, die über die erforderliche Weiterbildung verfügen.

Fazit

Der BÖP betont die Bedeutung einer adäquaten psychologischen Begleitung im Vorfeld eines assistierten Suizids. Dies gilt unabhängig davon, ob gesunde Personen, Personen mit somatischer Erkrankung und/oder psychischer Erkrankung betroffen sind. Die dargelegten Vorschläge ermöglichen den schwierigen Balanceakt zwischen der Achtung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen und der staatlichen Verantwortung, das Vorliegen der Entscheidungsfähigkeit abzuklären.

Als verantwortungsvolle AkteurInnen im Gesundheitsbereich begrüßen wir jeden Fall, in dem ein/e Betroffene/r im Laufe des Entscheidungsprozesses letztlich alternative

Möglichkeiten wählt und der Sterbewunsch in den Hintergrund rückt. Wir respektieren aber auch das vom VfGH festgestellte Recht auf Selbstbestimmung im Hinblick auf die Gestaltung des Lebensendes und möchten gemeinsam mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen unsere Verantwortung auch gegenüber jenen Personen wahrnehmen, die sich für einen assistierten Suizid entscheiden.

Zum notwendigen Ausbau der Palliativversorgung, der öffentlichen Finanzierung des dargestellten Prozesses, zum sensiblen Umgang mit Begrifflichkeiten sowie zu erforderlichen begleitenden Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene wird auf die BÖP-Stellungnahme vom 11.05.21 zum Dialogforum Sterbehilfe verwiesen.

Gerne bringen wir uns in die Formulierung einer Neuregelung ein, die der Komplexität des Themenfeldes gerecht wird und die PatientInnenrechte in den Mittelpunkt stellt.

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