

An das Bundesministerium für Justiz

Museumstraße 7

1070 Wien

Per E-Mail an team.z@bmj.gv.at

Tulln, am 12.11.2021

Stellungnahme zum vorliegenden Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Stellvertretend für das (sich aktuell in Gründung befindende) Institut für Palliativpsychologie in Österreich erlauben wir uns bezugnehmend auf die entworfene Neuregelung der Suizidassistentz nach dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs vom 11.12.2020 folgende Stellungnahme:

Ad §6 „Die Entscheidungsfähigkeit muss zweifelsfrei gegeben sein“

Entscheidungsfindungsprozesse hinsichtlich eines Sterbewunsches unterliegen in der Regel einem regelmäßigen Auf und Ab – abhängig vom aktuellen körperlichen Allgemeinzustand, der Existenz würde-bewahrender Ressourcen und sozialer Unterstützung. Dabei handelt es sich um vielfältige Faktoren unserer Lebensrealität, die Chochinov (2005) in seinem Modell der Würde bereits extrahieren konnte. Daher scheint es schier unmöglich, die Entscheidung zu einem einzigen bestimmten Zeitpunkt unter Einfluss diverser Krankheitsfaktoren als „zweifelsfrei“ und anhaltend beurteilen zu können. Ebenfalls scheint es unrealistisch, im Rahmen einer punktuellen Auseinandersetzung allein mit dem Sterbewilligen Irrtum, List, Täuschung, (physischen oder) psychischen Zwang und Beeinflussung durch Dritte gesichert auszuschließen.

Empfohlen werden zur besseren Klärung der oben angeführten Punkte im Sinne eines prozesshaften Geschehens zumindest **drei explorative Gespräche mit dem Sterbewilligen**. Dafür bedarf es einer klinisch-psychologischen bzw. psychiatrischen Expertise. Die Erarbeitung von Standards diesbezüglich wäre wünschenswert.

Ad §7 Aufklärung (2) Z3

Eine reine inhaltliche Aufklärung durch Ärzte wie im vorliegenden Entwurf vorgeschlagen erscheint aus psychologischer Sicht als völlig unzureichend. Es darf nicht nur pauschal auf Möglichkeiten hingewiesen werden, vielmehr bedarf es einer bedürfnis- und bedarfsorientierten Empfehlung bzw. für den individuellen Fall geeignete Behandlungs- oder

Handlungsalternativen. Diese zu kennen setzt allerdings die Kenntnis über die Motive und Hintergründe des Sterbewunsches voraus.

Um dies zu gewährleisten werden zumindest drei, über den Zeitraum von mindestens sechs Monaten verteilte **klinisch-psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Gespräche** empfohlen, deren Ziel neben der oben genannten Punkte auch eine Abklärung beinhaltet, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegen könnte, die letztendlich den Sterbewillen zur Folge hat – der Zeitraum von aktuell 12 Wochen zwischen Aufklärung und Errichtung der Sterbeverfügung erscheint deutlich zu kurz gegriffen zum Ausschluss einer krankheitswertigen psychischen Krise.

Voraussetzung dafür ist die Implementierung niederschwelliger klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Unterstützungsangebote, was einer massiven Verbesserung der psychosozialen Versorgungslandschaft im Hospiz- und Palliativbereich bedarf und auch eine Basisfinanzierung der Klinischen Psychologie in der Hospiz- und Palliativversorgung impliziert.

Ad §7 Aufklärung (4)

Neben der Abklärung einer krankheitswertigen psychischen Störung wäre es dringend indiziert, dass neben einer Aufklärung der Angehörigen über mögliche psychische Folgen im Zuge des assistierten Suizids durch klinische Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater ebenso das Angebot einer **psychosozialen Unterstützung für die Angehörigen** erfolgt. Diese Angebote sollten durch Kassenleistungen abgegolten werden!

Des Weiteren plädieren wir für eine Ergänzung des § 7 um

- Beratungsangebote für die Zu- und Angehörigen der Sterbewilligen
- Beratungsangebote für Suizidassistenten, also jene, die namentlich in der Sterbeverfügung als solche genannt werden
- Beratungsangebote für Personengruppen, die aufgrund der beruflichen Nähe möglicherweise gehäuft und unfreiwillig damit konfrontiert werden

Ad §12 Werbeverbot und Verbot wirtschaftlicher Vorteile (2) Z4

Klinische Psychologen müssen ebenfalls veröffentlichen dürfen, ob sie die Beratungsleistungen anbieten bzw. müssen die nötigen Listen für Betroffene verfügbar gemacht werden

Erläuterungen zu den in §6 und §7 angeführten Anmerkungen:

Der Verlauf von psychischen Störungen ist u.a. von bio-psycho-sozio-ökonomischen Faktoren abhängig, wie etwa die Organisation von entlastenden Maßnahmen und Verbesserungen der

Lebensbedingungen (Wohnraum, Krankenbehelfe, soziale und finanzielle Unterstützung). Demzufolge ist es im Sinne der professionellen Hospiz- und Palliativversorgung nötig, den Menschen bio-psycho-sozial-ökonomisch zu erfassen, um überhaupt ein adäquates Angebot an Maßnahmen vorschlagen zu können. Ein ärztliches Gespräch greift hier aus unserer Sicht deutlich zu kurz und schließt den psycho-sozial-ökonomischen Aspekt zum Großteil aus. Wie wir in der aktuellen Situation täglich wahrnehmen müssen, steigen mit zunehmender ökonomischer, politischer und sozialer Unsicherheit, die psychische Belastung der Bevölkerung.

Besonders in Krisen und herausfordernden Zeiten sind soziale Kontakte eine essentielle Ressource für die positive Absolvierung jeglicher Herausforderung. Menschen, die in frühen Beziehungen unbefriedigende Erfahrungen gemacht haben, zeigen ein allgemein höheres Risiko für Langzeitfolgen und psychische Erkrankungen (Zemp u. Bodenmann 2017). Möglicherweise ist es so, dass v.a. Personen aus sozioökonomisch niedrigeren Schichten assistierten Suizid in Anspruch nehmen, ein Mangel an sozialen Schutzfaktoren kann hier nicht ausgeschlossen werden. Seitens der Palliativpsychologie scheint es unabdingbar, dem Sterbewilligen und dem/den Angehörigen in Gesprächen ein essentielles Beziehungsangebot zu machen um mögliche Motive für den Sterbewunsch oder gar Sterbewillen in Erfahrung bringen zu können. Professionelle Palliativversorgung setzt eine ganzheitliche Sicht voraus, was jedoch zumindest das Angebot von palliativpsychologischer Begleitung voraussetzt. Hier sehen wir noch großen Aufholbedarf in der bisher existierenden Versorgung und erst recht in Hinblick auf die Thematik des assistierten Suizids.

In der klinisch-psychologischen Betreuung wird dem Thema Selbstwirksamkeit besondere Beachtung beigemessen. Diese ist dann reduziert, wenn wiederholte Misserfolge und erlernte Hilflosigkeit auf andere Bereiche des Lebens generalisiert werden und bei den Betroffenen der Eindruck entsteht, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben. Dadurch wird die eigene Problemlösefähigkeit und Handlungsmotivation blockiert, es kommt zum Verlust von positiven Verstärkern sowie zur Ausbildung einer depressiven Verstimmung (Seligman et al. 1979). Häufig sind es auch negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, die Patienten aufgrund fehlender Autonomie resignieren lassen. Ein Ausblenden psychosozialer Aspekte in der medizinischen Versorgung unheilbar Kranker ist häufig ein wichtiger Teil psychologischer Arbeit mit Palliativpatienten. Laut Chochinov (2006), der Krebspatienten im Endstadium befragte, gaben etwa acht Prozent an, einen Würdeverlust zu erleben. Diese berichteten auch häufiger von einem Sterbewunsch oder dem Verlust des Lebenswillens. Generell besteht laut Chochinov ein erhöhtes Risiko für die Verletzung der Würde aufgrund der Wahrnehmung der Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes, dem Gefühl, eine Belastung für andere zu sein, sowie der Abhängigkeit von anderen, der Schmerzintensität und der Tatsache, auf stationäre Versorgung angewiesen zu sein. Genauso wird das Würdegefühl vorrangig dadurch beeinflusst, dass Betroffene das Gefühl haben, nicht mit Respekt oder Verständnis behandelt worden zu sein. Chochinov folgert, dass würdebezogene Sorgen gemindert werden können, wenn eine vollumfängliche und effektive Versorgung bereitgestellt würde.

Wir fordern daher einen würdevollen Umgang mit Sterbewilligen und deren Angehörigen, da es nicht nur die Würde des Einzelnen betrifft, sondern auch wir es uns als Gesellschaft schuldig sind, einen würdevollen Umgang miteinander einzufordern und die Würde des Menschen nicht mit der scheinbaren Autonomie gleichsetzen. Die Konsequenzen für die Hilfe leistende Person oder Personen sollten dabei zumindest in Beratungsgesprächen angesprochen werden, da auf diesen bei Beihilfe und bei Unsicherheit bezüglich der Entscheidungsfähigkeit eine große Verantwortung ruht. Hier darf sich der Staat nicht hinter dem Argument der Selbstbestimmung und der Privatsphäre einer gesellschaftlichen Verantwortung entziehen und die Helfer mit dem Handelnden allein lassen.

Der Anspruch des Gesetzes, sicherzustellen, dass eine wissenschaftliche Begleitforschung ermöglicht wird, impliziert unserer Ansicht nach, dass die Motive zumindest in Gesprächen erfasst werden, ohne diesen eine Wertung zu geben. Systematik und Leitlinien sind hier ebenso unabdingbar wie ein professionelles Vorgehen in der Gesprächsführung.

Mag^a Viktoria Wentseis
Klinische Psychologin und
Gesundheitspsychologin

Präsidentin IPPÖ

Mag^a Helene Wimmer
Klinische Psychologin und
Gesundheitspsychologin

Vizepräsidentin IPPÖ



Ing. Julius Raab Str. 11/3

3425 Langenlebarndorf

