

## Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention zum Ministerialentwurf eines Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG)

ÖGS, 12.11.2021

Die Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention erlaubt sich zum vorliegenden Gesetzesentwurf Stellung zu nehmen:

Betreff den Titel des Gesetzes ist es als problematisch anzusehen, wenn von einer „Sterbeverfügung“ gesprochen wird. Tatsächlich geht es um die **Umsetzung eines Suizids** – also einer Selbsttötung, und es ist zu fordern, dass dieser Umstand auch im Titel kenntlich gemacht wird (**z.B. Suizidverfügung**). Aufgrund fundierter suizidpräventiver Forschung wissen wir, dass eine unklare Benennung des Themas einer Tabuisierung Vorschub leistet, was es Betroffenen erschwert mit ihrer psychischen Not Hilfe zu suchen, und dass andererseits eine verharmlosende Benennung als Signal einer Befürwortung von Suiziden aufgefasst wird.

Es soll an dieser Stelle auch auf die **bereits vorliegenden Stellungnahmen** der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention **vom Jänner und vom Mai 2021** verwiesen werden, die in ihren Feststellungen und Vorschlägen weiterhin Gültigkeit haben. In der aktuellen Stellungnahme wird nun auf den vorliegenden Gesetzesentwurf eingegangen, Dabei sollen drei Punkte als zentrale Überschriften zusammenfassend wie folgt benannt werden:

1.

**Der Suizid ist fast immer Ausdruck eines unerträglichen seelischen Leidens. Der Gesetzesentwurf wird dieser Tatsache in dieser Form nicht gerecht.** Neben der palliativmedizinischen Expertise braucht es für die Abklärung **immer auch eine fachärztlich psychiatrische Expertise**, unabhängig davon, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht.

2.

**Zwölf Wochen Frist für die Sterbeverfügung ist zu kurz.** Gerade bei psychischen Störungen dauert die Remission oft wesentlich länger und die Prognose ist oft schwierig einzuschätzen. Deutlich längere Wartefristen werden auch in internationalen Leitlinien gefordert. Ein

fachlich/ethisch bestmöglicher Umgang mit der Komplexität suizidaler Leidenszustände braucht Expertise und Leitlinien. Dies betrifft die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit (welche durch psychische Störungen beeinträchtigt sein kann aber nicht sein muss), die Dauerhaftigkeit und Unheilbarkeit der schweren Krankheit (schwankender Schweregrad, unvorhersehbarer Verlauf, Einfluss externer Faktoren), und der Schwere des (psychischen) Leidens. **Zusammenfassend wird eine Verlängerung der Frist auf mindestens 6 Monate gefordert.**

3.

**Die vorgesehene Umsetzung** (z.B. das Überlassen des Suizidmittels für einen potenziell langen Zeitraum) **birgt Risiken** unter anderem betreffend Missbrauch, Gewährleistung der Kriterien, Folgen für Angehörige. **Anpassungen sind hier zu fordern.**

#### **Ad 1.**

Der Gesetzesentwurf richtet sich unter §6 (3) Punkt 2. auch an Personen, „die an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen“.

Psychische Erkrankungen sind mit dieser Definition eindeutig ebenso umfasst, wie viele andere chronische Erkrankungen (2,8 Millionen Menschen in Österreich, Quelle Statistik Austria). Suizidabsichten und Todeswünsche kommen bei psychischen Erkrankungen häufig vor, sind typische Symptome für einzelne Erkrankungen wie z.B. die Depression, und sind zudem Ausdruck und Ergebnis von psychischem Leiden.

In den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf wird argumentiert: „Bei einem ausschließlich aufgrund und im Zustand einer psychischen Krankheit gefassten Sterbewunsch wird in der Regel keine Entscheidungsfähigkeit vorliegen.“ Aus psychiatrisch-fachlicher Sicht ist hier darauf hinzuweisen, dass in einem phasenhaft aber auch in einem chronifiziert verlaufenden Krankheitsprozess immer wieder Phasen mit einer ausreichenden Entscheidungsfähigkeit gegeben sein können.

Zu berücksichtigen ist auch, dass psychisches Leid im Zusammenhang mit einer schweren körperlichen Erkrankung ein krankheitswertiges Ausmaß annehmen kann, die Gefahr aber besteht, dass aufgrund der im Vordergrund stehenden körperlichen Beeinträchtigungen psychische Begleiterkrankungen nicht diagnostiziert werden, besonders wenn fachliche Expertise nicht einbezogen wird.

Im Bereich der psychischen Störungen ist eine Beratung und Abklärung für einen assistierten Suizid komplex und fachlich herausfordernd (Verhofstadt et al. "Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making." *International Journal of Law and Psychiatry*, 2019, 64:150-161). Der Umstand, dass in Ländern mit der gesetzlich gegebenen Möglichkeit des Assistierten Suizids bei den stattgefundenen Suizidbeihilfe-Fällen nur in einem geringen Prozentsatz von unter 5% die Diagnose einer Depression bestanden haben soll (z.B. Schweiz), macht deutlich, dass von einer *erheblichen Unterdiagnostizierung* ausgegangen werden muss. Die Punktprävalenz für Depression liegt schon in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher (bei 7%) (Nowotny, Kern, Breyer, Bengough, Griebler (Hg.): *Depressionsbericht Österreich*. BMASGK 2019).

Um der Komplexität der Beratung und Abklärung gerecht zu werden, sollten die in internationalen Leitlinien diskutierten Grundsätze berücksichtigt werden. Die Entwicklung österreichischer Leitlinien sollte angestrebt werden, um eine fachgerechte Beurteilung zu gewährleisten, betreffend die Entscheidungsfähigkeit (welche durch die psychische Störung beeinträchtigt sein kann bzw. weil Todeswünsche oft Ausdruck der psychischen Störung sind), die Dauerhaftigkeit bzw. Unheilbarkeit der schweren Krankheit (welche im Schweregrad oft schwankt und der Verlauf oft unvorhersehbar ist bzw. auch von externen Faktoren abhängt) und die Dauerhaftigkeit und Schwere des psychischen Leidens schwer objektivierbar ist (Verhofstadt et al. 2019).

**Es ist daher zu fordern, dass bei mindestens einem der beiden begutachtenden Ärzte das Vorliegen einer fachärztlich psychiatrischen Expertise gegeben sein muss.** (zu ergänzen unter § 7. (1))

## Ad 2.

Die Frist von 12 Wochen von der ersten ärztlichen Aufklärung bis zur Errichtung der Sterbeverfügung ist zu kurz. Im Falle von psychischen Störungen (alleine oder in Kombination mit einer schweren chronischen körperlichen Erkrankung) dauert es oft wesentlich länger als 3 Monate bis zum Abklingen des psychischen Leidenszustandes, bzw. ist die Prognose oft schwierig und von externen bio-psycho-sozial-ökonomischen Faktoren abhängig. Daher werden in etablierten internationalen Leitlinien wesentlich längere Fristen gefordert (6 oder 12 Monate, siehe z.B. Verhofstadt et al. 2019). In den Erläuterungen des Gesetzesentwurfes (S. 5) ist von „einer aus der Suizidforschung bekannten Krisenphase von etwa drei Monaten“ die Rede, ein Verweis auf Fachliteratur fehlt jedoch. Aus psychiatrischer Sicht ist es erforderlich, sich an depressiven Episoden zu orientieren, die in der Regel 3-9 Monate, aber oft auch ein Jahr oder länger dauern können (Spijker et al. "Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)." *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 208-218; Ten Have et al. "Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in a psychiatric epidemiological cohort study of the general population." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2017, 300-312).

Wie erwähnt ist der Verlauf von psychischen Störungen von bio-psycho-sozio-ökonomischen Faktoren abhängig, wie etwa die Organisation von entlastenden Maßnahmen und Verbesserungen der Lebensbedingungen (Wohnraum, Krankenbehelfe, soziale und finanzielle Unterstützung). Dass die Umsetzung dieser Maßnahmen oft länger als 12 Wochen dauert, wurde auch kürzlich vom früheren ÖVP-Behindertensprecher Franz-Joseph Huainigg in einem Interview mit den Salzburger Nachrichten geäußert (4. Nov. 2021).

Die Forderung nach einem Jahr Wartezeit im Falle von psychischen Störungen wird als „State of the Art“ betrachtet, damit therapeutische Alternativen zum assistierten Suizid eine faire Chance haben (Verhofstadt et al., 2019). Außerdem entstehen durch die Forderung nach einem assistierten Suizid komplexe Beziehungsdynamiken, die psychotherapeutisch fruchtbar werden können, weil sie häufig ursächlich mit dem psychischen Leiden und der Suizidalität

und dem Wunsch nach einem assistierten Suizid in Verbindung stehen. Dies braucht jedoch wesentlich mehr Zeit als 12 Wochen.

So ist auch zu erwarten, dass Anträge für assistierten Suizid verstärkt von Patient\*innen mit Persönlichkeitsstörungen mit chronischer Suizidalität gestellt werden. Marsha Linehan, eine renommierte Expertin für die Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung beschreibt, dass die Unerträglichkeit des Leidens geradezu typisch für Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung ist (Linehan, „Skills training manual for treating borderline personality disorder“, 1993, New York: Guilford press). Aber die meisten dieser Menschen nehmen sich eben nicht das Leben, und langfristig ist die Prognose günstig. Es dauert oft Monate bis Jahre, zum Teil mit wiederholten Suizidversuchen und psychiatrischen Krankenhausbehandlungen, bis der Verlauf der Störung günstiger wird.

Abschließend soll angemerkt werden, dass zwar das Kriterium der Dauerhaftigkeit eingangs im Gesetzestext erwähnt wird §1 (1), doch geht es später verloren (z.B. §5 und §6 (2)).

**Zusammenfassend ist daher eine Verlängerung der Frist auf mindestens 6 Monate zu fordern, besser jedoch auf mindestens 12 Monate.** Eine Ausnahme bilden Personen, die aufgrund einer schweren körperlichen Erkrankung mit infauster Prognose und schwerem Leiden unmittelbar vor ihrem Lebensende stehen - hier soll eine Entscheidung innerhalb von 2 Wochen möglich sein, wie im Gesetzesentwurf auch vorgesehen (s. Stellungnahme vom 4.5.2021).

### **Ad 3.**

**Die derzeitige vorgesehene Umsetzung birgt Risiken, unter anderem betreffend Missbrauch, Gewährleistung der Kriterien, Folgen für Angehörige:**

Im Gesetzesentwurf ist vorgesehen, die Umstände der Durchführung der Selbsttötung der mit der Suizidverfügung ausgestatteten Person selbst zu überlassen und also in deren privaten Bereich zu übergeben. Es sind keine Regelungen vorgesehen, in welcher Situation und wann

die Person sich selbst tötet. Die Assistenz beim Suizid besteht also lediglich in der Ausgabe des Suizidmittels.

Gefährdungen, die daraus resultieren, bestehen daher unter anderem darin, dass dritte Personen ungeschützt in ein Suizidgeschehen hineingezogen werden. So kann es z.B. Angehörige, im schlimmsten Fall auch minderjährige Angehörige betreffen, die den Leichnam der suizidierten Person (unvorbereitet) auffinden. Geschieht der Suizid im öffentlichen Raum, können auch unbeteiligte Dritte dadurch Schaden nehmen.

Die betroffene Person ist aufgefordert, das Suizidmittel an einem sicheren Ort aufzubewahren. Es gibt aber keine Regelung, das zu überprüfen. Unter der Bedingung, dass die „Sterbeverfügung“ ein Jahr lang Gültigkeit hat, ergibt sich ein langer Zeitraum, in dem das Suizidmittel auch missbräuchlich verwendet werden könnte – so auch in die Hände unbefugter bzw. gefährdeter Personen gelangen könnte. Darüber hinaus wird durch den Gesetzesentwurf auch nicht sichergestellt, dass eine betroffene Person bei Verlust der Gültigkeit der Suizidverfügung das Suizidmittel zurückgibt, wie vorgesehen.

In dem u.U. langen Zeitraum, in dem die betroffene Person über das Suizidmittel verfügt, besteht mit einer größeren Wahrscheinlichkeit die Gefahr, dass aufgrund unterschiedlicher Umstände (z.B. durch das Eintreten einer akuten psychischen Einengung) die Person die Entscheidungsfähigkeit verliert. Unter diesem Umstand muss aber in jedem Fall die Sterbeverfügung ihre Gültigkeit verlieren. Das wird im Gesetzesentwurf nicht geregelt und wirft z.B. offene Fragen über den Umgang mit akut suizidalen Patient\*innen im Hinblick auf das Unterbringungsgesetz auf.

Ein Mangel im Gesetzesentwurf ist auch die schon angesprochene fehlende Überprüfung der Dauerhaftigkeit. Wenn der Wunsch nach einem Suizid wieder abklingt ist ein Suizidmittel weiterhin verfügbar, denn eine Rückgabe wird ja nicht gefordert. Das könnte impulsive durchgeführte Suizide wahrscheinlicher machen. Die Verfügbarkeit von Suizidmitteln ist ein wichtiger Risikofaktor für Suizide – nicht umsonst ist die Restriktion von Suizidmitteln ein nachweislich wirksames Instrument und daher ein Schwerpunkt in der Suizidprävention, so

auch im nationalen Suizidpräventionsprogramm in Österreich. Damit würde das Gesetz suizidpräventive Bemühungen konterkarieren.

Wesentlich zu verlangen ist für die Umsetzung, dass bei der Dokumentation im Rahmen der Aufklärung und Durchführung der Assistierten Suizide die Todesart assistierter Suizid als gesonderte Todesart dokumentiert wird und damit auch überprüft werden kann, wie sich die gesetzliche Regelung auf das Auftreten von Suiziden gesamt auswirkt. Die geäußerte Erwartung, das Suizide, die nicht in der Folge einer Suizidverfügung auftreten, durch die vorgeschlagene Regelung abnehmen, ist aufgrund der Daten in anderen Ländern nicht gerechtfertigt (Jones and Patton 2019, Suizidstatistik Schweiz 2019). Eine qualitativ hochwertige Begleitforschung, die auch reliabel erfassen muss, aufgrund welcher Erkrankungen assistierter Suizid in Anspruch genommen wird, ist unbedingt zu implementieren und im Gesetz festzuschreiben.

**Zusammenfassend ist das Überlassen des Suizidmittels für einen potenziell langen Zeitraum als Regelung abzulehnen.** Wir empfehlen hingegen Regelungen zu treffen, wie in der Stellungnahme der ÖGS vom 04.05.2021 ausgeführt, die tatsächlich eine Beihilfe in der Situation der Suizidhandlung darstellen und damit Missbrauch verhindern können.

ÖGS, 12.11.2021