



Österreichische
PalliativGesellschaft

www.palliativ.at

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel. +43 1 40400 27520
Email: office@palliativ.at
Bankverbindung: Bank Austria
IBAN: AT351200000683065007
BIC: BKAUATWW
ZVR-Zahl 822300695

Stellungnahme des Vorstandes der Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) zur Gesetzesvorlage „Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG)“

Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) begrüßt das Bemühen des Gesetzgebers, Rahmenbedingungen für den Assistierte Suizid vor dem 1.1.2022 vorzulegen. Die OPG weist insbesondere darauf hin, dass wie vom VfGH erkannt, „die freie Selbstbestimmung auch durch vielfältige soziale und ökonomische Umstände beeinflusst wird“¹ und die erforderlichen, den Missbrauch vorbeugenden Rahmenbedingungen zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Sterbeverfügungsgesetzes nicht für alle in Österreich lebenden Menschen in dem erforderlichen Umfang erreichbar sind. Das betrifft zum Beispiel die Sicherstellung aller den Lebenswillen erhaltenden Ressourcen Behinderter (unter anderem eine persönliche Assistenz) und die tatsächliche Verfügbarkeit der Palliativ- und Hospizversorgung. Der Ausbaugrad wird bei 50% angenommen.

OPG-Anmerkung zu §2 StVfG: Freiwilligkeit bzw. das Benachteiligungsverbot sind Grundbedingungen, die von der OPG mit Nachdruck begrüßt werden. Für den *locus mortis* sieht der Gesetzgeber den privaten Raum vor. Für viele ältere, pflegebedürftige Menschen ist der „private Raum“ ein Pflege- und Betreuungszentrum. Diese Einrichtungen haben jedoch meistens Öffentlichkeitsstatus. Die Mitarbeiter*innen in diesen Einrichtungen befinden sich angesichts der Wahl dieses *locus mortis* in Umständen, die ggf. eine „Freiwilligkeit“ gem. §2 StVfG ausschließen (z.B. im Nachtdienst). Dasselbe gilt für Krankenanstalten und andere Einrichtungen öffentlichen Charakters. Erschwerend kommt für diese Personen hinzu, dass sie in die Pflicht kommen, vor Einnahme des Präparats neuerlich die Entscheidungsfähigkeit des Suizidwilligen zu überprüfen bzw. das zu veranlassen (vgl. *Birklbauer*). In Hinnaahme dieser Umstände nähme der Gesetzgeber in Kauf, dass sich die aktuell bereits prekäre Pflege- und Betreuungssituation durch Überlastung und Überforderung der Dienstnehmer*innen weiter zuspitzt. Eine berufsrechtliche und dienstrechtliche Normierung wäre in Zukunft dringend geboten.

OPG-Anmerkung zu §2 StVfG bzw. Erläuterungen dazu (S. 8): In den Erläuterungen zu §2 wird erörtert, dass ein „Anspruch der sterbewilligen Person auf Unterlassung von Maßnahmen, die im Ergebnis ihr Recht auf Beendigung ihres Lebens beschneiden“ durchsetzbar sein wird. Dazu wäre vor allem eine Erläuterung über die besondere Verpflichtung von Notärzt*innen und Rettungsdiensten hilfreich, die in der aktuellen Praxis zu Sterbenden oder Todesfällen gerufen werden. Da das Eintreten des Todes nach Einnahme mit Natriumpentobarbital bis zu 47 Stunden dauern kann², käme es durch ein lebenserhaltendes Einwirken der Rettungsdienste zu einem „Beschneiden“ der Interessen des Sterbewilligen. Aus diesem Grund empfehlen wir, dass im Zuge der Errichtung einer Sterbeverfügung die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung

verpflichtend ist, in der auch zu klären wäre, ob die symptomlindernde Therapien (z.B. eines durch das Präparat verursachten Lungenödems) akzeptabel wäre oder abgewehrt wird.

Die Rolle der beteiligten Dritten nimmt zwar auf die Freiwilligkeit bedacht, doch zwei weitere grundlegende Aspekte fehlen:

Beteiligte Dritte: Die OPG ist in großer Sorge um jene Personen, die bei Assistiertem Suizid im Sinne des menschlichen Beistandes („hilfeleistende Person“) anwesend sind, vor allem, wenn es sich um Personen aus einem persönlichen Naheverhältnis zum Suizidwilligen handelt. Trotz des Grundsatzes der Freiwilligkeit kann es aufgrund der sozialen Verbundenheit zu einer relativen Zwangssituation in Bezug auf die Hilfeleistung oder Anwesenheit kommen.

Aus der Suizidforschung liegen Belege vor, dass bei diesem Kollektiv posttraumatische Belastungsstörungen, komplizierte Trauer und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Folgesuiziden auftreten. Eine Begleitung durch kompetentes Personal (Psychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit) wäre im Sinne einer gesetzlichen Normierung als dringend notwendig zu erwägen. Wir sind davon überzeugt, dass die Solidargemeinschaft den hilfeleistenden Personen angesichts eines existenziell beeindruckenden Ereignisses ein Unterstützungsangebot machen sollte. Hilfeleistende und anwesende Personen sollten daher nachweislich über weiterführende Ansprechstellen mündlich und schriftlich informiert werden.

OPG-Anmerkung zu §5 StVfG: Wünschenswert wäre eine Art von Regulierung der konkreten Ausführung, vor allem eine **Beschränkung der Anzahl der Hilfe leistenden Personen**, um einer Inszenierung als Sterbe-Event entgegenzuwirken, wie Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen.³ In einem solchen Rahmen wäre es äußerst fraglich, ob etwaig aufkommende Zweifel, das Medikament tatsächlich zu nehmen, zugelassen würden oder ob sich eine derartige selbstinszenierte Drucksituation einer freien und selbstbestimmten Handlung widersetzen würde. Auch in Anbetracht des Werther-Effekts und der im aktuellen Entwurf fehlenden Vorschreibung von postventiven Maßnahmen für die Hilfeleistenden, sollte die Anzahl begrenzt sein. Um der Forderung des Gesetzgebers nach „einfachen und klaren Regelungen“ zu entsprechen, wird eine **qualitative Begrenzung der natürlichen Personen** (z.B. auf das enge soziale Umfeld und Bezugspersonen) ebenso empfohlen wie eine **quantitative Begrenzung** (z.B. auf maximal 5 Personen). In *begründeten Ausnahmefällen* soll eine von dieser Regelung abweichende Situation durch die/den Notar*in bei der Errichtung festgelegt werden.

Durch die Möglichkeit der Hilfeleistung auch durch juristische Personen, wird niemand bzgl. der erbetenen Hilfeleistung zurückgewiesen werden, auch wenn niemand im nahen sozialen Umfeld dazu bereit ist.

Dass eine genauere Reglementierung als Bevormundung wahrgenommen werden kann, sollte in Kauf genommen werden. Dem Vorrang der Autonomie des Einzelnen ist durch die Möglichkeit der Setzung der Handlung Rechenschaft getragen, doch sowohl während der Handlung als auch nach dem Versterben sollte der Schutz der Beteiligten im Vordergrund stehen, denn auch wenn der Entschluss freiwillig gefasst wird, handelt es sich trotzdem nach §6 (3) immer um Menschen in besonderen Leidenssituationen.

OPG-Anmerkung zu §6 (2) StVfG bzw. Erläuterungen dazu (S. 9/10): Zur Feststellung eines „freien Willens“ (Entscheidungsfähigkeit) existieren keine objektivierten, auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen basierten Instrumente. Dass aus juristischer Sicht ein „freier Wille“ anzunehmen ist (§24 ABGB) ist uns einleuchtend. Unverständlich ist hingegen, weswegen aus diesem Grund Ärzt*innen dieses Kriterium einschätzen sollen, wenn ihnen kein hinreichend valides Instrument dazu zur Verfügung steht. Im Sinne der in den Erläuterungen mehrfach zitierten Ausführungen von Prof. Alois Birklbauer sind daher die begutachtenden Ärzt*innen einem hohen Risiko zur Verfolgung strafrechtlich relevanter Tatbestände ausgeliefert.⁴

OPG-Anmerkung zu §6 (3) StVfG bzw. Erläuterungen dazu (S. 10): Es wäre erwägenswert, ob die in den Erläuterungen benannten Unfallfolgen in das StVfG aufgenommen werden. Eine Klärung des Gesetzgebers, ob eine beginnende demenzielle Erkrankung ebenfalls unter die „für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustände“ fallen, wäre wünschenswert.

Zu überdenken wäre, ob gewisse Formulierungen aus den Erläuterungen nicht in den Gesetztestext an sich einfließen sollten, unter anderem, „dass die Krankheit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Tod der sterbewilligen Person führen und für den voraussichtlichen Todeseintritt überwiegend kausal sein muss“, ebenso wie der Hinweis, dass eine psychiatrische Erkrankung alleine aufgrund der in der Regel fehlenden Entscheidungsfähigkeit keinen Anlassfall für die Suizidbeihilfe darstellen wird.

OPG-Anmerkung zu §6 (4) StVfG: Die OPG begrüßt, dass die aufklärende oder dokumentierende Person nicht gleichzeitig auch Suizidassistenz leisten darf.

OPG-Anmerkung zu §7 (1) StVfG bzw. Erläuterungen dazu (S. 11): Die OPG erkennt, dass der Gesetzgeber die erforderliche palliativmedizinische Qualifikation einer ärztlichen Person zugunsten einer niederschweligen Erreichbarkeit priorisiert. Die OPG weist darauf hin, dass dieser Umstand dazu führen wird, dass ärztliche Personen aufklären, die keine **praktischen** Erfahrungen in Palliativversorgung im Sinne des multiprofessionellen Ansatzes haben. Daher bedarf die palliativmedizinische Qualifikation einer Konkretisierung im Gesetz (und nicht bloß in den Erläuterungen). Aus Gründen der Beratungsqualität über Behandlungs- oder Handlungsalternativen kann es nicht (aufgrund der vorliegenden vagen Gesetzesformulierung) der ärztlichen Person in der Selbsteinschätzung überlassen sein, diese Qualifikation festzustellen. Ärztliche Personen mit Praxis in der multiprofessionellen Begleitung sind mit den psychosozialen Belastungen und Problemstellungen vertraut und kooperieren eng mit den assoziierten Berufsgruppen. Wir erachten es als unserem Ansatz wesenhaft, dass nichtärztliches Personal (Palliativpflege, Palliativpsychologie, Palliativsozialarbeit, Palliativseelsorge) in beratende Gespräche eingebunden wird. Von den aktuell 200 in Palliativmedizin spezialisierten ärztlichen Personen im gesamten Bundesgebiet sind 150 (75 %) in Krankenanstalten angestellt (Quelle: Österr. Ärztekammer, 30.10.2021) und sind damit den Regeln und Weisungen der Träger unterworfen.

Die OPG sieht als besonders prioritäre Verpflichtung der aufklärenden ärztlichen Personen, dass sie Kompetenz aufweist, um

a) Suizidalität im Sinne der psychiatrischen Nosologie von

- b) Sterbewünschen/Todeswünschen bei Sterbenskranken⁵ und
c) die Suizidwilligkeit im Sinne des StVfG und ggf. deren Überlappungen zu differenzieren.

OPG-Anmerkung zu §7 (2)/1 StVfG: Empfohlen wird eine Erweiterung der Inhalte, die eine Aufklärung umfassen muss, um eine wertfreien aber gründlichen Erhebung der Beweggründe der sterbewilligen Person. Es braucht die wertfreie Erkenntnis der Gründe, denn manche davon liegen außerhalb der Disposition der suizidwilligen Person und es gehört zur Anerkennung der Autonomie, dass Leidenszustände ausschließlich subjektiv zu bewerten sind. Trotzdem muss hinterfragt werden, ob alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden oder eben nicht doch eine Drucksituation oder Beeinflussung durch Dritte besteht. Die Voraussetzung der Wertfreiheit kann durch die professionelle Grundhaltung im Umgang mit Patient*innen als gegeben vorausgesetzt werden, ebenso wie dies bei allen anderen kommunikativen Erfordernissen getan wird.

OPG-Anmerkung zu §7 (2)/2 StVfG: Zur Anwendung des „Präparats“ ist uns kein auf wissenschaftlichen Kriterien basierter medizinischer Fachstandard bekannt.

OPG-Anmerkung zu §7 (3) StVfG: Es wäre (zumindest in den Erläuterungen) wünschenswert, darzulegen, welche Möglichkeiten Suizidwillige haben, die nicht mehr eigenhändig unterschreiben können.

OPG-Anmerkung zu § 7(4) StVfG: „Hinweise auf eine krankheitswertige psychische Störung“ sind aus Sicht der OPG in erster Linie von Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psycholog*innen zu diagnostizieren. Aus diesem Grund wäre es aus unserer Sicht vorzuziehen, dass eine ärztliche Person mit palliativmedizinischer Kompetenz *beratend* zugezogen wird – **nicht jedoch im Sinne der im StVfG genannten Aufklärung**. Das ist umso bedeutsamer, als sich eine ärztliche Person mit palliativmedizinischer Qualifikation im Sinne des WHO-Maßstabes⁶ zur Aufklärung im Sinne des §7 StVfG in einem Ziel- und Wertekonflikt befindet („... is not intending to hasten or postpone death...“)⁶

Einige Ärztinnen und Ärzte des OPG-Vorstandes können sich nicht damit identifizieren, einem Verwaltungsakt zu dienen, der zu einem Assitierten Suizid führt. Eine Beratung durch ein ärztliche Person mit Palliativqualifikation kann nur die unter §7 (2) 1. genannten Inhalte umfassen, auf keinen Fall jedoch die Dosierung und Einnahme des Präparats oder die Feststellung von Suizidalität im Sinne der psychiatrischen Nosologie, es sei denn, es handelt sich um einen ärztliche Person mit Ausbildung in dieser Fragestellung (z.B. Facharzt/ärztin für Psychiatrie).

Im Sinne unserer Auffassung, wonach das Sterben ein Phänomen ist, das umfassend alle Dimensionen eines Menschen einnimmt (körperlich + seelisch + sozial + existenziell) sehen wir die Argumentation des Gesetzgebers als somatischen Reduktionismus und unzutreffend an, da es vor allem existenzielle Phänomene sind, die einen Menschen dazu bewegen, sein Leben im Sinne des StVfG zu beenden⁷ – wie etwa die oft beschriebene „Angst, jemanden zur Last zu fallen“. Die OPG erkennt an, dass ein Suizidwilliger im Sinne des StVfG keine Rechenschaft über persönliche Beweggründe zu leisten hat und beschreibt das daraus resultierende Dilemma zu §7 (2)/1 (s.o.).

OPG-Anmerkung zu §8 (1) StVfG: bzw. Erläuterungen (S. 12): Da die terminale Phase laut Erläuterungen bis zu ein halbes Jahr umfasst (bei allen Unsicherheiten die Prognose betreffend),

sind zwei Wochen Wartezeit zu kurz anberaumt. Daher braucht es entweder andere medizinische Parameter/Assessments, die diese kurze Wartezeit begründen können oder eine längere Wartezeit von mindestens vier Wochen.

OPG-Anmerkung zu §9 (2) StVfG bzw. Erläuterungen (S. 13): Die OPG begrüßt eine wissenschaftliche Begleitforschung und bietet gerne ihre Beteiligung im Rahmen ihrer Möglichkeiten an. Insbesondere Daten zur Wirkung und Komplikationen des Präparats (Quantität und Qualität) wären auch für die künftige Aufklärung im Sinne des §3 StVfG wesentlich. Darüber hinaus sollten umfassend die Folgen auf Beteiligte und Hinterbliebene erforscht werden.

OPG-Anmerkung zu § 11 (3) StVfG bzw. Erläuterungen (S. 14): Im Kontext von Suizidhandlungen ist das Phänomen des „erweiterten Suizids“, vor allem bei hochaltrigen Personen geläufig. Eine Strafandrohung gemäß den Erläuterungen („Verstößt die sterbewillige Person gegen diese Sorgfaltspflichten und kommen Dritte zu Schaden, drohen zivil- und strafrechtliche Folgen“) läuft im angenommenen Szenario ins Leere und entspricht unserer Auffassung nach nicht dem Zwecken und Zielen des StVfG.

Die Sicherung des Präparats erscheint der OPG angesichts der Tatsache, dass der gesamte Akt auf den privaten Bereich verwiesen ist, zu wenig geregelt. Hier braucht es beispielsweise ein Kästchen mit Code, in dem das Präparat ausgehändigt wird.

OPG-Anmerkung zu § 12 (3) StVfG bzw. Erläuterungen (S. 15): Zur Vergütung der Leistungen, die im Zuge einer Errichtung einer Sterbeverfügung erbracht werden, stehen wir für transparente, fixe und verbindliche Tarifordnungen (wie bspw. im Rechtsanwaltstarifgesetz) Diese sind von der Österreichischen Ärztekammer, der Apothekerkammer und der Notariatskammer zu fordern.

Einheitliche festgeschriebene Tarife sind zu fordern, damit das „Geschäftemachen“ mittels „günstiger Angebote“ verhindert wird. Außerdem darf beispielsweise zwischen den Bundesländern oder im Stadt-Land-Vergleich kein Unterschied sein.

OPG-Anmerkung zu Artikel 2, Änderung des Suchtmittelgesetzes: In der stationären Hospizversorgung wie auch bei mobilen Palliativteams besteht die Problematik, dass diese nach den Regeln des Suchtmittelgesetzes nicht befugt sind, Suchtmittel vorrätig zu haben und diese mitzuführen. Dadurch kommt es immer wieder zu nicht durchführbaren oder verzögerten Palliativbehandlungen, Notarztberufungen und der Notwendigkeit von Spitalseinweisungen, obwohl dies viele Palliativpatient*innen so nicht wünschen. Im Zuge der Anpassungen im Suchtmittelgesetz soll zur Bereinigung dieses Missstandes und auch zur Weiterentwicklung einer adäquaten Palliativbehandlung im § 6 Suchtmittelgesetz folgender Absatz 4e eingefügt werden: „Organisationen, die Palliativversorgung anbieten, sowie Palliativdiensten ist die Verarbeitung, der Erwerb und der Besitz von Suchtmitteln auch ohne Bewilligung insoweit gestattet, als sie diese für die palliative Patientenversorgung benötigen“.

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)
Geschäftsstelle: Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
www.palliativ.at office@palliativ.at Tel. +43 1 40400 27520

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. med. Dietmar Weixler MSc, Präsident der der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) für den Vorstand der OPG nach konsensbildendem Prozess im Vorstand: Univ.Prof. Dr. med. Rudolf Likar MSc; Manuela Wasl, MSc; Assoc.Prof.in PDin Dr.in med. univ. et scient. med. Eva Katharina Masel MSc; Univ. Prof. iR Dr. med. Herbert Watzke; Mag.a (FH) Dr.in phil. Angelina Falkner; Bettina Pußwald, DSA, MSM; Manuela Klee, MSc; Dr. med. Helmut Ziereis; Priv.Doiz.in Dr.in med. Gudrun Kreye; Patricia Grein; Dr.in med. Martina Kronberger-Vollnhofer MSc; Dr.in med. Veronika Mosich MSc; Dr.iur. Michael Halmich, LL.M; Mag. iur. Michael Prunbauer.

7. November 2021

- (1) https://www.vfgh.gv.at/medien/Toetung_auf_Verlangen_Mithilfe_am_Suizid.php
- (2) Joel Zivot in <https://spectatorworld.com/topic/last-rights-assisted-suicide-is-neither-painless-nor-dignified/>
- (3) Beuthin R, Bruce A, Scaia M (2018): Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. In: Nursing forum 53 (4):511–520; doi:10.1111/nuf.12280
- (4) https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/ME/ME_00150/imfname_1006949.pdf , S. 16
- (5) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLl_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf (Seiten 413-434)
- (6) https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf
- (7) „Primär muss die Aufklärung aber durch zwei ärztliche Personen erfolgen. Dies ist insofern zweckmäßig, als die Unterstützung am Lebensende in der Regel medizinische Fragen aufwirft, deren Antworten die sterbewillige Person kennen sollte, um eine informierte Entscheidung zu treffen“ (Erläuterungen, S 11)