

Die Freiheit der Entscheidung am Lebensende

Freier Wille, Entscheidungsfähigkeit und selbstbestimmtes Sterben

The Freedom of Decision at the End of Life – Free Will, Decision-Making Competence, and Self-Determined Dying

Christian Arnezeder

Themenswerpunkt Gelingendes Älterwerden

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahrzehnten werden in westlich orientierten Ländern zunehmend Liberalisierungen in der Verwirklichung des Wunsches nach einem selbstbestimmten Lebensende umgesetzt, so auch in Österreich. In die Prüfung der Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit ebenso wie im Ausschluss von psychischen Erkrankungen als Ursache eines Wunsches nach einem selbstbestimmten Sterben werden auch Klinische Psychologen einbezogen. Wie diese Beteiligung seitens der Klinischen Psychologie konkret aussehen kann und wie Klinische Psychologen zur Prüfung der Entscheidungsfreiheit beitragen können, wird in einzelnen Grundzügen näher untersucht.

Abstract

In the past few decades, Western-oriented countries have increasingly implemented liberalization of self-determined dying, as has happened in Austria too. Clinical psychologists are also included in the examination of autonomy and decision-making competence, as well as in the exclusion of mental illnesses as the cause of the desire for self-determined dying. What this contribution on the part of clinical psychology can look like in concrete terms and how clinical psychologists can contribute to examining freedom of choice is being examined in more detail.

1. Rechtlicher Hintergrund

Nach der Erkenntnis des österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11. Dezember 2020 zu G 139/2019,

wo dieser die Wortfolge des § 78 zweiter Fall StGB als verfassungswidrig beurteilt und eine Frist bis Ende 2021 zur gesetzgeberischen Neufassung oder aber zu dessen sonst zwangsläufigen Aufhebung gesetzt hat, mussten der österreichische Nationalrat und der Bundesrat fristgerecht das Sterbeverfügungsgesetz StVfG BGBl. I 242/2021 in die Wege bringen und beschließen, um einen unregelmäßigen Rechtsbereich zu vermeiden. Nach vielen Diskussionen und Liberalisierungen in zahlreichen westlichen Ländern sind damit auch in Österreich gesetzliche Regelungen für einen wichtigen und obendrein komplizierten Abschnitt menschlichen Lebens getroffen worden. Auf die rechtlichen und medizinischen Inhalte und Folgen wird nur verwiesen und in diesem Zusammenhang nur soweit notwendig und sonst nicht weiter eingegangen, auch nicht auf abweichende Gesetzeswertungen und zwischenzeitliche Entwicklungen in anderen Ländern (Marina, Wainwright, Pereira & Ricou, 2022). Es darf dabei nicht verschwiegen werden, dass nach wie vor moralische und religiöse, insbesondere christliche Bedenken gegen den selbstbestimmten und vorgezogenen Tod vorgebracht werden. Eine gesamtgesellschaftlich, aber auch wissenschaftlich geführte Debatte zum Sterbewunsch und den damit verbundenen religiös und humanistisch orientierten Werten steht zweifellos noch aus.

Werte und ethische Haltungen verändern sich über die Zeit und sind in den verschiedenen Kulturen in vielfacher Form vorzufinden (Ricou & Wainwright, 2019, S. 246), insbesondere wenn sie sich auf das eigene Leben, den eigenen Körper und sein Sterben beziehen (Sinclair, 2020). Die Haltung zum eigenen Sterben und dem anderer Menschen hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten eine bemerkenswerte Liberalisierung in den westlichen Ländern erfahren, gerade weil Gedanken über das eigene Lebensende mit zunehmender Lebensdauer, der Verwandlung von tödlichen in chronische und ständig behandlungsbedürftige Krankheiten und damit der Abhängigkeit durch die Unterstützung von Gerä-

ten und helfenden Mitmenschen zugenommen haben (Sousa, Marina & Ricou, 2022, S. 385) und Gedanken über das eigene Lebensende notwendig machen. Die Gestaltung des letzten Lebensabschnittes und Sterbens bedarf zunehmend ausführlicher Überlegungen und Entscheidungen, die sich gesellschaftlich und gesetzlich auch anderswo in rechtlichen Bestimmungen wie einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht realisieren.

Ein immer wieder geäußelter Einwand gegen eine Liberalisierung und damit verbundene rechtliche Regelungen einer Sterbeverfügung ist der Hinweis auf die Gefahr des Missbrauches (Gamper, 2021, S.144), welche sich insbesondere aus der Geschichte von Deutschland und Österreich nach den Untaten des nationalsozialistischen Regimes in den 30er- und 40er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts ergibt. Missbrauch, Regelverstöße und Fehler sind in allen Bereichen des menschlichen Zusammenlebens möglich (Badke-Schaub, Hofinger & Lauche, 2012), was nicht dagegensprechen kann, gemeinsame Regelungen überhaupt zu treffen. Die im StVfG vorgesehenen Vorsichtsmaßnahmen der Beiziehung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin oder von Klinischen Psychologen können einen solchen bedeutenden zusätzlichen Schutz vor Missbrauch, Verstößen und Fehlern bieten.

Klinische Psychologen sind durch ihre universitäre und in Österreich durch die nachuniversitäre klinische Ausbildung und schließlich durch den § 22 des Psychologengesetzes PG 2013 befähigt und berechtigt, Diagnosen zu stellen und damit zumindest entsprechend International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in der jeweils geltenden Fassung Krankheiten zu diagnostizieren. Dabei sind sie zugleich verschiedenen Ethikrichtlinien und Standesregeln unterworfen. Sie werden aus diesem Grund zusätzlich zu den Vertretern der betreffenden medizinischen Fächer in diese Beratungs- und Entscheidungsprozesse nach dem StVfG einbezogen und ausdrücklich angeführt. In der Literatur wird es zudem als eine ethische Verpflichtung gewertet (Sinclair, 2020), die Kenntnisse und Möglichkeiten der Klinischen Psychologie zur Fortentwicklung der Gesellschaft zur Verfügung zu stellen. Andererseits bietet für die Psychologie die vergleichsweise neue Anwendung in Entscheidungssituationen am Lebensende die Möglichkeit, auch ihren eigenen Bestand an Wissen und Fähigkeiten mit den entsprechenden Anwendungen und Erfahrungen weiterzuentwickeln und auf diese Weise Menschen in schwierigen Lebenssituationen weiter Unterstützung zu leisten.

„The psychologist can play an important role in the evaluation of the degree that the expressed wish to die reflects a person's real will and his or her best interest in making an informed decision (...)“ (Marina, Wainwright & Ricou, 2021, S. 65).

Zu Fragestellungen im Zusammenhang mit selbstbestimmtem Sterben und dessen gesetzlicher Regelung sollen nun einige Ausführungen für die Psychologie getroffen werden:

- Was kann die Allgemeine Psychologie als Grundlagenwissenschaft und die Klinische Psychologie als Anwendungswissenschaft zur Klärung von Selbstbestimmung, freiem Willen und Entscheidungsfähigkeit am Lebensende beitragen?
- Welche Möglichkeiten bieten Klinische Psychologie und Psychotherapie, um Menschen in schwierigen Entscheidungssituationen zu unterstützen und Hilfsangebote zu setzen?

2. Selbstbestimmung, freier Wille und Entscheidungsfähigkeit

Die im StVfG dargestellten Begrifflichkeiten sind in erster Linie juristische und nicht psychologische oder psychotherapeutische. Sie können allerdings durch fachliche Definitionen in Psychologie und Psychotherapie eine weitere Klarheit erlangen, und weitere Forschung kann die juristischen Begriffe schärfen, gerade was den freien Willen und die Entscheidungsfähigkeit betrifft. Infolge der ständigen Weiterentwicklung und Prüfung wissenschaftlicher Theorien und der in ihnen enthaltenen Begrifflichkeiten kommt es jedoch zu unterschiedlichen wissenschaftlichen Standpunkten, die sich so noch nicht für eine gesetzliche Verwendung eignen und deshalb fachlich genauer erörtert werden müssen.

2.1. Bestimmungen und Begrifflichkeiten

Die konkreten Aufgaben von Klinischen Psychologen sind bei der Errichtung einer Sterbeverfügung im Gesetz angeführt, werden aber sehr kurz gehalten und geben wenig Auskunft darüber, wie Selbstbestimmung, freier Wille und Entscheidungsfähigkeit von Gesetzes wegen konkret umgesetzt und geprüft werden mögen. Lediglich die Erläuterungen zum Gesetz geben darüber nähere Auskunft.

§ 6 Abs. 2 StVfG bestimmt, dass der „Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, (...) frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden“ muss. Weiters haben nach § 7 StVfG zwei unabhängige Ärzte festzuhalten, dass die „sterbewillige Person entscheidungsfähig ist sowie einen (...) freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat“ und „kein Hinweis darauf vorliegt, dass sie im Zeitpunkt der Errichtung beeinträchtigt wäre“.

Entscheidungsfähig nach § 24 Abs. 2 ABGB ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann, was sich fachlich auch als Diskretions- und Dispositions-

higkeit bezeichnen lässt. Die Entscheidungsfähigkeit einer sterbewilligen Person ist nach dem StVfG zweifelsfrei festzustellen und nicht grundsätzlich anzunehmen. Wenn sich davon abweichende Wahrnehmungen ergeben, sind nach dem StVfG zusätzliche Überprüfungen einzuleiten, die sich aber aus ethischer Sicht zur Vermeidung von Diskriminierungen nicht prinzipiell und allein auf Menschen mit psychischen Erkrankungen beschränken dürfen (Richter, 2021), sondern bei Bedarf auch andere Menschen mit einem Sterbewunsch einschließen können, etwa nach einem schwer schwächenden und beeinträchtigenden Unfall.

„Wenn sich im Rahmen der ärztlichen Aufklärung ein Hinweis darauf ergibt, dass bei der sterbewilligen Person eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, deren Folge der Wunsch zur Beendigung ihres Lebens sein könnte, ist vor der Bestätigung (...) eine Abklärung dieser Störung einschließlich einer Beratung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder eine klinische Psychologin bzw. einen klinischen Psychologen zu veranlassen“ (§ 7 Abs. 4 StVfG).

Die prüfenden Ärzte befinden sich somit in der Rolle des Auftraggebers für die Klinischen Psychologen. Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit eines sterbewilligen Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung und deren Folgen im Rahmen von Aufklärungsgesprächen sind von den beauftragenden Ärzten wie auch sonst in Gutachtensaufträgen zwecks einer anschlussfähigen Begutachtung konkret und beobachtungsnah an die Klinischen Psychologen mitzuteilen und es sind eine oder mehrere Fragen zu formulieren, was denn abgeklärt werden sollte. Wenn aufklärende Ärzte an Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin oder Klinische Psychologen weiterleiten, muss ihnen selbst ohnehin schon Bedeutsames aufgefallen sein. Klinische Psychologen liefern in der Folge eine zweite, allenfalls schon dritte Meinung, ob der Sterbewunsch allein von einer psychischen Erkrankung und deren Folgen kommt oder nicht, womit ihr Beitrag in erster Linie in der Absicherung der ärztlichen Einschätzungen besteht. Auf diese Weise sichern sie ab, befürworten nicht, leisten somit keine Hilfestellung beim selbstbestimmten Sterben, sondern wenden im Wesentlichen ein, wenn tatsächlich Hindernisse in der Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich der Sterbeverfügung vorliegen.

Im österreichischen StVfG sind im Vergleich zu manch anderen Staaten mit solchen Regelungen die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme der Sterbeverfügung vergleichsweise eng gefasst, indem neben anderen konkreten Voraussetzungen eine terminale Erkrankung, die in absehbarer Zeit zum Tode führen wird, oder ein nicht mehr behandelbarer chronischer Krankheitszustand mit erheblichem Leiden als notwendige Voraussetzung zum Zugang zur Errichtung einer Sterbeverfügung definiert sind, sofern der Leidenszustand nicht anders abwehrbar ist. Es geht folglich bei der Sterbeverfügung um sterbenskranke oder chronisch kranke Menschen, für die medizinische Besserung oder Heilung

der Krankheit und ihrer Auswirkungen zum derzeitigen Wissensstand nicht mehr möglich ist. Suizidalität und Suizidhandlungen, beispielsweise infolge eines Bilanzsuizides oder einer psychischen Erkrankung wie einer Depression, sind somit im StVfG nicht erfasst, sodass eine verlässliche Unterscheidung zwischen Sterbeverfügung und Suizid erforderlich erscheint und in der Fachliteratur und in Stellungnahmen oftmals nicht getroffen wird. Dies betrifft nicht zuletzt die verwendeten Bezeichnungen:

Der Wunsch früher zu sterben eines schon sterbenskranken Menschen ist nicht gleichzuhalten mit einem ausweglos erscheinenden Suizidwunsch eines nicht terminal kranken Menschen.

Dass solch unterschiedliche Begriffe mit unterschiedlichen Bedeutungen miteinander vermengt und gleich verwendet werden, erschwert die Auseinandersetzungen um solche Themen wie Suizid- oder Sterbewunsch enorm.

Wer eine Sterbeverfügung errichtet, wählt diesen Schritt als ein selbstbestimmter und entscheidungsfähiger Mensch. Er oder sie kann frei, selbst und ohne einen Einfluss von außen den Zeitpunkt und die Form des Sterbens bestimmen, weil das Lebensende aufgrund einer terminalen Erkrankung medizinisch gesehen absehbar ist oder die chronische Erkrankung aufgrund fehlender weiterer medizinischer Behandlungsmöglichkeiten unerträgliches und sonst nicht abwendbares Leiden mit sich bringt. Es geht um die Verkürzung des Leidens und Sterbens, nicht um die Verkürzung des Lebens und schon gar nicht darum, einen unterstützten Weg des Suizids auf Kosten der Gesellschaft zu ermöglichen. Wie viel Leid zumutbar ist, lässt sich dabei nicht allgemein beantworten. Für den einen sind schon vergleichsweise kleine Schmerzen unerträglich, andere halten viel mehr aus.

Suizidalität und Suizidhandlungen gehen darüber entscheidend hinaus und bezeichnen einen Zustand, welcher in Folge einer psychischen Erkrankung und vor allem der emotionalen Belastung das gewollte Lebensende als nur noch einzige Möglichkeit der Problemlösung erscheinen lässt und andere ausblendet. In diesem Sinne darf besonders auf die präsuizidale Einengung nach Erwin Ringel (1978) hingewiesen werden. Ohne einen hippokratischen Eid geleistet zu haben, geht es auch Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten nach wie vor darum, Krankheiten zu heilen oder zu lindern sowie Leben zu verlängern. Bisher haben Klinische Psychologen und Psychotherapeuten ja auch daran gearbeitet, Suizide im Rahmen einer hilfeorientierten Suizidprävention möglichst zu verhindern (Teismann, Koban, Illes & Oermann, 2016), und diese berufliche Aufgabe ist mit der Sterbeverfügung als neu gefasster Möglichkeit in

Österreich nicht außer Kraft gesetzt. Die Möglichkeiten zur Beratung während der vorgeschriebenen ärztlichen Aufklärungsgespräche bieten auch die Gelegenheit, bei freien und selbstbestimmten Sterbewünschen trotzdem alternative Wege der Hilfe aufzuzeigen und darauf hinzuweisen. Sie müssen allerdings tatsächlich auch zur Verfügung stehen, etwa eine Palliativbehandlung, eine Schuldnerberatung oder eine Psychotherapie.

Genau wie bei einem Suizid ist allerdings auch bei einem selbstbestimmten Sterben die Handlung des sterbewilligen Menschen gegen sich und gegen die eigene Person gerichtet, die erst in einem gewissen Ausmaß an Leiden als subjektiv gerechtfertigt für die betreffende Person erscheinen wird. Das dabei aufgewendete Vorgehen ist aber nicht als eine solche gegen die Gesellschaft oder andere bestimmte Personen gerichtet, wie es bei einer Suizidalität allenfalls sein kann.

2.2. Entscheiden und Entscheidungsfähigkeit

Eine Entscheidung ist in diesem Zusammenhang vereinfacht ausgeführt die freie und bewusste Wahl zwischen zwei oder mehr Alternativen, willkürlich oder mit Begründung, welche die gewählte Alternative von den nicht gewählten scheidet. Nur wer entscheiden kann, dem ist es auch möglich, seinen freien Willen tatsächlich kundzutun. Diesen freien Willen zu erkennen und abzusichern, ist ein entscheidender Punkt der Prüfung der Entscheidungsfähigkeit. Sie ist als derzeit vorhandene Möglichkeit der jeweiligen Person zu einer solchen Wahl anzusehen und nicht eine stabile und überdauernde Eigenschaft, sondern zeit- und kontextabhängig (Gaubert & Chainay, 2021). Sie kann folglich nur für einen bestimmten Zeitpunkt und zu einer bestimmten Frage geprüft und festgestellt werden und gilt wie umgekehrt die Entscheidungsunfähigkeit nicht für alle Entscheidungen einer Person in ihrem derzeitigen oder künftigen Leben. Beispielsweise sind Entscheidungen in einem alkohol- oder drogeninduzierten Rauschzustand nicht mehr zuverlässig. Psychische Erkrankungen, die neben anderen besonders Beachtung finden sollten, sind eine Depression, eine Demenz, Psychosen, Suchtabhängigkeiten und nicht zuletzt Persönlichkeitsstörungen, insbesondere solche vom Borderline-Typ. Eine Unfähigkeit zum Entscheiden ist in einer konkreten Angelegenheit positiv festzustellen und zu begründen und kann nur durch die Angabe einer Wahrscheinlichkeit der Einschätzung begleitet sein, muss Graubereiche berücksichtigen, wo Beurteilungen der Entscheidungsfähigkeit unter unsicheren Vorgaben stattfinden und besonders Fachkompetenz und Erfahrung von Klinischen Psychologen herausfordern. Eine generelle und absolute Bestätigung oder aber ein Ausschluss einer Entscheidungsunfähigkeit ist aber als Scheinsicherheit zu werten und greift zu weit, weil realitätsfern. Niemand kann alle Möglichkeiten in Betracht ziehen und schon gar nicht für eine ungewisse Zukunft.

Eine Entscheidungsunfähigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt zeigt sich der vorliegenden gesetzlichen Definition nach, wenn unterschiedliche Alternativen nicht erkannt und eine Wahl zwischen vorliegenden Alternativen nicht getroffen werden kann, vor allem nicht mehr selbstbestimmt, nicht mehr frei. Psychische oder äußere Einflüsse beeinflussen dann die Entscheidung mit und schränken die Entscheidungsfähigkeit ein. Solche psychischen Einflüsse infolge einer psychischen Erkrankung können reduzierte kognitive Fähigkeiten wie Bewusstseinstrübungen, irreversible Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sein oder Gedächtnisprobleme, ganz besonders aber auch emotionale Belastungen. An äußeren Einflüssen wären zu erwähnen Wünsche und Verbote von Angehörigen, Manipulationen oder faktenwidrige Informationen. Auch gänzlich andere Lebensprobleme können sich auf einen Wunsch zu sterben verschieben.

In einem Wunsch zu sterben kann sich nach wie vor ein Ruf nach Hilfe und insbesondere nach Hilfe in einer Entscheidung zum Leben verbergen. Es erscheint daher eine Abklärung erforderlich vor einer Untersuchung auf eine allenfalls eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit, ob eine krankheitsbedingte Suizidalität vorliegt. Eine erkennbare Ambivalenz hinsichtlich des Sterbewunsches allein ist dabei nicht ausschlaggebend, da auch bei einem selbstbestimmten und entscheidungsfähigen Wunsch zu sterben Ambivalenz in Erscheinung treten kann, weil der Wunsch zu leben noch nicht gänzlich verloren ist (van Wijngaarden, Leget & Goossensen, 2018).

Um eine Sterbeverfügung errichten zu können, muss der freie Wille des sterbewilligen Menschen möglich und treffsicher (valide), verlässlich (reliabel) und sachlich (objektiv) feststellbar sein. Die Kriterien einer Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit können dabei unterschiedlich getroffen, sollten aber transparent sein, von der bloßen Aufnahme und Dokumentation eines Sterbewunsches bis hin zu einer Abklärung einzelner Fragen mit Testverfahren, und liegen in der Entscheidung der jeweiligen Klinischen Psychologin oder des jeweiligen Klinischen Psychologen.

2.3. Allgemeine Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit

Entscheidungen und die Fähigkeit dazu können auch bei gesunden Menschen ohne den Einfluss psychischer Erkrankungen eingeschränkt sein, etwa durch unsichere oder fehlende Informationen. Menschen können allein schon aufgrund ihrer biologischen Ausstattung und begrenzten kognitiven Kapazitäten nicht alle möglichen und erforderlichen Informationen wahrnehmen, speichern und verarbeiten (Tversky & Kahneman, 1974; Kahneman, Slovic & Tversky, 2013). Auch Entscheidungen am Lebensende sind Entscheidungen unter Unsicherheit und Ungewissheit, insofern der Fortgang nach

dem eingetretenen Tod zwar durch Glauben, nicht aber durch schon vorhandenes Wissen in eine Entscheidung einbezogen werden kann. Unter Unsicherheit und Unwissenheit können Entscheidungen durch die Verwendung von Entscheidungsheuristiken vereinfacht und so erst ermöglicht werden, unterliegen dadurch dann aber auch der Gefahr von Verzerrungen und Fehlern, auch Biases genannt (Pfister, Jungermann & Fischer, 2014, S. 132 ff.). Fehler in Entscheidungen sind damit auch bei gesunden und entscheidungsfähigen Menschen denkbar und oftmals auch nicht vermeidbar. Nicht zuletzt darf auf ein wesentliches Kernstück der freudschen Psychoanalyse hingewiesen werden, wonach Bewusstseinsinhalte aufgrund von auftretenden Ängsten in das Unbewusste verschoben werden und von dort aus weiterhin im Bewusstsein wirksam sein können (Solms, 2021), auch bei Entscheidungen.

2.4. Besondere Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit

Die Entscheidungsfähigkeit kann nach gesetzlicher Bestimmung neben Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte auch durch das Vorliegen einer psychischen Krankheit und deren Folgen eingeschränkt sein. Somit ist es nicht entscheidungsrelevant, wie die sterbewillige Person in eine solche Lage gekommen ist, auch wenn diese eine Zwangslage infolge Schmerzen oder Leiden darstellt (Ruß, 2002, S. 14), sondern ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und wie sich diese auf die Entscheidungsfähigkeit auswirkt. Krankheitswertig ist eine psychische Störung nach dem üblichen Verständnis konkret dann, wenn die Diagnosekriterien nach ICD und DSM in der jeweils gültigen Fassung entsprechend den Diagnoserichtlinien vorliegen.

Aus einer Diagnose und durch das Generalisieren von Kategorien ist aber noch nicht die Einschränkung einer Entscheidungsfähigkeit zwingend abzuleiten. Unter bestimmten Umständen, etwa wie einer leichten Depression, kann theoretisch auch eine sorgfältige Entscheidung resultieren (Winograd, 2012), weil ruminierend vieles wiederholend bedacht wird. Vielmehr entscheidend sind die Folgen, welche sich aus einer psychischen Erkrankung auf die Entscheidungsfähigkeit ergeben, und diese sind individuell nachzuverfolgen. Wie in anderen Rechtsbereichen auch ergibt sich damit die Notwendigkeit eines Augenscheines und einer Einzelfallbeurteilung, welche sich nicht durch das Aufstellen von Kategorien allein zufriedenstellend bewältigen lässt. Konsequenterweise kann somit das Ankreuzen von Kästchen in vorgegebenen Formularen („ticking the box“) nicht als ausreichend angesehen werden. Schon aus Respekt vor einem Sterbewilligen gilt es besser, sich ausreichend Zeit für die Formulierung von Sätzen und dazugehörigen Begründungen zu

nehmen. Eine generalisierende und verallgemeinernde Abhandlung des Themengebietes kann nicht auf die individuellen Besonderheiten eines jeden Menschen eingehen, sodass Tools und Leitfäden allein nicht ausreichend erscheinen.

Vielmehr ist eine einzelfallbezogene Betrachtungsweise unumgänglich.

3. Begutachtung und Beratung

Der Beitrag von Klinischen Psychologen hängt ganz entscheidend von der Qualität ihrer Beiträge zur Abklärung der Entscheidungsfähigkeit und gegen Missbrauch, Fehler und Regelverstöße ab. Einige Punkte mögen zu Überlegungen anregen:

- Um Irrtum, List, Täuschung, physischen oder psychischen Zwang und Beeinflussung durch Dritte zu prüfen, empfiehlt es sich, den ganzen Komplex der Sterbeverfügung und ihres Kontextes sich aus Sicht des oder der Betroffenen nochmals in freier Rede erklären zu lassen, und das möglichst in Abwesenheit Dritter. Bei der Beurteilung durch Klinische Psychologen spielt die aufgewendete Zeit beim Zuhören und Verstehen eine wesentliche Rolle. Dabei ist auch ein Mangel an Krankheitseinsicht bei psychischen Erkrankungen in Betracht zu ziehen (Cording & Saß, 2009).
- Eine Vervollständigung durch eine Krankheitsanamnese von behandelnden Ärzten oder eine Fremdanamnese mit den Familienmitgliedern kann die Beurteilungsgrundlage und deren Qualität deutlich erhöhen. Um ein vollständiges Bild der Situation zu erlangen, auch um andere Sichtweisen zu integrieren, erscheint es ratsam und angebracht, auch die Interessen, Einschätzung und Meinungen der Angehörigen sowie behandelnder Personen, insbesondere von Fach- und Hausärzten, einzuholen und zu nutzen – was aber nicht heißen soll, dass die Interessen anderer bevorzugt werden.
- Die psychologische Beurteilung einer Entscheidungsfähigkeit, wo es um Leib und Leben des Betroffenen geht, ist selber auch eine Entscheidung und dafür sind persönliche Beobachtungen unumgänglich, was die Verwendung von technischen Hilfsmitteln wie Internetkommunikation oder Telefongesprächen, wenn auch rechtlich zulässig, wohl dennoch ausschließt. Beispielsweise ist es unumgänglich festzustellen, ob es sich tatsächlich bei allem um die Person handelt, die den Sterbewunsch geäußert hat, und keine heimlich angefertigten Tonaufnahmen.

- Nicht alle möglichen und denkbaren Varianten können angeführt und behandelt werden, sodass keine taxative Aufzählung aller Notwendigkeiten und Erfordernisse einer Befundaufnahme und Begutachtung geleistet werden kann. Gegen die Verwendung von bewährten Formulierungen ist nichts einzuwenden. Gutachten sind keine Romanerzählungen.
- Äußerungen von sterbewilligen Menschen können auch von nicht offensichtlichen Interessen getragen sein, nicht in erster Linie von einem selbstbestimmten und freien Willen. Die in der psychologischen Testdiagnostik verortete Beschwerdenvalidierung bietet hierfür wertvolle Anleitungen und Erfahrungen (Nübling, Henn, Kaiser, Schmidt & Bassler, 2020).
- Angesichts der Unwiderruflichkeit des vorgezogenen Sterbens stellt sich die Frage, wenn im Falle von Unsicherheit und Zweifel hinsichtlich der Entscheidungsfähigkeit schon ein Fehler begangen werden könnte, zugunsten von wem dann. Im Sinne des geringsten anzunehmenden Schadens kann die Antwort nur lauten, im Zweifelsfalle einen Sterbewunsch, der sich nicht klar und zweifelsfrei zeigt, nicht zu befürworten. Zweifel sind dabei zu verstehen als Bedenken und Einwände, welche die Sicherheit einer Beurteilung reduzieren und Unentschiedenheit belassen.
- Eine gesetzlich vorgesehene Beratung kann von Psychologen oder Psychotherapeuten in der Hinsicht durchgeführt werden, dass Hilfe im Zusammenhang mit Psychologie oder Psychotherapie besprochen und nach Angeboten gesucht werden kann. Soweit andere Hilfsmöglichkeiten bestehen, können auch diese einbezogen oder es kann zumindest darauf verwiesen werden. Vor allem geht es um die Suche nach Möglichkeiten, Leben wieder lebenswert zu machen.

Zur Kompetenz von Klinischen Psychologen gehört es, das Vorliegen von psychischen Erkrankungen festzustellen, wobei neben der Verhaltensbeobachtung auch der Einsatz von psychologischen Testmethoden ein ureigenes Tätigkeitsfeld der Klinischen Psychologen darstellt. Ausbildung und Erfahrung in diesem speziellen Bereich erscheinen erforderlich und zweckmäßig (Marina, Wainwright & Ricou, 2021, S. 72), da man nur machen kann, was man auch gelernt hat. Insbesondere ist die Anpassung von gängigen Testmethoden an die spezielle Situation von Menschen im letzten Lebensabschnitt von besonderer Bedeutung (Sinclair, 2020), da sowohl durch die Situation bedingte Stressreaktionen als auch ein besonderes Interesse an bestimmten Testergebnissen denkbar sind. Der Auswahl der verwendeten Testverfahren ist besonderes Augenmerk zu widmen, etwa bei Intelligenztestungen. Anamnesegespräche und Verhaltensbeobachtungen sind dazu auch wirkmächtige Methoden.

4. Ethische Implikationen und Standpunkte

Anlass der vorliegenden Arbeit ist das Inkrafttreten der Sterbeverfügung in Österreich, deren Auswirkungen für die Psychologie und ohne Bevorzugung des einen Zieles, sterben zu wollen, oder des anderen Zieles, leben zu wollen. Aufgabe von Klinischen Psychologen ist es, Menschen in schwierigen Lebens- und Entscheidungssituationen fachlich zu unterstützen, die beste Entscheidung für sie zu finden (Ricou & Wainwright, 2019, S. 247), auch und insbesondere hinsichtlich der Gestaltung des eigenen Lebensendes, ohne ihnen die eigene Haltung aufzudrängen. Ethische und religiöse Bedenken sind selbstredend zu beachten, aber es darf nicht übersehen werden, dass Ursprung der Gesetzgebung zum StVfG in Österreich ein höchstgerichtlicher Entscheid war, der auf Prinzipien der Menschenrechte aufbaut, nämlich insbesondere auf Selbstbestimmung, und dort schon ausführlich hergeleitet und begründet ist.

Damit verbunden sind nicht nur Würde und Wert am Lebensende, sondern ebenso Respekt vor der Entscheidung eines Menschen.

Am Ende des Lebens sollen und müssen Menschen über sich und ihr Leben entscheiden dürfen, wie sie leben und sterben möchten, weil ihnen das nichts und niemand abnehmen kann. Es ist ihr wesentliches Persönlichkeitsrecht als Menschen, auch wenn sie in ihrem Leben auf soziale Beziehungen angewiesen sind. Wegen dieser Einbettung in eine soziale Gemeinschaft aus einer rechtlich zugesicherten Autonomie eine Heteronomie zu konstruieren, auf deren Grundlage dann wieder paternalistisch auf Lebensentscheidungen anderer Menschen zugegriffen werden kann, verkehrt den Ansatz der Selbstbestimmung in ihr Gegenteil: Aus dem Leben sterbenskrank oder chronisch krank und ohne Aussicht auf heilende Hilfe scheiden zu wollen und das nach eigenem Willen, wäre aus dieser Sichtweise dann eben auch im Sinne einer Suizidalität krank und müsste behandelt werden, selbst wenn die Betroffenen eine medizinische Behandlung gerade eben nicht mehr möchten.

Kein Mensch sollte sich über den anderen erheben und sagen, was dieser tun oder lassen sollte, auch nicht durch ethische Generalisierungen. Wenn schon Angehörige die Selbstständigkeit und den freien Willen eines sterbewilligen Menschen nach dem Gesetz nicht beeinflussen sollen, dann auch Klinische Psychologen in der Ausübung ihrer Tätigkeit nicht. Die eigenen Werte und Urteile der Klinischen Psychologen spielen somit keine Rolle, auch nicht religiöse Überzeugungen, es sei denn diese halten jemanden persönlich von bestimmten Hilfestellungen ab und entstammen nicht einem Privatis-

mus der Gewissensgründe (Birnbacher, 2022, S. 169). Es erscheint keineswegs ethisch nachvollziehbar, wenn ein Mensch gegen seinen Willen leben und leiden sollte, weil jemand anderer aus seiner Umgebung ansonsten ethische oder religiöse Bürden auf sich fühlt.

Mit dem StVfG gilt der Wunsch zu sterben als legitim und auch der Beitrag anderer dazu. Um daraus nicht ein totes Recht werden zu lassen, sollten die Ansprüche nicht so hochgezogen werden, dass die parlamentarisch und demokratisch geschaffene Möglichkeit nicht mehr zu realisieren ist. Vielmehr bedarf es Weiterentwicklungen und höchstgerichtlicher Entscheide, sodass der Forschungsgegenstand derzeit noch nicht abgeschlossen erscheinen kann, vielleicht auch so schnell nicht abschließbar ist.

Literatur

- Badke-Schaub, P., Hofinger, G. & Lauche, K. (Hrsg.) (2012). Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobereichen (2., überarbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Birnbacher, D. (2022). Warum kein Anspruch auf Suizidassistenten? Ethik in der Medizin, 34, 161-176. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00678-3>.
- Cording, C. & Saß, H. (2009). Begutachtung der „freien Willensbestimmung“ bei Suizid in der Lebensversicherung. Der Nervenarzt, 80, 1070-1077. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2796-z>.
- Gamper, A. (2021). Gibt es ein „Recht auf ein menschenwürdiges Sterben“? Zum Erkenntnis des VfGH vom 11.12.2020, G 139/2019. Juristische Blätter, 143, 137-146. <https://doi.org/10.33196/jbl202103013701>.
- Gaubert, F. & Chainay, H. (2021). Decision-Making Competence in Patients with Alzheimer's Disease: A Review of the Literature. Neuropsychology Review, 31, 267-287. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09472-2>.
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (2013). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases (24th edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marina, S., Wainwright, T., Pereira, H. P. & Ricou, M. (2022). Trends in hastened death decision criteria: A review of official reports. Health Policy, 126, 643-651. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.001>.
- Marina, S., Wainwright, T. & Ricou, M. (2021). The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. International Journal of Psychology, 56, 64-74. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>.
- Nübling, R., Henn, J., Kaiser, U., Schmidt, J. & Bassler, M. (2020). Zur Validität subjektiver Patientenangaben: Anmerkungen zur Beschwerdenvalidierung. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 68, 81-95. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000407>.
- Pfister, H.-R., Jungermann, H. & Fischer, K. (2017). Die Psychologie der Entscheidung: Eine Einführung. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Richter D. (2021). Unerträgliches Leiden und autonome Entscheidung. Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Sterbehilfe nicht verwehrt werden darf. In A. Böhning (Hrsg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderungen für die Psychiatrie und Psychotherapie (S. 37-61). Bern: Hogrefe.
- Ricou, M. & Wainwright, T. (2019). The Psychology of Euthanasia. European Psychologist, 24, 243-256. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000331>.
- Ringel, E. (1978). Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord. Wien u. a.: Herder.
- Ruß, H. G. (2002). Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-Debatte. Ethik in der Medizin, 14, 11-19. <https://doi.org/10.1007/s00481-002-0145-x>.
- Sinclair, C. (2020). Societal-level ethical responsibilities regarding active euthanasia: An analysis using the Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists. Ethics & Behavior, 30, 14-27. <https://doi.org/10.1080/10508422.2019.1636654>.
- Solms, M. (2021). Was ist „das Unbewusste“ und wo ist es im Gehirn lokalisiert? Eine neuropsychanalytische Perspektive. Kinderanalyse, 2, 201-216. <https://doi.org/10.21706/ka-29-3-201>.
- Sousa, A., Marina, S. & Ricou, M. (2022). Spiritual beliefs and hastened death: A study on medical students. OMEGA – Journal of Death and Dying, 85, 384-408. <https://doi.org/10.1177/0030222820944101>.
- Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). Psychotherapie suizidaler Patienten: therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden. Göttingen: Hogrefe.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science, 185, 1124-1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>.
- van Wijngaarden, E., Leget, C. & Goossensen, A. (2018). Ethical uneasiness and the need for open-ended reflexivity: the case of research into older people with a wish to die. International Journal of Social Research Methodology, 21, 317-331. <https://doi.org/10.1080/13645579.2017.1399621>.
- Winograd, R. (2012). The balance between providing support, prolonging suffering, and promoting death: Ethical issues surrounding psychological treatment of a terminally ill client. Ethics & Behavior, 22, 44-59. <https://doi.org/10.1080/10508422.2012.638825>.

Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung des Autors ist ausgeschlossen. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung des Autors dar und greifen der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vor.

Autor

Mag. Dr. Christian Arnezeder

Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Psychoanalyse, Psychoanalytische Psychotherapie); Arbeitsschwerpunkte: Psychoanalyse, Begutachtung, Supervision.

Praxis für Psychologische Diagnostik und Psychoanalyse
Kaisergasse 17/9
A-4020 Linz
arnezeder@live.at



© Paul Hamm