



An das
Bundesministerium für Justiz
zH Dialogforum Sterbehilfe
Museumstraße 7
1070 Wien
per E-Mail an: team.z@bmj.gv.at

Wien, am 3. Mai 2021

Stellungnahme zur Neuregelung des assistierten Suizids aufgrund des VfGH-Erkenntnisses vom 11. Dezember 2020 – Dialogforum Sterbehilfe

Sehr geehrte Mitwirkende am Dialogforum Sterbehilfe,
geschätzte Mitarbeiter*innen im Team Zivilrecht („Z“) des BMJ!

Bezugnehmend auf die veröffentlichte **Punktation** möchte ich folgende persönliche Stellungnahme zum Thema innerhalb offener Frist einbringen:

Vorbemerkungen

Ich persönlich begrüße das Erkenntnis des VfGH (G139/2019), womit die Selbstbestimmung erneut in einer zentralen Frage der Menschheit gestärkt wurde. Zum Schutz der dieses Recht in Anspruch nehmenden Personen als auch der Mitwirkenden soll es eine klare Regelung in Bezug auf den assistierten Suizid ab 1. Jänner 2022 geben. Die Variante, dass der Gesetzgeber untätig bleibt und die automatische Außerkraftsetzung einzelner Tatbestandsmerkmale aus dem § 78 StGB abwartet, wird nicht befürwortet.

Die Thematik rund um den assistierten Suizid wird in Zukunft unterschiedliche Personen- und Berufsgruppen und Institutionen gleichermaßen tangieren. Aufgrund dessen wird es für nicht sinnvoll erachtet, die neue Regelung in einem Berufsrecht (zB dem ÄrzteG) oder einem Organisationsgesetz (zB dem KAKuG) zu beheimaten. Aufgrund der inhaltlichen Ausgestaltung einer Neuregelung, die wahrscheinlich weit über den Regelungsinhalt des Schwangerschaftsabbruches hinausgehen wird, ist eine Implementierung im StGB nicht zielführend. Anlehnend an andere besondere Rechtsmaterien im Gesundheitswesen, wie etwa dem OTPG, dem PatVG, dem ÄsthOpG, dem UbG, dem HeimAufG bzw dem FMedG, erscheint ein eigenes **Bundesgesetz über den assistierten Suizid (ASSG)** sinnvoll.

Der **neue § 78 StGB** sollte ab 1. Jänner 2022 bloß die Strafbarkeit des Verleitens zum Suizid regeln. Die Überschrift zur Strafnorm wäre entsprechend anzupassen. Zudem ist zu empfehlen, das Wort „verleiten“ im § 78 Abs. 2 StGB legal zu definieren, um eine rechtssichere Abgrenzung für die Personen zu ermöglichen, die zukünftig bei einem Suizid mitwirken.

Bezüglich einem **Verstoß gegen das ASSG** sollte dieses Gesetz selbst Strafbestimmungen beinhalten. Dies sollten durchaus auch gerichtliche Strafbestimmungen sein, und nicht bloß Verwaltungsstrafen bzw. disziplinare Strafbestimmungen.

Ad 1: Ausbau der Verfügbarkeit der Palliativ- und Hospizversorgung

Palliativ- und Hospizversorgung ist **Suizidprävention**. Diverse in der Palliativ- und Hospizversorgung tätige Personen und Institutionen stellen klar, dass in etwa 40 % der palliativ zu begleitenden Patient*innen unterversorgt sind. Nach einer Stellungnahme der Hospiz Österreich besteht derzeit nur für Palliativstationen eine österreichweite **Regelfinanzierung**. In manchen Bundesländern gibt es eine (teils) öffentlich finanzierte Hospiz- und Palliativbetreuung, viele Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind jedoch nach wie vor auf großzügige Spenden und jährliche neu gewährte Förderungen angewiesen. Zu diesem Zweck muss laut der Öst. Palliativgesellschaft der **flächendeckende Ausbau** der Palliativversorgung inklusive einer Regelfinanzierung in allen Bundesländern und auf allen Versorgungsstufen sichergestellt werden: von der Grundversorgung durch niedergelassene Gesundheitsberufe bis hin zu spezialisierten ambulanten Angeboten und Einrichtungen. Diese Strukturen müssen parallel zur Implementierung des ASSG sichergestellt und ausgebaut werden.

Ad 2: Sicherstellung des freien und selbstbestimmten Willens

In unserer Rechtsordnung wird die Fähigkeit zur freien und selbstbestimmten Willensbildung mit der **Entscheidungsfähigkeit** festgelegt. Seit dem Inkrafttreten des ErwSchG im Jahr 2018 gibt es im § 24 Abs. 2 ABGB eine Definition der Entscheidungsfähigkeit. Diese ist auch als Basis für die Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit bei einer/einem Suizidwilligen heranzuziehen, die/der assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchte.

Darüber hinaus sollten im ASSG noch weitere Erfordernisse vorgesehen werden, wie etwa die Dauerhaftigkeit des Entschlusses zum Suizid (= „stabiler Wunsch“), das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen zur Hilfe und ein Schriftlichkeitsgebot.

Die **Überprüfung der selbstbestimmten Entscheidung** sollte zweierlei stattfinden; jedenfalls durch eine/n zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte/n Ärzt*in erfolgen. Zusätzlich dazu sollte ein/e andere/r Ärzt*in oder ein/e klinische/r Psycholog*in hinzugezogen werden, welche/r mit der suizidwilligen Person persönlich gesprochen und die Voraussetzungen zum assistierten Suizid schriftlich bestätigt hat. Bei Personen mit psychischer Krankheit sollte zumindest eine Überprüfung der selbstbestimmten Entscheidung von einer/einem Fachärzt*in für Psychiatrie (auch für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin) erfolgen.

Psychisch kranken Menschen fehlt nicht automatisch die Entscheidungsfähigkeit. Die Auswirkungen der Erkrankung sind vielfältig und nicht immer einschränkend in Bezug auf die Bildung eines selbstbestimmten Willens. Dies wird auch durch das ErwSchG und die Vertretungsregeln dem Grunde nach bestätigt. Ein genereller Ausschluss psychisch kranker Menschen vom Recht auf assistierten Suizid ist diskriminierend und widerspricht den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (= Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne Behinderung) und des Gleichheitssatzes. Auch in der psychiatrischen Fachwelt ist die Meinung verfestigt, dass bestimmte psychisch kranke Menschen durchaus eine rationale und selbstbestimmte Entscheidung im Hinblick auf die eigene Lebensbeendigung treffen können. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass psychisch kranken Menschen, die entscheidungsfähig sind, nach den Behandlungsregeln des ErwSchG (§§ 252–254 ABGB) Therapien begrenzen bzw. ablehnen dürfen, selbst wenn dies den sicheren Tod bedeuten würde. Wenn der VfGH im Erkenntnis betont, dass es aus grundrechtlicher Perspektive keinen Unterschied macht, „ob der Patient im Rahmen seiner Behandlungshoheit bzw im Rahmen der Patientenverfügung in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes lebensverlängernde oder lebenserhaltende medizinische Maßnahmen ablehnt oder ob ein Suizidwilliger unter Inanspruchnahme eines Dritten in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes sein Leben

beenden will“, so ist mit Blick auf die Behandlungsregeln im ABGB (und auch im UbG; §§ 35–37) ein genereller Ausschluss psychisch kranker Menschen aus grundrechtlichen Erwägungen nicht zu rechtfertigen. Die Beurteilung einer selbstbestimmten Entscheidung bei psychisch kranken Menschen mag im Einzelfall schwierig sein, darf aber in einem liberalen Rechtsstaat nicht dazu führen, dass dieser Personengruppe zur Gänze das Recht auf einen assistierten Suizid verwehrt wird.

Im Rahmen der Überprüfung von Suizidwilligen in Bezug auf ihre selbstbestimmte Entscheidung sollte eine **lebensbejahende Beratung** verpflichtend vorgesehen sein. Dabei ist über Suizidpräventions- sowie Palliativangebote zu informieren.

Zu Beweis Zwecken ist es sinnvoll, dass bei der schriftlichen Willensbekundung von Suizidwilligen (nicht aber bei der umfassenden Beratung) ein/e erwachsene/r und entscheidungsfähige/r **Zeug*in** anwesend ist. Die Hinzuziehung der Personen, die zB bei der Errichtung von Patientenverfügungen mitwirken, ist nicht sinnvoll, zumal dadurch für die Prüfung der selbstbestimmten Entscheidung kein zusätzlicher Nutzen erkennbar ist. Auch bei alltäglichen Therapiebegrenzungen bzw. -ablehnungen bedarf es keiner Kontrolle durch Jurist*innen. Die Patientenverfügung ist zudem auch ein Vorsorgeinstrument mit anderer Zielsetzung. Sie soll nämlich zu einem späteren Zeitpunkt Geltung entfalten; also zu einer Zeit, in welcher die/der Vorsorgende nicht mehr entscheidungsfähig ist. Somit kann zum Zeitpunkt, in der die Patientenverfügung Geltung entfaltet, die betroffene Person selbst nicht mehr zur Behandlung befragt werden. Dies ist beim assistierten Suizid anders gelagert (= suizidwillige Person ist zum Zeitpunkt des assistierten Suizids entscheidungsfähig und setzt den letzten kausalen Akt selbst). Auch würde die Beiziehung von Jurist*innen als Zeug*innen zusätzliche Kosten (und demnach finanzielle Hürden) bedeuten.

Somit sollte es auch keine Möglichkeit geben, den **Entschluss „auf Vorrat“** zu fassen und im Fall der später nicht mehr vorhandenen Entscheidungsfähigkeit vom assistierten Suizid Gebrauch machen zu können. In dieser Fallvariante ist die selbstbestimmte Suizidhandlung nicht gewährleistet und kann die Grenze zu einer Fremdtötung im Sinne der §§ 75, 77 StGB überschritten sein.

Ad 3: Wer darf Sterbehilfe in Anspruch nehmen?

Im § 24 Abs. 2 ABGB wird festgehalten, dass die (volle) Entscheidungsfähigkeit im Zweifel bei Volljährigen (= ab dem 18. Geburtstag) vermutet wird. In Bezug auf Behandlungen gibt es für **Minderjährige** Spezialvorschriften (zB § 173 ABGB). Demnach kann das

entscheidungsfähige Kind Einwilligungen in medizinische Behandlungen nur selbst erteilen. Dieses Recht wird ab dem Erreichen des Mündigkeitsalters (= 14. Geburtstag) zugestanden. Bei Behandlungen, die aber gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind, gelten abweichend davon Spezialvorschriften, sodass Minderjährige alleine keine derartige Entscheidung treffen können. Im Bereich des OTPG wird im § 8 (Lebendspende) geregelt, dass eine Organspende von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unzulässig ist. Sohin gibt der Gesetzgeber zu erkennen, dass Minderjährige besonders wichtige Entscheidungen nicht alleine bzw. gar nicht treffen können sollen. Der assistierte Suizid ist aufgrund der Irreversibilität zweifelsohne eine besonders wichtige und nachhaltige Entscheidung im Leben, sodass die Entscheidungsfähigkeit im vollen Ausmaß vorhanden sein muss. Und dies wird erst mit dem Erreichen des Volljährigkeitsalters vermutet (§ 24 Abs. 2 ABGB), sodass es zu empfehlen ist, den **assistierten Suizid nur Erwachsenen** zu erlauben.

Im Hinblick auf **materielle Vorgaben**, wer das Recht auf einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen darf, ist man geneigt zu sagen, es sollen nur **todkranke Menschen** die Erlaubnis hierzu erhalten. Bei der näheren Beschäftigung mit der Formulierung, welche Personen dies mit welcher Begründung sein sollten (zB unheilbare, zum Tod führende Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung; unerträgliches körperliches oder psychisches Leiden; dauerhafte Folge eines Unfalls ...), kommt man zwangsläufig zum Schluss, dass es dadurch zu einer Bewertung von Umständen kommt, die man als „Außenstehender“ als objektiv nachvollziehbar erachtet. Zudem wird eine noch so gute Formulierung im ASSG dazu führen, dass bestimmte Personengruppen gerade noch nicht die Voraussetzungen erfüllen und demnach auf ein Zuwarten angewiesen sind oder den Suizid gegebenenfalls alleine und für sich würdelos begehen.

Der **VfGH** betont in seinem Erkenntnis: „Zur freien Selbstbestimmung gehört aber auch die Entscheidung, ob und aus welchen Gründen ein Einzelner sein Leben in Würde beenden will. All dies hängt von den Überzeugungen und Vorstellungen jedes Einzelnen ab und liegt in seiner Autonomie.“

Sohin kann es in einem **liberalen Rechtsstaat** nicht darum gehen, Gründe vorzugeben, die einem erlauben, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden. Diese Gründe werden auch bei der Therapiebegrenzung bzw. beim Therapieverzicht nicht vorgegeben. Selbst bei der Errichtung einer Patientenverfügung sind keine Gründe anzugeben, warum man zB lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt und dadurch mitunter den sicheren Tod in Kauf nimmt. Vielmehr hängt dies – mit Blick auf die Argumentation des VfGH – von den

Bewertungen des Individuums ab (und nicht vom Staat), sodass es aus grundrechtlichen Überlegungen keine Rechtfertigung dafür gibt, materielle Gründe für einen assistierten Suizid staatlich vorzugeben.

Das **deutsche Bundesverfassungsgericht** hat kürzlich eine ähnliche Bewertung der Sachlage vorgenommen und im Urteil vom 26. Februar 2020, mit dem die sofortige Nichtigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ausgesprochen wurde, ua judiziert: „Das Recht auf Selbsttötung verbietet es aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen. Dennoch können je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden. Allerdings muss dem Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen werden.“

Sohin ist letztlich die Ansicht (zumindest aus juristischer Perspektive) überzeugender, dass ein assistierter Suizid einer jeden (erwachsenen) **suizidwilligen Person in jeder Lebenslage** – nach Überprüfung der Kriterien zur selbstbestimmten Entscheidung – ermöglicht werden sollte. [*Wenn der Gesetzgeber dieser Ansicht nicht folgt, so wäre jedenfalls darauf zu achten, als materielle Kriterien sowohl körperliche als auch psychische Leidenszustände im ASSG aufzunehmen.*]

In Bezug auf eine **Frist**, die zwischen Beratung / Überprüfung der selbstbestimmten Entscheidung und der Suizidhilfe liegt, sollte zwischen „kranken“ und „gesunden“ Menschen eine Differenzierung vorgenommen werden (zB 14 Tage vs. ein halbes Jahr).

Ad 4: Wie darf Sterbehilfe geleistet werden?

Dem Grunde nach sollte jede Methode, die vom Willen der suizidwilligen Person getragen wird, ermöglicht werden. Es gibt jedoch Suizidmethoden, wodurch die Umsetzung der Selbsttötung nicht gesichert ist bzw. die Gefahrenquellen eröffnen. Zudem gibt es auch Methoden, welche die Mitwirkenden am Suizid bzw. die anwesenden An- / Zugehörigen traumatisieren könnten. Zum Schutz aller involvierten Personen sollten daher entsprechende **Methoden im ASSG** aufgenommen werden. Es ist anzunehmen, dass ein letales Präparat vordergründig zum Einsatz kommen wird.

Ad 5: Wer darf Sterbehilfe leisten?

Mit Bezug auf diverse Umfragen der Bevölkerung ist es für die Mehrheit der Wunsch, dass Angehörige von **Gesundheitsberufen** (allen voran Ärzt*innen) eine Suizidhilfe leisten. Dies ist in Bezug auf die Einnahme eines letalen Präparats nachvollziehbar, zumal das Wissen und der richtige Umgang mit dem Präparat Voraussetzung ist für einen „fachlich korrekten“ assistierten Suizid. Sohin sollen im ASSG all jene Gesundheitsberufsangehörigen befugt werden, die selbst tagtäglich mit Medikamenten zu tun haben, wie etwa Ärzt*innen, Apotheker*innen und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (nach § 15 GuKG nach ärztlicher Anordnung).

Es gibt keine sachlichen Gründe dafür, den assistierten **Suizid in Gesundheits-einrichtungen** (zB Krankenanstalten, Pflege- und Betreuungseinrichtungen) nicht zuzulassen. Auch muss es rechtlich erlaubt sein, den assistierten Suizid über **Vereine** anzubieten, die entsprechend befugte Personen einbeziehen.

Für alle Gesundheitsberufsangehörige muss im ASSG klargestellt werden, dass sie durch die **Mitwirkung oder die Nicht-Mitwirkung** an einem assistierten Suizid keiner Benachteiligung – wie auch immer diese aussehen mag – ausgesetzt sind.

Im Hinblick auf Suizidmethoden, die auch durch medizinische Laien verwendet werden können, sollte eine Assistenzleistung auch erwachsenen entscheidungsfähigen **An- / Zugehörigen** zugebilligt werden.

Ad 6: Staatliche Überwachung – Zertifizierung von Beratungsstellen

Es wäre von Beginn an nötig, das Anbieten des assistierten Suizids einem **staatlichen Monitoring** zu unterziehen. Wie beim Monitoring der Unterbringung nach UbG in Österreich, durchgeführt von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Gesundheitsministeriums, könnte dies auch beim assistierten Suizid gleichermaßen abgewickelt und in der GÖG angesiedelt werden.

Zudem wird es als sinnvoll erachtet, alle Organisationen (und nicht nur Vereine), die Assistenz beim Suizid anbieten möchten, einer **behördlichen Bewilligung** zu unterziehen. Mit einer behördlichen Bewilligung ist auch eine laufende behördliche Aufsicht verbunden (zB unangekündigte Einschau, Überprüfung von Standards ...). Dadurch wäre eine Absicherung der Qualität und eine Hintanhaltung von Missbrauch möglich.

Im ASSG (oder in einer darauf beruhenden Verordnung) sollten die **Rahmenbedingungen** klargestellt werden, wie Organisationen den assistierten Suizid begleiten dürfen. So zB:

- Anforderung zur Überprüfung der selbstbestimmten Entscheidung,
- Entgeltlichkeit der Begutachtung und der Suizidassistenz durch Gesundheitsberufe (Regelung für Honorierung),
- Inhaltliche Vorgaben zur Beratung in Bezug auf Suizidprävention und palliative Angebote,
- Wartefristen,
- Erlaubte Suizidmethoden,
- Vorgaben zur Dokumentation,
- Verpflichtung zum Übermitteln von Daten zum Monitoring,
- Bereitstellen fachkundiger Information, aber keine Werbung.



Dr. iur. Michael HALMICH LL.M.

Verwendete Quellen:

- *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch des Erwachsenenschutzrechts³ (2019)
- Beiträge der Online-Tagung „Beihilfe zum Suizid“ des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien et al vom 22. April 2021 mit Vorträgen von *Memmer, Kletečka-Pulker, Birklbauer, Aigner, Körtner, Druml, Kummer, Dinges, Kapitany, Fremuth, Potzmann, Fringer, Watzke* und *Funk*.
- *Birklbauer*, Die Kriminalisierung des assistierten Suizids (§ 78 StGB): Eine (un)notwendige Strafbestimmung zum Schutz des Lebens? RdM 2016/62
- *Böhning* (Hrsg), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie (2021)
- *Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing*, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids² (2021)
- *Burda*, Ein Reformvorschlag zum Verbot des assistierten Suizids, RdM 2020/283
- Deutsches Bundesverfassungsgericht, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343,
- *Halmich*, VfGH lockert Sterbehilfe – wie geht es nun weiter? ÖZPR 2021/8
- *Halmich/Klein*, Sterbehilfe / Suizidbeihilfe in Österreich (2021)
- *Khakzadeh*, Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Verfassungsrechtliche Überlegungen zu VfGH 11. 12. 2020, G 139/2019, RdM 2021/109
- *Kopetzki*, Suizidbeihilfe zwischen grundrechtlichem Schutz und moralischem Tabu, RdM 2021/108
- Umfrage der Öst. Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL), Befragung zum Thema Sterbehilfe, Studie 6830/April 2021
- Umfrage des Ludwig Boltzmann Instituts for Digital Health and Patient Safety, vorgetragen durch *Kletečka-Pulker* bei der Online-Tagung am 22. April 2021
- VfGH Erkenntnis vom 11. Dezember 2020, G139/2019