Erläuterungen:

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfes:

A) Das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs

Mit Erkenntnis vom 11.12.2020 zu G 139/2019 hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) die Wortfolge „*oder ihm dazu Hilfe leistet*“ in § 78 StGB mit Wirkung ab 1.1.2022 als verfassungswidrig aufgehoben. Bis zu diesem Zeitpunkt ist es strafbar, jemandem bei dessen Selbsttötung Hilfe zu leisten. Das Verbot, jemanden auf dessen Verlangen zu töten (§ 77 StGB), und auch das weiter gehende Verbot, jemanden dazu zu verleiten, sich selbst zu töten (§ 78 erster Fall StGB), hat der Gerichtshof nicht angetastet; die darauf gerichteten Anträge hat er zurückgewiesen. Er hat auch darauf hingewiesen, dass seine Überlegungen zur Verfassungswidrigkeit des § 78 zweiter Fall StGB nicht ohne weiteres auch für das Verbot der Tötung auf Verlangen gelten.

Der VfGH hat das in seinem Erkenntnis vom 11.12.2020 zentrale Recht auf freie Selbstbestimmung aus der Bundesverfassung in dieser Form erstmals ausdrücklich herausgearbeitet, wenn auch die Herleitung, nicht die Garantie eines solchen Rechts neu ist (*Khakzadeh,* RdM 2021, 48 [50]). „Freiheit“ und „Gleichheit“ werden durch Art. 8 EMRK (Recht auf Privatleben) und Art. 2 EMRK (Recht auf Leben) sowie den Gleichheitssatz (Art. 2 StGG und Art. 7 Abs. 1 B-VG) konkretisiert, aus dem der VfGH auch das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf freie Selbstbestimmung ableitet, das wiederum sowohl das Recht auf die Gestaltung des Lebens als auch das „Recht auf ein menschenwürdiges Sterben“ umfasst (VfGH G 139/2019 Rz 65; *Khakzadeh,* RdM 2021, 48 [50]; *Gamper*, JBl 2021, 137 [141]).

Im Hinblick auf die Beibehaltung der Strafbarkeit einer Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) beschränkt sich der vorliegende Entwurf allein auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen es künftig zulässig sein soll, jemandem bei seinem Suizid Hilfe zu leisten. Die Befürchtung, dass die Entscheidung des VfGH und der darauf aufbauende Entwurf zu einem verwerflichen Umgang mit kranken Menschen oder Menschen mit Behinderung führen werden, erscheint unter diesem Aspekt nicht gerechtfertigt: Denn in Ländern, die sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Suizidassistenz erlauben, wird die Tötung auf Verlangen ungleich häufiger durchgeführt. Und obwohl die Häufigkeit der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden und Belgien in den letzten Jahren signifikant gestiegen ist, bleibt der assistierte Suizid in diesen Ländern weiterhin eine Seltenheit (*Borasio* ua, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben² [2020] 69). Rechtlich, medizinisch und ethisch besteht ein gravierender Unterschied zwischen der Tötung einer anderen Person auf deren Verlangen und ihrer Unterstützung bei der freiverantwortlichen Selbsttötung: Dort stirbt eine sterbewillige Person von fremder Hand, hier wird ihr durch die Verschaffung einer tödlichen Substanz geholfen, wobei sie die Tatherrschaft (Handlungskontrolle) behält und ohne ihre notwendige letzte Handlung nicht sterben würde.

Die Einschränkung des Entwurfs auf die Regulierung der Suizidassistenz kann dazu führen, dass Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu töten, in ihrem Wunsch, ihr Leben zu beenden, nicht unterstützt werden können. Der Entwurf nimmt diese Rechtslage auch im Hinblick auf die mit einer Erweiterung der Suizidassistenz auf Fälle der Tötung auf Verlangen verbundenen Probleme in Kauf. Der vorliegende Entwurf will weiters nur solche Fälle der Suizidassistenz regeln, in denen der Suizident oder die Suizidentin auch im Zeitpunkt seines/ihres Todes entsprechend entscheidungsfähig ist. Wenn eine nicht ausreichend entscheidungsfähige Person bei der Beendigung ihres Lebens unterstützt wird, kann damit aus strafrechtlicher Sicht die Grenze zum Fremdtötungsdelikt überschritten werden. Im Übrigen ist es ein zentrales Anliegen des Entwurfs, das vom VfGH in das Zentrum seiner Erwägungen gestellte Grundrecht auf Selbstbestimmung auszuführen und gegen damit allenfalls verbundenen Missbrauch abzusichern (siehe Punkt B.b.).

B) Diskussion über eine Nachfolgeregelung – das Dialogforum Sterbehilfe

Um die Auswirkungen des Erkenntnisses und den daraus für den Gesetzgeber erzeugten Handlungsbedarf auszuloten, veranstaltete das Bundesministerium für Justiz zwischen 26. und 30.4.2021 ein Dialogforum. Dazu waren insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, der Bioethikkommission, von Kirchen und Religionsgemeinschaften, von Organisationen, Kammern und Berufsgruppen, die mit dem Thema des Wunsches nach einer selbstbestimmten Lebensbeendigung konfrontiert sind oder sein könnten, der Rechtsberufe und der Befürworterinnen und Befürworter des assistierten Suizids eingeladen. Die Diskussion wurde an Hand von einigen Themenkreisen strukturiert, die nachstehend angeführt werden. Parallel wurden auch alle übrigen Interessenten und Interessentinnen dazu aufgerufen, gegenüber dem Bundesministerium für Justiz Stellung zu nehmen. Daraufhin langten 85 schriftliche Stellungnahmen

ein, davon 50 von Privatpersonen und 35 von Einrichtungen und Organisationen, die teilweise auch an den Gesprächen im Dialogforum beteiligt waren. Die Zusammenfassung der Diskussionen und der eingelangten Stellungnahmen wurden am 28.6.2021 auf der Webseite des Bundesministeriums für Justiz veröffentlicht. Der vorliegende Entwurf nimmt auf die Ergebnisse dieses Dialogforums sowie anderer nach Veröffentlichung der Entscheidung des VfGH durchgeführter Veranstaltungen, wie zum Beispiel die vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM) der Universität Wien veranstaltete Tagung „Beihilfe zum Suizid“ am 22.4.2021 samt des anschließenden „Human Rights Talk“ des Ludwig Boltzmann-Instituts für Menschenrechte, ebenso wie auf die sehr lebhafte und kontroverse wissenschaftliche Diskussion der Entscheidung des VfGH Bedacht.

a) Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung

Der VfGH hat ausgesprochen, dass gesetzgeberische und sonstige staatliche Maßnahmen notwendig seien, um den Unterschieden in den Lebensbedingungen von Betroffenen entgegenzuwirken und allen einen Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung zu ermöglichen. Dessen ungeachtet dürfe die Freiheit des Einzelnen, über sein Leben in Integrität und Identität selbst zu bestimmen und damit in diesem Zusammenhang zu entscheiden, dieses auch mit Hilfe Dritter zu beenden, nicht schlechthin verneint werden (VfGH G 139/2019-71 Rz 102). Hier hat sich im Dialogforum wie auch in anderen Gremien ein breiter Konsens herausgebildet, dass eine gut ausgebaute Palliativ- und Hospizversorgung den Wunsch nach frühzeitiger Beendigung des Lebens reduziert. Das wurde auch von den Vertreterinnen und Vertretern der Suizidprävention bestätigt. Ein entsprechendes Leistungsangebot entlastet auch die Angehörigen und vermindert die Sorge, diesen zur Last zu fallen. Hiefür ist ein österreichweites, wohnortnahes, öffentlich finanziertes und gut zugängliches Angebot erforderlich.

Zu diesem Zweck ist vorgesehen, den österreichweiten, bedarfsgerechten und flächendeckenden Aus- und Aufbau sowie die Sicherung des laufenden Betriebes des modular abgestuften Versorgungsangebotes unter Erarbeitung und Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien und -indikatoren im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung finanziell zu unterstützen.

Die Aufhebung der Strafbarkeit der Hilfeleistung zur Selbsttötung würde allerdings auch ohne konkrete flankierende Maßnahmen mit 1.1.2022 eintreten. Ungeachtet der tatsächlichen Verfügbarkeit einer ausreichenden Hospiz- und Palliativversorgung bis zu diesem Zeitpunkt und parallel zu den gesetzgeberischen Initiativen in diesem Bereich schlägt der Entwurf daher Regelungen vor, die die Absicherung des freien und selbstbestimmten Entschlusses bezwecken. Menschen, die unter unheilbaren, lebensbegrenzenden Erkrankungen leiden, denken nicht selten über Suizid und assistierten Suizid nach – selbst dann, wenn sie optimal palliativmedizinisch betreut sind (*Borasio* ua, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben², 60). Das Ansprechen und Ernstnehmen dieses Wunsches hat an sich schon eine suizidpräventive Wirkung, die durch die Verfügbarkeit einer prozedural klar geregelten Möglichkeit zur Suizidassistenz noch verstärkt wird (*Borasio* aaO).

b) Sicherstellung eines freien und selbstbestimmten Willens

Der VfGH hat den Gesetzgeber aufgefordert, Sicherungsinstrumente zur Verhinderung von Missbrauch vorzusehen, damit die sterbewillige Person ihre Entscheidung zur Selbsttötung nicht unter dem Einfluss einer dritten Person fasst (VfGH G 139/2019-71 Rz 70, 99). Der oder die helfende Dritte soll eine hinreichende Grundlage dafür haben, dass die sterbewillige Person tatsächlich eine auf freier Selbstbestimmung gegründete Entscheidung zur Selbsttötung gefasst hat (Rz 85). Die Umsetzung dieses für den Gesetzgeber zwar nicht verbindlichen, aus der Sache heraus aber gebotenen Auftrags ist ein Hauptgesichtspunkt des Entwurfs.

Dass es ein „Verfahren“ zur Sicherstellung und Dokumentation des dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung geben sollte, ist in den bisherigen Diskussionen weithin anerkannt worden. Ebenso besteht ein weitgehender Konsens dahin, dass ein Aufklärungsgespräch einschließlich einer Beratung über medizinische Alternativen vorgesehen werden sollte; dabei haben sich im Dialogforum die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Aufklärung durch einen Arzt/eine Ärztin sehr gut vorstellen können, insbesondere dann, wenn der Todeswunsch aus einem körperlichen Leiden resultiert. Unterschiedliche Ansichten bestehen aber dazu, ob eine einmalige Aufklärung über Alternativen ausreichen soll, oder ob eine darüberhinausgehende Beratung, die als längerer Prozess ausgestaltet werden könnte, notwendig oder sogar verpflichtend sein soll (siehe dazu auch unten Punkt d).

Kontrovers wird auch die Frage beurteilt, ob eine Abweichung von den gesetzlichen Vorgaben zur Ermittlung und Dokumentation des freien und selbstbestimmten Entschlusses wieder zu einer Strafbarkeit führen sollte. Vielfach wird betont, dass die Hilfeleistung zur Selbsttötung einer nicht (mehr) entscheidungsfähigen Person bei entsprechendem Tatvorsatz ohnedies als Fremdtötung auch in Zukunft strafbar bleibe. Außerdem wurden Abgrenzungsprobleme besonders im Fall einer psychischen Beihilfehandlung angesprochen, wenn etwa lediglich über den Sterbewunsch gesprochen wird.

In Abkehr von dieser Ansicht sieht der Entwurf eine Neuregelung der Hilfeleistung bei der Selbsttötung im Sinne einer eingeschränkten Strafbarkeit vor (siehe dazu unten Punkt C).

Im Dialogforum wurde die Überlegung, nach dem Muster des Patientenverfügung-Gesetzes (PatVG) nach einer ärztlichen Aufklärung und einer Wartefrist (siehe dazu unten Punkt c) eine Dokumentation durch Angehörige der rechtsberatenden Berufe vorzunehmen, allgemein positiv aufgenommen. Der vorliegende Entwurf übernimmt daher diesen Ansatz. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben darüber hinaus zusätzlich noch eine Beratung gefordert, wobei bisweilen auch von einem interdisziplinär zusammengesetzten „Konsil" die Rede war. Andere Vertreterinnen und Vertreter haben das aber abgelehnt, insbesondere in Anbetracht von sterbewilligen Personen, die an einer terminalen schweren Erkrankung leiden und dadurch zusätzlich belastet werden würden. Es war auch nicht deutlich zu trennen, ob das Ziel einer weitergehenden Beratung tatsächlich nur die ergebnisoffene Aufklärung von Alternativen oder die detailliertere Erforschung und Hinterfragung des Sterbewunsches sein soll und ob damit nicht die Gefahr einer Bevormundung der sterbewilligen Person entsteht. Der VfGH hat im Zusammenhang mit dem Recht auf Selbstbestimmung darauf hingewiesen, dass angesichts der realen gesellschaftlichen Verhältnisse die tatsächlichen Lebensbedingungen, die zu einer solchen Entscheidung führen, nicht gleich sind. Bei einem solchen Entschluss könnten auch Umstände eine entscheidende Rolle spielen, die nicht ausschließlich in der Sphäre bzw. Disposition der suizidwilligen Person lägen, wie ihre Familienverhältnisse, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse, die Pflegebedingungen, die Hilfsbedürftigkeit, der eingeschränkte Aktivitätsspielraum, der real zu erwartende Sterbeprozess und dessen Begleitung sowie sonstige Lebensumstände und erwartbare Konsequenzen. Es seien daher gesetzgeberische und sonstige staatliche Maßnahmen notwendig, um den Unterschieden in den Lebensbedingungen von Betroffenen entgegenzuwirken. Dessen ungeachtet dürfe die Freiheit der einzelnen Person, über ihr Leben in Integrität und Identität selbst zu bestimmen und damit in diesem Zusammenhang zu entscheiden, dieses auch mit Hilfe Dritter zu beenden, nicht schlechthin verneint werden. Der Gesetzgeber wird daraus aber nicht gehalten sein, eine Regelung so auszugestalten, dass im Rahmen der Beratung und Aufklärung durch mehrere Personen über längere Zeit die Lebensumstände der sterbewilligen Person untersucht werden sollen, und allenfalls auch Motive festzulegen, die dem Staat das Recht geben, dieser Person die Hilfe zu verweigern. Das liefe letztlich auf eine Bewertung der Beweggründe der sterbewilligen Person hinaus.

Dass die Möglichkeit einer Suizidhilfe einen sozialen Druck auf sozial oder wirtschaftlich benachteiligte Menschen entfalten könnte, dem man durch umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsangebote entgegenwirken könnte, lässt sich auch empirisch nicht belegen. Die Zahlen der Menschen, die um Suizidhilfe anfragen, zeigen keinen Trend hin zu benachteiligten, schlecht versicherten, ärmeren, älteren oder ethnisch diskriminierten Personen. Im Gegenteil wird die Suizidhilfe überwiegend von Menschen aus höheren sozioökonomischen Schichten in Anspruch genommen (*Borasio* ua, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben², 71).

Der Entwurf schlägt daher vor, dass eine Aufklärung über Alternativen durch zwei ärztliche Personen in Anlehnung an die Regelungen im PatVG und im Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG) durchgeführt werden soll. Bestehen Zweifel darüber, ob der Sterbewunsch in einer krankheitswertigen psychischen Störung begründet liegt, die die Entscheidungsfähigkeit ausschließt, so soll zusätzlich eine Abklärung durch eine Psychiaterin (einen Psychiater) oder einen klinischen Psychologen (eine klinische Psychologin) erfolgen. Ansonsten soll die Entscheidungsfähigkeit durch zwei ärztliche Personen und eine Angehörige bzw. einen Angehörigen der rechtsberatenden Berufe beurteilt und dokumentiert werden; zwischen dem ersten Aufklärungstermin und dem Errichtungszeitpunkt soll eine ausreichend bemessene Wartefrist liegen, um die Dauerhaftigkeit des Entschlusses sicherzustellen.

c) Wer darf Suizidassistenz in Anspruch nehmen?

Die Frage, ob bestimmte Personengruppen von der Suizidassistenz ausgeschlossen werden sollen, hat ebenfalls mit der Frage nach dem freien Willen zu tun. So war in der Debatte des Dialogforums unstrittig, dass der assistierte Suizid für nicht entscheidungsfähige Personen von vorhinein nicht in Betracht kommt. Entscheidungsfähig ist nach § 24 ABGB, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Im Gegensatz zu der mit dem 2. Erwachsenenschutz-Gesetz eingeführten Grundregel des § 24 Abs. 2 zweiter Satz ABGB, wonach die Entscheidungsfähigkeit bei Volljährigen vermutet wird, soll in Anbetracht der letalen Auswirkungen der Entscheidung zur Inanspruchnahme einer Suizidassistenz die Entscheidungsfähigkeit für denjenigen, der sie zu dokumentieren hat, zweifelsfrei vorliegen müssen. Auch wird vorgeschlagen, das Instrument der Sterbeverfügung nur für volljährige Personen zur Verfügung zu stellen. Minderjährige stehen unter dem besonderen Schutz der Gesetze (§ 21 Abs. l ABGB), weshalb eine gesetzliche Sonderbestimmung gerechtfertigt ist, um sie vor irreversiblen

Entscheidungen dieser Tragweite zu schützen. Auch insoweit weicht der Entwurf von den allgemeinen Regelungen (vgl. etwa § 173 Abs. 1 und 2 ABGB, § 3 PatVG) ab, die minderjährigen Patientinnen und Patienten die Befugnis über die Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung zuweisen, wenn sie entscheidungsfähig sind. Das soll auch verhindern, dass einem Sterbewunsch etwa in einer Adoleszenzkrise im Wege der Sterbeverfügung nachgekommen wird.

Unterschiedlich beurteilt wird die Frage, ob die Suizidassistenz nur einer bestimmten Personengruppe vorbehalten werden sollte, etwa solchen Personen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden und bei denen das Lebensende aufgrund dieser unheilbaren Krankheit bereits absehbar ist. In der Literatur werden unterschiedliche Ansichten darüber vertreten, ob eine Einschränkung auf schwer kranke Menschen verfassungskonform wäre: *Gamper* (JBl 2021, 137 [145]), *Khakzadeh* (RdM 2021, 48 [54]) und einige andere Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft (z. B. Prof. Fremuth anlässlich des „Human Rights Talk“ vom 22.4.2021) haben Zweifel geäußert, dass eine Einschränkung auf bestimmte (erkrankte) Personengruppen mit der Entscheidung des VfGH vereinbar ist. Auch *Schmoller* (JBl 2021, 147 [148]) kann aus der Entscheidung keine solche Möglichkeit der Einschränkung ableiten, er hält aber eine Beschränkung „in der Regel“ („insbesondere“) auf Menschen für möglich, die in einer terminalen Lage sind. *Burda* (ÖJZ 2021, 220 [222]) hingegen vertritt, dass der VfGH vor allem Personen vor Augen hatte, die an einer schweren Krankheit leiden, und hält daher eine Einschränkung auf solche Personen für zulässig. Auch *Pöschl* (EuGRZ 2021, 12 ff. [14, 16]) betont, dass eine „schrankenlose Garantie“ nicht vorstellbar sei und deutet eine zulässige Differenzierung zwischen schwer kranken und sonstigen Personen an.

Um eine verfassungskonforme Neuregelung des assistierten Suizids zu gewährleisten, hat das Bundesministerium für Justiz mit dem Verfassungsdienst Rücksprache hinsichtlich der Reichweite des Rechts auf freie Selbstbestimmung gehalten. Nach Ansicht des Verfassungsdienstes gehe aus dem Erkenntnis des VfGH nicht eindeutig hervor, wie weit das Recht auf freie Selbstbestimmung reiche:

- Einerseits fasst der VfGH das Recht auf freie Selbstbestimmung im Hinblick auf die Beendigung des Lebens sehr weit, indem er ausdrücklich festhält, dass „es nicht um eine Abwägung zwischen dem Schutz des Lebens des Suizidwilligen und dessen Selbstbestimmungsrecht“ gehe, sondern allein maßgeblich sei, „dass der Entschluss der Selbsttötung auf einer freien Selbstbestimmung gründet“; der Gesetzgeber habe „dies zu respektieren“ (vgl. Rz 84). Der VfGH formuliert den Vorrang der Autonomie des Einzelnen damit nicht nur für schwer kranke, leidende Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens, sondern für alle suizidwilligen Menschen, unabhängig von der Situation und dem Motiv des oder der Betroffenen.
- Andererseits hat der VfGH aber offenkundig schwer kranke Personen im Fokus, wenn er das Recht der suizidwilligen Person auf Inanspruchnahme der Hilfe eines/einer (dazu bereiten) Dritten damit begründet, dass „[der] Suizidwillige […] nämlich vielfach zur tatsächlichen Ausübung seiner selbstbestimmten Entscheidung zur Selbsttötung und deren gewählter Durchführung auf die Hilfe Dritter angewiesen sein [kann]“ (Rz 74).
- Der VfGH geht letztlich offenbar selbst nicht davon aus, dass eine Hilfeleistung zum Suizid generell straflos sein müsste. Vielmehr betont er mehrfach, dass nur das ausnahmslose Verbot der Hilfeleistung zum Suizid die Verfassungswidrigkeit begründe (vgl. Rz 81, 103 und 104); maßgeblich für den Ausspruch der Verfassungswidrigkeit sei, dass § 78 zweiter Fall StGB „pauschal und ohne Differenzierung alle denkbaren Hilfestellungen zur Selbsttötung“ unter Strafe stelle (vgl. Rz 105). Der VfGH hält an anderer Stelle ausdrücklich fest, dass vulnerable Personen vor Handlungen zu schützen seien, mit denen sie ihr eigenes Leben gefährdeten (vgl. Rz 69, 71), und setzt insofern bereits die Möglichkeit der Einschränkung des Rechts auf freie Selbstbestimmung voraus.
- Der VfGH stützt schließlich seine Argumentation zum Recht auf freie Selbstbestimmung auch auf medizinrechtliche Vorschriften und befürwortet ausdrücklich einen Vergleich mit § 49a Abs. 2 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, der ebenfalls (hinsichtlich einer lebensverkürzenden Schmerzbehandlung) auf eine eng umschriebene Leidenssituation am Lebensende abstellt. Der Anwendungsbereich des § 49a des Ärztegesetzes 1998 ist auf Sterbende beschränkt, die an „schwersten Schmerzen und Qualen“ leiden.

Ausgehend von diesen Überlegungen schlägt der Entwurf daher vor, die Inanspruchnahme der Suizidassistenz auf volljährige Personen, die entweder an einer unheilbaren, zum Tode führenden Krankheit oder an einer schweren und dauerhaften Krankheit leiden, zu beschränken.

d) Wie und durch wen darf Suizidassistenz geleistet werden?

Im Dialogforum hat sich relativ schnell herauskristallisiert, dass die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei einem würdigen Tod an die Einnahme eines tödlichen Präparats denken. Allerdings gab es unterschiedliche Auffassungen dazu, wie dieses Präparat zur Verfügung gestellt werden soll. Während

einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Verschreibung durch Ärztinnen und Ärzte befürworteten, nicht zuletzt, weil diese einem strengen Standesrecht unterliegen, lehnten das viele andere, darunter namentlich Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, ab. Diese kritischen Stimmen sehen hier Konflikte mit dem Rollenverständnis vieler ärztlichen Personen, die ihre Patientinnen und Patienten heilen oder zumindest ihr Leiden lindern, aber nicht zu ihrem Tod beitragen wollen. Sie warnten aber auch davor, dass ein Vorbehalt für den Ärzteberuf die gesellschaftliche Akzeptanz dieser Art, aus dem Leben zu scheiden, stärke und außerdem eine Tendenz fördere, wonach sterbewillige Menschen ihr Schicksal in die Hände von Ärztinnen und Ärzten lägen, was die notwendige selbstbestimmte Steuerung des Sterbensprozesses unterminiere.

Der vorliegende Entwurf trägt diesen Gedanken Rechnung und sieht eine kontrollierte Abgabe eines letalen Präparats durch öffentliche Apotheken vor, ohne dass eine ärztliche Verschreibung erforderlich wäre. Die Aufklärung bleibt ohnedies ärztlichen Personen vorbehalten, dagegen gibt es auch keinen Widerstand aus der Ärzteschaft. Damit wird auch die Anzahl der Personen, die im bisherigen Sinne beim eigentlichen Sterbeprozess „Hilfe leisten“, so weit wie möglich eingeschränkt: Letztlich bedarf es nur einer Person, die das Präparat ausfolgt.

Diskutiert wurde auch, ob andere Formen der Hilfeleistung als die Abgabe des Präparats, etwa die Beistellung des locus morti, staatlichen Stellen vorbehalten werden soll. Relativ einig war sich das Dialogforum, dass die Werbung für solche Dienstleistungen eingeschränkt werden sollte. Der Entwurf sieht daher ein solches verwaltungsstrafrechtlich zu ahndendes Werbeverbot vor; die Information über die zur Abgabe bereiten Apotheken sollten den dokumentierenden Personen zur Verfügung gestellt werden. Wenn die Werbung die Grenze zum „Verleiten“ überschreitet, bleibt sie ohnedies weiterhin strafbar.

C) Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Im Zentrum des vorliegenden Entwurfs steht – im Bestreben einer konsequenten Umsetzung des Erkenntnisses des VfGH – das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, sein Leben nach einem freien und selbstbestimmten Entschluss zu beenden und sich dabei allenfalls auch der Hilfe eines oder einer dazu bereiten Dritten zu bedienen, ebenso wie die vom VfGH geforderten Absicherungsmechanismen, damit sich auch der oder die zur Hilfe bereite Dritte darauf verlassen kann, dass die Entscheidung zur Selbsttötung auf freier Selbstbestimmung gegründet wurde.

Ein **freier und selbstbestimmter Willensentschluss** setzt eine Aufklärung über die Konsequenzen und Alternativen voraus, was durch mindestens zwei ärztliche Personen, von denen eine eine Qualifikation in Palliativmedizin aufzuweisen hat, geleistet werden soll. Mit der dokumentierenden Person müssen daher letztlich mindestens drei Personen das Vorliegen eines freien und selbstbestimmten Willensentschlusses bestätigen. Um die Dauerhaftigkeit dieses Entschlusses zu gewährleisten, muss eine Frist von zwölf Wochen verstreichen. Während bei dieser Frist die Überwindung der aus der Suizidforschung bekannten „Krisenphase“ von etwa drei Monaten im Vordergrund steht, soll bei dem Eintritt in die terminale Phase einer Erkrankung eine wesentlich kürzere Frist (zwei Wochen) herangezogen werden. Angesichts der überblickbaren letzten Lebensphase ist die Dauerhaftigkeit schon früher gegeben; außerdem wäre diese Personengruppe ansonsten faktisch von der Inanspruchnahme der Suizidassistenz ausgeschlossen.

Die **konkrete Ausführung des lebensbeendenden Entschlusses** soll dann in einem **privaten Rahmen** erfolgen, der Entwurf sieht von einer Institutionalisierung der Suizidassistenz in Form von staatlichen Einrichtungen oder „Suizidstationen“ ebenso ab wie von der Überwälzung dieser Aufgabe ausschließlich an die Ärzteschaft oder der Einrichtung eines Berufsbildes von professionellen Suizidassistentinnen und Suizidassistenten oder einer Suizidorganisation. Nach der Konzeption des vorliegenden Entwurfs soll sich die sterbewillige Person, deren freier und selbstbestimmter Entschluss durch die vorgesehenen Kautelen soweit wie möglich abgesichert wurde, durch Vorlage ihrer Sterbeverfügung binnen eines Jahres nach der Errichtung das Präparat bei einer Apotheke abholen und dieses dann – in dem von ihr gewählten, privaten Rahmen – zu sich nehmen können. Bei diesem durch das Gesetz vorgezeichneten Weg soll es sich um den Hauptanwendungsfall handeln; andere Formen der Hilfeleistung (z. B. Reisebegleitung in die Schweiz) sind außerhalb der Tatbestände des vorgeschlagenen § 78 Abs. 2 StGB (vgl. Art. 3) grundsätzlich zulässig, wobei sich sterbewillige und Hilfe leistende Person mit einer entsprechenden Sterbeverfügung absichern können. Weiters sieht der Entwurf die Verankerung des **Grundsatzes der Freiwilligkeit** der hilfeleistenden Person ebenso wie einen **Schutz vor Benachteiligung** vor. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Suizidpräventionsforschung (Stichwort „Werther-Effekt“) wird auch ein **Werbeverbot** unter gleichzeitiger Sicherstellung sachlicher Informationen vorgeschlagen. Dazu kommt ein Verbot wirtschaftlicher Vorteile bei der Hilfeleistung zur Selbsttötung. Letztlich soll sichergestellt werden, dass eine **wissenschaftliche Begleitforschung** ermöglicht wird, indem – unter Wahrung datenschutzrechtlicher Interessen – die Einrichtung eines Registers für eine Erhebung und Analyse der wichtigsten Daten erfolgt.

Insgesamt bemüht sich der Entwurf um **einfache und klare Regelungen**; eine Überregulierung könnte den Eindruck einer staatlichen Förderung bzw. Institutionalisierung erwecken und nahelegen, dass Personen der Entschluss zur Selbsttötung durch Professionisten (wie Ärztinnen und Ärzte) gleichsam „abgenommen“ wird.

Im Rahmen des Gesamtpakets soll darüber hinaus die Strafbarkeit der Hilfeleistung zur Selbsttötung in § 78 Abs. 2 StGB neu geregelt werden: Die physische Hilfeleistung zur Selbsttötung soll bei bestimmten Personengruppen sowie unter bestimmten Umständen unter Strafe gestellt werden. Zu ersteren zählen minderjährige Personen und solche, die nicht an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 des StVfG leiden. Unter letzteres fallen die Hilfeleistung aus einem verwerflichen Beweggrund und wenn die sterbewillige Person nicht gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde. Der Entwurf geht damit von einem Verständnis des Erkenntnisses des VfGH zu G 139/2019 aus, demzufolge es dem einfachen Gesetzgeber zwar untersagt ist, die Hilfeleistung zur Selbsttötung ausnahmslos zu kriminalisieren, es jedoch zulässig ist, die Straflosigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung bestimmten materiellen Kriterien zu unterwerfen. Die Strafbarkeit des Verleitens soll hingegen unverändert bleiben (§ 78 Abs. 1 StGB). Die Strafdrohung soll nach Abs. 1 und Abs. 2 (weiterhin) sechs Monate bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe betragen.

Kompetenzgrundlage:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Gesetzgebung und Vollziehung beruht auf den Kompetenztatbeständen Zivilrechtswesen einschließlich des wirtschaftlichen Assoziationswesens (Art. 10 Abs. 1 Z 6 B-VG: Errichtung und Wirkung der Sterbeverfügung) und Gesundheitswesen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG: suizidpräventive Aspekte).

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Sterbeverfügungsgesetz)

Das vorgeschlagene Sterbeverfügungsgesetz soll einen gesicherten Rahmen für die Leistung und Inanspruchnahme von Assistenz beim Suizid bieten, in dem die im Erkenntnis des VfGH vorgezeichneten Sicherungsmaßnahmen verankert werden. Es regelt das Zustandekommen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen, angelehnt an die Bestimmungen im Patientenverfügungsgesetz (PatVG), und die Abgabe eines Präparats durch Apotheken.

Zu § 1:

Diese Bestimmung regelt Anwendungsbereich und Zweck des Gesetzes. Die Sterbeverfügung ist der einzige Weg, mit dem man in Zukunft in Österreich legal an ein letales Präparat gelangt. Außerdem kann sie auch errichtet werden, um den Angehörigen oder Pflegekräften in anderen Situationen Sicherheit vor einer allfälligen Strafverfolgung nach dem vorgeschlagenen § 78 StGB zu bieten.

Der vorgeschlagene Absatz 2 verfolgt das Regelungsziel, dass von (wirksam errichteten) Sterbeverfügungen in Österreich nur sterbewillige Personen Gebrauch machen können, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich oder die österreichische Staatsangehörigkeit haben. Damit soll verhindert werden, dass die Einreise nach Österreich von Personen mit fremder Staatsangehörigkeit nur aus dem Grund der Inanspruchnahme der Regelungen über den assistierten Suizid erfolgt.

Zu diesem Zweck soll nach der vorgeschlagenen Bestimmung das Kriterium des gewöhnlichen Aufenthalts in Österreich bzw. die österreichische Staatsangehörigkeit die grundlegende Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Sterbeverfügung in Österreich sein.

Dabei wird auch dem im internationalen Privatrecht in der jüngeren Vergangenheit bei der Regelung von Rechtsverhältnissen mit Auslandsberührung in den Vordergrund gerückten primären Anknüpfungspunkt des „gewöhnlichen Aufenthalts“ Rechnung getragen. Eine Ausnahme soll für österreichische Staatsangehörige mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gelten. Für diese soll die Möglichkeit bestehen, den letzten lebensbeendenden Schritt in jenem Staat zu setzen, zu dem eine besonders enge Verbindung besteht, die ihren Ausdruck in der Staatsangehörigkeit findet.

Diese weitere Wirksamkeitsvoraussetzung ist im Zuge der Errichtung einer Sterbeverfügung (§ 8) zu prüfen.

Abs. 3 sieht vor, dass sich die weiteren – also über die in Abs. 2 geregelte (für die Wirksamkeit in Österreich zusätzlich jedenfalls erforderliche) Voraussetzung des gewöhnlichen Aufenthalts bzw. der österreichischen Staatsangehörigkeit der sterbewilligen Person hinausgehenden – Voraussetzungen, die Wirkungen und die Beendigung einer Sterbeverfügung ausschließlich nach österreichischem Recht richten.

Dieser Regelung liegt der Gedanke zugrunde, dass es in der Praxis zu Unklarheiten in der Rechtsanwendung kommen kann, wenn fremde Rechtsordnungen andere Voraussetzungen für die Wirksamkeit einer Sterbeverfügung (etwa keine Krankheitsverlaufsprognose) oder andere Modalitäten bei der Herausgabe und Verabreichung des Präparats (beispielsweise Abgabe und Verabreichung des Präparats nur in kontrollierter ärztlicher Begleitung) vorsehen. Diese Voraussetzungen und Modalitäten wären – würde österreichisches Kollisionsrecht auf die einschlägigen Bestimmungen der Rechtsordnung ihrer Errichtung verweisen – auch in Österreich zu beachten und müssten daher in jedem Einzelfall nach den unterschiedlichsten Rechtsordnungen geprüft werden. In diesem höchstgradig sensiblen Regelungsbereich gilt es allerdings, Rechtsunsicherheiten bei der Gesetzesanwendung gerade durch Ärztinnen und Ärzte bzw. Apothekerinnen und Apotheker tunlichst zu vermeiden.

In dieser außergewöhnlich sensiblen Materie muss der im internationalen Privatrecht vorherrschende Grundsatz daher ausnahmsweise zurücktreten, dass eine nach fremdem Recht getätigte Willenserklärung oder eingegangene Rechtsbeziehung tunlichst (bis zur Grenze des sogenannten „ordre public“) auch dann nach den einschlägigen Vorschriften dieser Rechtsordnung beurteilt werden soll, wenn sich der betreffende Sachverhalt im Hoheitsgebiet eines anderen Staates verwirklicht oder ereignet.

Die vorgeschlagene Regelung umfasst auch alle für die Wirksamkeit einer Sterbeverfügung nötigen Formvorschriften und verdrängt damit als speziellere Norm die Regelung des § 8 IPRG.

Zu § 2:

§ 2 Abs. 1 stellt im ersten Satz klar, dass die Mitwirkung an der Durchführung von Maßnahmen, die zur Beendigung des Lebens eines anderen führen können, nur „freiwillig“ erfolgen kann. Der Möglichkeit einer Person, einer anderen bei ihrem Sterben Hilfe zu leisten, steht somit spiegelbildlich keine Verpflichtung zur Unterstützung einer sterbewilligen Person bei der Durchführung lebensbeendender

Maßnahmen, bei der Aufklärung über eine Sterbeverfügung oder bei der Errichtung einer solchen gegenüber. Das soll bereits eingangs des Gesetzes klargestellt werden. Diese „Freiwilligkeit der Mitwirkung“ am Sterben einer anderen Person soll auch dadurch zum Ausdruck gebracht werden, dass ein auf eine Hilfeleistung gerichtetes Leistungsversprechen (etwa eine Vereinbarung zur Beförderung der sterbewilligen Person zum gewünschten Todesort oder ein Vertrag mit einem Arzt oder einer gemeinnützigen Sterbehilfeorganisation über die eigentliche Hilfeleistung) nicht gerichtlich durchgesetzt werden kann. Auch eine Einrichtung kann nicht dazu verhalten werden, Hilfeleistung bereitzustellen oder in ihren Leistungskatalog aufzunehmen.

Diese Regelung kann aber nicht dazu führen, dass zivilrechtlichen Ansprüchen im Zusammenhang mit der Durchführung einer solchen Hilfeleistung die Durchsetzung vor Gericht verweigert wird. So wird etwa ein Anspruch auf Entrichtung des Honorars von Ärztinnen (Ärzten) oder Notarinnen (Notaren) für ihre Mitwirkung an der Aufklärung oder Errichtung der Sterbeverfügung ebenso durchsetzbar sein wie ein Anspruch der sterbewilligen Person auf Unterlassung von Maßnahmen, die im Ergebnis ihr Recht auf Beendigung ihres Lebens beschneiden.

§ 2 Abs. 2 statuiert nach dem Vorbild des § 6 FMedG und des § 97 Abs. 2 und 3 StGB ein allgemeines Benachteiligungsverbot. Diese Gewissensklausel verbietet jegliche Benachteiligung aus einer Hilfeleistung, der Durchführung einer ärztlichen Aufklärung nach § 7 oder der Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung oder aus der Weigerung zur Erbringung derartiger Leistungen.

Zu § 3:

Z 1:

Die Sterbeverfügung ist – wie die Patientenverfügung – eine einseitige Willenserklärung, mit der die sterbewillige Person (siehe Z 2) ihren dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschluss festhält, ihr Leben zu beenden.

Z 2:

Als sterbewillige Person wird eine Person bezeichnet, die ihr Leben beenden will. Nur dann, wenn der Sterbewille einer entscheidungsfähigen und volljährigen Person (§ 6 Abs. 1) in den freien und selbstbestimmten Entschluss mündet, den Willen in die Tat umzusetzen (siehe § 6 Abs. 2), kann eine Sterbeverfügung errichtet werden.

Z 3:

Die Hilfe leistende Person ist die volljährige und entscheidungsfähige natürliche oder juristische Person, die freiwillig (§ 2 Abs. 1) bereit ist, die sterbewillige Person (Z 2) bei der Durchführung der lebensbeendenden Maßnahme zu unterstützen (siehe näher Z 4). Diese Befugnis wird also nicht auf bestimmte Organisationen, auf Angehörige bestimmter Berufsgruppen (etwa Ärztinnen und Ärzte) oder auf bestimmte Personen (etwa nahe Angehörige der sterbewilligen Person) eingeschränkt. Die Aufklärung (§ 7) und die Errichtung (§ 8) der Sterbeverfügung sind keine Maßnahmen, mit denen das Leben beendet wird; die aufklärenden Ärzte oder Ärztinnen und der Notar oder die Notarin oder der Patientenanwalt bzw. die Patientenanwältin, vor dem/der die Sterbeverfügung errichtet wird, leisten in diesem Sinn keine Hilfe beim Sterben einer anderen Person, auch dürfen sie nicht zugleich als Hilfe leistende Person fungieren (siehe § 6 Abs. 4).

Z 4:

Hilfeleistung kann begrifflich nur dort vorliegen, wo die sterbewillige Person selbst die lebensbeendende Maßnahme durchführt. Ansonsten liegt keine Hilfeleistung bei einer Selbsttötung, sondern eine Fremdtötung vor. Die sterbewillige Person muss die Herrschaft über den lebensbeendenden Verlauf behalten (vgl. *Birklbauer* in WK² § 78 StGB Rz 6 mHinw auf *Velten*, SbgK Vor §§ 77, 78 Rz 32). Weiters liegt keine Hilfeleistung vor, wenn die sterbewillige Person nicht selbstverantwortlich über das „ob“, „wann“ und „wie“ ihres Lebensendes entscheiden kann; die „natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ der sterbewilligen Person ist daher vorausgesetzt (*Birklbauer* aaO Rz 38 ff).

Außer von den Fremdtötungsdelikten (§§ 75 f., 80 ff.) und von der Tötung auf Verlangen nach § 77 StGB ist die Hilfeleistung auch von dem weiterhin nach § 78 StGB strafbaren Verleiten zum Suizid abzugrenzen. Verleiten bedeutet, dass der Täter für das Verhalten des anderen kausal sein muss, in der Form, dass die psychische Beeinflussung des anderen den Tatentschluss in ihm weckt, z. B. durch Überreden oder Überspielen der Todesfurcht durch Vorschlag eines probaten Tötungsmittels (vgl. *Birklbauer* aaO Rz 47).

Unter einer Hilfeleistung gemäß Z 4 ist jede Handlung zu verstehen, die für den Erfolg der Selbsttötung kausal ist oder auf die Art und Weise der Tatausführung fördernd einwirkt, indem die Herbeiführung des Todes auf irgendeine Weise ermöglicht oder erleichtert wird (vgl. *Birklbauer* aaO Rz 51 mwN). Beispiele

wären die Bereitstellung von Räumlichkeiten oder das Abholen des Präparats von der Apotheke. Wie bereits zu Z 3 ausgeführt, fällt die ärztliche Aufklärung vor Errichtung einer Sterbeverfügung und die Errichtung dieser Verfügung nicht unter den Begriff der Hilfeleistung.

Zu Z 5:

Diese Begriffsbestimmung stellt klar, dass unter ärztlichen Personen in diesem Bundesgesetz ausschließlich zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Ärztinnen und Ärzte zu verstehen sind.

Zu Z 6:

Das Präparat ist ein Mittel, das in entsprechender Dosis das Leben beendet. Darunter fällt Natrium-Pentobarbital. Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann mit Verordnung nach § 11 Abs. 4 unter den dort genannten Voraussetzungen auch andere Mittel außer Natrium-Pentobarbital als zulässiges Präparat bestimmen.

Zu Z 7:

Die Bestimmung definiert die in § 9 Abs. 3 Z 1, 2, 4, 5 und 7 sowie § 11 Abs. 1 angeführten Identifikationsdaten.

Zu § 4:

Eine Sterbeverfügung kann nur von der sterbewilligen Person selbst errichtet werden. Sie ist eine höchstpersönliche Willenserklärung, bei der sich die sterbewillige Person nicht vertreten lassen kann, weder durch von ihr beigezogene „gewillkürte“ Vertreter oder Vertreterinnen noch durch gesetzliche Vertreter oder Vertreterinnen wie etwa Vorsorgebevollmächtigte oder Erwachsenenvertreter (siehe näher § 1034 Abs. 1 ABGB). Wenn die sterbewillige Person nicht entscheidungsfähig ist, kann sie keine Sterbeverfügung errichten (§ 6 Abs. 1) und sich dabei auch nicht vertreten lassen. Eine dennoch von einem Vertreter (einer Vertreterin) errichtete Verfügung ist unwirksam.

Zu § 5:

Der vorgeschlagene § 5 regelt den Inhalt der Sterbeverfügung: Diese muss den Entschluss zur Lebensbeendigung und eine ausdrückliche Erklärung darüber enthalten, dass dieser Entschluss frei und selbstbestimmt im Sinn des § 6 Abs. 2 und nach ausführlicher Aufklärung (§ 7) gefasst wurde. Die Sterbeverfügung hat jedenfalls die in § 8 Abs. 3 genannten Inhalte zu umfassen. Wahlweise können auch eine oder mehrere Hilfe leistende Personen angegeben werden, mit der Konsequenz, dass auch diese namentlich genannten Personen das Präparat in der Apotheke abholen können (§ 11 Abs. 1).

Zu § 6:

§ 6 Abs. 1 regelt die Voraussetzungen, die sowohl im Zeitpunkt der Aufklärung (§ 7) als auch der Errichtung der Sterbeverfügung (§ 8) vorliegen müssen. Die sterbewillige Person muss einerseits volljährig und entscheidungsfähig sein. Entscheidungsfähig ist sie gemäß § 24 Abs. 2 ABGB, wenn sie die Bedeutung und die Folgen ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, ihren Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Im Gegensatz zur Grundregel, wonach die Entscheidungsfähigkeit bei Volljährigen vermutet wird, soll in Anbetracht der dauerhaften Auswirkung der Entscheidung die Entscheidungsfähigkeit für denjenigen, der sie zu dokumentieren hat, zweifelsfrei vorliegen müssen. Auch wird vorgeschlagen, die Inanspruchnahme der Suizidassistenz auf volljährige Personen einzuschränken. Minderjährige stehen unter dem besonderen Schutz der Gesetze (§ 21 Abs. 1 ABGB), weshalb eine gesetzliche Sonderbehandlung gerechtfertigt ist, um sie vor vorschnellen, irreversiblen Entscheidungen zu schützen. Dem Schutz Minderjähriger vor irreversiblen Behandlungen liegt etwa auch das Schutzalter in § 90 Abs. 2 StGB (Sterilisation, Einwilligung einer Person ab 25 Jahren) zugrunde. Auch eine ästhetische Operation ist bei Personen unter 16 Jahren unzulässig (§ 7 Abs. 1 ÄsthOpG). Bei der Einwilligung in eine medizinische Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, muss außerdem auch der gesetzliche Vertreter im Bereich Pflege und Erziehung zustimmen (§ 173 Abs. 2 ABGB). Eine solche Zustimmung könnte diesen jedoch in Gewissensnöte bringen. Die Errichtung einer Patientenverfügung steht zwar auch einem/einer entscheidungsfähigen Minderjährigen offen, dabei handelt es sich aber um die Entscheidung, in Zukunft eine medizinische Behandlung abzulehnen, wenn er/sie zu diesem Zeitpunkt nicht entscheidungsfähig ist. Diese wesentlichen Unterschiede zwischen Sterbe- und Patientenverfügung rechtfertigen eine Ungleichbehandlung.

§ 6 Abs. 2 legt die näheren Anforderungen an den Entschluss, das Leben zu beenden, fest. Die Sterbeverfügung ist dann „frei und selbstbestimmt“, wenn die sterbewillige Person keinem Irrtum unterliegt, wenn sie weder betrogen noch getäuscht worden ist und wenn sie ihren Entschluss nicht unter physischem oder psychischem Zwang gefasst hat (siehe §§ 869 ff. ABGB und § 10 Abs. 1 Z 1 PatVG).

Darüber hinaus verlangt der Entwurf, dass der Entschluss nicht durch Dritte beeinflusst sein darf. Jede Entscheidung ist natürlich eingebettet in das soziale Umfeld der sterbewilligen Person, aber eine Beeinflussung durch Dritte, etwa eine Drucksituation, die von Angehörigen ausgeht, soll den freien und selbstbestimmten Entschluss ausschließen. Eine solche ist etwa anzunehmen, wenn der wesentliche Beweggrund für den Entschluss zur Selbsttötung erkennbar aus einer von dritten Personen abgeleiteten Motivlage (etwa emotionale, wirtschaftliche oder finanzielle Interessen) herrührt. Eine Sterbeverfügung, die unter einer solchen Drucksituation errichtet wurde, ist unwirksam.

Der in § 6 Abs. 3 Z 1 und 2 vorgesehene Begriff der Krankheit ist insbesondere im Sinne des § 120 Z 1 ASVG als ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der eine Krankenbehandlung notwendig macht. Krankheit ist als Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen zu definieren und umfasst auch Unfallfolgen. Dabei wird es sich oftmals um eine medizinische Notlage handeln, die mit schweren Leiden, insbesondere mit starken Schmerzen, verbunden ist. Das Erfordernis einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit (§ 6 Abs. 3 Z 1) war bereits im Vorschlag der Bioethikkommission aus 2015 enthalten. Die Unheilbarkeit einer Krankheit ist nach dem Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Durchführung der ärztlichen Aufklärung nach § 7 Abs. 2 Z 1 zu beurteilen, wobei nur für die sterbewillige Person realistisch verfügbare Behandlungen in die Beurteilung einzubeziehen sind. Die Krankheit muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Tod der sterbewilligen Person führen und für den voraussichtlichen Todeseintritt überwiegend kausal sein.

Im Hinblick auf die Krankheiten der Erst- und Drittantragsteller im Verfahren vor dem VfGH zu G 139/2019 wird diese Definition allein jedoch nicht als ausreichend angesehen, um die Krankheitsbilder, die der VfGH in seinem Erkenntnis vor Augen hatte, umfassend abzubilden. In Abs. 3 Z 2 wird daher als alternative Voraussetzung eine schwere, dauerhafte Krankheit mit anhaltenden Symptomen vorgeschlagen, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen. Diese Krankheitsdefinition ist durch die Kriterien der Gewichtigkeit und Dauerhaftigkeit gekennzeichnet. Ob eine Krankheit schwer ist, hängt von der in einer Gesamtschau zu würdigenden Erheblichkeit und Wichtigkeit der Gesundheitsschädigung ab. Für die Qualifikation einer Krankheit als dauerhaft ist maßgeblich, dass eine Besserung nicht absehbar und von einem lang andauernden Leidenszustand auszugehen ist. Es muss jedoch im Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung (§ 7 Abs. 2 Z 1) nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen, dass die betroffene Person für immer an dieser Krankheit leiden wird. Das Kriterium der Gewichtigkeit dient insbesondere dazu, dauerhafte, aber für die betroffene Person leichte oder mittelschwere Krankheiten wie etwa Asthma oder Neurodermitis auszuschließen. Umgekehrt sollen schwere, aber voraussichtlich bald abheilende Krankheiten nicht zur Inanspruchnahme des Instituts der Sterbeverfügung berechtigen. Dass die Folgen der Krankheit die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen, dient der näheren Konkretisierung der Kriterien der Gewichtigkeit und Dauerhaftigkeit.

Sowohl Abs. 3 Z 1 als auch Z 2 verlangen zusätzlich, dass die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt. Ob dies der Fall ist, richtet sich ausschließlich nach dem subjektiven Empfinden der betroffenen Person. Die aufklärende ärztliche Person kann sich daher darauf beschränken, nach Darlegung der Behandlungs- und Handlungsalternativen (§ 7 Abs. 2 Z 1) die Glaubwürdigkeit einer dahingehenden Erklärung der sterbewilligen Person zu beurteilen.

§ 6 Abs. 4 soll verhindern, dass die aufklärende oder die die Sterbeverfügung dokumentierende Person gleichzeitig auch die Suizidassistenz leistet. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die sterbewillige Person ihr Schicksal allzu sehr in die Hand einer Person legt, der sie vertraut, und die Entscheidung nicht vollständig autonom trifft. Ein Verstoß gegen § 6 Abs. 4 hat zwar weder strafrechtliche noch verwaltungsstrafrechtliche Folgen, wäre aber bei den angesprochenen Berufsgruppen im Rahmen ihres ärztlichen oder notariellen Standesrechts durch allfällige disziplinäre Folgen sanktioniert. Die Verantwortlichkeit der Patientenanwaltschaft ist der Landesgesetzgebung vorbehalten.

Zu § 7:

Eine umfassende Information über Alternativen und Hilfsangebote ist Voraussetzung für eine selbstbestimmte und freie Entscheidungsfindung der sterbewilligen Person; nur wenn der sterbewilligen Person alle erheblichen Gesichtspunkte, Handlungsalternativen und ihre Folgen bekannt sind, kann von einer ausreichenden Entscheidungsgrundlage ausgegangen werden.

Der vorgeschlagene § 7 bestimmt den Umfang der Aufklärung (Abs. 2) und den Inhalt der nach dem Aufklärungsgespräch auszustellenden Bestätigung (Abs. 1 und Abs. 3).

§ 7 Abs. 1 ordnet zunächst an, dass der Errichtung einer Sterbeverfügung eine Aufklärung durch zwei ärztliche Personen, von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, vorangehen

muss. Diese müssen unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und ihr Entschluss den Anforderungen des § 6 Abs. 2 entspricht. Ist für die aufklärenden ärztlichen Personen erkennbar, dass die in § 6 Abs. 2 normierten Anforderungen an den Entschluss der sterbewilligen Person nicht vorliegen (etwa bei Beeinflussung durch Dritte), so dürfen sie die Bestätigung nicht ausstellen.

Diese Regelung schließt die Beiziehung von Angehörigen anderer Berufsgruppen, etwa von Psychologinnen und Psychologen oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nicht aus (vgl. Abs. 2 Z 3 und Abs. 4). 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.

Die Beiziehung von zwei ärztlichen Personen ist vorgesehen, um eine umfassende Aufklärung der sterbewilligen Person zu gewährleisten und ihre Entscheidungsfreiheit fundiert und zweifelsfrei festzustellen. Das für eine der ärztlichen Personen vorgesehene Erfordernis der palliativmedizinischen Qualifikation dient der Gewährleistung einer korrekten Information der sterbewilligen Person über die in Betracht kommenden palliativmedizinischen Maßnahmen. Über eine palliativmedizinische Qualifikation verfügen sowohl ärztliche Personen, die eine Spezialisierung in Palliativmedizin nach der Verordnung über Spezialisierungen (SpezV) der Österreichischen Ärztekammer (vgl. §§ 11a und § 117c Abs. 2 Z 12 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998) aufweisen, als auch ärztliche Personen, die ein ÖÄK-Diplom Palliativmedizin gemäß der Verordnung über ärztliche Weiterbildung der Österreichischen Ärztekammer absolviert haben.

§ 7 Abs. 2 regelt den notwendigen Inhalt der Aufklärung. Nicht erforderlich ist, dass jede der beiden ärztlichen Personen über sämtliche der in § 7 Abs. 2 vorgesehenen Punkte aufklärt. Vielmehr können sich die ärztlichen Personen die Aufklärung über die einzelnen Punkte unter Beachtung ihrer medizinischen Spezialisierung aufteilen, wobei es nicht darauf ankommt, welche der beiden ärztlichen Personen welchen Teil der Aufklärung übernimmt.

Die sterbewillige Person muss Informationen über auf ihren konkreten Fall zugeschnittene Behandlungs- und Handlungsalternativen erhalten (Z 1); dazu werden vor allem Leistungen der Hospizversorgung und allfällige palliativmedizinische Maßnahmen zählen, wobei auf konkrete Befürchtungen der sterbewilligen Person einzugehen ist (z. B. auf ihre Angst vor unerträglichen Schmerzen). Auch die Durchführung eines Vorsorgedialogs (vgl. auch § 239 Abs. 2 ABGB) kann eine Alternative zur Hilfeleistung beim Sterben sein. Außerdem ist die sterbewillige Person auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung hinzuweisen (sowie auf deren Limitationen, siehe § 12 PatVG).

Die aufklärenden ärztlichen Personen haben die sterbewillige Person über den Ablauf der von ihr beabsichtigten lebensbeendenden Maßnahme zu informieren, wie insbesondere die Dosierung und die Art der Einnahme des Präparats (Z 2). Letztlich muss das Aufklärungsgespräch jedenfalls Hinweise auf die Möglichkeit eines psychotherapeutischen Gesprächs, eine suizidpräventive Beratung (Z 3) und – je nach den Umständen des Einzelfalls – auf weitere in Betracht kommende Beratungsangebote enthalten (z. B. eine persönliche Assistenz, die Inanspruchnahme einer Schuldnerberatung oder die Konsultation eines Sozialarbeiters – Z 4).

Die von den ärztlichen Personen vorzunehmende Dokumentation der Aufklärungsgespräche nach § 7 Abs. 3 kann in zwei separaten oder in einer gemeinsamen Urkunde erfolgen. Wird eine gemeinsame Urkunde erstellt, so sind in dieser die Daten der jeweils durchgeführten Aufklärungsgespräche festzuhalten. Auch haben beide ärztliche Personen mit ihrer jeweiligen Unterschrift zu bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und den Entschluss zur Beendigung ihres Lebens im Sinn des § 6 Abs. 2 frei und selbstbestimmt gefasst hat. Eine ärztliche Person, die über die Behandlungsalternativen aufklärt (Abs. 2 Z 1), hat zu bestätigen, dass eine Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 Z 1 oder Z 2 vorliegt. Erstellt jede der ärztlichen Personen eine eigene Urkunde, ist in diesen jeweils das Datum des von der jeweiligen ärztlichen Person durchgeführten Aufklärungsgesprächs festzuhalten und die Bestätigung nach Abs. 1 dritter Halbsatz zu treffen. Der sterbewilligen Person ist das Dokument (die Dokumente) auszufolgen. Für die ärztlichen Personen wird die Möglichkeit geschaffen, die Dokumentation der Aufklärungsgespräche optional unter Zuhilfenahme einer elektronischen Schnittstelle direkt im Sterbeverfügungsregister vorzunehmen, sodass die dokumentierende Person bei ihrer Dateneingabe (§ 9 Abs. 3) bereits darauf aufbauen kann. Alternativ können die ärztlichen Personen die Dokumentation auch in Papierform vornehmen. In diesem Fall erfolgt die Dateneingabe im Register zur Gänze erst durch die dokumentierende Person. Der Zugriff zur Online-Schnittstelle wird mittels PIN-Codes geschützt, wodurch nur jene Personen Zugriff zu dieser erlangen können, denen die sterbewillige Person den PIN-Code bekannt gibt. Festzuhalten ist, dass eine elektronische Schnittstelle in Form einer Anmeldung via Bürgerkarte samt Rollenprüfung (Arzteigenschaftsbestätigung über den eHealth-

Verzeichnisdienst) unter Einhaltung der eGovernment-Vorgaben den höchstmöglichen Sicherheitsstandards entspricht.

Abs. 4 lehnt sich an § 5 Abs. 2 ÄsthOpG an: Demnach ist von den aufklärenden ärztlichen Personen bei entsprechender Verdachtslage vor Beginn oder im Rahmen des Aufklärungsgesprächs eine psychologische oder psychiatrische Abklärung zu veranlassen. Ergibt diese, dass die betroffene Person hinsichtlich ihres Sterbewunsches nicht entscheidungsfähig ist, so darf keine Betätigung nach § 7 Abs. 1 ausgestellt und die Errichtung einer Sterbeverfügung somit nicht durchgeführt werden. Bei einem ausschließlich aufgrund und im Zustand einer psychischen Krankheit gefassten Sterbewunsch wird in der Regel keine Entscheidungsfähigkeit vorliegen.

Zu § 8:

Der zur Errichtung einer Sterbeverfügung vorgesehene Minimalabstand von zwölf Wochen zum Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung nach § 8 Abs. 1 soll die „Dauerhaftigkeit" des Entschlusses der sterbewilligen Person sicherstellen. Da die sterbewillige Person ihren Sterbewunsch bereits im ersten Aufklärungsgespräch erstmals zum Ausdruck bringt, ist für die Berechnung der Wartefrist an dieses erste Gespräch anzuknüpfen. Jedoch ist auch das zweite Aufklärungsgespräch jedenfalls vor der Errichtung der Sterbeverfügung durchzuführen (§ 7 Abs. 1).

Der zweite Satz sieht bei moribunden Patientinnen oder Patienten eine Verkürzung dieser „Bedenkfrist" auf zwei Wochen vor, weil in diesen Fällen die vom VfGH geforderte Dauerhaftigkeit des Entschlusses aufgrund der überblickbaren letzten Lebensphase eher gegeben sein wird. Die Frage, ob eine sterbewillige Person bereits in die terminale Phase der Erkrankung eingetreten ist, kann in Anlehnung an die Voraussetzungen der Zulässigkeit einer Sterbebegleitung im Sinn des § 14a AVRAG beurteilt werden. Hier ist auf das Ausmaß der Lebensbedrohlichkeit des Gesundheitszustands abzustellen (vgl. *Binder/Mair* in *Binder/Burger/Mair*, AVRAG³ § 14a [Stand 1.1.2017, rdb.at] Rz 4). Wie aus § 14a AVRAG hervorgeht, geht es bei der terminalen Phase um einen (voraussichtlichen) Zeitraum von etwa drei bis sechs Monaten. Das Vorliegen einer solchen Situation ist von einer ärztlichen Person zu bestätigen.

Wird die Sterbeverfügung nicht innerhalb eines Jahres nach der zweiten ärztlichen Aufklärung errichtet, so muss die sterbewillige Person eine neuerliche Bestätigung einer ärztlichen Person nach § 7 Abs. 1 dritter Halbsatz beibringen. Die ärztliche Person muss somit neuerlich überprüfen und mit ihrer Unterschrift bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und den Entschluss zur Beendigung ihres Lebens im Sinn des § 6 Abs. 2 frei und selbstbestimmt gefasst hat. Eine neuerliche ärztliche Aufklärung muss jedoch nicht durchgeführt werden. Dass nach Ablauf eines Jahres eine neuerliche ärztliche Überprüfung der Entscheidungsfähigkeit sowie der Kriterien nach § 6 Abs. 2 stattfinden muss, soll der Person, die die Sterbeverfügung dokumentiert, bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person eine gewisse Sicherheit bieten.

Vor der Errichtung einer Sterbeverfügung hat die dokumentierende Person (Notar/Notarin, Patientenvertretung) durch Einsicht ins Sterbeverfügungsregister nach § 9 Abs. 2 zu überprüfen, ob die sterbewillige Person bereits eine Sterbeverfügung errichtet hat und ob gegen Vorlage einer früheren Sterbeverfügung bereits ein Präparat ausgefolgt wurde. Eine mehrfache Errichtung von Sterbeverfügungen ist möglich, weil die Sterbeverfügung einem Zeitablauf unterliegt (ein Jahr nach Errichtung) oder widerrufen worden sein kann (siehe § 10). Dabei ist aber für den Fall Vorsorge zu treffen, dass vor dem Ablauf der Gültigkeit der früheren Sterbeverfügung bereits ein Präparat ausgefolgt und nicht zurückgegeben wurde. Das ist in der Urkunde zu vermerken. Mit einem solchen Vermerk darf ein neues Präparat nur gegen gleichzeitige Rückgabe des alten ausgefolgt werden (§ 11 Abs. 1 zweiter Satz). Hat die sterbewillige Person das aufgrund einer früheren Sterbeverfügung abgegebene Präparat allerdings nachweislich (an die Apotheke) zurückgegeben, beispielsweise, weil es abgelaufen ist, kann eine neuerliche Errichtung einer Sterbeverfügung (ohne Vermerk) samt anschließender Ausfolgung eines Präparats erfolgen.

Die eigentliche Errichtung einer Sterbeverfügung soll – so wie bei der Patientenverfügung – vor einem Notar (einer Notarin) oder einem rechtskundigen Mitarbeiter (einer rechtskundigen Mitarbeiterin) der Patientenanwaltschaft erfolgen (§ 8 Abs. 2). Dabei hat der Notar (die Notarin) oder der rechtskundige Mitarbeiter (die rechtskundige Mitarbeiterin) der Patientenanwaltschaft das Dokument oder die Dokumente über die ärztliche Aufklärung gemeinsam mit der sterbewilligen Person durchzugehen, um sicherzustellen, dass sie tatsächlich im erforderlichen Maß aufgeklärt ist. Dann ist die sterbewillige Person über die rechtlichen Aspekte zu belehren, wobei sie neuerlich auf die Möglichkeit der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht hinzuweisen ist, aber auch auf die Möglichkeit zur Errichtung einer letztwilligen Verfügung und die Auswirkungen z. B. auf Versicherungsverträge (siehe § 169 VersVG).

In der Sterbeverfügung ist sodann der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, festzuhalten, wobei die Erklärung beizufügen ist, dass dieser Entschluss frei und selbstbestimmt nach ausführlicher Aufklärung gefasst wurde (siehe § 5). Diese Verfügung ist von der sterbewilligen Person zu unterschreiben (arg. „schriftlich“).

Nach der eigentlichen Sterbeverfügung hat die dokumentierende Person gemäß § 8 Abs. 3 zu bestätigen, dass die sterbewillige Person einen im Sinn des § 6 Abs. 2 freien und selbstbestimmten Entschluss vor ihr bekräftigt hat, dass sie entscheidungsfähig ist, dass die notwendige Aufklärung durchgeführt wurde und dass die Wartefrist nach Abs. 1 eingehalten worden ist.

Zu § 9:

§ 9 Abs. 1 legt fest, dass die dokumentierende Person eine Abschrift der Sterbeverfügung aufbewahrt. Das ist notwendig, damit sich bei Zweifel über die Echtheit einer Sterbeverfügung eine Hilfe leistende Person mit Ermächtigung der sterbewilligen Person bei der dokumentierenden Person vergewissern kann, ob die ihr vorgewiesene Sterbeverfügung echt ist. Schließlich sollen Strafverfolgungsbehörden bei strafrechtlichen Ermittlungen die Möglichkeit haben, zu erheben, ob eine Sterbeverfügung errichtet wurde.

Insbesondere aus diesem Grund wird die Aufbewahrung einer Abschrift der Sterbeverfügung angeordnet: Die Errichtung einer Sterbeverfügung kann nämlich unter Umständen weit zurückliegen, bis ein Anlass für strafrechtliche Ermittlungen besteht. Das ist etwa dann der Fall, wenn eine sterbewillige Person das Präparat zwar innerhalb der Jahresfrist nach Errichtung der Sterbeverfügung abholt, jedoch einige Zeit verstreichen lässt, bis sie es einnimmt. Wenn die sterbewillige Person aber die Sterbeverfügung widerruft und auch ihr Original vernichtet, damit sie nicht mehr gegen Vorlage ein Präparat beziehen kann, dann ist auf ihren Wunsch auch die Abschrift zu vernichten (siehe dazu § 10 Abs. 4).

Ansonsten ist die Person, die die Errichtung der Sterbeverfügung dokumentiert hat, zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet (§ 37 NO, und die einzelnen Landesgesetze, z. B. § 5 Abs. 2 Gesetz über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft).

Der vorgeschlagene § 9 Abs. 2 sieht die Einrichtung eines Registers vor, das zur Erfassung der Sterbeverfügungen und anderer relevanter Daten für wissenschaftliche Analysen über die Inanspruchnahme von Suizidassistenz nach diesem Bundesgesetz dient. Dabei lehnt sich der Entwurf an die in §§ 24 ff. SMG enthaltenen Bestimmungen zur Suchtmittel-Datenverarbeitung an. Die wesentlichen Zwecke des Sterbeverfügungsregisters sind die Verhinderung von Missbrauch bei der Abgabe von Präparaten (siehe Nachforschungspflichten der die Sterbeverfügung dokumentierenden Person nach § 8 Abs. 2 sowie der abgebenden Apotheke nach § 11 Abs. 2) sowie die Schaffung von Nachforschungsmöglichkeiten für die Strafverfolgungsbehörden.

Nach § 9 Abs. 3 hat die die Sterbeverfügung dokumentierende Person dem Register bestimmte Daten zu übermitteln. Die im Rahmen des Abs. 3 und 4 an das Register zu übermittelnden Identifikationsdaten der sterbewilligen Person (§ 3 Z 7) sollen sowohl dem Apotheker (der Apothekerin) als auch den Strafverfolgungsbehörden, die einem Todesfall durch ein Präparat nachgehen, eine verlässliche Identifizierung ermöglichen.

Durch die im Rahmen dieser Meldung übermittelten Daten können auch die wichtigsten Eckpunkte für eine Analyse der bundesweit errichteten Sterbeverfügungen erhoben werden. Wird das Präparat durch die Apotheke nach Vorlage der wirksamen Sterbeverfügung abgegeben, so ist diese Abgabe an das Sterbeverfügungsregister weiterzuleiten (§ 11 Abs. 1).

Außer der Errichtung der Sterbeverfügung (§ 9 Abs. 3), einem allfälligen Widerruf (§ 10 Abs. 5) und der Abgabe des Präparats (§ 11 Abs. 1) ist auch ein Todesfall durch Einnahme eines Präparats an das Register zu melden (§ 9 Abs. 4). Meldepflichtig sind demnach die Totenbeschauärztinnen und -ärzte. Durch die im Todesfall zu übermittelnden Daten soll eine Zuordnung zur gemeldeten Sterbeverfügung, die wiederum Rückschlüsse auf die Meldung der Abgabe des Präparats zulässt, möglich sein.

Anzumerken ist, dass bereits nach geltendem Recht Daten über Todesfälle und Todesursachen für die Erstellung von Statistiken durch die Personenstandsbehörden an die Statistik Österreich (§ 51 Abs. 1 Z 2 PStG 2013) übermittelt werden, sodass die Gesamtzahl der Suizide – die auch die Todesfälle durch Einnahme eines Präparats umfassen wird – auch weiterhin in einer der Öffentlichkeit zugänglichen Form verfügbar ist.

Zu § 10:

§ 10 Abs. 1 übernimmt die Regelung des § 10 Abs. 1 Z 2 PatVG. Außer im Fall der Nichteinhaltung einer in diesem Bundesgesetz vorgesehenen Wirksamkeitsvoraussetzungen ist eine Sterbeverfügung demnach auch dann unwirksam, wenn ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn

es sich bei der darin beschriebenen Beihilfehandlung eigentlich um eine Tötung auf Verlangen im Sinn des § 77 StGB handelt. Dass die Sterbeverfügung frei von Willensmängeln sein muss (vgl. § 10 Abs. 1 Z 1 PatVG), wurde bereits in § 6 Abs. 2 als Errichtungsvoraussetzung genannt; fehlt es an einer solchen Voraussetzung, ist die Sterbeverfügung ebenfalls unwirksam.

Die Sterbeverfügung wird auch unwirksam, wenn sie widerrufen wird. Wenn die sterbewillige Person noch kein Präparat bezogen hat, reicht der Widerruf gegenüber der die Sterbeverfügung dokumentierenden Person aus, die dann die Sterbeverfügung auf Wunsch der sterbewilligen Person zu vernichten hat (§ 10 Abs. 4 Z 1). Ebenso verliert die Sterbeverfügung ihre Wirksamkeit, wenn die allenfalls nicht mehr entscheidungsfähige sterbewillige Person zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll. Dieser von der Entscheidungsfähigkeit unabhängige Ausdruck des „natürlichen Willens“ (vgl. *Barth*, „Zu erkennen geben“ und „natürlicher Wille“, ÖJZ 2019, 101) soll sicherstellen, dass die sterbewillige Person bei der Umsetzung ihres selbstbestimmt und unbeeinflusst gefassten Entschlusses zur Lebensbeendigung die Handlungshoheit behält.

Ab dem Datum der Errichtung (dieses ist nach § 8 Abs. 3 zwingend anzugeben) beginnt die einjährige Frist der Wirksamkeit der Sterbeverfügung zu laufen. Während dieses Zeitraums ist davon auszugehen, dass die sterbewillige Person ihren Entschluss aufrechterhält. Nach Ablauf dieser Frist muss die sterbewillige Person die Sterbeverfügung erneut errichten und daher auch die ärztliche Aufklärung erneut vornehmen lassen. Dabei muss neuerlich geprüft werden, ob der Entschluss frei, selbstbestimmt und dauerhaft ist und ob die Person (nach wie vor) entscheidungsfähig ist. Die Begrenzung der Wirksamkeit einer Sterbeverfügung auf ein Jahr soll verhindern, dass im Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Hilfeleistung die Errichtung der Sterbeverfügung (und damit die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit und des Vorliegens eines freien und selbstbestimmten Entschlusses) zu lange entfernt ist und die Hilfe leistende Person so nicht mehr sicher sein kann, ob die Voraussetzungen aktuell noch vorliegen. Allerdings muss sich die Hilfe leistende Person auch bei Vorliegen einer Sterbeverfügung vergewissern, ob die Entscheidungsfähigkeit aktuell noch vorliegt, um nicht in den Verdacht eines Fremdtötungsdelikts zu geraten.

In Abs. 3 wird die Vernichtung der Abschrift der Sterbeverfügung durch die dokumentierende Person geregelt. Sofern mit der Sterbeverfügung kein Präparat (§ 3 Z 6) bezogen wurde, hat die dokumentierende Person diese fünf Jahre nach Ablauf der Jahresfrist (§ 10 Abs. 2) zu vernichten. Dabei handelt es sich um die strafrechtliche Verjährungsfrist für eine allfällige Hilfeleistung nach § 57 Abs. 3 StGB, für die die Sterbeverfügung als Beweis dienen könnte. Nach Ablauf von 10 Jahren nach ihrer Errichtung hat die dokumentierende Person die Abschrift der Sterbeverfügung jedenfalls zu vernichten, zumal nach einem so langen Zeitraum nicht mehr davon auszugehen ist, dass sich die ursprünglich sterbewillige Person mit einem vor Jahren beschafften Präparat das Leben nehmen wird.

Abs. 4 regelt die Vernichtung der Abschrift der Sterbeverfügung auf Wunsch der sterbewilligen Person. Diese hat zu erfolgen, wenn die sterbewillige Person die Sterbeverfügung widerruf oder die Jahresfrist (Abs. 2) abgelaufen ist, sofern noch kein Präparat bezogen oder das bezogene Präparat nachweislich zurückgegeben wurde und das Original nachweislich vernichtet wurde oder dessen Wirksamkeit abgelaufen ist. Die Vernichtung des Originals vor Ablauf der Jahresfrist ist notwendig, damit Dritte nicht in Unkenntnis des Widerrufs nach Vorlage des Originals Hilfe leisten können.

Abs. 5 sieht vor, dass die dokumentierende Person die Vernichtung der Abschrift der Sterbeverfügung nach Abs. 3 oder Abs. 4 dem Verantwortlichen für das Sterbeverfügungsregister (§ 9 Abs. 2) melden muss, der die darauf bezogenen Daten zu löschen hat.

Zu § 11:

Der vorgeschlagene § 11 regelt in Verbindung mit Art. 2 die Abgabe eines Präparats. Der Apotheker (die Apothekerin) lässt sich die Sterbeverfügung zeigen und verifiziert durch Einsicht in das Register, dass nicht schon einmal ein Präparat ausgefolgt worden ist. Dadurch soll einem möglichen Missbrauch vorgebeugt werden. Dazu dient auch das Erfordernis, dass eine Hilfe leistende Person, die das Präparat abholt, bereits in der Sterbeverfügung genannt wird. Die apothekeneigenen Zustelleinrichtungen lehnen sich an § 8a Apothekengesetz an, wobei die Art der Zustellung offenbleibt (z. B. durch Boten) und die Möglichkeit von Rückfragen sichergestellt ist.

Abs. 3 regelt Sorgfaltspflichten der sterbewilligen Person bei der Verwahrung des Präparats (in Anlehnung an § 9 Abs. 1 SMG). Verstößt die sterbewillige Person gegen diese Sorgfaltspflichten und kommen Dritte zu Schaden, drohen zivil- und strafrechtliche Folgen.

Die Verordnungsermächtigung des § 11 Abs. 4 ermöglicht dem zuständigen Bundesminister, nach dem Stand der Wissenschaft andere Präparate als Natrium-Pentobarbital als zulässiges Präparat zu bestimmen;

solange eine solche Verordnung nicht erlassen ist, bleibt Natrium-Pentobarbital das einzige zulässige Präparat.

Zu § 12 und § 13:

In § 12 wird ein Verbot von Werbung mit der Hilfeleistung vorgeschlagen. Dabei geht es im Wesentlichen um ein Anpreisen, das an einen unbestimmten Teilnehmerkreis gerichtet ist; das Ansprechen bestimmter Personen, um bei ihnen einen Entschluss zum Suizid zu wecken, ist hingegen weiterhin als „Verleiten" nach § 78 Abs. 1 StGB strafbar.

§ 12 Abs. 2 hält ausdrücklich fest, dass es zulässig ist, eine Person, die einen Sterbewunsch äußert, über die Möglichkeiten nach diesem Bundesgesetz aufzuklären. Dadurch soll das Gespräch mit einer sterbewilligen Person enttabuisiert werden. Die Person oder Stelle, an die sich eine sterbewillige Person im Vertrauen wendet (oft sind das Pflegefachkräfte oder auch der Vertrauensarzt), soll ergebnisoffen über die Möglichkeiten sprechen können, ohne sich der Gefahr einer Verwaltungsstrafe oder gar einer gerichtlichen Strafe auszusetzen. Auch der Hinweis von Ärztinnen oder Ärzten, dass sie ein Aufklärungsgespräch anbieten, oder von den in § 8 Abs. 2 genannten Personen, dass sie Sterbeverfügungen dokumentieren, fällt nicht unter das Werbeverbot. Das würde sich zwar bereits daraus ergeben, dass dies keine „Hilfeleistung" im Sinne des Gesetzes wäre (siehe § 3 Z 4), soll aber dennoch explizit klargestellt werden. Als „Hinweis" gilt indes keine Werbung in Plakaten, Broschüren oder Handzetteln.

Im vorgeschlagenen Abs. 3 sollen wirtschaftliche Vorteile für das Angebot und die Durchführung der Hilfeleistung bei der Selbsttötung (§ 3 Z 4) verboten werden. Das bedeutet, dass der Hilfe leistenden Person durch die Hilfeleistung keine über den nachgewiesenen Aufwand hinausgehenden wirtschaftlichen Vorteile (auch nicht im Wege letztwilliger Verfügungen) zufließen dürfen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Suchtmittelgesetzes)

In § 7 sollen die notwendigen begleitenden Bestimmungen zu § 12 StVfG erlassen werden. Anhang III der Psychotropenkonvention 1971 (Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, BGBl. III Nr. 148/1997) umfasst unter anderem Barbiturate, wozu auch Natrium-Pentobarbital (siehe § 4 Z 5 StVfG) gehört.

Zu Artikel 3 (Änderung des Strafgesetzbuches)

Gemäß § 78 StGB idgF ist, wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen. Mit Erkenntnis vom 11.12. 2020, G 139/2019, hat der VfGH die Wortfolge „oder ihm dazu Hilfe leistet" in § 78 StGB als verfassungswidrig aufgehoben. Der VfGH stellte die Verfassungswidrigkeit des strafrechtlichen Verbots jeglicher Hilfe eines Dritten bei der Mitwirkung am Selbstmord auf Grund der Verletzung des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechts des Einzelnen auf freie Selbstbestimmung – abgeleitet vom Recht auf Privatleben, Recht auf Leben und dem Gleichheitsgrundsatz – fest. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31.12. 2021 in Kraft.

Gleichzeitig hat der VfGH ausgesprochen, dass die Strafbarkeit des Verleitens eines anderen, sich selbst zu töten (§ 78 erster Fall StGB), nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz gemäß Art. 2 StGG und Art. 7 B-VG, gegen des Recht auf Privatleben gemäß Art. 8 EMRK oder gegen ein anderes verfassungsgesetzlich gewährleistetet Recht verstößt, weil die Entscheidung des Suizidwilligen hier nicht auf einer freien und unbeeinflussten Entscheidung fußt.

Im Zusammenhang mit den Regelungen des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) wird folgende **Neuregelung des § 78 StGB** vorgeschlagen:

Gemäß § 78 Abs. 1 StGB soll (wie bisher) das **Verleiten** eines anderen, sich selbst zu töten strafbar sein. „Verleiten" bedeutet iZm § 78 StGB nicht nur, dass der Täter für das Verhalten des anderen kausal sein muss (Veranlassen), sondern nötig ist – wie bei § 77 StGB – die psychische Beeinflussung des anderen (subjektive Verknüpfung), die den Tatentschluss (analog zum Vorsatz) in ihm weckt, z. B. durch Überreden oder Überspielen der Todesfurcht durch Vorschlag eines probaten Tötungsmittels. Verleiten bedeutet darum vorsätzliches Bewirken einer vorsätzlichen Tat (*Birklbauer* in *Höpfel/Ratz*, WK^2 StGB § 78 StGB Rz 47).

Hinsichtlich des **Hilfeleistens zur Selbsttötung** sei zunächst vorweggenommen, dass nach der herrschenden Meinung zum geltendem Recht jede Form des Beitrags im Sinne des § 12 dritter Fall StGB von der Strafbarkeit nach dieser Tatbestandsvariante umfasst ist, das heißt nicht nur jeder physische, sondern auch jeder psychische Beitrag. Angesichts der ohnehin unveränderten selbstständig vertypten Strafbarkeit des Verleitens zur Selbsttötung wird jedoch darüber hinaus kein Strafbedürfnis mehr in Bezug auf einen rein psychischen Beitrag unter dem Tatbestand der Hilfeleistung erblickt, zumal die

Grenzen etwa zum Spenden von Trost durchaus fließend sein können. Im Übrigen soll eine Strafbarkeit der (physisch) Hilfe leistenden Person bestehen, wenn einer der im Entwurf des § 78 Abs. 2 Z 1 bis 4 genannten Konstellationen vorliegt. In allen vier Varianten ist die Hilfeleistung des Täters zur Selbsttötung eines anderen erforderlich. Die beibehaltene Formulierung des Hilfeleistens soll – jedoch wie dargestellt eingeschränkt auf physische Beiträge – gemäß der bisherigen Auslegung durch die Rechtsprechung und hM jedes sozial inadäquate Mittel, das für den Erfolg kausal ist oder auf die Art und Weise der Tatausführung fördernd einwirkt, indem die Herbeiführung des Todes auf irgendeine Weise ermöglicht oder erleichtert wird, umfassen (RIS-Justiz RS0092185, RIS-Justiz RS0092179; *Birklbauer* in *Höpfel/Ratz*, WK^2 StGB § 78 StGB Rz 51).

Eine Selbsttötung im spezifischen Sinne des § 78 StGB liegt begrifflich nur vor, wenn jemand vorsätzlich (vgl. RIS-Justiz RS0092185) und **freiwillig** (vgl. OGH 27.10.1998, 11 Os 82/98, 11 Os 83/98) den Tod an sich selbst unmittelbar verursacht. Fehlt es an der erforderlichen **Selbstverantwortungsfähigkeit** des Suizidenten oder der Suizidentin, z. B. infolge einer schweren Depression oder Unmündigkeit, liegt mit Blick auf § 78 StGB keine Selbsttötung, sondern eine Fremdtötung vor (*Birklbauer* in *Höpfel/Ratz*, WK^2 StGB § 78 Rz 2 mwN; *Fabrizy*, StGB^{13} § 78 Rz 1).

Obwohl sich der Suizident oder die Suizidentin durch eigene Hand tötet, geht die Verantwortung für die Tötung – mangels dessen oder deren Selbstverantwortungsfähigkeit – auf den anderen über. In Betracht kommen hierbei die §§ 75, 76, und 80 StGB. § 77 StGB (Tötung auf Verlangen) scheidet hingegen schon wegen der dort erforderlichen Unmittelbarkeit der Fremdtötung aus (JBl 2001, 195 [197]). Für eine Strafbarkeit nach § 75 StGB muss der Täter es zumindest ernstlich für möglich halten und sich damit abfinden, dass der Suizident oder die Suizidentin nicht selbstverantwortungsfähig war. Hatte der Täter darauf keinen Vorsatz, ist eine fahrlässige Tötung nach § 80 StGB zu prüfen. Befand sich der – vorsätzlich handelnde – Täter zur Tatzeit in einer allgemein begreiflichen heftigen Gemütsbewegung, kommt eine Strafbarkeit nach § 76 StGB in Betracht.

Es ist daher davon auszugehen, dass in den Fällen, in denen der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, nicht frei und selbstbestimmt iSd § 6 Abs. 2 des vorgeschlagenen StVfG ist, bei Vorliegen der jeweiligen übrigen Tatbestandsvoraussetzungen eine Strafbarkeit entweder gemäß § 78 Abs. 1 StGB (Verleiten) oder nach §§ 75, 76 oder 80 StGB (Fremdtötungsdelikte) besteht.

Nach **Z 1** soll die Hilfeleistung gegenüber einer **minderjährigen Person**, sohin einer Person, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (vgl. § 74 Abs. 1 Z 3 StGB), strafbar sein.

Nach **Z 2** soll die Hilfeleistung strafbar sein, wenn sie aus einem **verwerflichen Beweggrund** erfolgt. Darunter sollen – wie im Kontext des § 71 StGB, der dieses Tatbestandsmerkmal bereits kennt – Beweggründe zu verstehen sein, aus denen über bloße menschliche Schwächen und Untugenden hinaus, eine ausgeprägt asoziale Gesinnung zum Ausdruck kommt, die in der Einzeltat sichtbar wird. Als Beispiele sind Grausamkeit, Rachsucht oder ausgeprägtes Gewinnstreben zu nennen (vgl. *Jerabek/Ropper* in *Höpfel/Ratz*, WK^2 StGB § 71 StGB Rz 5). Auch im gegebenen Zusammenhang soll es jedoch nicht erforderlich sein, dass die Beweggründe „besonders“ verwerflich sind, wie dies der Erschwerungsgrund des § 33 Abs. 1 Z 5 StGB verlangt (vgl. *Tipold* in *Leukauf/Steininger*, StGB^4 § 71 Rz 5). Ob ein Beweggrund verwerflich ist, ist anhand der konkreten Umstände im Einzelfall zu prüfen. So würde beispielsweise die Hilfeleistung zur Selbsttötung, lediglich um die sterbewillige Person zu beerben, oder aus anderen rein selbstsüchtigen Beweggründen unter die Z 2 fallen (vgl. auch die Strafbarkeit der Hilfeleistung zum Selbstmord aus selbstsüchtigen Beweggründen nach Art. 115 des schweizerischen Strafgesetzbuchs). Wenn hingegen die Hilfe leistende Person zwar Erbe bzw. Erbin der sterbewilligen Person ist, die Hilfeleistung jedoch aus Mitleid, Liebe oder/und Freundschaft erfolgt, liegt kein verwerflicher Bewegrund vor.

Nach **Z 3** soll jede Hilfeleistung zur Selbsttötung gegenüber einer Person, die **nicht an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 StVfG leidet**, strafbar sein. Die Strafbarkeit knüpft also daran an, dass die Hilfeleistung gegenüber einer Person, die nicht dem in § 6 Abs. 3 StVfG genannten Personenkreis angehört, erfolgt.

Nach **Z 4** soll schließlich strafbar sein, wer einer Person, die nicht gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde, physisch Hilfe leistet, sich selbst zu töten. Diese Variante spricht die Hilfeleistung gegenüber einer Person, die eine Sterbeverfügung nach dem StVfG errichten kann, an. Eine solche Hilfeleistung soll grundsätzlich, entsprechend der Zielsetzung des StVfG, straflos sein, wenn die Person gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde (zur Aufklärung nach § 7 StVfG siehe bei Art. 1 zu § 7). Dagegen bedarf es für die Straflosigkeit nicht der Errichtung einer Sterbeverfügung. Es scheint nicht sachgerecht, die Straflosigkeit der Hilfeleistung durch eine Person, die – ohne aus verwerflichen Beweggründen zu handeln – einer volljährigen Person, die an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 StVfG leidet, Hilfe leistet, sich selbst zu töten, unbedingt an die Einhaltung sämtlicher Erfordernisse, die zur Errichtung einer

Sterbeverfügung erforderlich sind, zu knüpfen. Freilich sprechen in praktischer Hinsicht Beweisgründe, nicht zuletzt im Falle eines Strafverfahrens, dafür, dass die sterbewillige Person eine Sterbeverfügung errichtet und die Hilfe leistende Person davon in Kenntnis setzt.

Liegt ein Anfangsverdacht (§ 1 Abs. 3 StPO) in Richtung der Begehung einer Mitwirkung an der Selbsttötung nach § 78 Abs. 2 StGB vor, sind Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft im Rahmen des Grundsatzes der Amtswegigkeit (§ 2 StPO) verpflichtet, diesen in einem Ermittlungsverfahren aufzuklären.

Auf der **subjektiven Tatseite** ist entsprechend den allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen zumindest Eventualvorsatz des Täters hinsichtlich sämtlicher Tatbestandsmerkmale erforderlich (vgl. § 5 Abs. 1 StGB). Im Fall des Abs. 2 Z 4 muss es der Täter sohin zumindest ernstlich für möglich halten und sich damit abfinden, dass die sterbewillige Person nicht gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde. In Abgrenzung zu den Fremdtötungsdelikten (§§ 75, 76 und 80 StGB, vgl. dazu oben) hat sich der Vorsatz in allen Varianten des Abs. 2 (wie auch bei Abs. 1) auch auf den Umstand zu erstrecken, dass der andere sich mit freiem Willen tötet. Dazu ist es erforderlich, dass es der Täter für überwiegend wahrscheinlich hält, dass das Opfer sich frei entschieden hat, aus dem Leben zu scheiden (vgl. *Birklbauer* in *Höpfel/Ratz*, WK^2 StGB § 78 StGB Rz 64; *Velten*, SbgK StGB § 78 StGB Rz 33).