

Bericht der AG Recht an das Forum Autonomie am Lebensende

Gerhard Aigner

Österreichische Kommentare
zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik
(IERM Working Paper Nr.19)
November 2025



Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper Nr.19) November 2025

herausgegeben vom

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

in Kooperation mit den Professuren für

Health Care Ethics und Medizinrecht am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Wien

© bei dem Autor/der Autorin

ISSN: 2960-5946 (Online)

Redaktion: ierm@univie.ac.at

Homepage: [http:// https://ierm.univie.ac.at/ierm-working-papers/](http://https://ierm.univie.ac.at/ierm-working-papers/)

Die Österreichischen Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik – IERM Working Papers – sind eine Diskussionsplattform, auf der virulente Themen aus dem Bereich der Medizin-, Pflege- und Bioethik wie auch aus dem Bereich des Medizinrechts publiziert werden. Die IERM-Working-Papers sind Werkstattberichte bzw. Diskussionsanregungen zu gesellschaftlichen, rechtlichen, normativen und ethischen Fragestellungen aus Philosophie und Ethik, Theologie und Medizin sowie aus den Sozial- und Kulturwissenschaften. Ein aktueller Schwerpunkt sind interdisziplinäre Reflexionen bzw. Lösungs- oder Handlungsansätze im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens.

*Die Reihe wird von Mitgliedern des IERM gemeinsam mit Kolleg*innen aus dem Feld der Bioethik in Österreich redaktionell betreut und herausgegeben.*

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien
Spitalgasse 2-4, 1090 Wien

Zitationsvorschlag: Aigner, Gerhard (2025): „Bericht der AG Recht an das Forum Autonomie am Lebensende“ Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper), Nummer 19, Wien.

Bericht der AG Recht an das Forum Autonomie am Lebensende

(Fassung nach Forum am 5.11.2025 sowie nach AG Recht am 23.4.2025 und 15.10.2025)

Nach insgesamt sechs Besprechungen am 12.4., 30.6. und 13.9.2023, 16.4. und 14.10.2024 sowie am 23.4.2025 und 15.10.2025 erstattet die Arbeitsgruppe Recht nachstehenden Bericht über die Ergebnisse der geführten Diskussionen.

Vorweg ist festzuhalten, dass die im Bericht vertretenen Positionen nach ausführlichen Diskussionen einen breiten Konsens der an der Arbeitsgruppe teilnehmenden Personen darstellen, die jeweiligen Rechtsmeinungen somit nicht individuell einer einzelnen Person oder Institution zugeordnet werden können.

1. Heimverträge mit Ausschluss eines assistierten Suizids, Kündigungsgrund? Drittwirkung von Grundrechten auch im privaten Bereich > Sittenwidrigkeit gem § 879 ABGB?

An die AG Recht wurde herangetragen, Heimträger würden eine Aufnahme an die Bedingung knüpfen, dass die aufnahmewerbende Person es ausdrücklich ausschließt, von der Errichtung und Umsetzung einer Sterbeverfügung Gebrauch zu machen bzw es für den Heimträger einen Kündigungsgrund ergibt, sollte eine betreute Person den Wunsch nach einem assistierten Suizid äußern.

Aus der Sicht der Arbeitsgruppe Recht stellt dies ein nicht unerhebliches Spannungsfeld zu dem vom VfGH in dessen Entscheidung vom 11.12.2020 (VfGH G 139/2019), insbesondere aus Art 8 EMRK abgeleiteten verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf freie Selbstbestimmung dar, woraus sich nicht nur ein Recht auf die Gestaltung des Lebens, sondern auch das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben ergibt.¹

Zunächst steht fest, dass natürliche wie juristische Personen ihre Rechtsbeziehungen im gesetzlich vorgegebenen Rahmen frei gestalten können. Dies schließt es freilich nicht aus, dass auch in einem Rechtsverhältnis von Privaten ebenso in gleichem Maße auf inhaltliche Grundrechtspositionen der gegenbeteiligten Seite Rücksicht zu nehmen ist, dh die grundrechtlichen Positionen der einen mit jenen der anderen Seite abzuwägen sind.² Im vorliegenden Zusammenhang kann dem erwähnten selbstbestimmten Recht auf ein menschenwürdiges Sterben insbesondere

¹ Siehe auch § 5a Abs 1 Z 9 KAKuG und Art 15 Abs 1 bspw der Vereinbarung zwischen dem Bund und dem Land Niederösterreich zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl I 2002/36.

² Siehe *Berka et al*, Die Grundrechte², 633.

bei konfessionellen Heimträgern die grundrechtlich mehrfach abgesicherte Religionsfreiheit gegenübergestellt werden.³

Einen Ansatz zur Lösung dieses Spannungsfeldes bietet die „Gewissensklausel“ des § 2 StVfG, nach dessen Abs 1 Satz 1 keine natürliche oder juristische Person verpflichtet ist, eine Hilfeleistung iSd § 3 Z 4 StVfG sowie eine ärztliche Aufklärung (§ 7 StVfG) zu erbringen oder an der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken. Ausgeschlossen ist hiermit auch für private Heimträger eindeutig eine Pflicht zum Angebot einer Hilfeleistung im Sinn eines physischen Beitrags, worunter gewiss auch das Bereitstellen bestimmter Räume zu verstehen wäre. Von dieser physischen Unterstützung wohl zu unterscheiden ist jedoch schon nach dem Wortlaut ein „Dulden-Müssen“. Damit kommt eine auf § 2 StVfG gestützte Weigerung eines Heimträgers, einen assistierten Suizid auch nur zu dulden, nicht in Betracht.⁴

Eine Rechtsprechung zur Frage, inwieweit Grundrechte beeinträchtigende Inhalte von Verträgen zwischen Privatpersonen zu deren Sittenwidrigkeit iSd § 879 ABGB führen, konnte bis zum Zeitpunkt des Treffens des Forums Autonomie am Lebensende nicht gefunden werden. Allerdings könnten weiterführende Anhaltspunkte etwa aus einer allerdings bestandrechtlichen Entscheidung des OGH gewonnen werden, wonach, falls ein gesetzliches Verbot fehlt, Sittenwidrigkeit iSd § 879 ABGB (nur) dann angenommen werden kann, wenn die Interessenabwägung eine grobe Verletzung rechtlich geschützter Interessen oder bei Interessenkollision ein grobes Missverhältnis zwischen den durch die Handlung verletzten und den durch sie geförderten Interessen ergibt.⁵ Entscheidend könnte im gegebenen Zusammenhang sein, dass dem Heimträger zur Wahrung seiner religiösen Überzeugung die Gewissensklausel des § 2 Abs 1 erster Satz StVfG zur Seite steht und diese damit das auf Art 8 EMRK gestützte Grundrecht auf ein menschenwürdiges Sterben beschränkt. Ein grobes Missverhältnis wäre allerdings dann gegeben, wenn der Heimträger selbst den Wunsch nach einem Dulden des assistierten Suizids zum Anlass nimmt, den Heimvertrag mit der sterbewilligen Person zu kündigen. Hinzu kommt, dass es in Österreich bekanntlich auch ein knappes Angebot an Heimplätzen gibt. Dies wird wohl keine Monopolstellung eines Heimträgers mit einem sich daraus ergebenden Kontrahierungszwang begründen, allerdings bei der Beurteilung des Missverhältnisses eine Rolle spielen. Schlussendlich wird es an der Rechtsprechung liegen, hierzu rechtliche Klarheit zu verschaffen.

³ Art 14 StGG, Art 63 Abs 2 StV v St. Germain, Art 9 EMRK.

⁴ Siehe *Stöger*, Korrespondenz zum Thema „Assistierter Suizid in privaten Gesundheitseinrichtungen“, JMG 1-2022, 8 f.

⁵ OGH 27.7.2021, 5Ob116/21a.

Bis dahin könnte die vorliegende Thematik Gegenstand rechtswissenschaftlicher Aufarbeitung sein, pragmatische Lösungen wären ebenso wünschenswert.

Vom BMSGPK (nunmehr BMASGPK) wurden folgende, von der Sektion IV - Pflegevorsorge, Behinderten-, Versorgungs- und Sozialhilfeangelegenheiten, an den Menschenrechtsbeirat (MRB) der Volksanwaltschaft gerichtete Ausführungen zur Verfügung gestellt:

Das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben ist laut Erkenntnis des VfGH vom verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf freie Selbstbestimmung umfasst. In Folge dieses Erkenntnisses wurde das Sterbeverfügungsgesetz beschlossen, welches festlegt, unter welchen Voraussetzungen eine Hilfeleistung bei einem Suizid zulässig ist. § 2 Abs 1 StVfG stellt klar, dass die Mitwirkung an der Durchführung von Maßnahmen, die zur Beendigung des Lebens einer anderen Person führen können, nur freiwillig erfolgen kann. Durch diese Bestimmung sollen sowohl Personen geschützt werden, die eine Unterstützung zum assistierten Suizid leisten, als auch Personen, die nicht bereit sind, aktiv eine Unterstützungshandlung zu setzen. Eine Auslegung dahin, dass es auf Grundlage des § 2 Abs 1 StVfG Betreibern von Alten- und Pflegeheimen freistünde, die Ausführung eines assistierten Suizids in ihren Räumlichkeiten gänzlich zu untersagen und somit die Ausübung/Wahrnehmung eines verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechtes – nämlich jenes auf freie Selbstbestimmung, von welchem nach Ansicht des VfGH sowohl das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben als auch das Recht, die Hilfe eines Dritten in Anspruch zu nehmen, erfasst sind – nach eigenen Werte-, Moral- und Religionsvorstellungen gänzlich zu untersagen, würde die Intention des VfGH und des Gesetzgebers, nämlich Sterbewilligen eine Möglichkeit zur Entscheidung über die Beendigung ihres Lebens zu geben, gänzlich untergraben.

Würde man die Einschränkung des nach dem Erkenntnis des VfGH⁶ verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechtes auf ein menschenwürdiges Sterben nach Wertvorstellungen von Heimträgern/-betreibern als rechtlich zulässig erachten, würde sich weiters die Frage stellen, ob nicht auch andere Persönlichkeitsrechte durch Betreiber/Träger von Einrichtungen nach eigenen Moral-/Religionsansichten eingeschränkt werden könnten.

§ 16 ABGB bildet die Grundlage des Schutzes der Persönlichkeitsrechte im Privatrecht und ist eine zentrale Norm der österreichischen Rechtsordnung. Soweit dies nicht bereits besondere

⁶ Erkenntnis vom 11.12.2020, G 139/2029.

einfachgesetzliche Normen vorsehen, werden die auf die Persönlichkeit bezogenen verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechte (somit auch das Recht auf ein würdevolles Sterben – vgl § 16 ABGB iVm § 5a Z 9 KAKuG) auch in das Privatrecht transferiert und entfalten ihre Wirkung nicht nur gegenüber dem Staat, sondern auch im Verhältnis der Bürger:innen untereinander. Die in ihren Persönlichkeitsrechten verletzte Person kann gegen die verletzende Person mittels Unterlassungsklage vorgehen (Abwehranspruch).

Darauf fußend hat auch der Heimträger im Heimvertrag den bzw die Heimbewohner:in gem § 27d Abs 3 KSchG auf bestimmte Persönlichkeitsrechte, wie beispielsweise das Recht auf Selbstbestimmung (Z 1), Recht auf Verkehr mit der Außenwelt, auf Besuch durch Angehörige und Bekannte (Z 4)⁷ sowie das Recht auf freie Ärzt:innen- und Therapiewahl (Z 6) hinzuweisen. Durch die Aufnahme in den Heimvertrag können Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte gem § 27d Abs 3 KSchG mittels Individual- oder Verbandsklage gerichtlich geltend gemacht werden. Das Gleiche gilt, wenn der Heimträger der Verpflichtung zur Aufnahme der Bewohner:innenrechte in den Heimvertrag nicht nachkommt. Die Verletzung dieser Rechte begründet bei erheblichen rechtswidrigen Eingriffen in die Privatsphäre allenfalls auch Ansprüche auf immateriellen Schadenersatz nach § 1328a ABGB.⁸

Somit erscheint es auch vor diesem Hintergrund geboten, das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Selbstbestimmung und ein würdevolles Sterben dahingehend auszulegen, dass es Betreibern von Einrichtungen nicht freisteht, die Ausübung/Wahrnehmung eines Grundrechtes in ihren Räumlichkeiten vertraglich gänzlich zu untersagen. Vertragliche Ansprüche haben ihre Grenzen, wo sie die Selbstbestimmungsfähigkeit des einen Vertragspartners durch unzumutbare Einschränkungen negieren. Darauf zielende Vereinbarungen sind nichtig (§ 16 iVm § 879 ABGB). ISd § 2 Abs 1 Z 2 StVfG wird Betreibern von Einrichtungen insofern auch keine Mitwirkungspflicht auferlegt, jedoch eine Duldungspflicht.

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass es nicht zulässig ist, das Recht auf freie Selbstbestimmung – zu welchem laut Erkenntnis des VfGH auch das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben sowie das Recht eines bzw einer Suizidwilligen, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen, zählen – gänzlich und unabhängig von den unerlässlichen Erfordernissen des Heimbetriebs einzuschränken. Bestimmungen in Heimverträgen, die über den Regelungsinhalt des § 2 Abs 1 StVfG hinausgehen und bspw auch die bloße Duldung der

⁷ Siehe auch § 5a Abs 1 Z 4 KAKuG (ausreichend Kontakt und Besuchsmöglichkeiten) und Art 15 Abs 2 der Patientencharta.

⁸ *Ganner* in Fenyves/Kerschner/Vonkilch, Klang³ § 27d KSchG Rz 17.

Durchführung in Räumlichkeiten der Einrichtung untersagen, können nicht wirksam vereinbart werden (§ 16 iVm § 879 ABGB). Der Wunsch eines Bewohners oder einer Bewohnerin nach assistiertem Suizid ist kein wichtiger, zur Kündigung berechtigender Grund gem § 27i KSchG.

2. Dienstrechtliche Konsequenzen für Personal bei Inanspruchnahme der Gewissensklausel, Sonderfall „Tendenzbetriebe“ und konfessionslose Träger?

a) Nach dem Wortlaut des § 2 Abs 2 StVfG hat der Gesetzgeber die Freiwilligkeit der Mitwirkung an einem assistierten Suizid durch ein umfassendes Benachteiligungsverbot abgesichert („in welcher Art immer benachteiligt werden“), wobei den Materialien folgend § 97 Abs 2 und 3 StGB als Vorbild für die Regelung der Gewissensklausel diene.⁹ Ohne ins Detail zu gehen merkt *Kathrein* dazu allerdings an, dass durch dieses Benachteiligungsverbot arbeitsrechtliche Folgen bei Pflichtverletzungen nicht auszuschließen seien, nimmt dabei jedoch ein außerdienstliches Verhalten aus.¹⁰ *Huber*, Ausgewählte Aspekte der Suizidassistenz, behandelt die arbeitsrechtliche Perspektive des Benachteiligungsverbots eingehend anhand konfessioneller Träger von Krankenanstalten sowie von Alten- und Pflegeheimen und deren Status als Tendenzunternehmen iSd § 132 ArbVG. Er gelangt dabei zum Ergebnis, dass sogar eine außerdienstliche Suizidassistenz eine berechtigte Kündigung, allenfalls sogar eine Entlassung (bei wiederholter außerdienstlicher Suizidassistenz) zur Folge haben kann, wobei den Dienstnehmerrechten die arbeitsrechtliche Tragweite des Art 15 StGG aus Trägersicht (Autonomie jeder gesetzlich anerkannten Kirche auch in ihren inneren Angelegenheiten) gegenübergestellt wird.¹¹

Im vorliegenden Kontext ist dazu allerdings anzumerken, dass der arbeitsrechtlichen Tragweite des Art 15 StGG das vom VfGH aus grundrechtlicher Sicht, insbesondere Art 8 EMRK, abgeleitete Recht auf ein menschenwürdiges Sterben gegenübersteht, somit einander auf Verfassungsebene konkurrenzierende Rechtsgüter gegenüberstehen. Zutreffend weist daher *Huber* auf *Stöger*, Korrespondenz zum Thema „Assistierter Suizid in privaten Gesundheitseinrichtungen“,¹² hin und kommt zum Ergebnis, dass auch einen privaten (kirchlichen) Träger eine gewisse Duldungspflicht – im Gegensatz zu einer physischen Unterstützung – treffen wird. Aus verfassungs(grund)rechtlicher Sicht wären arbeitsrechtliche Konsequenzen allerdings auch dann auszuschließen, wenn der Dienstnehmer bzw die Dienstnehmerin einer konfessionellen

⁹ Siehe die ErläutRV 1177 BlgNR 27. GP, 8.

¹⁰ Siehe *Kathrein* in Dokalik (Hrsg), StVfG Kurzkommentar, § 2 Rz 18.

¹¹ Siehe *Huber*, Ausgewählte Aspekte der Suizidassistenz unter besonderer Berücksichtigung von Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheimen, in FS Mathias Neumayr [2023], 2246 (2247).

¹² *Stöger*, Korrespondenz zum Thema „Assistierter Suizid in privaten Gesundheitseinrichtungen“, JMG 1-2022, 8f.

Einrichtung außerhalb dieser eine Hilfeleistung iSd § 3 Z 4 StVfG in seinem engsten, ihm nahestehenden privaten (familiären) Umfeld vornimmt. Davon wäre freilich im Lichte des Art 15 StGG die zuvor erwähnte regelmäßige außerdienstliche Suizidassistenz zu unterscheiden.

b) Weiters stellt sich aus grund- wie arbeitsrechtlicher Sicht die Frage, ob es sogar zulässig sei, dass Träger von Pflegeeinrichtungen es ihrem Personal generell untersagen, mit entscheidungsfähigen sterbewilligen Personen auf Anfrage oder im Rahmen von Vorsorgedialogen über die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung selbst auf Rückfrage auch nur zu sprechen, obwohl § 12 Abs 2 StVfG solche Hinweise ausdrücklich erlaubt und diese nicht unter das Werbeverbot fallen. Da vor dem Hintergrund des vom VfGH ausdrücklich als Grundrecht festgestellten Rechts auf freie Selbstbestimmung auch am Lebensende, somit von einem Grundrecht auf ein menschenwürdiges Sterben auszugehen ist, und unter Bedachtnahme auf den Umstand, dass die für eine Sterbeverfügung gem § 6 Abs 2 StVfG in Betracht kommende Personengruppe sehr häufig mangels Mobilität nahezu darauf angewiesen ist, Informationen in der sie behandelnden oder betreuenden Einrichtung zu erhalten, erweist sich ein generelles Verbot des Erhalts jeglicher Information durch das in der Einrichtung tätige Personal als sehr problematische Schranke für den Zugang zu dem vom VfGH festgestellten Grundrecht. Die Stellungnahme des Menschenrechtsbeirats der Volksanwaltschaft vom 20.12.2023 betrachtet ein an das Personal eines Pflegeheims gerichtetes Verbot, mit Bewohner:innen zum Thema Sterbeverfügung auch nur zu sprechen, als unzulässig,¹³ ohne dabei allerdings näher auf die Thematik konfessioneller Träger als Betreiber von Tendenzbetrieben einzugehen.

Dem aus der Perspektive des Personals relevanten Recht auf freie Meinungsäußerung (Art 13 Abs 1 StGG und Art 10 EMRK) ist zunächst in Verbindung mit der Rechtsposition anerkannter Kirchen und Religionsgesellschaften gem Art 15 StGG die Treuepflicht der Arbeitnehmer:innen gem § 27 Z 1 AngG gegenüberzustellen. Dabei darf aber nicht das dem bzw der zum Suizid entschlossenen Heimbewohner:in vom VfGH ua gestützt auf Art 8 EMRK zuerkannte Recht auf ein menschenwürdiges Sterben übersehen werden, sodass auch bei der Frage eines dem Personal auferlegten generellen Sprechverbots die bereits unter a) angesprochene Konstellation einander gegenüberstehender verfassungs(grund)rechtlicher Ansprüche eine entscheidende Rolle spielt.

¹³ Siehe die Stellungnahme des Menschenrechtsbeirats zur Reichweite der Freiwilligkeit, möglichen Duldungsverpflichtungen von Alten- und Pflegeheimbetreibern sowie erforderlichen Begleitmaßnahmen zum Thema „Assistierter Suizid“ (StVfG), unter https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/e1r6/Stellungnahme_MRB_Assistierter_Suizid_bf_14.02.2024.02, abgerufen am 20.2.2024.

Der Maßstab für die Lösung dieses Konflikts liegt darin, im Fall der Kollision mehrerer Grundrechte ein angemessenes Gleichgewicht zu finden und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wahren.¹⁴ Auch der EuGH bejaht, dass Mitarbeiter:innen in Organisationen, deren Ethos auf religiösen Grundsätzen oder Weltanschauungen beruht, sich loyal und aufrichtig im Sinn des Ethos der Kirche oder Organisation zu verhalten haben, doch haben diese Anforderungen angemessen zu sein und dürfen nicht über das zur Erreichung des angestrebten Ziels Erforderliche hinausgehen.¹⁵ So ging der EuGH iZm der Kündigung eines Chefarztes in der Krankenanstalt eines konfessionellen Trägers davon aus, dass die Akzeptanz des katholischen Eheverständnisses (unauflöslicher Charakter der kirchlichen Eheschließung) für die Bekundung des Ethos (Wiederverheiratung nach Schcheidung) nicht notwendig ist.¹⁶ Ein an das Personal gerichtetes generelles Verbot, über die geltende Rechtslage nach dem StVfG mit den im Pflegeheim wohnenden Personen (Pfleglingen) auch nur zu sprechen, übersteigt im Sinne dieser Entscheidung den Maßstab der Verhältnismäßigkeit und Angemessenheit, sodass aus der Sicht der Arbeitsgruppe Recht des Forums Autonomie am Lebensende auch im Kontext mit den in Rede stehenden Tendenzbetrieben der Stellungnahme des MRB der Volksanwaltschaft beizupflichten ist.

c) Arbeitsrechtliche Fragestellungen sind allerdings auch außerhalb der Perspektive konfessioneller Einrichtungen und deren Positionierung gegenüber assistiertem Suizid nicht auszuschließen. Dies etwa dann, wenn die Anstellung eines bzw einer Dienstnehmer:in vor der Schaffung des StVfG liegt und dieser nun unter Berufung auf § 2 leg cit eine vom Dienstgeber geforderte Mitwirkung im Sinn des § 3 Z 4 StVfG ablehnt. Bei derartigen Sachverhalten wird die auf die Gewissensklausel des StVfG gestützte Verweigerung des/der Angestellten am Suizid unterstützend mitzuwirken arbeitsrechtliche Konsequenzen ausschließen. Jedoch selbst dann, wenn der/die Dienstnehmer:in im Arbeitsvertrag eine Verpflichtung zur Mitwirkung am Suizid eingegangen ist, kann in der Folge eine Verweigerung der Mitwirkung arbeitsrechtlich ohne Konsequenzen bleiben, könnten doch persönliche Erfahrungen zu einem Umdenken geführt haben. *Windisch-Graetz* stützt dies auf einen Umkehrschluss zu § 40 TierversuchG, wonach die Wei-

¹⁴ Siehe zB VwGH 6.11.2020, Ro 2020/03/0014.

¹⁵ EuGH 17.4.2018, Rs Egenberger, C-414/16. Hingewiesen sei darauf, dass derzeit beim EuGH ein Vorabentscheidungsersuchen zur Frage der Zulässigkeit der Kündigung eines Arbeitnehmers durch einen kirchlichen Träger wegen Kirchenaustritts anhängig ist. Es ist jedenfalls nicht auszuschließen, dass im Falle einer Entscheidung des EuGH dieser auch generelle Aussagen zur grundrechtlichen Situation von Tendenzbetrieben treffen wird. Vgl näher <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Kuendigung-nach-Kirchenaustritt-Bundesarbeitsgericht-ruft-europaeischen-Gerichtshof-an-446802.html>.

¹⁶ EuGH 11.9.2018, Rs C-68/17, Rz 57 und 58.

gerung, einen Tierversuch im Sinne dieses Bundesgesetzes durchzuführen, keine Pflichtverletzung darstellt, wenn sich die betreffende Person nicht ausdrücklich zu solchen Arbeitsleistungen verpflichtet hat, eine derartige Bestimmung jedoch im StVfG nicht enthalten ist.¹⁷

Die Bereitschaft von Dienstnehmer:innen, entgegen arbeitsvertraglichen Verpflichtungen an einem assistierten Suizid mitzuwirken, findet jedoch keine grundrechtliche Stütze, lässt sich doch aus der Gewissensklausel des § 2 StVfG kein Recht von Dienstnehmer:innen auf Assistenz beim Suizid ableiten. Eine Verletzung der Weisung, eine Mitwirkung am assistierten Suizid zu unterlassen, könnte als Verletzung der Treuepflicht gemäß AngG vielmehr sogar die Grundlage für eine Entlassung darstellen, wovon der Privatbereich (privates Umfeld, Nebentätigkeit) zu unterscheiden ist.¹⁸

3. Medizinisches Einschreiten bei nicht ausreichender oder zu langsamer Wirkung des Präparats bei assistiertem Suizid („Wrongful Death“)

Handelt es sich um einen frei verantworteten Suizid, so liegt kein „Unglücksfall“ vor, der zur allgemeinen Hilfeleistung iSd § 95 StGB verpflichten würde. Dies zeigt sich letztlich auch in der geänderten Überschrift bei § 78 StGB von „Selbstmord“ in „Selbsttötung“. Damit hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, dass er einen Suizid nicht mehr als „sittlich verwerflich“ und infolge dessen als Grund für eine Handlungspflicht betrachtet, sondern den frei bestimmten Willen, sterben zu wollen, als Ausdruck der Autonomie respektiert. Der Suizid ist damit rechtlich neutral.¹⁹

Für herbeigerufene oder anwesende Mediziner:innen ergibt sich daraus, dass auch bei allfälliger Garantenstellung durch einen Behandlungsvertrag (vgl § 2 StGB) keine Pflicht besteht, einen frei verantworteten Suizid zu verhindern, indem sie alles zur Lebensrettung Notwendige unternehmen. Der Sterbewunsch von Patient:innen begrenzt die Einschreitepflicht von Ärzt:innen. Darüber hinaus reduziert die Neufassung des § 78 StGB die Strafbarkeit auf die physische Hilfeleistung beim Suizid, wodurch eine Deliktsbegehung durch Unterlassen von vornherein ausscheidet.²⁰

¹⁷ *Windisch-Graetz*, Zum assistierten Suizid in Institutionen – und was haben Arbeitnehmer*innen damit zu tun? In Gesellschaft im Wandel – Zukunft gestalten, FS für Wolfgang Mazal, 242.

¹⁸ *Windisch-Graetz*, aaO, 243.

¹⁹ Siehe dazu *Birklbauer*, in WK² StGB [2023] § 78 Rz 24-27.

²⁰ Siehe dazu *Birklbauer*, in WK² StGB [2023] § 78 Rz 71-73, 101 und 138.

Für einen misslungenen frei verantworteten Suizid folgt aus diesen Überlegungen, dass medizinische Behandlungen bei Suizident:innen nicht auf Lebensrettung bzw Lebenserhaltung ausgerichtet sein müssen, ja sogar infolge seines fehlenden Überlebenswillens nicht einmal dürfen. Es greift für ärztliches Handeln letztlich § 49a ÄrzteG, nach dessen Abs 1 einem bzw einer Sterbenden unter Wahrung seiner bzw ihrer Würde beizustehen ist. Da die in Abs 2 genannte Schmerzbehandlung in Relation zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensrettung nur als Beispiel für das Beistehen in Würde genannt ist (arg: insbesondere), ist jede Art von Erleichterung des Sterbens zulässig. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass durch den frei verantworteten Suizid davon auszugehen ist, dass der bzw die Sterbewillige jede lebens- und wohl auch leidensverlängernde Behandlung ablehnt. Die Grenze der Strafbarkeit bildet die aktive Beschleunigung des Sterbeprozesses durch eine medizinisch nicht indizierte Substanz bzw Dosis.²¹ Damit entbehrt auch das Verlangen eines Heimträgers, für die Durchführung und Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe das Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung vorauszusetzen, einer rechtlichen Grundlage, und stellt vielmehr eine an Schikane grenzende, mit weiteren Kosten verbundene Beschränkung des vom VfGH grundrechtlich anerkannten Rechts auf Autonomie und auf ein selbstbestimmtes, würdevolles Lebensende dar. Dies gilt sinngemäß auch für andere in Betracht kommende Gesundheitsberufe.

Zur allfälligen Relevanz des § 95 StGB (Unterlassung der Hilfeleistung) siehe auch unter Pkt. 4 (Assistierter Suizid und Polizeieinsätze).

4. Assistierter Suizid und Polizeieinsätze

Nach § 19 Abs 1 Z 2 SicherheitspolizeiG (SPG) sind die Sicherheitsbehörden zur ersten allgemeinen Hilfeleistung verpflichtet, ua wenn Leben und Gesundheit von Menschen gegenwärtig gefährdet sind oder wenn eine solche Gefährdung unmittelbar bevorsteht. Dies gerade auch dann, wenn die Abwehr der Gefährdung zum Hilfs- und Rettungswesen gehört.²² Ebenso sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes gem § 19 Abs 2 SPG zur Gefahrenforschung verpflichtet. Nach § 19 Abs 3 Z 1 SPG endet die erste allgemeine Hilfeleistungspflicht auch bei Weiterbestehen der Gefährdung, wenn der bzw die Gefährdete die Hilfeleistung ablehnt. In den

²¹ Gemäß § 49 Abs 1 ÄrzteG hat der Arzt nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft das Wohl der Kranken zu wahren, wobei Schmerztherapie und Palliativmedizin ausdrücklich Inhalt des Arztberufes sind (s § 2 Abs 2 Z 6a ÄrzteG).

²² § 19 Abs 1 SPG, BGBl 1991/566.

Materialien wird dabei die Hilfeleistungspflicht auf das Vorliegen einer „diffusen Gefahrenlage“ bezogen.²³

Damit stellt sich die Frage nach einer allfälligen Verpflichtung auch in Fällen einzuschreiten, in denen die Sicherheitsbehörde Kenntnis von einem bevorstehenden oder bereits in Umsetzung befindlichen frei verantworteten Suizid erlangt. Nach dem klaren Wortlaut des § 19 Abs 1 und 2 SPG besteht kaum ein Zweifel an einem sofortigen Tätigwerden im Sinne der allgemeinen Hilfeleistungspflicht und Gefahrenforschung, lässt sich doch zB aus einer Mitteilung (telefonisch, per Mail, usw) der tatsächliche Sachverhalt nicht erschließen. Ergibt sich allerdings am Ort des Einschreitens insbesondere durch das Vorliegen der Sterbeverfügung, allenfalls auch in Kombination mit einer Patientenverfügung bzw DNR-Order, zweifelsfrei das Bild eines frei verantworteten Suizids, dann wird auch eine diffuse Gefahrenlage nicht mehr anzunehmen sein, vielmehr erschließt sich daraus eine Ablehnung der Hilfeleistung im Sinne des § 19 Abs 3 SPG. Dies gilt umso mehr, wenn die sterbewillige, noch kommunikationsfähige Person selbst die Hilfeleistung ablehnt.

Die Strafrechtssektion des BMJ hat festgehalten, dass bei einer Selbsttötung im Rahmen des StVfG kein – zur Hilfeleistung verpflichtender – Unglücksfall vorliegt, wird doch in der Sterbeverfügung gerade der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, notariell oder von einer Patientenanwaltschaft beurkundet festgehalten. Damit ist bereits der objektive Tatbestand für eine unterlassene Hilfeleistung nach § 95 StGB nicht erfüllt.

Darüber hinaus normiert § 95 Abs 2 StGB im letzten Satzteil (demonstrativ „insbesondere“) als besonderen Entschuldigungsgrund, dass die Hilfeleistung dann nicht zuzumuten ist, wenn sie nur unter Verletzung anderer ins Gewicht fallender Interessen möglich wäre. Gerade dies könnte bei einer Ablehnung von Hilfe der Fall sein, hat doch der VfGH in seinem Erkenntnis vom 11.12.2020, G 139/2019, gestützt u.a. auf Art 8 EMRK das zentrale Recht auf ein menschenwürdiges Sterben festgestellt. In Fällen, in denen sich zweifelsfrei das Bild eines Suizids gem den Regelungen des StVfG ergibt, könnte der beschriebene Sachverhalt unter die Unzumutbarkeit der Hilfeleistung gem § 95 Abs 2 StGB subsumiert werden.

Die Arbeitsgruppe Recht empfiehlt, in der Aus- und Fortbildung der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes auch Grundkenntnisse über Sterbe- und Patientenverfügung zu vermitteln.

²³ Siehe ErlRV 148 BlgNR XVIII. GP, 36.

Als weitere Empfehlung der Arbeitsgruppe Recht wäre zu prüfen, ob durch die Schaffung eines Links für Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes zum Sterbeverfügungsregister im Einzelfall eine Abfrage sichergestellt werden könnte, dient dieses Register doch zur Sicherstellung der nachvollziehbaren Einhaltung der Bestimmungen des StVfG (§ 9 Abs 2 zweiter Satz StVfG). Die Materialien des StVfG betonen dabei u.a. sogar den Zweck des Registers für die Schaffung von Nachforschungsmöglichkeiten für die Strafverfolgungsbehörden.²⁴

Sollten allerdings, was anzunehmen ist, die bestehenden Regelungen im Bereich der Ermittlungstätigkeit von Sicherheitsbehörden für einen datenschutzgerechten Zugriff nicht ausreichen (Bestimmtheitsgebot gem Art 18 B-VG), könnte de lege ferenda die Schaffung einer konkreten Rechtsgrundlage (vgl Suchtmittelregister gem SMG und Widerspruchsregister gem OTPG) in Aussicht genommen werden, ist doch nach dem E d VfGH vom 12.12.2024, G 229-230/2023 ua, und der Aufhebung von Satzteilen im § 10 Abs 2 und 3 StVfG mit 31.5.2026 eine weitere Novelle zum StVfG nicht unwahrscheinlich. Diese Möglichkeit sollte auch im Einzelfall Rettungsorganisationen zur Verfügung stehen.

Schließlich könnte auch ein Schreiben an die Patientenanwaltschaften und an die Notariatskammer gerichtet werden mit der Empfehlung, bei der Errichtung einer Sterbeverfügung auch zu raten, bei der Umsetzung vor Ort für einen Rahmen zu sorgen, dass ohne Zeitaufwand eindeutig festgestellt werden kann, dass ein Suizid gemäß dem StVfG gegeben ist. Nachdem auch von Fällen berichtet wurde, dass zur rechtlichen Absicherung Organe der Sicherheitspolizei angefordert wurden (Zeugenfunktion), könnte zusätzlich auch darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei nicht um eine polizeiliche Aufgabe handelt, vielmehr sogar der Missbrauch eines Notzeichens nicht ausgeschlossen werden kann.²⁵

5. Krankheit iSd § 6 Abs 3 StVfG

Die zeitliche Nähe der Kundmachung des Sterbeverfügungsgesetzes am 31. Dezember 2021 unter BGBl I 2021/242 zu einer darauffolgenden Novellierung des ASVG mit BGBl I 2022/29 (Art 2), kundgemacht am 18. März 2022, führte zur Frage, ob die Aufnahme der Formulierung „Krankenbehandlung einschließlich jener im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung“ in § 117 Z 2 ASVG auch zu einer inhaltlichen Änderung des Krankheitsbegriffs iSd ASVG geführt hätte.

²⁴ Siehe ErläutRV 1177 BlgNR 27.GP, 14.

²⁵ Siehe § 1 NotzeichenG und OGH 13.12.2011, 14 Os 100/11d = AnwBl 2012,306 = SSSt 2011/64.

In den Erläuterungen zur Regierungsvorlage, 1290 BlgNR 27. GP, wird dazu festgehalten, „dass nach der Judikatur des OGH eine notwendige Krankenbehandlung auch dann anzunehmen ist, wenn die Behandlung geeignet erscheint, eine Verschlechterung des Zustandsbildes hintanzuhalten oder auch nur zur Schmerzlinderung beizutragen. Notwendige Krankenbehandlungen sind ohne Einschränkungen auf bestimmte medizinische Gebiete – somit auch für den Bereich der Palliativversorgung – als Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen, sowohl im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt als auch im Rahmen einer ärztlichen Hilfe im niedergelassenen Bereich einschließlich der Unterbringung in einem Hospiz. Durch die vorgeschlagene Neuregelung des § 117 Z 2 ASVG und die Parallelregelungen in den Sondergesetzen solle somit eine entsprechende Klarstellung dahingehend erfolgen, dass Krankenbehandlung auch im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung stattfindet und folglich vom Schutzbereich der Krankenversicherung umfasst wird.“

Die Betonung, es solle eine Klarstellung erfolgen, lässt annehmen, dass inhaltlich eine Änderung des Krankheitsbegriffs nicht erfolgen sollte.

Das mit dieser Frage befasste BMSGPK (nunmehr BMASGPK) führte dazu aus, dass gem § 6 Abs 3 StVfG eine Sterbeverfügung nur von einer Person errichtet werden kann, die entweder „an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG)“ oder „an einer schweren, dauerhaften Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigt“ und damit jeweils (und ausschließlich) auf den sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff verweist.

Gemäß § 120 Z 1 ASVG ist unter Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der die Krankenbehandlung notwendig macht. Der sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff ist somit zweigliedrig ausgestaltet und durch Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit definiert. Er unterscheidet sich insofern von einem weiter gefassten medizinischen Krankheitsbegriff oder dem noch weiteren Krankheitsbegriff der WHO.

Nach Ansicht des OGH ist ein Körper- oder Geisteszustand regelwidrig, wenn aus der Sicht des Versicherten aufgrund störender Symptome ein Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung besteht, aus der Sicht des Arztes ein ärztliches Tätigwerden in Form von Diagnose und Therapie erforderlich ist und der bzw die Versicherte nach allgemeiner Auffassung auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft behandelt werden soll.²⁶

²⁶ OGH 7.3.2006, 10 ObS 12/06x.

Das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit impliziert, dass eine Krankenbehandlung überhaupt möglich ist. Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn liegt daher nur dann vor, wenn ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand durch Maßnahmen der Krankenbehandlung noch medizinisch beeinflussbar ist. Behandlungsbedürftigkeit ist nach der Rechtsprechung des OGH aber schon dann gegeben, wenn die Notwendigkeit ärztlicher Hilfeleistung in der ärztlichen Überwachung und Anordnung der Lebensweise oder in der Schmerzlinderung besteht.²⁷ Als Krankenbehandlung sind daher neben den Leistungen, die der Heilung einer Krankheit dienen, auch jene Leistungen zu verstehen, die die Verschlechterung des Gesundheitszustandes hintanhaltend oder die auch nur zur Schmerzlinderung beitragen.

Damit sind wohl die für § 6 Abs 3 StVfG relevanten Sachverhalte unter dem sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff iSd § 120 Z 1 ASVG zu subsumieren (es liegt wohl ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand vor, der wenigstens durch Maßnahmen der Schmerzlinderung beeinflusst wird bzw werden kann). Für diese Interpretation spricht auch, dass im § 6 Abs 3 StVfG der Krankheitsbegriff als Voraussetzung für die Zulässigkeit der Suizidhilfe in einen Fall um das Tatbestandsmerkmal der Unheilbarkeit (die zum Tode führt) und im anderen Fall um jenes der anhaltenden Symptome (deren Folgen die Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen) ergänzt wird, sodass es nahezu als denkunmöglich erscheint, dass diese additiven Tatbestandsmerkmale vorliegen, ohne dass eine behandlungsbedürftige Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn unter Berücksichtigung der oben dargestellten Judikatur gegeben ist.

Aus der Sicht der Arbeitsgruppe Recht ist daher noch zu ergänzen, dass dem nach den Materialien zur ASVG-Novelle BGBl I 2022/29 unveränderten Krankheitsbegriff somit in der Umsetzung des StVfG keine Relevanz zukommen wird.

6. Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit (Psy consiliariter)

Im Zusammenhang mit § 7 Abs 4 StVfG wurde die Frage erörtert, welchem Arzt bzw welcher Ärztin im Fall des Vorliegens eines Hinweises darauf, dass bei der sterbewilligen Person eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, deren Folge der Wunsch zur Beendigung ihres Lebens sein könnte, die Entscheidung über die Entscheidungsfähigkeit vor der Ausstellung der Bestätigung nach § 7 Abs 1 StVfG obliegt.

²⁷ OGH 10.10.2001, RS0084687.

Dem Argument, der Wortlaut des § 7 Abs 4 StVfG „*Abklärung dieser Störung [.....] durch eine Fachärztin bzw einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder eine klinische Psychologin bzw einen klinischen Psychologen*“ übertrage die Entscheidung zur erforderlichen Entscheidungsfähigkeit von den gem Abs 1 aufklärenden Ärzt:innen auf die im Abs 4 Genannten, wurde der Wortlaut des Abs 1 entgegengehalten, wonach jedenfalls die Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit und das Vorliegen des freien und selbstbestimmten Entschlusses voneinander unabhängig den nach diesem Absatz aufklärenden Ärzt:innen obliegt.

Für die Annahme, dass die Bestätigung gem § 7 Abs 1 StVfG schließlich durch die aufklärenden Ärzt:innen zu treffen ist, lassen sich insbesondere Aussagen in den Materialien zum StVfG ins Treffen führen. So sprechen die ErläutRV 1177 BlgNR 27. GP, 11, zu dieser Bestimmung von einer psychiatrischen oder psychologischen Abklärung des Verdachts. Erst nach der Abklärung mit einem negativen – die Entscheidungsfähigkeit nicht ausschließendem – Ergebnis ist die Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit auszustellen. Zwar wird eine Abklärung des Hinweises auf eine krankheitswertige psychische Störung mit einem dies bejahenden Ergebnis bewirken, dass die aufklärenden Ärzt:innen eine Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit nicht ausstellen, doch ändert dies nichts am Wortlaut des Abs 1, wonach die Ausstellung der Bestätigung den nach diesem Absatz aufklärenden Ärzt:innen obliegt.

Für diese Annahme spricht auch § 49 Abs 2 Satz 1 ÄrzteG, wonach Ärzt:innen ihren Beruf auch in Zusammenarbeit miteinander ausüben können, ohne dabei das Gebot der persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung zu verletzen. Es ist daher vom Vorliegen einer konsiliarärztlichen Zusammenarbeit im Sinn des ÄrzteG auszugehen.²⁸

Weiters ist anzumerken, dass die Entscheidungsfähigkeit der suizidwilligen Person in jeder Phase gegeben sein muss. Dies wirft Fragestellungen für Fallkonstellationen auf, zB wenn eine aufklärende ärztliche Person fachärztlich-psychiatrisch qualifiziert ist, die Erstaufklärung vornimmt und die Entscheidungsfähigkeit bejaht, hingegen die zweite aufklärende Person die Entscheidungsfähigkeit verneint, zumal durch den zwischen den Aufklärungsgesprächen liegenden Zeitabstand Änderungen am Zustand der Entscheidungsfähigkeit nicht auszuschließen sind. Auf dem Boden des § 7 Abs 4 StVfG wäre wohl eine dritte ärztliche Person mit der Qualifikation im Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder ein:e klinische:r

²⁸ Zur konsiliarärztlichen Tätigkeit siehe auch *Wallner* in GmundKomm², § 49 Rz 27.

Psycholog:in beizuziehen. Dieses Ergebnis gilt ebenso in umgekehrten Fallkonstellationen einer zweiten aufklärenden ärztlichen Person mit fachärztlich-psychiatrischer Qualifikation.

Schließlich können im Rahmen der ärztlichen Aufklärung auch Unterschiede hinsichtlich der Dosierung und/oder der Verabreichungsform des Präparats nicht ausgeschlossen werden. Entsprechend der gebotenen Selbstbestimmungsaufklärung des bzw der Patient:in/sterbewilligen Person über Therapie und Verlauf wäre diese:r über die Vor- und Nachteile der Optionen zu informieren, um sodann die Entscheidung zu treffen. Dies schließt freilich nicht die Möglichkeit aus, dass der bzw die Notar:in Kontakt mit den aufklärenden ärztlichen Personen aufnimmt, um eine übereinstimmende Festlegung von Dosierung und Verabreichungsform zu erreichen.

7. Information zu aufklärenden Ärzt:innen

Wiederholt wird auch medial auf Schwierigkeiten für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids hingewiesen. So sei es schwierig, willige Ärzt:innen für die obligaten Aufklärungsgespräche zu finden, wenngleich das im StVfG normierte Werbeverbot sachliche Informationen keinesfalls ausschließt, was überdies der VfGH durch sofortige Aufhebung der Worte „anbietet, ankündigt oder“ im § 12 Abs 1 StVfG endgültig klargestellt hat.²⁹ Zur Verbesserung dieser Situation könnte die Erteilung von Auskünften durch die Ärztekammern in Betracht kommen, doch stellt sich dies aus rechtlicher Sicht wie folgt dar:

Rechtsvorschriften iZm mit Auskunftspflichten der Ärztekammern sind im ÄrzteG kaum vorhanden. § 66a Abs 1 Z 4 ÄrzteG verpflichtet die Ärztekammern zur Erteilung von Auskünften über die für die ärztliche Berufsausübung maßgeblichen gesundheits- und sozialrechtlichen Vorschriften, die gleiche Pflicht trifft § 117b Abs 1 Z 4 ÄrzteG für die Österreichische Ärztekammer im eigenen Wirkungsbereich. Überdies verpflichtet § 117b Abs 1 Z 24 ÄrzteG die Österreichische Ärztekammer zu Verlautbarungen im Bereich ästhetischer Operationen und Behandlungen gem § 4 Abs 6 ÄsthOpG, dh auf ihrer Website Ärzt:innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt:innen, die ästhetische Operationen durchführen, für Patient:innen gut sichtbar und allgemein zugänglich zu verlautbaren.

§ 1 Abs 1 AuskunftspflichtG verpflichtet zwar auch die Organe der durch Bundesgesetz zu regelnden Selbstverwaltung zur Erteilung von Auskünften in den Angelegenheiten ihres Wirkungsbereichs (ohne Unterscheidung zwischen eigenem und übertragenem Wirkungsbereich),

²⁹ Siehe Erkenntnis des VfGH vom 12.12.2024, GZ 229-230/2023-57 ua.

doch schränkt Abs 2 diese Auskunftspflicht auf die „ihnen jeweils Zugehörigen“ ein. Dies bedeutet für die Österreichische Ärztekammer eine Auskunftspflicht lediglich gegenüber den Landesärztekammern (siehe § 119 ÄrzteG), auf der Ebene der Ärztekammern in den Bundesländern besteht nach § 1 Abs 2 AuskunftspflichtG deren Auskunftspflicht allein gegenüber Kammerangehörigen.

Nach der geltenden Rechtslage besteht weder für die Landesärztekammern noch für die Österreichische Ärztekammer eine Auskunftspflicht gegenüber der Öffentlichkeit über die zur Aufklärung iZm assistiertem Suizid zur Verfügung stehenden Ärzte.³⁰

Dies schließt freilich ohne gesetzliche Verpflichtung Auskünfte der Ärztekammern als „Serviceleistung“ nicht aus, doch erweist sich die Handhabung dieser Möglichkeit durch die Ärztekammern nach Bundesländern durchaus unterschiedlich. Die Bandbreite reicht dabei von der Bereitschaft eine entsprechende Auskunft zu erteilen bis hin zur Auskunftsverweigerung, wofür Erfahrungen im Zuge der COVID-19-Pandemie mit impfbereiten Ärzt:innen und Impfgegnern:innen ins Treffen geführt werden. Dies vor dem Hintergrund der Sorge, es könnten aus weltanschaulichen Gründen auch vehemente Gegner:innen des assistierten Suizids an aufklärungsbereite Ärzt:innen herantreten.

Eine Lösung dieser Frage auf legislativer Ebene wurde nicht in Betracht gezogen. Zur Diskussion könnten Modelle eines Zusammenwirkens der Patientenanwaltschaften mit den Ärztekammern auf der jeweiligen Landesebene stehen. Einem Auskunftsservice durch öffentliche Apotheken, die durch die Abgabe des tödlichen Präparats Kenntnis über verschreibende und damit aufklärende Ärzt:innen haben sollten, wurde von der Österreichischen Apothekerkammer mit dem Hinweis darauf, dass Apotheken das letzte Glied im Prozess des assistierten Suizids seien, nicht nähergetreten.

In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings die Frage, inwieweit durch das mit 1. September 2025 in Kraft getretene Informationsfreiheitsgesetz (IFG)³¹ Änderungen im Hinblick auf die Informationserteilung durch gesetzliche berufliche Interessenvertretungen zu erwarten sind. Unter Hinweis auf § 6 Abs 1 Z 7 leg cit wird eine Änderung kaum zu erwarten sein, sieht die genannte Bestimmung doch ua eine Geheimhaltung aus Gründen des überwiegenden berechtigten Interesses eines anderen, insbesondere zur Wahrung des Rechts auf Schutz der personen-

³⁰ Siehe IERM Working Paper Nr. 11.

³¹ BGBl I 2024/5.

bezogenen Daten, vor. Dies darüber hinaus auch mangels einer Verpflichtung, seiner Standesvertretung die Bereitschaft zur Mitwirkung im Rahmen des StVfG überhaupt mitzuteilen und wegen verbliebener Erinnerungen an Erfahrungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie.

8. Totenbeschauärzt:innen und Registerführung

§ 9 Abs 4 StVfG normiert eine Meldepflicht der Totenbeschauärzt:innen an den bzw die das Sterbeverfügungsregister führende Gesundheitsminister:in, wenn bei einem Todesfall Hinweise dafür vorliegen, dass der Tod in einem Kausalzusammenhang mit der Einnahme des Präparats Natrium-Pentobarbital steht. Seitens des BMSGPK wurde darauf hingewiesen, dass in der Praxis dieser Regelung kaum entsprochen wird. Von der Möglichkeit der elektronischen Meldung werde de facto kaum Gebrauch gemacht, sofern Meldungen erstattet werden, geschehe dies vielmehr brieflich auf dem Postweg an das Ministerium.

Aus rechtlicher Sicht mag die Ursache dafür in dem Umstand liegen, dass das Leichen- und Bestattungswesen gem Art 15 Abs 1 B-VG in Verbindung mit Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG in der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder zur Gesetzgebung und Vollziehung liegt und damit die Möglichkeit einer Einflussnahme des Bundes auf dieser Ebene nicht gegeben ist. Das StVfG seinerseits enthält im § 13 leg cit zwar eine Verwaltungsstrafbestimmung, doch erfasst diese nicht die Missachtung der Meldepflicht gem § 9 Abs 4 StVfG. Kontakte des Bundes (BMSGPK) zu den Ländern hätten bisher keine positiven Änderungen gezeitigt.

Sollten jüngst gesetzte Schritte des BMASGPK (Leitfaden und Benutzerhandbuch mit konkreter Anleitung für die elektronische Meldung) ebenso keine Verbesserung bewirken, könnte in einer nächsten Stufe eine Durchführungsverordnung mit der Pflicht des bzw der Gesundheitsminister:in zur Errichtung einer Schnittstelle ins Auge gefasst werden.

Seitens *Dr. Michael Halmich* (ÖGERN – Österr. Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin) wurde per Mail am 15.10.2023 gleichfalls auf das Problem der Totenbeschau hingewiesen. Es werde die Einnahme des Präparats nur „eher stiefmütterlich ins Register eingemeldet“, was jedoch von Relevanz für die Todesursachenstatistik der Statistik Austria wäre.

Bei einem Sprengelarztseminar in Salzburg herrschte – so *Halmich* – teilweise Unwissenheit, zB durch die Ansicht, der vollendete assistierte Suizid führe automatisch zur Obduktion. Aus diesem Grund würde eine unnatürliche Todesursache angegeben („angekreuzt“), weshalb der assistierte Suizid direkt an die Staatsanwaltschaft gemeldet werde, samt Polizeieinsatz.

Ein Vergleich der in die Länderzuständigkeit fallenden Regelungen auf dem Gebiet des Leichen- und Bestattungswesens³² zeigt, dass diese mehrheitlich zwar eine Anzeigepflicht der Totenbeschauärzt:innen im Fall des Verdachts, dass der Tod durch fremdes Verschulden herbeigeführt wurde, normieren, doch finden sich auch Regelungen zur Verpflichtung einer Anzeige an die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes, wenn Hinweise vorliegen, dass der Tod nicht auf eine natürliche Ursache zurückgeht.

9. Ärztliche Aufklärung auch mittels Telemedizin?

Eine Durchführung ärztlicher Maßnahmen mittels Telemedizin ist nunmehr im ärztlichen Berufsrecht ausdrücklich vorgesehen.³³ Der OGH bejahte schon zuvor ausdrücklich die Zulässigkeit der ärztlichen Aufklärung allein mittels Telefonats.³⁴ Grundsätzlich richtet sich der konkrete Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht stets nach den Umständen des Einzelfalls, wobei im Hinblick auf das Gebot der ärztlichen Sorgfalt auch im gegebenen Zusammenhang durch die Anwendung von Telemedizin das Wohl der Patient:innen im Mittelpunkt steht und zu wahren ist.³⁵ Weiters ist auch eine allfällige Relevanz von *leges speciales* zu beachten, sollten diese besonders strenge Regelungen der ärztlichen Aufklärung vorsehen. Ein expliziter Ausschluss der ärztlichen Aufklärung mittels Telemedizin („Fernaufklärung“) ist in den formalen ärztlichen Aufklärungserfordernissen gem § 7 StVfG nicht vorgesehen, das „Ausfolgen“ der unterfertigten ärztlichen Bestätigung an den bzw die Sterbewillige:n kann auch im Sinne von „Übermitteln“ interpretiert werden.³⁶

Während andere Gesetze im Bereich des Medizinrechts mit dem Gebot der schriftlichen Zustimmung bzw der Unterschrift der behandelten Person die Fernaufklärung ausschließen,³⁷ hat dies der Gesetzgeber bei der Erlassung des StVfG unterlassen. Entscheidend ist daher, ob im konkreten Einzelfall durch einen telemedizinischen Kontakt des/der aufklärenden Arztes/Ärztin mit der sterbewilligen Person sich tatsächlich der freie, selbstbestimmte Wille, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gem § 6 Abs 2 StVfG feststellen lässt. Ist dies tatsächlich der Fall, wenn etwa einem der aufklärenden Ärzt:innen die sterbewillige Person persönlich bekannt ist, dann ist im

³² Siehe Art 10 Abs 1 Z 12 iVm Art 15 Abs 1 B-VG.

³³ Siehe § 49 Abs 2 ÄrzteG idF VUG 2024, BGBl I 2023/191.

³⁴ Siehe OGH (3 Ob 212/17y) = RdM-LS 2018/70, mit Anm *Leischner-Lenzhofer*.

³⁵ Siehe *Aigner*, Telemedizin und ärztliches Berufsrecht, in FS Kopetzki (2019), 1 (10).

³⁶ Siehe *Huber/Dietrich*, Rechtsfragen der Fernaufklärung, JMG 2024, 322 (327).

³⁷ Siehe § 8 BSG, § 8 OTPG, § 4 GSG.

Hinblick auf die im StVfG gebotene ärztliche Aufklärung durch zwei Ärzte:innen gegen eine telemedizinische Aufklärung jedenfalls durch eine:n Arzt/Ärztin kein Einwand zu erheben. Hinzu kommt, dass letztlich in der Kette zur Sterbeverfügung die dokumentierende Person das letzte Glied ist und die Sterbeverfügung schriftlich vor der dokumentierenden Person zu errichten ist (§ 8 Abs 2 StVfG). Eine digitale Errichtung der Sterbeverfügung scheidet damit aus, zumal eine digitale Errichtung durch eine:n Notar:in überdies einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedürfte.

10. Apotheker – Gewissensklausel versus Schikaneverbot

Das IERM wurde über folgenden Sachverhalt in Kenntnis gesetzt:

Ein Apotheker wäre damit einverstanden gewesen, dass in seine Apotheke das tödliche Mittel Pentobarbital geliefert und in seiner Apotheke an die helfende Person abgegeben wird. Die Abgabe an die helfende Person habe er sodann allerdings mit der Forderung verbunden, die suizidentgeschlossene Person persönlich kennenlernen zu wollen.

Gem § 10 Abs 1 ABO 2005³⁸ hat der Apotheker/die Apothekerin Kunden/Kundinnen, Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Tierärzte/Tierärztinnen und andere Anwender/Anwenderinnen zu informieren und zu beraten, wenn dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit notwendig ist, die Abgabe des Arzneimittels eine Beratung erforderlich macht oder eine Beratung verlangt wird. Diese berufsrechtliche Verpflichtung trifft auf den dargestellten Sachverhalt nicht zu, sind für die Abgabe des Mittels an die helfende Person doch die gemäß dem StVfG dafür erforderlichen Voraussetzungen gegeben.

Es stellt sich damit die Frage, ob das Verlangen des Apothekers nach der „Gewissensklausel“ des § 2 StVfG eine rechtliche Grundlage findet, zumal nach der genannten Bestimmung die Abgabe in der/durch die Apotheke in toto generell verweigert werden könnte. Das StVfG enthält damit keine Pflicht von Apotheker:innen zur Abgabe des Mittels (kein „Müssen“), sondern lediglich ein „Dürfen“.

Dies relativiert auch die Frage nach einer allfälligen rechtsmissbräuchlichen Anwendung der Gewissensklausel iS des § 1295 Abs 2 ABGB, was im Fall eines dem Suizidenten daraus entstehenden Schadens diesen zur Geltendmachung von Schadenersatz berechtigen würde, müsse

³⁸ Apothekenbetriebsordnung 2005 (ABO 2005), BGBl II 2005/65.

doch dem/der Apotheker:in die Möglichkeit eingeräumt sein, die im StVfG geregelten Voraussetzungen wie Vorliegen der Entscheidungsfähigkeit zu prüfen. Auszuschließen wäre freilich eine willkürliche Beurteilung durch den/die Apotheker:in, ob Leben „lebenswert“ erscheint.

Alternativ wäre dem Apotheker als zumutbar auch vorzuschlagen, für die Abgabe des Mittels die sterbewillige Person an ihrem Aufenthaltsort persönlich zu besuchen. Die Rechtsgrundlage dafür wäre § 8a Abs 1 ApoG.³⁹ Demnach dürfen in begründeten Einzelfällen öffentliche Apotheken in ihrem jeweiligen Versorgungsgebiet dringend benötigte Arzneimittel an Patienten zustellen oder die Zustellung veranlassen, wenn ein zeitlicher Aufschub der Behandlung einen erheblichen gesundheitlichen Nachteil des Patienten befürchten lässt und die Beschaffung der Arzneimittel aus einer öffentlichen Apotheke nicht mehr rechtzeitig möglich ist. Diese Voraussetzungen scheinen gegeben, ist doch mit dem Zeitaufwand der genannte Nachteil für den Patienten nicht auszuschließen (vielmehr „zu befürchten“) und eine Beschaffung des Mittels in einer anderen öffentlichen Apotheke scheidet aus.

11. Assistierter Suizid und Lebensversicherung – Leistungsfreiheit gem § 169 VersVG?

Gem § 169 VersVG⁴⁰ ist bei einer Versicherung für den Todesfall der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Selbstmord begangen hat. Die Verpflichtung des Versicherers bleibt nur dann bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, was gerade beim Suizid nach den Vorgaben des StVfG auszuschließen ist.

Nach dem eindeutigen Wortlaut dieser Regelung bliebe allenfalls – abhängig vom Wohlwollen des Versicherers – die Möglichkeit einer Kulanz bestehen, die auch bei der Eindeutigkeit des Wortlauts nicht ausgeschlossen wäre. Käme vorab eine Einigung auf Kulanz mit dem Versicherer nicht zustande, wäre der Versicherungsnehmer de facto gezwungen, unter den Voraussetzungen des § 6 Abs 3 StVfG weiterzuleben und Prämien zu entrichten oder den Verfall des Versicherungsanspruchs hinzunehmen.

Eine Regelung de lege ferenda dahin, etwa auf vorhersehbare verbleibende Restlebenszeiten abzustellen, erscheint vor dem verfassungsrechtlichen Sachlichkeitsgebot nicht möglich, vielmehr wäre damit dem Gesetzgeber Willkür vorzuwerfen.

³⁹ Apothekengesetz, RGBI 1907/5.

⁴⁰ Versicherungsvertragsgesetz, BGBl 1959/2.

De lege ferenda könnte freilich vorgeschlagen werden den Verfall des Versicherungsanspruchs generell auszuschließen, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Suizid nach den Vorgaben des StVfG begangen hat. Es ist nicht anzunehmen, dass den Versicherungsunternehmen daraus unzumutbare finanzielle Nachteile entstünden, da vorhersehbar auch nach Schaffung des StVfG die Zahl der nach diesem Gesetz begangenen Suizide in einer überschaubaren Größenordnung verbleibt, zumal ein Missbrauch durch die Feststellung des Gesundheitszustandes des potentiellen Versicherungsnehmers vor Abschluss der Versicherung ausgeschlossen werden kann.

Autor:

Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe
Recht des Forums Autonomie am Lebensende

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2-4, 1090 Wien
(<https://ierm.univie.ac.at/>)

E-Mail: gerhard.aigner@univie.ac.at

Homepage: <https://www.ierm.univie.ac.at/ueber-uns/team/gerhard-aigner/>