jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Vfgh Erkenntnis 2020/12/11 G139/2019 (G139/2019-71)

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 11.12.2020

Index

24/01 Strafgesetzbuch

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Gesetz
B-VG Art18 Abs1
B-VG Art140 Abs1Z1 litc
StGG Art2
EMRK Art2
EMRK Art7
EMRK Art8
EMRK Art9
StV St Germain 1919 (Staatsvertrag von St Germain) Art63 Abs1
StGB §41, §75, §77, §78, §110
ABGB §252, §253, §254
ÄrzteG 1998 §2, §49, §49a
Patientenverfügungs-G §4, §5, §6, §8, §9, §10, §11, §12, §13, §14
VfGG §7 Abs1

Leitsatz

Verfassungswidrigkeit des strafrechtlichen Verbots jeglicher Hilfe eines Dritten bei der Mitwirkung am Selbstmord auf Grund Verletzung des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechts des Einzelnen auf freie Selbstbestimmung; das Recht auf freie Selbstbestimmung – abgeleitet vom Recht auf Privatleben, Recht auf Leben und dem Gleichheitsgrundsatz – umfasst sowohl das Recht auf die Gestaltung des Lebens als auch das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben; der Entschluss zur Selbsttötung muss auf einer freien Selbstbestimmung gründen; die Behandlungshoheit des Einzelnen umfasst neben der Ablehnung von lebenserhaltenden oder verlängernden Maßnahmen insbesondere das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben sowie das Recht, Hilfe eines Dritten in Anspruch zu nehmen

Spruch

I. 1. Die Wortfolge "oder ihm dazu Hilfe leistet," in §78 des Bundesgesetzes vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), BGBl Nr 60/1974, wird als verfassungswidrig aufgehoben.

2. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2021 in Kraft.

3. Frühere gesetzliche Bestimmungen treten nicht wieder in Kraft.

4. Der Bundeskanzler ist zur unverzüglichen Kundmachung dieser Aussprüche im Bundesgesetzblatt I verpflichtet.

II. Der Antrag wird, soweit er sich auf§77 StGB bezieht, zurückgewiesen.

III. Im Übrigen wird der Antrag abgewiesen.

IV. Der Bund (Bundesministerin für Justiz) ist schuldig, den Antragstellern zuhanden ihrer Rechtsvertreterin die mit insgesamt € 1.809,60 bestimmten Prozesskosten binnen 14 Tagen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Entscheidungsgründe

I. Antrag

1. Mit ihrem auf Art140 Abs1 Z1 litc B-VG gestützten Antrag begehren die Antragsteller, "der hohe Verfassungsgerichtshof möge bezüglich der angefochtenen Bestimmungen §77 und §78 StGB, BGBl Nr 60/1974, in Kraft getreten am 1. 1. 1975, idgF, ein Gesetzesprüfungsverfahren iSd §§62ff VerfGG einleiten, eine mündliche Verhandlung durchführen und die Bestimmungen als verfassungswidrig aufheben".

2. Unter einem beantragen die Antragsteller, "dem Bund den Prozesskostenersatz aufzuerlegen, wobei iSd §27 VerfGG der Zuspruch für alle regelmäßigen Kosten zuzüglich USt begehrt wird".

II. Rechtslage

1. §77 und §78 des Bundesgesetzes vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), BGBl 60/1974, lauten:

"Tötung auf Verlangen

§77. Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Mitwirkung am Selbstmord

§78. Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen."

2. §49 und §49a des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl I 169/1998, idF BGBl I 20/2019 lauten:

"Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§49. (1) Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl I Nr 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

(2) Die Ärztin/Der Arzt hat ihren/seinen Beruf persönlich und unmittelbar, erforderlichenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen/Ärzten und Vertreterinnen/Vertretern einer anderen Wissenschaft oder eines anderen Berufes, auszuüben. Zur Mithilfe kann sie/er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren/seinen genauen Anordnungen und unter ihrer/seiner ständigen Aufsicht handeln.

(2a) Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln.

(2b) Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung auch einen Kündigungsgrund im Sinne des §343 Abs4 des Allgemeinen

Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl Nr 189/1955, dar, sofern die fachspezifischen Qualitätsstandards im Hinblick auf die Prozess- oder Strukturqualität betroffen sind.

(2c) Ärzte, die zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt sind, haben ihre absolvierte Fortbildung zumindest alle drei Jahre gegenüber der Österreichischen Ärztekammer glaubhaft zu machen. Ärzte haben diese Meldungen spätestens bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem jeweiligen Fortbildungszeitraum (Sammelzeitraum) zu erstatten. Die Österreichische Ärztekammer hat diese Meldungen zu überprüfen und auszuwerten sowie als Grundlage für die Berichterstattung gemäß §117b Abs1 Z21 lite heranzuziehen. Zur Aufgabenerfüllung kann sich die Österreichische Ärztekammer einer Tochtergesellschaft bedienen.

(3) Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

(4) Die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin sind, sofern sie vertrauenswürdig und gesundheitlich geeignet sind, zur unselbständigen Ausübung der im Abs5 genannten Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt. Eine Vertretung dieser Ärzte durch Turnusärzte ist zulässig, wenn der Leiter der Abteilung, in deren Bereich die Ausbildung von Turnusärzten erfolgt, schriftlich bestätigt, daß diese Turnusärzte über die hiefür erforderlichen medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.

(5) Tätigkeiten im Sinne des Abs4 sind:

1. Erhebung der Anamnese,

2. einfache physikalische Krankenuntersuchung einschließlich Blutdruckmessung,

3. Blutabnahme aus der Vene,

4. die Vornahme intramuskulärer und subkutaner Injektionen und

5. einzelne weitere ärztliche Tätigkeiten, sofern deren Beherrschung zum erfolgreichen Abschluss des Studiums der Medizin zwingend erforderlich ist und die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin nachweislich bereits über die zur gewissenhaften Durchführung erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad dieser Tätigkeiten verfügen.

(6) Die Abs4 und 5 finden sinngemäß auch Anwendung auf Personen, zu deren Antrag auf Nostrifizierung eines im Ausland abgeschlossenen Studiums der Humanmedizin ein Nostrifizierungsverfahren an einer österreichischen Medizinischen Universität oder österreichischen Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, anhängig ist.

Beistand für Sterbende

§49a. (1) Die Ärztin/Der Arzt hat Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen.

(2) Im Sinne des Abs1 ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt."

3. Die hier maßgeblichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG), BGBl I 55/2006, idF BGBl I 12/2019 lauten:

"1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Anwendungsbereich

§1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.

(2) Eine Patientenverfügung kann den Willen eines Patienten, eine medizinische Behandlung abzulehnen, verbindlich festlegen (§6). Im Übrigen ist jede vorliegende Patientenverfügung der Ermittlung des Patientenwillens zu Grunde zu legen (§8).

(3) Die Voraussetzungen, das Bestehen, der Umfang, die Wirkungen, die Änderung und die Beendigung einer Patientenverfügung richten sich für Behandlungen in Österreich nach österreichischem Recht.

Begriffe

§2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht entscheidungsfähig ist.

(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

(3) Register im Sinn dieses Bundesgesetzes ist ein Verzeichnis, das ungeachtet seiner technischen Umsetzung der Aufnahme von Patientenverfügungen dient. Datenspeicher (§2 Z7 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 [GTelG 2012], BGBl I Nr 111/2012) und Verweisregister (§2 Z13 GTelG 2012) sind keine Register im Sinn dieses Bundesgesetzes.

Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person

§3. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Der Patient muss bei Errichtung einer Patientenverfügung entscheidungsfähig sein.

2. Abschnitt

Verbindliche Patientenverfügung

Inhalt

§4. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.

Aufklärung

§5. Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Entscheidungsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.

Errichtung

§6. (1) Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums

1. vor einem Rechtsanwalt oder

2. vor einem Notar oder

3. vor einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§11e des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes, BGBl Nr 1/1957) oder

4. nach Maßgabe technischer und personeller Möglichkeiten vor einem rechtskundigen Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins

errichtet worden ist und der Patient über die Folgen einer verbindlichen Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist.

(2) Die in Abs1 genannten Personen haben die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung durch

eigenhändige Unterschrift sowie unter Angabe ihres Namens und ihrer Anschrift zu dokumentieren und nach Maßgabe einer Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gemäß §14d ab technischer Verfügbarkeit die Patientenverfügung – sofern der Patient nicht widerspricht – in ELGA zur Verfügung zu stellen. In einer Verordnung gemäß §14d ist festzulegen, in welcher Weise eine Zurverfügungstellung, allenfalls unter Einbindung der ELGA-Ombudsstelle gemäß §17 GTelG 2012, zu erfolgen hat.

Erneuerung

§7. (1) Eine verbindliche Patientenverfügung verliert nach Ablauf von acht Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann nach entsprechender ärztlicher Aufklärung gemäß §5 erneuert werden, wodurch die Frist von acht Jahren oder eine vom Patienten kürzer bestimmte Frist neu zu laufen beginnt.

(2) Sofern die Erneuerung bei einer in §6 Abs1 genannten Person erfolgt, sind die Erfordernisse gemäß §6 Abs1 und 2 anzuwenden.

(3) Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert bzw ergänzt werden. In diesem Fall ist gemäß Abs1 und 2 vorzugehen. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die in Abs1 genannte Frist für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen.

(4) Sofern eine Patientenverfügung in einem Register erfasst wurde, ist ein Rechtsanwalt oder Notar verpflichtet, nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten und unter Berücksichtigung der spezialgesetzlichen Regelungen für das jeweilige Register, auch eine ihm zur Kenntnis gebrachte erneuerte, geänderte oder ergänzte Patientenverfügung in diesem Register zu vermerken und es ist überdies gemäß §6 Abs2 vorzugehen.

(5) Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Entscheidungsfähigkeit nicht erneuern kann.

3. Abschnitt

Bedeutung anderer Patientenverfügungen

Voraussetzungen

§8. Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§4 bis 7 erfüllt, ist dennoch der Ermittlung des Patientenwillens zu Grunde zu legen.

Berücksichtigung

§9. Eine Patientenverfügung gemäß §8 ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu berücksichtigen, je mehr sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen,

1. inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte,

2. wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind,

3. wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war,

4. inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht,

5. wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt und

6. wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde.

4. Abschnitt

Gemeinsame Bestimmungen

Unwirksamkeit

§10. (1) Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn

1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde,

2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder

3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.

(2) Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

Sonstige Inhalte

§11. Der Wirksamkeit einer Patientenverfügung steht es nicht entgegen, dass darin weitere Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontakts zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person, enthalten sind.

Notfälle

§12. Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.

Pflichten des Patienten

§13. Der Patient kann durch eine Patientenverfügung die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken.

Dokumentation

§14. (1) Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.

(2) Stellt ein Arzt im Zuge der Aufklärung nach §5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderlichen Entscheidungsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.

(3) Ein Patient kann eine Patientenverfügung an die ELGA-Ombudsstelle gemäß §17 GTelG 2012 zur Speicherung in ELGA gemäß §14a übermitteln. Sofern der Patient ELGA-Teilnehmer ist, wird die Patientenverfügung in ELGA gespeichert.

[...]

Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch

§15. Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25 000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 50 000 Euro, zu bestrafen.

[...]"

III. Antragsvorbringen und Vorverfahren

1. Die Antragsteller legen ihre Antragslegitimation sowie die Bedenken gegen die angefochtenen Bestimmungen wie folgt dar (ohne die Hervorhebungen im Original):

"3. Sachverhalt und Antragslegitimation

[...]

3.2. Zum Erst-, Zweit- und Drittantragsteller

51. Der Erstantragsteller ist österreichischer Staatsbürger, wurde am 17. 1. 1964 geboren, steht also im 55ten Lebensjahr und ist voll geschäftsfähig. Der Erstantragsteller leidet an Multipler Sklerose. [Unter Multipler Sklerose wird eine autoimmune, chronisch-entzündliche neurologische Erkrankung verstanden. Dabei werden die Markscheiden angegriffen, die die elektrisch isolierende äußere Schicht der Nervenfasern im Zentralnervensystem bilden. Es entstehen in der weißen Substanz von Gehirn und Rückenmark verstreut viele (multiple) entzündliche Entmarkungsherde, die vermutlich durch den Angriff körpereigener Abwehrzellen auf die Myelinscheiden der Nervenzellfortsätze verursacht werden. Die Entmarkungsherde können im gesamten Zentralnervensystem (ZNS)

auftreten, und somit kann Multiple Sklerose fast jedes neurologische Symptom verursachen. Der Verlauf der Krankheit ist unterschiedlich und findet in Schüben statt. Als Schub wird das Auftreten neuer oder das Wiederaufflammen bereits bekannter klinischer Symptome, die länger als 24 Stunden anhalten, genannt. Diesen Schüben liegt eine entzündliche – entmarkende Schädigung des ZNS zu Grunde. Je nachdem, ob sich die einzelnen Schübe abgrenzen lassen und sich wieder zurückbilden, werden verschiedene Verlaufsformen unterschieden. Eine Heilung von Multipler Sklerose ist bislang nicht möglich. Lediglich therapeutische Maßnahmen, die den Patienten die Unabhängigkeit im Alltag und die beste erreichbare Lebensqualität zu erreichen, sind möglich.] Gemäß der unter einem vorgelegten fachärztlichen Bestätigung, Beilage ./A, ist die Prognose schlecht bzw führt diese Erkrankung nach dem Stand der Wissenschaft unweigerlich zum Tod; eine Heilung des Erstantragstellers ist ausgeschlossen. Seine verbleibende Lebenserwartung kann im Hinblick auf den Fortschritt der Krankheit einerseits und die aus medizinischer Sicht zur Verfügung stehenden lebensverlängernden Maßnahmen andererseits nicht exakt vorhergesagt werden, da der Verlauf der Krankheit unterschiedlich ist, mit den zur Verfügung stehenden Behandlungen immer auch Nebenwirkungen wie auch Komplikationen verbunden sein können. Fest steht jedoch, dass mit Fortschreiten der Krankheit die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit immer mehr eingeschränkt wird.

52. Der Erstantragsteller hat den festen und freien Entschluss gefasst, sein Leben im Wege der Suizidhilfe zu beenden. Seine Selbstbestimmungsfähigkeit ist trotz der bestehenden Erkrankung uneingeschränkt gegeben. Der von ihm gefasste Entschluss resultiert nicht aus einer psychischen Erkrankung oder Depression.

Beweis: fachärztliche Bestätigung, Beilage ./A

Passkopie, Beilage ./B

im Bestreitungsfall weitere Beweise vorbehalten

53. Der Erstantragsteller ist jedenfalls nicht gewillt, den weiteren Verlauf seiner Erkrankung und die damit bereits verbundenen und schon absehbaren weiteren Leidenszustände zu ertragen, bis der Tod eintritt. Er ist insbesondere nicht gewillt, sich noch länger einem Zustand völliger Abhängigkeit von der andauernden Hilfe Dritter, wie insb. Ärzten, Krankenpflegern, Heimhilfen und/oder Angehörigen auszusetzen oder sich mit Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten in einen zunehmenden geistigen Dämmerzustand (damit ist in der Regel eine sogenannten 'palliative' oder 'terminale' Sedierung gemeint) versetzen zu lassen, bis er entweder an den Folgen der Erkrankung oder den Nebenwirkungen der Medikamente oder Schmerzmittel verstirbt. Solche Zustände wären für den Erstantragsteller subjektiv unerträglich und kämen damit einer Aufgabe seiner Menschenwürde gleich.

54. Der Erstantragsteller ist auch nicht mehr in der Lage, sein Leben ohne fremde Hilfe würdig zu beenden, sondern ist dazu unbedingt auf Unterstützung Dritter angewiesen. Da Suizidhilfe und eine Tötung auf Verlangen aber mit den angefochtenen Bestimmungen hierzulande strafgesetzlich verboten sind, und dementsprechend diese Formen der Sterbehilfe in Österreich nicht zulässig sind, hat der Erstantragsteller den Entschluss gefasst, dazu die Dienste des Verein 'D**********' (im Folgenden: 'D*******') in der Schweiz, oder eines anderen Vereins in einem der Mitgliedsländer der EU, in welchen solche Sterbehilfe erlaubt ist, in Anspruch zu nehmen.

55. Der Erstantragsteller kann – im Hinblick auf die nicht mehr gegebene Mobilität bzw den Umstand, dass er ans Bett gebunden ist – eine Reise in die Schweiz oder andere Länder nicht mehr alleine antreten und ohne fremde Hilfe nicht einmal organisieren. Dafür wäre der Erstantragsteller auf eine Vertrauensperson angewiesen, und bräuchte natürlich auch einen kostspieligen Krankentransport von Österreich ins Ausland.

56. Eine Vertrauensperson des Erstantragstellers wäre auch bereit und gewillt, dem Wunsch des Erstantragstellers zu entsprechen, würde sich aber in Anbetracht der angefochtenen Bestimmungen §§77 und/oder 78 StGB – wie auch jeder andere Helfer, der um die Absicht des Erstantragstellers Bescheid weiß – trotz des Umstandes, dass in der Schweiz nicht selbstsüchtig geleistete Suizidhilfe legal ist, zufolge der Bestimmung von §64 Abs1 Z7 StGB strafbar machen. Dies kann und will der Erstantragsteller dieser Vertrauensperson oder anderen möglichen Helfern nicht zumuten. Ein würdevoller, betreuter und begleiteter Suizid in Anwesenheit und mit Unterstützung von Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen wird dem Erstantragsteller durch die angefochtenen Bestimmungen somit unmöglich gemacht.

57. Der Erstantragsteller ist insofern unmittelbar betroffen, da ihn die angefochtenen Bestimmungen dazu zwingen,

den weiteren Verlauf seiner Erkrankung und die damit verbundenen Leiden gegen seinen erklärten Willen bis zum Ende zu ertragen und darauf zu warten, dass er – unter Umständen qualvoll, in jedem Fall nicht in Übereinstimmung mit seinen persönlichen Wünschen diesbezüglich – an den Folgen der Erkrankung oder Nebenwirkungen der Medikamente und/oder Schmerzmittel stirbt. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass ihm ganz am Schluss allenfalls die Möglichkeit der passiven Sterbehilfe zB im Wege einer Patientenverfügung zugänglich ist, da der Antragsteller bewusst über Art und Zeitpunkt seines Lebensendes selbst bestimmen will. Das Recht auf einen selbstbestimmten würdigen Tod, eben über Art und Zeitpunkt des eigenen Lebensendes zu entscheiden, wie es der EGMR in der Sache Haas, Beschwerde 31322/07, zuerkannt hat, ist durch eine rein passive Sterbehilfe nicht gewährleistet.

58. Der Zweitantragsteller ist österreichischer Staatsbürger, wurde am 16. 4. 1945 geboren, steht also im 75. Lebensjahr und ist voll geschäftsfähig. Der Zweitantragsteller ist noch völlig gesund. Sollte er in Zukunft an einer schweren und/oder unheilbaren Krankheit leiden, und die mit dieser verbundenen schwere Leidenszustände eintreten, die nur mit Schmerzmitteln und hoher Medikamentendosierung erträglich sind, so möchte der Zweitantragsteller selbstbestimmt und frei bestimmt entscheiden, wann und auf welche Weise sein Leben endet. Auch der Zweitantragsteller ist nicht gewillt, sich in einen Zustand von Abhängigkeit von Hilfe Dritter, wie insb Ärzten, Krankenpflegern, Heimhilfen auszusetzen. Ebenso möchte sich der Zweitantragsteller nicht mit Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten in einen geistigen Dämmerzustand versetzen lassen, bis er entweder an den Folgen der Erkrankung oder den Nebenwirkungen der Medikamente oder Schmerzmittel verstirbt. Solche Zustände wären für den Zweitantragsteller subjektiv unerträglich und kämen damit für ihn einer Aufgabe seiner Menschenwürde gleich.

Beweis: Staatsbürgerschaftsnachweis, Beilage ./C

weiter Beweise vorbehalten

59. Zudem wurde der Zweitantragsteller bereits wegen des Verbrechens der 'Mitwirkung am Selbstmord' gemäß§78 StGB rechtskräftig verurteilt, somit war und ist er zumindest von dieser Norm bereits unmittelbar betroffen: Der Zweitantragsteller unterstützte seine Ehefrau, die an Bau[ch]speicheldrüsenkrebs und an einem unheilbaren und sehr schmerzhaften Bauchfellkarzinom litt, bei ihrem Suizid. Er wurde wegen Verschaffens des Zuganges der zum Suizid verwendeten Waffe und des Geständnisses, dass er seiner Ehegattin auch versichert hatte, ihr im Falle des Misslingens der Selbsttötung den 'Gnadenschuss' zu geben, zu 10 Monaten Freiheitsstrafe verurteilt. Der Vollzug der Freiheitsstrafe wurde unter Bestimmung einer Probezeit für 3 Jahre nachgesehen.

60. Ein würdevoller und betreuter bzw begleiteter Suizid in Anwesenheit und mit Unterstützung des Ehegatten war auch der Ehegattin des Zweitantragstellers durch die angefochtenen Bestimmungen unmöglich gemacht worden. Auch wenn der Zweitantragsteller nach der Bestimmung des §78 StGB bereits verurteilt wurde, würde er jederzeit wieder so handeln.

Beweis: Protokollsvermerk und gekürzte Urteilsausfertigung des LG Wr. Neu-

stadt, GZ 42 Hv 67/18y, Beilage /D

PV,

weitere Beweise vorbehalten

61. Diese gerichtliche Verurteilung schadet dabei der Antragslegitimation des Zweitantragstellers gemäß Art140 Abs1 z 1 litc B-VG nicht. Das Strafverfahren ist bereits rechtskräftig ab[ge]schlossen. Dem Zweitantragsteller wäre die Darlegung seiner Bedenken gegen die angefochtene Norm nur möglich, wenn das Strafverfahren durch einen Wiederaufnahmeantrag gemäß §353 StPO wiedereröffnet werden würde. An das Vorliegen von Wiederaufnahmegründen werden strenge Maßstäbe gesetzt. Einem Wiederaufnahmeantrag des Zweitantragstellers wäre in Ermangelung von wie auch immer gearteten Wiederaufnahmegründen kein Erfolg beschieden – ein derartiger Antrag wäre von vornherein aussichtslos.

62. Daher ist auch dem Zweitantragsteller kein anderer Weg zumutbar oder möglich, als seine Bedenken gegen die angefochtenen Bestimmungen in Form des vorliegenden Individualantrages darzulegen.

63. Überdies ist auch der Zweitantragsteller spätestens bei Eintritt einer schweren unheilbaren Krankheit im Sinne des Vorbringens zu RRzz 53 und 55 dazu gezwungen,

a. zu versuchen, sich selbst das Leben zu nehmen, solange er dazu noch in der Lage ist, wobei er das äußerst erhebliche Risiko des Scheiterns eines Suizidversuchs unter gleichzeitiger Verschlechterung seiner so schon hoffnungslosen Lage in Kauf nehmen müsste, oder

b. eine Reise in die Schweiz oder ein anderes Land, in dem die selbstbestimmte, assistierte Beendigung des eigenen Lebens gesetzlich erlaubt ist und daher möglich ist, jedoch alleine – also ohne die auch vom Zweitantragsteller gewünschten Begleiter und Unterstützer – durchzuführen, solange oder sofern er dazu dann wiederum noch in der Lage ist, oder

c. wiederum den weiteren Verlauf seiner Erkrankung und die damit verbundenen Leiden gegen seinen erklärten Willen bis zum Ende und zu ertragen und darauf zu warten, dass er an den Folgen der Erkrankung oder Nebenwirkungen der Medikamente und/oder Schmerzmittel stirbt.

64. Für die Frage der unmittelbaren Betroffenheit kann es dabei keinen Unterschied machen, ob jemand bereits schwer und/oder unheilbar erkrankt oder noch völlig gesund ist. Letztlich ist alles Leben endlich, und kann sich daher auch ein noch völliger gesunder Mensch Gedanken über bzw Pläne für sein würdiges Sterben machen und dafür Vorsorge treffen. Die angefochtenen Normen verhindern jedoch deren Umsetzung.

65. Auch ist es verständlich, dass Menschen, die infolge einer unheilbaren schweren Erkrankung am Ende ihres Lebens stehen, ein Verfahren vor dem VfGH regelmäßig gar nicht mehr auf sich nehmen können und wollen, zumal sie dessen Ausgang höchstwahrscheinlich gar nicht mehr erleben würden. [vgl dazu Patrick Schaerz, AJP 1/2019, S 115-129, insbes S 124. Dort hält Schaerz fest, das Grundrecht auf den eigenen Tod sei ein rein formelles Grundrecht geblieben: 'Mehrfach und in jedem einschlägigen Entscheid bestätigt und hervorgehoben, von Juristen niemals in Frage gestellt, vermochte es bislang nicht in einem einzigen Fall Wirkung zu zeigen.' Tatsächlich sind praktisch alle an sich positiven Entscheidungen erst in einem Zeitraum ergangen, in welchem die Beschwerdeführer bereits zT seit längerer Zeit schon tot waren.] Auch unter diesem Blickwinkel muss es auch einem noch gesunden Menschen möglich sein, seine Bedenken an den VfG[H] heranzutragen.

66. Der Drittantragsteller ist österreichischer Staatsbürger, wurde am 7. 6. 1940 geboren, steht also im 79ten Lebensjahr und ist voll geschäftsfähig. Seine Selbstbestimmungsfähigkeit ist trotz der bestehenden Erkrankung uneingeschränkt gegeben. Der Drittantragsteller leidet seit 8 Jahren an Morbus Parkinson. [Unter Morbus Parkinson ist der langsam fortschreitende Verlust von Nervenzellen zu verstehen. Kennzeichnend für Morbus Parkinson ist das vornehmliche Absterben der Dopamin produzierenden Nervenzellen in der Substantia Nigra, einer Struktur im Mittelhirn. Dadurch kommt es zu einem Mangel des Botenstoffes Dopamin, welcher letztlich zu einer Verminderung der aktivierenden Wirkung der Basalganglien auf die Großhirnrinde und dadurch zu Bewegungsstörungen führt. Eine umfassende Behandlungsmöglichkeit, die die Degeneration der Nervenzellen verhindert oder aufhält, gibt es nicht. Es können lediglich die Symptome behandelt werden. Meist wird Parkinson medikamentös behandelt. Besonders im fortgeschrittenen Stadium von Morbus Parkinson wird es immer schwieriger, die Medikamente richtig zu dosieren, da das Wirkungsfenster immer kleiner wird. Dies ist dem Abnehmen von Nervenzellen geschuldet, die das Dopamin speichern. Neben der medikamentösen Therapie ist auch eine neurochirurgische Behandlung möglich. Die Symptome können zwar gelindert werden, jedoch ist eine vollständige Heilung nicht möglich. Im Verlauf der Krankheit kommt es auch zu weiteren Symptomen, wie Minderung des Geruchssinnes und Missempfindungen. Auch vegetative Störungen wie Salbengesicht, Kreislaufregulationsstörungen[,] Bewegungsstörungen des Magen-Darm-Trakts, als auch psychische Veränderung, wie niedergedrückte Stimmung, Verlangsamung der Denkabläufe, Sinnestäuschungen als Folge der dopaminergen Medikamente und echte Demenz treten auf.] Gemäß der unter einem vorgelegten fachärztlichen Bestätigung, Beilage ./D, ist die Prognose schlecht bzw führt diese Erkrankung nach dem Stand der Wissenschaft unweigerlich zum Tod; eine Heilung des Erstantragstellers ist ausgeschlossen. Seine verbleibende Lebenserwartung kann im Hinblick auf den Fortschritt der Krankheit, den aus medizinischer Sicht zur Verfügung stehenden lebensverlängernden Maßnahmen, nicht vorhergesagt werden, jedoch reduzieren sich sowohl die geistigen als auch motorischen Fähigkeiten.

Beweis: Staatsbürgerschaftsnachweis, Beilage ./E

beiliegende ärztliche Bestätigungen, Beilage ./F

67. Der Drittantragsteller hat den festen und freien Entschluss gefasst, sein Leben im Wege der Suizidhilfe zu beenden. Dieser Entschluss resultiert nicht aus einer psychischen Erkrankung oder Depression. Der Drittantragsteller ist

jedenfalls nicht gewillt, den weiteren Verlauf seiner Erkrankung und die damit verbundenen absehbaren Leidenszustände zu 'ertragen', bis der Tod eintritt. Er ist auch nicht gewillt, sich einem Zustand völliger Abhängigkeit von der andauernden Hilfe Dritter, wie insb. Ärzten, Krankenpflegern, Heimhilfen und/oder Angehörigen auszusetzen oder sich mit Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten in einen zunehmenden 'geistigen Dämmerzustand' (damit ist in der Regel eine sogenannte 'palliative' oder 'terminale' Sedierung gemeint) versetzen zu lassen, bis er entweder an den Folgen der Erkrankung oder den Nebenwirkungen der Medikamente oder Schmerzmittel verstirbt. Solche Zustände wären für den Drittantragsteller subjektiv unerträglich und kämen damit einer Aufgabe seiner Menschenwürde gleich.

68. Da eine Suizidhilfe und/oder eine Tötung auf Verlangen mit den angefochtenen Bestimmungen hierzulande strafgesetzlich verboten sind, und dementsprechend diese Formen der Sterbehilfe in Österreich legal nicht möglich sind, hat der Drittantragsteller den Entschluss gefasst, dazu die Dienste des Vereins D******* in der Schweiz oder eines anderen Vereins in einem anderen Mitgliedsland in der EU, in dem solche Sterbehilfe erlaubt ist, in Anspruch zu nehmen.

69. Der Drittantragsteller wird aber im Hinblick auf seine dann wohl nur mehr eingeschränkte Mobilität die Reise ins Ausland nicht alleine antreten können. Eine Vertrauensperson – uU ein Familienangehöriger – wird wohl dafür benötigt. Die Vertrauensperson, die bereit und gewillt wäre, dem Wunsch des Drittantragstellers zu entsprechen, würde sich aber in Anbetracht der angefochtenen Bestimmung zumindest nach §78 StGB iVm §64 Abs1 Z7 StGB strafbar machen, weil §64 Abs1 Z7 leg cit die legale Auslandstat dennoch bestraft sehen will.

70. Überdies ist auch der Drittantragsteller spätestens bei Voranschreiten der Krankheit im Sinne des Vorbringens zu RRzz 53 und 55 dazu gezwungen,

a. zu versuchen, sich selbst das Leben zu nehmen, solange er dazu noch in der Lage ist, wobei er das äußerst erhebliche Risiko des Scheiterns eines Suizidversuchs unter gleichzeitiger Verschlechterung seiner so schon hoffnungslosen Lage in Kauf nehmen müsste, oder

b. eine Reise in die Schweiz oder ein anderes Land, in dem die selbstbestimmte, assistierte Beendigung des eigenen Lebens gesetzlich erlaubt und daher möglich ist, jedoch alleine – also ohne die auch vom Drittantragsteller gewünschten Begleiter und Unterstützer – durchzuführen, solange oder sofern er dazu dann wiederum noch in der Lage ist, oder

c. wiederum den weiteren Verlauf seiner Erkrankung und die damit verbundenen Leiden gegen seinen erklärten Willen bis zum Ende und zu ertragen und darauf zu warten, dass er an den Folgen der Erkrankung oder Nebenwirkungen der Medikamente und/oder Schmerzmittel stirbt.

71. Ein würdevoller und betreuter bzw begleiteter Suizid in Anwesenheit und mit Unterstützung von Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen wird dem Drittantragsteller durch die angefochtenen Bestimmungen damit unmöglich gemacht.

3.3. Zur Antragslegitimation des Erst-, Zweit- und Drittantragstellers

72. Aus dem in Art2 EMRK festgelegten Verbot einer absichtlichen Tötung kann – wie weiter unten noch ausführlicher dargestellt werden wird – keinesfalls eine 'Pflicht zum Leben und Leiden' abgeleitet werden. Diese Sicht wird auch von der österreichischen Bioethikkommission vertreten.

Beweis: Sterben in Würde, Stellungnahme der Bioethikkommission vom

9. 2. 2015, S. 8, Beilage ./G

73. Art8 EMRK gewährleistet nach stRSp des EGMR ein Recht auf Selbstbestimmung. Dieses umfasst auch das Recht, Aktivitäten nachzugehen, die schädlich oder gefährlich für den Berechtigten sind. Nach stRspr des GH bedürfen Eingriffe in das Recht auf Privatleben selbst dann einer Rechtfertigung nach Art8 (2) EMRK, wenn sie dem Schutz des Lebens des Betroffenen dienen [RS0125085; Bsw2346/02; Bsw61927/00; Bsw3451/05; Bsw26713/05; Bsw25579/05; Bsw31322/07; Bsw497/09].

74. Wie der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte insbesondere in der Entscheidung vom 20. 1. 2011,Haas gg. die Schweiz (Beschwerde Nr 31322/07), Zf 51, schon klargestellt hat, ist auch das Recht einer selbstbestimmungsfähigen Person, zu bestimmen, auf welche Art und zu welchem (Zeit-)Punkt ihr Leben enden soll,

einer der Aspekte des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens. Diese Ansicht wurde auch im EGMR-Kammer-Urteil Gross gg. die Schweiz (Nr 67810/10), Zf 58, bekräftigt. Der freie Wille des Menschen ist für sich genommen Teil seiner Privatsphäre und damit Schutzgegenstand des genannten Grundrechts.

75. Im Einklang mit der Rechtsprechung des EGMR hat auch das deutsche Bundesverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 2. 3. 2017, BVerwG 3 C 19.15, ausgesprochen, dass eine Pflicht zum Weiterleben gegen den eigenen Willen den Kern der eigenverantwortlichen Selbstbestimmung berührt und verletzt. Eine solche Bestimmung darf der Staat schwer- und unheilbar Kranken, die selbstbestimmungsfähig sind, nicht – auch nicht mittelbar – auferlege[n](vgl dort Rz 32). [vgl den unter folgendem Link abrufbaren Volltext des Urteils vom 2. 3. 2017, BVerwG 3 [C] 19.15, Rz 32: https://www.bverwg.de/020317U3C19.15.0] Diese Rechtsansicht steht im Einklang mit dem Kernsatz der EGMR-Entscheidung Haas.

76. Die angefochtenen §§77, 78 StGB idgF statuieren jedoch eine solche Pflicht zum Weiterleben, wenn und soweit die Antragsteller selbstbestimmt ihr Leben nicht (mehr) selbst beenden können.

77. Wie der EGMR schon in der Entscheidung im Fall Sanles Sanles gg Spanien, Bsw Nr 48335/9, ausgesprochen hat, ist das unter Art8 EMRK geltend gemachte Recht des Betroffenen auf (für den Helfenden straflose) Beihilfe zum Suizid zu erhalten, unter der Annahme, dass ein solches existiert, überdies auch höchstpersönlicher Natur und fällt in die Kategorie der nicht übertragbaren Rechte (vgl auch Koch gg Deutschland; Bsw 497/09). Es kann daher auch nur von den Beschwerdeführern selbst, nicht aber von helfenden Angehörigen geltend gemacht werden.

78. Durch die angefochtenen Bestimmungen der §§77 und 78 StGB idgF wird somit unmittelbar und akut in die Rechte des Erstantragstellers, des Zweitantragstellers und auch des Drittantragstellers gem Art8 EMRK sowie Art1 GRC eingegriffen. Die Antragslegitimation der Erst- bis Drittantragsteller ist damit gegeben.

3.4. Zum Viertantragsteller

79. Der Viertantragsteller ist österreichischer Staatsbürger, geb. am 20. 4. 1954, Mitglied der Ärztekammer für Wien, und als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, sowie Arbeitsmediziner in Österreich tätig. Bei seiner Tätigkeit als Arzt ist er – gerade auch für schwerkranke Personen – eine Vertrauensperson.

Beweis: Staatsbürgerschaftsnachweis, Beilage ./H

PV; weitere Beweise vorbehalten

3.5. Zur Antragslegitimation des Viertantragstellers

80. Durch die angefochtenen Bestimmungen des §77 und 78 StGB werden ein respektvoller und wichtiger Diskurs mit den Patienten, und eine umfassende Beratung und Unterstützung bezüglich Lebensende-Fragen verhindert. Oftmals steht der Viertantragsteller vor schwierigen Entscheidungen. Dem Viertantragsteller ist es durch die angefochtenen Bestimmungen der §§77, 78 StGB verboten, sterbewillige Patienten aktiv bei der selbstbestimmten eigenen Beendigung ihres Lebens durch Suizidhilfe zu unterstützen, oder sie gar auf deren ernstliches Verlangen zu töten.

81. Würde der Viertantragsteller dem Wunsch eines Patienten nach Suizidhilfe oder Aktiver Sterbehilfe nachgeben, so würde er sich jedenfalls strafbar machen.

82. Andererseits ist es dem Viertantragsteller auch verboten, Patienten gegen ihren Willen – und insofern eigenmächtig iS des §110 StGB – zu behandeln und gegen ihren Willen am Leben zu erhalten. Das österreichische Recht gibt Patienten zwar in eingeschränktem Umfang – nämlich im Rahmen einer Patientenverfügung nach den Bestimmungen PatVG – das Recht, medizinische Behandlungen für den Fall des Verlusts der Geschäftsfähigkeit abzulehnen, selbst wenn dies zum Tod führen wird, und auch die Möglichkeit, diese Entscheidung auf Dritte zu übertragen (Vorsorgevollmacht oder Erwachsenenvertretung nach §§260 ff ABGB).

83. Wie auch die Bioethikkommission in ihrer Stellungnahme, Beilage ./G aber zu Recht festhält, ist bei dieser in Österreich bereits zulässigen 'passiven Sterbehilfe' die Feststellung des 'mutmaßlichen Patientenwillens' im Einzelfall oftmals schwierig, und führt zwangsläufig zu einem rechtlichen Graubereich. In einem solchen bewegt und befindet sich der behandelnde Arzt insbesondere auch dann, wenn zwar der Sterbewille des Patienten klar ist, die Patientenverfügung auf die dann konkret vorliegende medizinische Situation und die dann noch zur Verfügung stehenden lebenserhaltenden bzw künstlich lebensverlängernden Maßnahmen nicht ausgerichtet ist. In praxi

problematisch ist auch, wenn – etwa wegen verabsäumter Erneuerung oder aufgrund geringfügiger Formgebrechen – keine rechtsverbindliche Patientenverfügung iSd §§2 ff PatVG idGF vorliegt, und zu prüfen und zu entscheiden ist, inwiefern sie dennoch zumindest 'berücksichtigungswürdig' iSd §§8, 9 PatVG, oder ob sie unwirksam ist.

84. Eine Linderung unerträglicher Schmerzen eines unheilbar erkrankten Patienten durch starke Schmerzmittel (wie zB Opioide in hoher Dosierung) führt bei Patienten regelmäßig zum Verlust der Geschäftsfähigkeit, und schließlich – aufgrund der damit verbundenen schädlichen Nebenwirkungen – ebenfalls zum Tod. Ebensowenig wie eine 'Pflicht zum Leben und Leiden' bestehen kann, kann ein unheilbar kranker Mensch dazu verpflichtet sein, den Verlust seiner Geschäftsfähigkeit zu akzeptieren, damit man ihm Schmerzen oder Leid 'erspart', die er im Falle des von ihm gewünschten selbstbestimmten, würdigen und assistierten Todes nicht hätte.

85. Neben den strafrechtlichen Konsequenzen bei einer Verletzung der Bestimmungen der §§77, 78 StGB hätte der Viertantragsteller als Mitglied der Ärztekammer auch standes- bzw disziplinarrechtliche Konsequenzen zu fürchten, die im schlimmsten Fall auch zum Verlust seiner Berufsberechtigung, jedenfalls aber zu einer Beeinträchtigung seiner Erwerbsfreiheit bzw seines Rechts auf freie Berufsausübung führen würden.

Beweis: PV

weitere Beweise vorbehalten

86. Der Viertantragsteller ist somit unmittelbar betroffen, da ihn die angefochtenen Bestimmungen dazu zwingen,

a. entweder geschäftsfähige Sterbewillige durch lebenserhaltende Maßnahmen gegen ihren Willen weiter am Leben zu erhalten, oder

b. sich strafrechtlich und standesrechtlich verantwortlich zu machen, wenn er dem dringlichen Wunsch eines schwer und/oder unheilbar erkrankten und unter massiven Schmerzen leidenden, aber voll geschäftsfähigen Patienten Folge leistet und ihm bei seiner selbstbestimmten Beendigung seines Lebens assistiert.

87. Dem Viertantragsteller kann dabei nicht zugemutet werden, zunächst ein strafbares Handeln zu setzen, um dann im Zuge eines Straf- oder Rechtsmittelverfahrens Bedenken gegen die angefochtenen Bestimmungen äußern zu können. Es besteht daher auch für den Viertantragsteller kein anderer zumutbarer Weg, die Bedenken gegen die angefochtenen Bestimmungen zu äußern.

88. Die Antragslegitimation des Viertantragsstellers ist daher ebenfalls gegeben.

4. Darlegung der Bedenken

4.1. Verletzte Rechte

89. Die Antragsteller erachten sich durch die angefochtenen Bestimmungen insbesondere in den nachstehenden verfassungs- und konventionsrechtlich gewährleisteten Rechten verletzt, nämlich im

? Recht auf Achtung der Menschwürde gem Art1 GRC

? Recht auf Leben gem Art2 EMRK und Art2 GRC

? Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung gem Art3 EMRK und Art4 GRC

? Recht auf Achtung des Privatlebens gem Art8 EMRK und Art7 GRC

? Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit gem Art9 EMRK und Art10 Abs1 GRC

? Diskriminierungsverbot gem Art14 EMRK und Art21 GRC;

Gleichheitsgrundsatz nach Art7 B-VG

? Bestimmtheitsgebot gem Art18 B-VG

4.2. Grundsätzliches

90. Die Wertedebatte um Sterbehilfe im Allgemeinen und um die Suizidhilfe wie auch die Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) im Besonderen wird bislang fast ausschließlich entlang oft irrationaler, weltanschaulicher Linien geführt. Spätestens seit dem 'Kirchenvater' Augustinus gilt der Suizid in der christlichen Welt als 'Todsünde' bzw als so verwerfliche Tat, dass sie nicht vergeben werden könne; [Augustinus, Bischof von Hippo (354-430), ersetzte das Mordverbot in den Zehn Geboten durch ein Tötungsverbot und weitete dieses schließlich auch zu einem

Selbsttötungsverbot aus. Maßgebend waren dabei ökonomische Überlegungen: Da sich damals in Nordafrika insbesondere in unteren Gesellschaftsschichten – in welchen vor allem Sklaven zu finden waren – eine Sekte, die sog Donatisten, ausgebreitet hatte, welche einen möglichst raschen Tod anstrebte, um schnell bei Jesus zu sein, griff eine Suizidwelle um sich. Dies beschädigte den in der Bilanz eingestellten Aktivposten 'Sklaven' so erheblich, dass Augustinus nur die Möglichkeit sah, durch eine 'Neudeutung' der Sinai-Gebote der Sekte Herr zu werden. Dies war der Beginn des vor allem katholischen Suizidtabus. Luther steuerte dann seinerseits dazu bei, indem er den Begriff 'Selbstmord' schuf und damit die in der Regel nicht auf verabscheuenswürdige Motive zurückzuführende Selbsttötung dem schweren – idR aus niedrigsten Beweggründen begangenen – Delikt des Mordes zugesellte. Vgl hierzu Theodora Büttner/Ernst Werner, Circumcellionen und Adamiten / Zwei Formen mittelalterlicher Haeresie, Berlin 1959, S 41-52] dies führte in christlich dominierten Gesellschaften zur gesetzlichen Verankerung von Suizidverboten; gescheiterte bzw überlebte Selbsttötungsversuche zogen Strafen (bis hin zur Todesstrafe!) nach sich. [vgl dazu das Todesurteil gegen Irene Coffee noch in den 1940er-Jahren in England: http://www.spiegel.de/einestages/absurder-prozess-a-947259.html] Wie verpönt der Suizid war, veranschaulichte auch die gesonderte und in der Regel abwertende Behandlung der Bestattung von Suizidenten: sie wurden zur Strafe außerhalb der Friedhöfe, also in ungeweihter Erde beigesetzt.

91. Rechtsgeschichtlich ist §78 StGB jedenfalls tief in der christlichen Morallehre verwurzelt und erscheint von dieser nicht trennbar. Es verwundert insofern kaum, dass die gegenwärtig in vielen europäischen Ländern bestehende sehr restriktive Rechtslage bezüglich der Entscheidungsfreiheit in Lebensende-Fragen tendenziell immer noch jene Länder kennzeichnet, die einen hohen Gläubigenanteil bzw eine katholische oder orthodoxe Prägung aufweisen. Im Einklang mit der weltweit oft sehr kontrovers geführten Sterbehilfedebatte wird auch der österreichische Sterbehilfediskurs sehr stark von den Religionsgemeinschaften – und allen voran der Katholischen Kirche – geprägt.

92. Dabei macht sich nicht nur eine direkte Beeinflussung der politischen bzw gesellschaftlichen Debatte seitens der (gesetzlich anerkannten) Amtskirche und ihr nahestehender Organisationen bemerkbar. Auch (Laien-)Organisationen wie die K********** oder der Ö********** (***), dem zahlreiche politische Entscheidungsträger, Mandatare, aber auch zahlreiche Richter und Rechtsanwälte angehören, bemühen sich nach wie vor um eine Verschärfung der ohnehin 'konservativen' – jedenfalls wenig liberalen – Rechtslage in Österreich in diesem Bereich. [Als Beispiel denke man an die politisch immer wieder erhobene Forderung, das Verbot der Sterbehilfe in der Verfassung zu verankern.] Zwar fordern auch der Katholischen Kirche nahestehende Organisationen einen Ausbau von Hospizen und palliativen Pflegeeinrichtungen und behaupten, auch ein Recht auf ein würdiges Lebensende grundsätzlich anzuerkennen. In der Realität wird aber in kirchennahen Hospizen und Pflegeeinrichtungen ein offener, von religiöser Ideologie befreiter Diskurs über (alle Formen der) Sterbehilfe nicht stattfinden. Dadurch wird das Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende ein sehr 'theoretisches'.

Quelle: Verfassungsgerichtshof VfGH, http://www.vfgh.gv.at

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at