

C. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben (BVerfGE 153, 182)

Die Rechtsprechung der Strafgerichte hat in den letzten Jahren wesentlich zur Entkriminalisierung der Sterbehilfe sowie der Mitwirkung an einem freiverantwortlichen Suizid beigetragen (→ B.). Als zentrales Legitimationskriterium fungiert das Selbstbestimmungsrecht. Zu dieser liberalen Entwicklung stand die Einführung des strafrechtlichen Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) im Jahr 2015²¹⁷ im Kontrast. Das BVerfG erklärte diese Strafvorschrift im Jahr 2020 für nichtig,²¹⁸ Ansatzpunkte für eine verfassungskonforme Auslegung sah der Zweite Senat nicht.²¹⁹ Mit dieser Entscheidung wurde die Rechtslage wiederhergestellt, die vor Einführung des § 217 StGB bestanden hatte, so dass die Teilnahme am Suizid seither, gleich in welcher Form diese vorgenommen wird, (wieder) straflos ist. Das Urteil des BVerfG ist zwar verbreitet auf Zustimmung gestoßen, aber auch heftiger Kritik ausgesetzt.²²⁰ Gleich wie man die Entscheidung bewertet – sie bildet die Grundlage für alle weiteren Überlegungen zur Ausgestaltung des strafrechtlichen Lebensschutzes am Lebensende. Die tragenden Gründe des Urteils sind sowohl das Fundament als auch der Maßstab für künftige Gesetzesvorhaben in diesem Bereich. Daher sind sie im Folgenden darzulegen (→ I.). Daran anschließend ist zu klären, welche Folgerungen sich aus dem Urteil ergeben (→ II.).

I. Wesentliche Aussagen der Entscheidung

1. Konzeption des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben

Das BVerfG leitet aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG) das Recht ab, „sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen“.²²¹ Das Recht auf ein

²¹⁷ BGBl. 2015 I 2177, Gesetz v. 3.12.2015, in Kraft getreten am 10.12.2015. Zur Einführung der Vorschrift sowie zum Gesetzgebungsverfahren MüKoStGB/Brunhöder, 5. Aufl. 2025, § 217 Rn. 2 ff.; LK-StGB/Rissing-van Saan, 13. Aufl. 2023, § 217 (a.F.) Rn. 1 ff.; Grünewald JZ 2016, 938 f.; Berghäuser ZStW 128 (2016), 741 (758 ff.).

²¹⁸ BVerfGE 153, 182 (308 ff.).

²¹⁹ BVerfGE 153, 182 (307 f.).

²²⁰ Umfangreiche Nachw. zB bei Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie, 2021, S. 121 (122 f. Fn. 13).

²²¹ BVerfGE 153, 182 (260, 261, 264).

selbstbestimmtes Sterben dürfe nicht auf „fremddefinierte Situationen beschränkt“ werden.²²² Aus diesem Grund scheide eine Begrenzung des Rechts „auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen“ aus. Desgleichen sei eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Motive und Ursachen dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd.²²³ Der Wille des Betroffenen entziehe sich einer Bewertung „anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder [...] oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit“.²²⁴ Das Recht der Selbstbestimmung über das Lebensende bestehe „in jeder Phase menschlicher Existenz“ und sei als „Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren“.²²⁵

2. § 217 StGB als Eingriff in das Grundrecht

Durch die Einführung des strafrechtlichen Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) sei es für Betroffene faktisch unmöglich geworden, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, da entsprechende Anbieter ihre Tätigkeit eingestellt hätten.²²⁶ Da eine rechtfertigende Einwilligung aufgrund der Struktur des § 217 StGB als abstraktes Gefährdungsdelikt nicht möglich sei, greife die Norm in das allgemeine Persönlichkeitsrecht derer ein, die sich „selbstbestimmt, ohne äußeren Druck und wohlüberlegt zur Selbsttötung entschlossen haben“.²²⁷ Hierin sieht das BVerfG „angesichts der existentiellen Bedeutung, die der Selbstbestimmung über das eigene Leben [...] zukommt“, einen besonders schweren Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht.²²⁸

3. Unverhältnismäßigkeit des Eingriffs

Eine Rechtfertigung dieses Grundrechtseingriffs lehnt der Senat ab.²²⁹ Das BVerfG anerkennt, dass von Angeboten geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung „Vor- und Folgewirkungen“ ausgehen, „die erhebliche Missbrauchsgefahren und Gefährdungen für die autonome Selbstbestimmung Dritter umfassen“.²³⁰ Die Achtung vor dem das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht trete in Kollision zu der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und

²²² BVerfGE 153, 182 (262).

²²³ BVerfGE 153, 182 (262).

²²⁴ BVerfGE 153, 182 (263).

²²⁵ BVerfGE 153, 182 (263).

²²⁶ BVerfGE 153, 182 (265).

²²⁷ BVerfGE 153, 182 (265 f.).

²²⁸ BVerfGE 153, 182 (266).

²²⁹ BVerfGE 153, 182 (266 ff.).

²³⁰ BVerfGE 153, 182 (267).

darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen.²³¹ Dieses Spannungsverhältnis aufzulösen, sei grundsätzlich Aufgabe des Gesetzgebers.²³²

a) Autonomie- und Lebensschutz als legitime Zwecke

§ 217 StGB verfolge legitime Zwecke und sei geeignet, diese zu erreichen.²³³ Denn Autonomie- und Lebensschutz seien Zwecke, mit denen der Gesetzgeber eine in der Verfassung begründete staatliche Schutzpflicht erfülle.²³⁴ Einerseits soll es daher ein legitimes Anliegen sein, verhindern zu wollen, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt.²³⁵ Andererseits könne es nicht unmittelbares Ziel gesetzgeberischer Tätigkeit sein, den „Erhalt eines tatsächlich bestehenden oder mutmaßlichen Konsenses über Werte- oder Moralvorstellungen“ durch strafrechtliche Verbotsnormen durchzusetzen.²³⁶ Es sei daher kein legitimes Ziel mehr, Suizid und Suizidhilfe allein deshalb zu verbieten, weil sie „in Widerspruch zu der Mehrheitsauffassung in der Gesellschaft stehen“; oder um die Zahl assistierter Suizide gering zu halten; oder um die autonome Entscheidung, aus dem Leben zu scheiden, als solche zu missbilligen, zu tabuisieren oder mit einem Makel zu belegen.²³⁷ Allerdings dürfe der Gesetzgeber „einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitsabwägungen, das Leben zu nehmen“. „Der Einzelne darf [...] nicht der Gefahr gesellschaftlicher Erwartungshaltungen ausgesetzt sein.“²³⁸ Welche (straf-)rechtlichen Konsequenzen sich aus diesen vagen Äußerungen ziehen lassen, ist unklar (→ C. II. 2. d) bb)). Zumal das BVerfG herausstellt, dass Selbstbestimmung „immer relational verfasst“ sei.²³⁹ Es gebe keine absolut freie menschliche Entscheidung; jede Entscheidung sei regelmäßig von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst.²⁴⁰

Zu den Voraussetzungen eines autonomen Sterbewillens äußert sich das Gericht wie folgt: Ein Suizidentschluss beruhe auf „einem autonom gebildeten, freien Willen [...], wenn der Einzelne seine Entschei-

²³¹ BVerfGE 153, 182 (268).

²³² BVerfGE 153, 182 (268).

²³³ BVerfGE 153, 182 (269 ff.).

²³⁴ BVerfGE 153, 182 (270 ff.).

²³⁵ BVerfGE 153, 182 (271).

²³⁶ BVerfGE 153, 182 (271).

²³⁷ BVerfGE 153, 182 (271).

²³⁸ BVerfGE 153, 182 (271).

²³⁹ BVerfGE 153, 182 (272).

²⁴⁰ BVerfGE 153, 182 (272).

dung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft“.²⁴¹ Eine freie Suizidentscheidung setze – erstens – die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können.²⁴² Zweitens müsse der Suizidwillige Kenntnis von allen entscheidungserheblichen Gesichtspunkten haben.²⁴³ Denn nur wenn er „über sämtliche Informationen“ verfüge, sei er in der Lage, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen.²⁴⁴ Das schließe die Aufklärung über Handlungsalternativen und die Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen ein.²⁴⁵ Das Gericht verweist insoweit auf die Grundsätze der Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung.²⁴⁶ Drittens dürfe der Betroffene „keinen unzulässigen Einflussnahmen oder Druck ausgesetzt“ sein.²⁴⁷ Zuletzt und viertens sei erforderlich, dass die Suizidentscheidung „von einer gewissen ‚Dauerhaftigkeit‘ und ‚inneren Festigkeit‘ getragen ist“.²⁴⁸ Das Gericht nimmt insoweit Bezug auf die Entscheidung des BGH im Hamburger Fall (→ B. III. 2.).²⁴⁹ Als nicht autonom sind nach Ansicht des BVerfG jedenfalls Suizidentschlüsse anzusehen, die auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruhen.²⁵⁰ Das Gericht verweist außerdem auf das häufige Zusammentreffen von Suizidhandlungen und psychischen Störungen, insbesondere Depressionen.²⁵¹ Als wesentliche Risikofaktoren für freie Suizidentscheidungen wertet der Zweite Senat ebenfalls Fehlvorstellungen sowie unrealistische Annahmen und Ängste.²⁵²

b) Fehlende Angemessenheit

Die Verbotsnorm des § 217 StGB hält der Senat für nicht mehr angemessen: Durch sie werde „das Recht auf Selbsttötung [...] in bestimmten Konstellationen faktisch weitgehend entleert“ und „in einem wesentlichen Teilbereich außer Kraft gesetzt“.²⁵³ Obwohl der Regelungsbereich auf geschäftsmäßige Suizidhilfeangebote be-

²⁴¹ BVerfGE 153, 182 (273).

²⁴² BVerfGE 153, 182 (273).

²⁴³ BVerfGE 153, 182 (273).

²⁴⁴ BVerfGE 153, 182 (273).

²⁴⁵ BVerfGE 153, 182 (273 f.).

²⁴⁶ BVerfGE 153, 182 (274).

²⁴⁷ BVerfGE 153, 182 (274).

²⁴⁸ BVerfGE 153, 182 (274).

²⁴⁹ BVerfGE 153, 182 (274).

²⁵⁰ BVerfGE 153, 182 (274).

²⁵¹ BVerfGE 153, 182 (274 f.).

²⁵² BVerfGE 153, 182 (275).

²⁵³ BVerfGE 153, 182 (282 f.).

schränkt sei, gehe damit ein Verlust an Autonomie einher, der „jedenfalls so weit und so lange unverhältnismäßig [sei], wie verbleibende Optionen nur eine theoretische, nicht aber die tatsächliche Aussicht auf Selbstbestimmung bieten“.²⁵⁴ In diesem Zusammenhang verweist das Gericht auf Umfragen unter Ärzten, aus denen sich ergebe, dass die Bereitschaft zur Suizidhilfe in dieser Berufsgruppe gering sei.²⁵⁵ Soweit der Senat außerdem das ärztliche Berufsrecht als bedeutenden Faktor anführt,²⁵⁶ wurde dieses mittlerweile infolge der Entscheidung geändert. So war zum Zeitpunkt des Urteils in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in § 16 S. 3 geregelt, dass diese keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen.²⁵⁷ Auf dem 124. Deutschen Ärztetag im Jahr 2021 wurde beschlossen, diesen Satz zu streichen.²⁵⁸ Das Gericht stellt aber zudem heraus, dass niemand verpflichtet werden könne, Suizidhilfe zu leisten.²⁵⁹ Umgekehrt formuliert: Ein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidassistentz könne aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht abgeleitet werden.²⁶⁰

II. Folgerungen aus der Entscheidung

Das Urteil des BVerfG lässt Fragen offen und ist in seinem Aussagegehalt nicht durchweg klar.²⁶¹ Aus strafrechtlicher Sicht und im Rahmen dieses Gutachtens stellen sich vor allem folgende Fragen: Hat das Urteil Auswirkungen auf die Strafvorschrift der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) (→ 1.)? Welche Anforderungen sind an die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit zu stellen (→ 2.)? Gibt es einen gesetzgeberischen Regulierungsbedarf? Und falls das der Fall sein sollte: welche Optionen stehen zur Verfügung bzw. sind zu befürworten (→ 3.)?

1. Auswirkungen auf die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)

Das Urteil hat die Debatte um die Legitimität der Strafvorschrift der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) neu entfacht. Prima facie mag

²⁵⁴ BVerfGE 153, 182 (288).

²⁵⁵ BVerfGE 153, 182 (290 ff.).

²⁵⁶ BVerfGE 153, 182 (292 ff.).

²⁵⁷ DÄBl. 2018, A 1 ff. Die Regelungen der Musterberufsordnung sind rechtlich nicht verbindlich, und viele Landesärztekammern hatten die Vorschrift ohnehin nicht in ihre Berufsordnungen übernommen (s. BVerfGE 153, 182 [293 ff.]).

²⁵⁸ DÄBl. 2021, A 1184.

²⁵⁹ BVerfGE 153, 182 (310).

²⁶⁰ BVerfGE 153, 182 (292).

²⁶¹ Prägnant die Kritik von Augsberg, vorgänge 229 (2020), 23 ff.

das überraschend sein, weil das BVerfG mit keinem Wort auf diese Strafvorschrift sowie auf Fremdtötungen eingeht. Vielmehr befasst sich der Zweite Senat ausschließlich mit Selbsttötungen und der von Dritten dazu geleisteten Unterstützung. Vor dem Hintergrund, dass das Gericht mit Emphase ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben proklamiert und Dritte, die den Sterbewilligen bei der Umsetzung seines Sterbewunsches unterstützen, in den Schutzbereich einbezieht, wird diese neuerliche Diskussion jedoch nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass Begrenzungen des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben sich nicht (mehr) ausschließlich und auch nicht vorrangig auf den Schutz des Lebens der sterbewilligen Person stützen lassen. Einschränkungen des Grundrechts sind vielmehr allein mit autonomieorientierten Erwägungen begründbar, also mit Defiziten im Entscheidungsprozess.²⁶² Der Schutz des Gutes Leben erfolgt somit nur noch mittelbar, nämlich über den Schutz der Autonomie.²⁶³ Lebensschutz scheidet daher jedenfalls aus, wenn er sich gegen den autonomen Willen der betroffenen Person richtet.²⁶⁴

Die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) setzt ein ausdrückliches und ernstliches Tötungsverlangen voraus, weshalb im Falle einer Fremdtötung die Strafbarkeit trotz einer von Willensmängeln freien Entscheidung des Sterbewilligen eintritt. Bei unvoreingenommener Betrachtung lässt sich somit die Frage aufwerfen, ob das Selbstbestimmungsrecht nicht auch das Recht umfassen sollte, die Tötungshandlung von einer anderen Person vollziehen zu lassen.²⁶⁵ Auf einer tieferen Begründungsebene führt diese Frage zu der nach dem Strafzweck des § 216 StGB. Die Suche nach der Ratio dieser Norm ist in einer Rechtsordnung, die von der Freiheit der Person ausgeht, keine leichte Aufgabe. Als Normzweck der Tötung auf Verlangen werden vor allem generalpräventive Überlegungen, der Schutz des Fremdtötungstabus oder der Schutz vor einer (möglicherweise) übereilten oder defizitären Entscheidung geltend gemacht.²⁶⁶ Einige wenige Stimmen verwerfen sämtliche vorgeschlagenen Strafzwecke und hal-

²⁶² Frister ZfmE 67 (2021), 536 (540); Hörnle JZ 2020, 872 (877).

²⁶³ Stepanek, FS 75 Jahre Grundgesetz, 2024, S. 93 (103); Hillgruber ZfL 2019, 385 (387).

²⁶⁴ BVerfGE 153, 182 (287).

²⁶⁵ S. Grünewald JZ 2016, 938 (939); Dreier JZ 2007, 317 (319f.).

²⁶⁶ AnwKomm-StGB/Mitsch, 3. Aufl. 2020, § 216 Rn. 1f.; SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 216 Rn. 2; Matt/Renzikowski/Safferling, 2. Aufl. 2020, StGB § 216 Rn. 2f.; NK-StGB/Saliger, § 216 Rn. 3; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 8; LK-StGB/Rissing-van Saan, 13. Aufl. 2023, § 216 Rn. 2; Dreier JZ 2007, 317 (319); Deuring medstra 2020, 266 (267). Monographisch Sternberg-Lieben, Die objektiven Schranken der Einwilligung im Strafrecht, 1997, S. 103 ff.; Murmann, Die Selbstverantwortung des Opfers im Strafrecht, 2005, S. 488 ff.; Grünewald, Das vorsätzliche Tötungsdelikt, 2010, S. 296 ff.; Knierim, Das Tatbestandsmerkmal „Verlangen“ im Strafrecht, 2018, S. 174 ff.; Kienzerle, Paternalismus im Strafrecht der Sterbehilfe, 2021, S. 333 ff.

ten § 216 StGB für verfassungswidrig.²⁶⁷ Die ganz überwiegende Mehrheit teilt diese Auffassung jedoch zu Recht nicht. Den genannten Normzwecken lässt sich nicht allesamt die Berechtigung absprechen. Allerdings ist dieses Gutachten nicht der Ort, die Diskussion um die Strafzwecke des § 216 StGB zu vertiefen. Zunächst lässt sich schon pragmatisch darauf verweisen, dass die (komplette) Streichung des § 216 StGB rechtspolitisch nicht durchsetzbar ist – und sie wäre auch nicht zu verantworten.²⁶⁸ Das entscheidende Argument gegen eine solche Forderung ist im hiesigen Kontext aber, dass sich aus dem Urteil des BVerfG gerade keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass § 216 StGB grundsätzlich verfassungswidrig ist. Insoweit ist nochmals daran zu erinnern, dass die Ausführungen des Gerichts sich ausschließlich auf die Hilfe Dritter bei einer Selbsttötung beziehen.²⁶⁹ Den Eingriff des § 217 StGB in das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben stützt das Gericht maßgeblich darauf, dass sterbewilligen Personen durch diese Strafvorschrift die Möglichkeit abgeschnitten werde, fachkundige Hilfe, insbesondere von Ärzten, in Anspruch zu nehmen, um ihren Suizidentschluss „in einer [für sie] zumutbaren Weise umzusetzen“.²⁷⁰ Diese Erwägungen lassen sich nicht ohne weiteres auf die Tötung auf Verlangen übertragen. Daher ist es auf der Grundlage der Entscheidung des BVerfG bereits zweifelhaft, ob es vom Schutzbereich des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben generell umfasst wird, sich von fremder Hand töten zu lassen.²⁷¹ Dieser Frage muss hier nicht weiter nachgegangen werden. Denn soweit eine solche Ausdehnung des Schutzbereichs auf Fremdtötungen befürwortet wird,²⁷² ist dieser Eingriff im Regelfall jedenfalls nicht als unverhältnismäßig anzusehen.²⁷³ Vielmehr stellt die Suizidassistenz eine zumutbare Alternative zu einer Tötung auf Verlangen dar, so dass der Eingriff in das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben zumindest gerechtfertigt ist. Das gilt zumal vor dem Hintergrund, dass das Verbot, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten, infolge des Urteils des BVerfG im Jahr 2021 aus der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte her-

²⁶⁷ Aus jüngster Zeit Rostalski/Weiss MedR 2023, 178 (186); NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 43; Zehetgruber HRRS 2017, 31 (33); Kienzerle, Paternalismus im Strafrecht der Sterbehilfe, 2021, S. 449, 512.

²⁶⁸ S. auch Hillenkamp, FS Dannecker, 2023, S. 615 (622).

²⁶⁹ Huber/Voßkuhle/Stepanek-Bühringer, 8. Aufl. 2024, GG Art. 2 Abs. 2 Rn. 439; Lindner NSTz 2020, 505 (506); Grünewald JR 2021, 99 (105).

²⁷⁰ BVerfGE 153, 182 (265).

²⁷¹ Abl. Hillenkamp, FS Dannecker, 2023, S. 615 (622); Huber/Voßkuhle/Stepanek-Bühringer, 8. Aufl. 2024, GG Art. 2 Abs. 2 Rn. 439; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 60a; NK-MedizinStR/Henking, 2023, § 212 Rn. 85.

²⁷² IdS Rostalski GA 2022, 209 (228); NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b; Lindner NSTz 2020, 505 (507).

²⁷³ Wapler, in: Dreier GG, 4. Aufl. 2023, Art. 1 I Rn. 153; Lindner NSTz 2020, 505 (507); Deuring medstra 2020, 266 (267); aA Rostalski JZ 2021, 477 (480).

ausgenommen wurde.²⁷⁴ Darüber hinaus ist der Staat keinesfalls dazu verpflichtet, die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass jeder auf die von ihm präferierte Art sterben bzw. sich sogar auf die von ihm bevorzugte Weise von einer anderen Person töten lassen kann.²⁷⁵

Die Argumentation stößt jedoch an Grenzen, wo der Sterbewillige aufgrund einer schwerwiegenden Krankheit körperlich so stark eingeschränkt ist, dass er außerstande ist, die Tötungshandlung selbst zu vollziehen. Als Beispiel lässt sich ein Locked-in-Syndrom anführen. Die uneingeschränkte Aufrechterhaltung des Fremdtötungsverbots in diesen und vergleichbaren Fällen würde für Betroffene bedeuten, dass ihr Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben leerläuft. Daher gelangt man in diesen seltenen Fällen bei konsequenter Anwendung der Kernaussagen der Entscheidung des BVerfG zu dem Ergebnis, dass ein unverhältnismäßiger Eingriff in das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben vorliegt.²⁷⁶ In diesem schmalen Bereich ist § 216 StGB folglich mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht mehr in Einklang zu bringen.

Gegen diese Ansicht werden jedoch zwei Einwände vorgebracht: ein tatsächlicher und ein rechtlicher. In tatsächlicher Hinsicht wird bestritten, dass es in der Praxis Fälle gibt, in denen es dem Sterbewilligen nicht möglich ist, die Tötungshandlung selbst zu vollziehen oder jedenfalls unmittelbar in Gang zu setzen. Es wird auf technische Hilfsmittel verwiesen, die es ermöglichen, zB durch Augenbewegung einen computergestützten Prozess der Infusion einer tödlichen Substanz auszulösen.²⁷⁷ Diesem Argument ist aber entgegenzuhalten, dass schwerstkranken, physisch extrem eingeschränkten Personen eine solche Technisierung zur Umsetzung ihres Sterbewillens kaum noch zumutbar sein dürfte.²⁷⁸ Der Vorschlag trägt inhumane Züge und dürfte zudem wenig realitätsgerecht sein.²⁷⁹

²⁷⁴ DÄBl. 2021, A 1184.

²⁷⁵ So aber wohl Rostalski JZ 2021, 477 (480): Es könne gute Gründe dafür geben, die Tötung von einem Dritten vollziehen zu lassen, wie zB „Sicherheit im Umgang mit Schusswaffen“. Wie hier dagegen TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 7; Weißer ZStW 128 (2016), 106 (123 f.); Wapler, in: Dreier GG, 4. Aufl. 2023, Art. 1 I Rn. 153; NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3a.

²⁷⁶ Hillenkamp, FS Dannecker, 2023, S. 615 (622 f.); TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 124; Lindner NSTZ 2020, 505 (507 f.); Leitmeier NSTZ 2020, 508 (513 f.); Schöppe ZJS 2025, 1039 (1049). AA Huber/Voßkuhle/Stepanek-Bühlinger, 8. Aufl. 2024, GG Art. 2 Abs. 2 Rn. 439.

²⁷⁷ Hecker, in: Bormann (Hrsg.), Tod und Sterben, 2024, S. 495 (498); Huber/Ruf medstra 2021, 135 (141); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 60a; Lindner NSTZ 2020, 505 (507).

²⁷⁸ ISv BVerfGE 153, 182 (265).

²⁷⁹ NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 124; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 49.

In rechtlicher Hinsicht wird in Abrede gestellt, dass diese Fälle einer gesetzlichen Regelung bedürfen. Eine Änderung des Gesetzes durch Einschränkung des § 216 StGB sei nicht nötig, da die Fälle sich bereits durch eine verfassungskonforme Auslegung des § 216 StGB bewältigen ließen.²⁸⁰ Dieser Lösungsweg überzeugt jedoch aus mehreren Gründen nicht: Die Straflosigkeit einer Fremdtötung, die durch gezielten Eingriff erfolgt und keinen Bezug zu einer medizinischen Behandlungsmaßnahme aufweist,²⁸¹ kann schwerlich unter der Hand von der Rechtsprechung durchgesetzt werden.²⁸² Es fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gesetzgebers, Vorschriften so zu konzipieren, dass diese mit der Verfassung in Einklang stehen. Durch eine verfassungskonforme Auslegung lässt sich zudem keine Rechtssicherheit erreichen.²⁸³ Man kann die konzisen Ausführungen, mit denen das BVerfG eine verfassungskonforme Auslegung des § 217 StGB ablehnt, auf § 216 StGB übertragen: Eine solche einschränkende Auslegung „widerspräche den Absichten des Gesetzgebers und käme damit einer mit dem Gebot hinreichender gesetzlicher Bestimmtheit (Art. 103 Abs. 2 GG) unvereinbaren originären judikativen Rechtssetzung gleich“.²⁸⁴

Hinzu kommt in der in Rede stehenden Fallkonstellation, dass eine verfassungskonforme Auslegung des § 216 StGB das Fremdtötungsverbot untergräbt, ohne dass auf der anderen Seite ein hinreichendes Schutzkonzept zur Verfügung steht. Die Errichtung eines solchen Schutzkonzepts fällt ebenfalls zweifellos in den Aufgabenbereich des Gesetzgebers.²⁸⁵ Dessen Untätigkeit wiegt umso schwerer, als es hier um verfassungsrechtlich hochrangige Schutzgüter wie das Leben und die Autonomie geht. Als besonders problematisch erweist sich, dass man es mit Personen zu tun hat, die völlig hilflos und anderen vollkommen ausgeliefert sind. Es braucht daher zuvorderst ein effektives (prozedurales) Sicherungskonzept zum Schutz von Autonomie und Leben (→ 3. b)).²⁸⁶ Demgegenüber läuft eine verfassungskonforme Auslegung des § 216 StGB Gefahr, über diese fundamentalen Schutzbelange der Betroffenen gewissermaßen hinwegzulegen. Eine Begren-

²⁸⁰ Hillenkamp, FS Dannecker, 2023, S. 615 (623); Hecker, in: Bormann (Hrsg.), Tod und Sterben, 2024, S. 495 (498 f.); Jansen medstra 2023, 4 (9); NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b.

²⁸¹ Zum Kriterium BGHSt 55, 191 (204 f.).

²⁸² Rixen GesR 2022, 640; Duttge GesR 2022, 642 (643); Bosch Jura 2023, 923 (933); Jäger JA 2022, 870 (873); TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 126; Grünwald NJW 2022, 3025.

²⁸³ Bosch Jura 2023, 923 (932); TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 125.

²⁸⁴ BVerfGE 152, 182 (307).

²⁸⁵ BVerfGE 153, 182 (308 ff.).

²⁸⁶ Zutr. TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 125.

zung des § 216 StGB via verfassungskonforme Auslegung ohne die Etablierung eines angemessenen Schutzkonzepts kann somit auch aus diesem Grund nicht befürwortet werden.

2. Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung

a) Vorgaben des BVerfG

Das Vorliegen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung ist Voraussetzung dafür, dass die Mitwirkung Dritter an einer Selbsttötung straffrei ist.²⁸⁷ Die Feststellung der Freiverantwortlichkeit stellt folglich eine entscheidende Weichenstellung dar, so dass der Frage nach dem Maßstab für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit eine zentrale Bedeutung zukommt. Im Urteil des BVerfG finden sich Hinweise zu den Anforderungen an einen autonom gebildeten und damit freiverantwortlichen Suizidentschluss²⁸⁸ (ausführlich → C. I. 3. a)). Daraus folgt insbesondere, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben sich nicht auf „bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt“.²⁸⁹ Im Unterschied sowohl zu den Regelungen anderer Länder²⁹⁰ als auch zu den meisten zuvor eingebrachten Regelungsentwürfen²⁹¹ darf das Recht auf selbstbestimmtes Sterben damit nicht an materielle Kriterien, wie zB eine schwere und unheilbare Krankheit, gebunden werden.²⁹² Lediglich Gesichtspunkten, die einen spezifischen Zusammenhang zur Freiverantwortlichkeit erkennen lassen, kann eine die zulässige Suizidassistenz begrenzende Funktion zukommen. Das Gericht benennt vier Voraussetzungen für einen freiverantwortlichen Suizidentschluss:²⁹³ (1) die Fähigkeit, den Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln; (2) die Kenntnis aller entschei-

²⁸⁷ NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 62 f.; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 37; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 8.

²⁸⁸ Das BVerfG spricht in seiner Entscheidung vorzugsweise von Autonomie bzw. einem autonomen Willen. Hier wird dagegen der Terminus Freiverantwortlichkeit bevorzugt, der im Strafrecht geläufiger ist. Zum Aussagegehalt der Begriffe instruktiv Remé, Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben, 2025, S. 9 ff. mwN.

²⁸⁹ BVerfGE 153, 182 (262 f.).

²⁹⁰ Dazu gehören Länder mit einem ausgesprochen liberalen Sterbehilferecht wie die Niederlande; vgl. Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie, 2021, S. 121 (142 Fn. 131).

²⁹¹ Nachw. bei Saliger, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1063 (1074). Der Autor plädiert dafür, die erlaubte Suizidhilfe „richtigerweise“ an „eine schwere und unheilbare Erkrankung mit hohem Leidensdruck für den Betroffenen“ zu knüpfen.

²⁹² Krit. hierzu, soweit Dritte in die Umsetzung des Suizidentschlusses eingebunden werden, Hillenkamp JZ 2020, 618 (620 f.); Hörnle JZ 2020, 872 (879).

²⁹³ BVerfGE 153, 182 (273 f.).

dungserheblichen Gesichtspunkte; (3) das Fehlen von Einflussnahmen und Druck; (4) eine gewisse Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses. Diese Kriterien sind in der Sache nicht neu. Sie finden sich zum einen bereits in Entscheidungen des BGH, wie im Hamburger und Berliner Fall (→ B. III. 2., 3.),²⁹⁴ oder sie sind von der Auslegung der Ernstlichkeit eines Tötungsverlangens in § 216 StGB bekannt.²⁹⁵ Zum anderen sind sie der Einwilligungsdogmatik im Bereich medizinischer (Heil-)Eingriffe entnommen.²⁹⁶ Es ist offensichtlich, dass das BVerfG ein anspruchsvolles Konzept von Autonomie verfolgt. Vor dem Hintergrund, dass es um den Schutz verfassungsrechtlich hoch- bzw. höchstrangiger Güter, namentlich Leben und Autonomie, geht, ist dieser Ansatz nachdrücklich zu begrüßen.²⁹⁷ Die vom BVerfG skizzierten Kriterien sind überdies in der Sache angemessen.²⁹⁸ Dass die Kriterien im Weiteren allerdings einer Konkretisierung und näheren Ausgestaltung bedürfen,²⁹⁹ versteht sich von selbst. Es empfiehlt sich jedoch weder für den Gesetzgeber³⁰⁰ noch für die Rechtsprechung hinter dem vom BVerfG formulierten Freiverantwortlichkeitsmaßstab zurückzubleiben.³⁰¹

b) Exkulpations- und Einwilligungslösung

Im Strafrecht stehen sich zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung traditionell die Exkulpations- und die Einwilligungslösung gegenüber.³⁰² Die Exkulpationslösung orientiert sich am Maßstab strafrechtlicher Verantwortung bei fremdschädigendem Verhalten und nimmt somit in Fällen, in denen diese ausgeschlossen ist (also §§ 19, 20, 35 StGB), einen unfreien Suizidentschluss an. Dagegen rekurriert die Einwilligungslösung auf die Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung und bezieht bei Selbsttötungsentscheidungen die Wertungen des § 216 StGB ein, so dass die Anforderungen

²⁹⁴ BGHSt 64, 121 (126); BGHSt 64, 135 (139).

²⁹⁵ Vgl. nur BGH NStZ 2011, 340 f. mwN.

²⁹⁶ LK-StGB/Grünwald, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 76 ff.; TK-StGB/Sternberg-Lieben, 31. Aufl. 2025, § 223 Rn. 48 ff.; MüKoStGB/Hardtung, 5. Aufl. 2025, § 223 Rn. 94 ff.

²⁹⁷ Grundsätzlich für gesteigerte Anforderungen auch: Pawlik, FS Kargl, 2015, S. 407 (414 ff.); Murmann, in: Dessecker et al. (Hrsg.) *Angewandte Kriminologie – Justizbezogene Forschung*, 2019, S. 273 (282 ff.); Hörnle JZ 2020, 872 (878); Frister ZfmE 67 (2021), 537 (540 f.); Duttge, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie*, 2021, S. 87 (102 ff.); Engländer, FS Schünemann, 2014, S. 583 (587 ff.).

²⁹⁸ Eingeh. Remé, *Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben*, 2025, S. 231 ff.

²⁹⁹ Remé, *Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben*, 2025, S. 239 ff.

³⁰⁰ Zur Bindungswirkung der Kriterien Remé, *Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben*, 2025, S. 225 ff.

³⁰¹ Dannecker ZfL 2025, 209 (223); s. auch LG Berlin I medstra 2025, 64 (65 f.).

³⁰² S. SSW-StGB/Momsen, 6. Aufl. 2024, Vor §§ 211 ff. Rn. 18.

an die Freiverantwortlichkeit insgesamt höher sind. Das BVerfG verhält sich zu diesen beiden Ansätzen zwar nicht explizit.³⁰³ Seine Ausführungen laufen aber erkennbar auf die Einwilligungslösung hinaus.³⁰⁴ Das zeigt sich besonders deutlich am Verweis auf die Grundsätze der Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung. Hieran ist richtig, dass die Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung nicht geringer als an eine Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung sein können,³⁰⁵ zumal letztere im Gegensatz zur Suizidentscheidung noch auf einer medizinischen Indikation beruht. Für die Einwilligungslösung spricht zudem, dass sie flexibler ist und damit mehr Einzelfallgerechtigkeit ermöglicht. Ein weiterer Vorzug liegt darin, dass die Einwilligungs- anders als die Exkulpationslösung in der Lage ist, psychische Störungen, die unterhalb der Schwelle des § 20 StGB liegen, ebenso wie (wesentliche) Motivirrtümer als Umstände zu erfassen, die einer freiverantwortlichen Entscheidung entgegenstehen können. Der Exkulpationsansatz bedarf hingegen einer Modifikation, sofern in solchen Fällen eine unfreie Suizidentscheidung befürwortet wird.³⁰⁶ Möglicherweise könnte man es als Schwäche der Einwilligungslösung ansehen, dass sie es nicht kategorisch auszuschließen vermag, dass etwa Kinder eine freiverantwortliche Suizidentscheidung treffen können.³⁰⁷ Es sollte jedoch grundsätzlich ausgeschlossen sein, dass Kinder sich freiverantwortlich für einen Suizid entscheiden können (→ C. II. 2. d) aa)).³⁰⁸ Um einen hinreichend hohen Schutz für die Güter Leben und Autonomie zu erreichen, wird in der Literatur vereinzelt auch vorgeschlagen, den Einwilligungs- und den Exkulpationsansatz zu kombinieren.³⁰⁹ Man wird allerdings ohnehin davon ausgehen können, dass in Fällen, in denen nach der Exkulpationslösung Freiverantwortlichkeit ausscheidet, diese auch nach der Einwilligungslösung nicht angenommen werden kann. Denn

³⁰³ Ebenso wenig wie der BGH, s. zB BGH NStZ 2024, 605 (608 f.); BGH NStZ 2025, 480 (482 f.).

³⁰⁴ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 108; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 103; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 15; Dannecker ZfL 2025, 209 (219).

³⁰⁵ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 108, und WH/Engländer, Strafrecht Besonderer Teil 1, 48. Aufl. 2025, § 2 Rn. 117.

³⁰⁶ Vgl. Roxin GA 2013, 313 (319 f.).

³⁰⁷ Eine freiverantwortliche Suizidentscheidung von Kindern halten dementsprechend für möglich: NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 65; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 67.

³⁰⁸ AnwKomm-StGB/Mitsch, 3. Aufl. 2020, Vor § 211 Rn. 18 („evident inakzeptabel“); SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 212 Rn. 16; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 107.

³⁰⁹ AnwKomm-StGB/Mitsch, 3. Aufl. 2020, Vor § 211 Rn. 16; Hillenkamp JZ 2019, 1053 (1055 [„qualifizierte Einwilligungslösung“]); ders., FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1091 (bes. 1094 ff.).

Personen, die schuldunfähig sind (§§ 19, 20 StGB), werden grundsätzlich auch keine freie Suizidentscheidung treffen können.³¹⁰ Für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung sollte es aber darauf ankommen, dass sämtliche vom BVerfG dargelegten Anforderungen erfüllt sind.³¹¹ Ergänzend kommt deshalb zumindest noch das Kriterium einer gewissen Dauerhaftigkeit hinzu.³¹² Die ebenfalls vom BVerfG in diesem Zusammenhang verlangte innere Festigkeit des Sterbewunsches ist dagegen aus der Rechtsprechung des BGH³¹³ und der Auslegung der Ernstlichkeit des Tötungsverlangens in § 216 StGB bereits bekannt.³¹⁴

c) Mögliche Wertungswidersprüche

Hieraus folgt, dass der Maßstab zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidentschlusses den Anforderungen an die Ernstlichkeit eines Tötungsverlangens in § 216 StGB weitgehend entspricht.³¹⁵ Davon geht auch der BGH aus und legt zugleich die vom BVerfG vorgegebenen Kriterien für einen freiverantwortlichen Sterbewillen zugrunde.³¹⁶ In dieser Anpassung des Bewertungsmaßstabs für einen freiverantwortlichen Suizidentschluss an die Ernstlichkeit des Tötungsverlangens in § 216 StGB lässt sich kein Wertungswiderspruch erkennen,³¹⁷ da Fremdtötungs- und Selbsttötungssachverhalte erheblich voneinander abweichen (→ C. II. 1). Mit diesen Unterschieden lässt sich auch die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen begründen.³¹⁸

Demgegenüber sind die Anforderungen an die wirksame Errichtung einer Patientenverfügung (§ 1827 BGB) deutlich abgesenkt. Zwar wird Einwilligung- bzw. Entscheidungsfähigkeit im Zeitpunkt der Errichtung vorausgesetzt.³¹⁹ Ob sie vorliegt, wird jedoch ex ante nicht überprüft. Hinzu kommt, dass Patientenverfügungen errichtet werden können und vermutlich regelmäßig auch errichtet werden,

³¹⁰ MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 48 f.

³¹¹ Remé, Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben, 2025, S. 335; Dannecker ZfL 2025, 209 (223).

³¹² TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 15.

³¹³ BGHSt 64, 121 (126); BGHSt 64, 135 (139).

³¹⁴ HK-GS/Duttge, 5. Aufl. 2022, StGB § 216 Rn. 8.

³¹⁵ Hillenkamp, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1091 (1098 „vollkommener Gleichklang“); Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, 2015, S. 120.

³¹⁶ BGH NStZ 2025, 480 (482); BGH NStZ 2024, 605 (607 ff.).

³¹⁷ Diskutiert von TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 16.

³¹⁸ MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 60a; AnwKomm-StGB/Mitsch, 3. Aufl. 2020, § 216 Rn. 1 f.; SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 216 Rn. 2; Matt/Renzikowski/Safferling, 2. Aufl. 2020, StGB § 216 Rn. 2 f.; NK-StGB/Saliger, § 216 Rn. 3; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 8; LK-StGB/Rissing-van Saan, 13. Aufl. 2023, § 216 Rn. 2; Dreier JZ 2007, 317 (319); Deuring medstra 2020, 266 (267).

³¹⁹ BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 40 ff.

ohne dass zuvor eine ärztliche Aufklärung oder Beratung über die darin getroffenen Festlegungen stattgefunden hat.³²⁰ Wegen der existenziellen Folgen, die Festlegungen in einer Patientenverfügung haben können, wie etwa ein zum Tode führender Behandlungsverzicht, wurde im Rahmen der Diskussion um die gesetzliche Normierung der Patientenverfügung mit guten Gründen eine vorherige Aufklärung gefordert.³²¹ Der Vorschlag wurde vom Gesetzgeber jedoch nicht übernommen.³²² Eine weitere Problematik lässt sich an dem vom BGH zum Behandlungsabbruch entschiedenen Fall (→ B. I. 1) gut veranschaulichen,³²³ in dem die Patientin ihren Willen nicht verschriftlicht hatte: Aus einer offenbar einmaligen Äußerung gegenüber einer Person (ihrer Tochter) wurden weitreichende Konsequenzen für die Betroffene gezogen, die deren Tod zur Folge gehabt hätten. Die Missbrauchsanfälligkeit der Regelung, zumal im Bereich von Behandlungswünschen und mutmaßlichem Willen (§ 1827 Abs. 2 BGB), ist offensichtlich. Es lässt sich daher festhalten, dass für die Errichtung einer Patientenverfügung nach § 1827 Abs. 1 BGB schon konzeptionell keine Anforderungen vorgesehen sind, die mit denen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung nach den Maßstäben des BVerfG oder der Einwilligungslösung unter Berücksichtigung der Wertung des § 216 StGB vergleichbar sind.³²⁴ Insbesondere kommt den Kriterien einer gewissen Dauerhaftigkeit oder inneren Festigkeit keine Bedeutung zu, und es besteht zudem keine Pflicht, Patientenverfügungen zu aktualisieren.³²⁵ Hieraus lässt sich jedenfalls nicht der Schluss ziehen, dass der Freiverantwortlichkeitsmaßstab bei Suizidentscheidungen ebenfalls zu reduzieren sei. Das widerspräche den Vorgaben des BVerfG, wäre zudem nicht sachgerecht und scheidet daher von vornherein aus. Man könnte aber eine Anhebung des Entscheidungsmaßstabs bei der Patientenverfügung erwägen, um in allen Fallkonstellationen ein (weitgehend) einheitliches Niveau zu erreichen.³²⁶ Diese Forderung nach Vereinheitlichung des Freiverantwortlichkeitsmaßstabs mag bei einer rein konsequentialistischen Betrachtung, nach der allein die Folgen der Handlung in den Blick zu nehmen sind, plausibel sein. Eine solche Betrachtung greift jedoch insofern zu

³²⁰ BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 64; zur häufigen Verwendung von Formularen und Textbausteinen bei der Erstellung einer Patientenverfügung s. Beckmann ZfL 2015, 102 (107).

³²¹ Taupitz (Fn. 8), A 111 ff.; ferner Duttge, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 569 (576).

³²² Argumente gegen eine vorherige Aufklärung bei Verrel (Fn. 3), C 84.

³²³ BGHSt 55, 191 ff.

³²⁴ Hillenkamp, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1091 (1104); TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 16.

³²⁵ BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 65.

³²⁶ Hillenkamp, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1091 (1105 ff.).

kurz, als sie die Handlung (tätiger Behandlungsabbruch) entkontextualisiert.³²⁷ Es ist aber einzuräumen, dass die geringen Anforderungen an die Patientenverfügung angesichts der möglichen Tragweite der Entscheidungen bedenklich sind.

d) Besonders vulnerable Personengruppen

Als besonders vulnerable Personengruppen im Hinblick auf das Vorliegen eines freiverantwortlichen Suizidentschlusses lassen sich insbesondere junge, ältere und körperlich sowie psychisch kranke Personen oder Personen in einer Lebenskrise ausmachen. Für diese Personengruppen soll die Problematik im Folgenden beispielhaft skizziert werden (→ aa) bis cc)). Die Darstellung ist insofern vereinfacht, als in zahlreichen Fällen mehrere Faktoren vorliegen werden, die eine erhöhte Vulnerabilität begründen (zB hohes Alter plus körperliche Erkrankung plus dadurch bedingte Depression³²⁸). Darüber hinaus stellen Personen, die in einer Strafvollzugsanstalt untergebracht sind, eine besonders vulnerable Gruppe dar. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit von Suizidentschlüssen von Gefangenen einschließlich deren Umsetzung wird in diesem Gutachten ausgeklammert, weil diese Materie zu vielschichtig ist.³²⁹ Im Grundsatz gilt, dass sich Begrenzungen des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben nicht schon zwangsläufig aus den genannten Umständen ergeben können. Im Anschluss wird noch auf eine Problematik eingegangen, die sich bei Vorausverfügungen von demenzkranken Personen ergibt (→ dd)). Personen, die an Demenz erkrankt sind, stellen ebenfalls eine besonders vulnerable Personengruppe dar. Streng genommen fällt diese Thematik jedoch aus dem hiesigen Zusammenhang heraus, da sie nicht den Bereich assistierter Suizide betrifft.

aa) Minderjährige

Für Kinder ist die Möglichkeit einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung grundsätzlich abzulehnen (→ C. II. 2. b)). Vergleichbares sollte für Jugendliche gelten³³⁰ – und es ließe sich auch noch für Heranwachsende in Erwägung ziehen. Es ist nämlich wegen der altersbedingt geringen Lebenserfahrung schwer vorstellbar, dass Min-

³²⁷ Zutr. Duttge, in: Bormann (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen*, 2017, S. 569 (589 ff.); ferner Verrel (Fn. 3), C 64; Remé, *Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben*, 2025, S. 333 f.

³²⁸ S. Mrozynski, *Suizidalität und Autonomie*, 2022, S. 5.

³²⁹ Vgl. hierzu die kürzlich erschienene, umfangreiche Untersuchung von Sachen, *Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben im Strafvollzug*, 2025.

³³⁰ AnwKomm-StGB/Mitsch, 3. Aufl. 2020, Vor § 211 Rn. 18; Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie?*, 2021, S. 120 (146 f.); SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 212 Rn. 16; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 107; abw. zB MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 50.

derjährige die Reife besitzen könnten, die Tragweite einer solchen Entscheidung in Gänze zu überblicken.³³¹ Hinzu kommt, dass Pubertät und Adoleszenz wegen der mit ihnen einhergehenden vielfältigen Veränderungsprozesse typischerweise eine besonders krisenanfällige Lebens- und Entwicklungsphase sind. Auf der Grundlage der vom BVerfG vorgegebenen Anforderungen sowie der Einwilligungslösung einschließlich der Wertung des § 216 StGB wird man daher eine freiverantwortliche Suizidentcheidung bei Minderjährigen grundsätzlich ausschließen können. Zumal es zur Gewährleistung eines hinreichenden Kinder- und Jugendschutzes zu Recht abgelehnt wird, dass Minderjährige in medizinisch nicht indizierte Behandlungsmaßnahmen (sog. Schönheitsoperationen) einwilligen können.³³² Vor diesem Hintergrund wäre es nicht nachvollziehbar, davon auszugehen, dass diese Personengruppe sich freiverantwortlich für einen Suizid entscheiden könnte. Auch die Errichtung einer Patientenverfügung nach § 1827 Abs. 1 BGB setzt Volljährigkeit voraus. Allerdings sind Ausnahmefälle denkbar, in denen Minderjährige an einer Krankheit mit infauster Prognose leiden und unerträgliche Schmerzen oder Leiden haben. Unter solchen Voraussetzungen wird man ihnen die Möglichkeit eines assistierten Suizids kaum kategorisch verweigern dürfen.³³³ Voraussetzung muss aber sein, dass sie – entsprechend den Anforderungen des BVerfG³³⁴ – altersgerecht über ihre Erkrankung und andere verbleibende Handlungsoptionen informiert werden, so dass sie in der Lage sind, eine realitätsgerechte, abgewogene Entscheidung zu treffen, die sie zudem in ihrer gesamten Tragweite auch erfasst haben müssen.

Im Weiteren ist Minderjährigen beim Vorliegen einer schweren, unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit die Möglichkeit zu eröffnen, eine lebensverkürzende schmerz- oder leidmindernde Behandlung in Anspruch zu nehmen oder auch eine (weitere) medizinische Behandlung abzulehnen (zu diesen Sterbehilfefällen → B. I. und II.). Denn diese Formen herkömmlicher Sterbehilfe müssen schwerkranken jungen Menschen, Kindern wie Jugendlichen, selbstverständlich offenstehen. Hierbei handelt es sich aber wegen des unmittelbaren

³³¹ Auch in der bekannten Gisela-Entscheidung, BGHSt 19, 135 ff., wird Freiverantwortlichkeit der 16-Jährigen kaum vorgelegen haben. S. Matt/Renzikowski/Safferling, 2. Aufl. 2020, StGB § 216 Rn. 9 in Fn. 30.

³³² MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, § 630d Rn. 61; LK-StGB/Grünewald, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 80; abw. Schramm, Ehe und Familie im Strafrecht, 2011, S. 218.

³³³ S. auch Domschke et al., Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte, Diskussion Nr. 26, Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina), 2021, S. 9 (Empfehlung Nr. 1); ähnlich Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie?*, 2021, S. 120 (166).

³³⁴ BVerfGE 153, 182 (273 f.).

Behandlungsbezugs und der Anknüpfung an einen Krankheitsprozess³³⁵ um eine andere Kategorie von Fallkonstellationen.³³⁶

bb) Ältere und/oder kranke Personen

Eine weitere besonders vulnerable Personengruppe stellen ältere oder auch kranke Menschen dar. Empirische Daten lassen erkennen, dass vor allem über 80-Jährige eine Suizidassistentz wünschen.³³⁷ Bei dieser Personengruppe kommt zu den üblichen altersbedingten Einschränkungen hinzu, dass sie signifikant häufiger von Erkrankungen betroffen ist. Den Suizidwünschen können vielfältige Beweggründe zugrunde liegen, zu denken ist an gesundheitliche, soziale, wirtschaftliche und familiäre. Hierzu können beispielsweise zählen: dass man es ablehnt, in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen, und es stattdessen vorzieht, in seinem Haus oder seiner Wohnung durch einen begleiteten Suizid zu sterben;³³⁸ dass man anderen Personen, insbesondere Familienangehörigen, nicht zur Last fallen möchte;³³⁹ dass man nicht in einen Zustand geraten möchte, in dem man zur Bewältigung des Alltags von anderen (fremden) Menschen weitgehend oder sogar vollkommen abhängig ist; dass man die Ersparnisse für seine Erben erhalten und nicht für eine Pflege- oder Altenheim ausgeben möchte. Diese Motive stehen einer freiverantwortlich getroffenen Suizidentcheidung per se noch nicht entgegen. Denn das BVerfG lehnt eine Begrenzung des Schutzbereichs des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben auf bestimmte Ursachen und Motive ausdrücklich ab, da hiermit eine Bewertung der Beweggründe einhergehe, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd sei.³⁴⁰

Auf der anderen Seite betont das BVerfG ebenso Schutzaspekte, denen im Hinblick auf ältere wie kranke Personen eine gesteigerte Bedeutung beizumessen sei.³⁴¹ Von der Schutzpflicht des Gesetzgebers werde es umfasst, einer Entwicklung entgegenzuwirken, die soziale Pressionen entstehen lässt, die dazu führen könnten, dass Menschen sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeits Erwägungen, das Leben nehmen. Auch jenseits der konkreten Einflussnahme Dritter dürfe der Einzelne nicht der Gefahr einer entsprechenden gesellschaftlichen Erwartungshaltung ausgesetzt sein. Das Gericht weist außerdem auf

³³⁵ BGHSt 55, 191 (204 f.).

³³⁶ BeckOK GG/Hillgruber, 64. Ed. 15.11.2025, Art. 1 Rn. 22; Wapler, in: Dreier GG, 4. Aufl. 2023, Art. 1 I Rn. 151, 153; ferner BVerfGE § 153, 182 (199f.) sowie → B. VI.

³³⁷ Woltersdorf et al. Nervenarzt 2015, 1120 (1123, 1125); Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (Hrsg.), Weißbuch Freitodbegleitung 2022, 2024, S. 172; Lang NJW 2020, 1562 (1564).

³³⁸ Vgl. den Sachverhalt in BGHSt 64, 121 (122).

³³⁹ Vgl. die Angaben in BVerfGE 153, 182 (280); Magnus medstra 2016, 210 (211).

³⁴⁰ BVerfGE 153, 182 (262f.).

³⁴¹ Zum Folgenden BVerfGE 153, 182 (271).

den steigenden Kostendruck hin, dem das Pflege- und Gesundheitssystem ausgesetzt sei.³⁴² Die beschriebenen Gefahren für die Selbstbestimmung, die sich aus der allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung der Gesellschaft ergeben, sind nicht zu bestreiten. Zumal es vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der vielfältigen Krisen nicht zu erwarten ist, dass sich die wirtschaftliche und soziale Lage in absehbarer Zeit entspannen wird. Eher ist das Gegenteil der Fall. Es geht hierbei aber vor allem um eine sozialpolitische Aufgabe, die politische wie gesellschaftliche Akteure zu bewältigen haben.³⁴³ Darüber hinaus sind die vom BVerfG benannten Risikofaktoren für sich genommen zu vage und zu unbestimmt, um damit Einschränkungen der Freiverantwortlichkeit zu begründen. Denn menschliche Entscheidungen sind, wie das Gericht hervorhebt, stets von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst.³⁴⁴

Suizidentscheidungen sollten aber daraufhin geprüft werden, ob alle relevanten Informationen zur Kenntnis genommen wurden, so dass dem Betroffenen eine realitätsgerechte Abwägung der für und gegen die Suizidentscheidung sprechenden Gesichtspunkte möglich ist.³⁴⁵ Realitätsverkennungen sind aus Gründen eines angemessenen Autonomie- und Lebensschutzes zu korrigieren, wohingegen die Bewertung von realitätsgerechten Informationen dem Betroffenen überlassen bleiben muss. Sofern beispielsweise als wesentliches Motiv für den Suizidwunsch eine von dem Betroffenen (subjektiv) als nicht hinnehmbar empfundene Versorgungssituation angegeben wird, lässt sich die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses nicht deshalb ablehnen, weil die Versorgungslage für den Betroffenen aufgrund seiner günstigen Vermögensverhältnisse weit über dem Durchschnitt liegt und damit (objektiv gesehen) vergleichsweise gut ist. Denn der Staat kann dem Einzelnen nicht die Maßstäbe für die Bewertung seiner Lebenslage vorgeben. Im Weiteren kann etwa das Motiv, nicht von anderen abhängig zu sein, bei Personen, die ihr Leben in größtmöglicher Unabhängigkeit gemeistert haben, dem eigenen Selbstbild entsprechen.³⁴⁶

Es wird jedoch zu Recht darauf hingewiesen, dass Suizidentscheidungen, selbst wenn diese nach einem anspruchsvollen Maßstab noch als freiverantwortlich gelten können, regelmäßig Ausdruck von Not und Hilflosigkeit der Betroffenen sind.³⁴⁷ Insofern wäre es eine Ver-

³⁴² BVerfGE 153, 182 (276 f.).

³⁴³ BVerfGE 153, 182 (287).

³⁴⁴ BVerfGE 153, 182 (272).

³⁴⁵ BVerfGE 153, 182 (273).

³⁴⁶ Zu diesem Aspekt BVerfGE 153, 182 (273).

³⁴⁷ Murmann, in: Dessecker et al. (Hrsg.) *Angewandte Kriminologie – Justizbezogene Forschung*, 2019, S. 273 (282 f.); Frister *ZfME* 67 (2021), 536 (542 f.); Lang *NJW* 2020, 1562 (1564); Augsberg *ZfME* 67 (2021), 525 (528).

kennung der Lebensrealität, den Suizid als finalen Akt personaler Freiheit zu heroisieren.³⁴⁸ Suizidentscheidungen werden regelmäßig in einer schwierigen Lebenslage getroffen und sind deshalb auch prinzipiell prekär. Den Betroffenen sollten daher zumindest Hilfsangebote eröffnet werden.³⁴⁹ Im Weiteren lässt sich jedoch allein aus diesen Umständen noch nicht auf fehlende Freiverantwortlichkeit schließen,³⁵⁰ da es ansonsten so gut wie keine freiverantwortlichen Suizide mehr gäbe. Das dürfte aber weder mit einer freiheitlich ausgerichteten Grundrechtsordnung einschließlich der Grundhaltung des BVerfG vereinbar noch in der Sache angemessen sein.

Eine Grenze ist aber zumindest dort erreicht, wo Druck in Form einer Nötigung (§ 240 StGB) auf den Betroffenen ausgeübt wird. Aber auch andere Formen der Einwirkung auf den Betroffenen, die geeignet sind, eine reflektierte und abgewogene Entscheidung zu verhindern, sollen nach den Vorgaben des BVerfG die Freiverantwortlichkeit ausschließen.³⁵¹ Man kann insoweit an Fälle denken, in denen der Betroffene erheblichem psychischen Druck ausgesetzt ist oder anderweitig zermürbt wird, beispielsweise weil Familienangehörige sich von den mit der Pflege verbundenen Belastungen befreien oder das Erbe möglichst ungeschmälert erhalten möchten. Man bewegt sich hier im Bereich einer verminderten Zurechnungsfähigkeit nach § 21 StGB. Durch eine entsprechende Anwendung dieser Vorschrift lässt sich eine freiverantwortliche Suizidentscheidung ablehnen. Sofern in den genannten Beispielen die auf den Betroffenen einwirkende Person überdies Tatherrschaft hinsichtlich des Tötungsgeschehens hat, kommt eine Strafbarkeit wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft in Betracht.³⁵²

cc) Personen in einer Lebenskrise und psychisch kranke Personen

Suizid wie Suizidalität stellen für sich genommen keine psychische Erkrankung dar, sind jedoch zumeist mit psychosozialen Krisen oder psychischen Störungen assoziiert.³⁵³ Das BVerfG setzt in seinen Erläuterungen zu den Anforderungen an die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit zunächst unterhalb von psychiatrischen Erkrankungen an, indem es auf vorübergehende Lebenskrisen Bezug nimmt.³⁵⁴ Suizidwünsche, die infolge von Schicksalsschlägen oder belastenden Le-

³⁴⁸ Rixen BayVBl. 2020, 397 (403).

³⁴⁹ Marckmann Psychiat Prax 2022, 67.

³⁵⁰ Frister ZfME 67 (2021), 536 (542 f.).

³⁵¹ BVerfGE 153, 182 (275).

³⁵² BGH NSTZ 2024, 605 (608).

³⁵³ Woltersdorf et al. Nervenarzt 2015, 1120 (1122, 1124).

³⁵⁴ BVerfGE 153, 182 (274). Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152), sprechen von einem weitgefassten Störungsbegriff, der Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen oder Vergleichbares umfasse.

bensereignissen entstehen, sind nämlich nicht zwangsläufig mit einer psychischen Erkrankung verknüpft.³⁵⁵ Ereignisse, die das bisherige Leben tiefgreifend verändern (wie zB der Verlust des Partners durch Trennung oder Tod, der Verlust des Arbeitsplatzes bzw. der wirtschaftlichen Grundlage, eine schwere Erkrankung), können zu einem „Zustand gefühlter Alternativlosigkeit“ führen, der wiederum die Grundlage für einen Suizidwunsch bildet. Aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis ist bekannt, dass dieser Zustand in aller Regel vorübergehend ist.³⁵⁶ Eine psychotherapeutische Unterstützung kann helfen, die Krise zu überwinden. Die vom BVerfG aufgeführten Kriterien der gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit ermöglichen es, die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses in solchen Fällen abzulehnen.³⁵⁷ Die Kriterien sowie das dadurch erreichte Ergebnis sind sachgerecht. Nach Einschätzung von Fachärzten dauert es mindestens sechs Monate, bis schwere Lebenskrisen, die durch die beispielhaft genannten Ereignisse ausgelöst werden können, einigermaßen bewältigt sind und sich dem Betroffenen eine neue Lebensperspektive eröffnet.³⁵⁸ Bei der Konkretisierung des Kriteriums der Dauerhaftigkeit des Suizidentschlusses sollte diesen Erkenntnissen Rechnung getragen werden, so dass in solchen Lebenslagen mindestens eine sechsmonatige Wartefrist zwischen der Beratung und der Prüfung der Freiverantwortlichkeit vorzusehen ist (→ C. II. 3. b)).³⁵⁹ Eine entsprechende Anpassung geht mit den Vorgaben des BVerfG konform. Danach ist eine flexible und auf die jeweilige Lebens- oder Krankheitssituation abgestimmte Handhabung des Nachweises der Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches möglich³⁶⁰ – und sie ist auch geboten. Im Weiteren sollte die Prüfung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung zur Gewährleistung eines hinreichenden Schutzes von Leben und Autonomie in Fällen einer Lebenskrise von fachlich qualifizierten Personen, also jedenfalls von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, durchgeführt werden.³⁶¹ Diese Ärzte sind zudem in der Lage, die Betroffenen fachkundig und umfassend zu beraten und ihnen Behandlungsoptionen und Handlungsalternativen aufzuzeigen.³⁶²

In der Psychiatrie wird davon ausgegangen, dass Suizide in nahezu 90 % der Fälle von Personen begangen werden, die an einer psychi-

³⁵⁵ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152).

³⁵⁶ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1153).

³⁵⁷ BVerfGE 153, 182 (274).

³⁵⁸ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1153).

³⁵⁹ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152).

³⁶⁰ BVerfGE 153, 182 (309).

³⁶¹ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152).

³⁶² Zu diesen Anforderungen BVerfGE 153, 182 (273 f., 275).

schen Erkrankung leiden.³⁶³ Im Vordergrund stehen Depressionen, die oft auch Folge von körperlichen Erkrankungen sind.³⁶⁴ Als weitere Krankheiten tauchen vor allem Schizophrenie und Suchterkrankungen auf.³⁶⁵ Es dürfte inzwischen Konsens darüber bestehen, dass psychische Erkrankungen nicht zwingend zur Folge haben, dass die Betroffenen unfähig sind, eine freiverantwortliche Suizidentcheidung zu treffen.³⁶⁶ Es bedarf also einer Prüfung im Einzelfall. Diese Prüfung muss beim Vorliegen einer psychischen Störung zwingend von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden, im besten Fall mit einer Expertise für die vorliegende Störung.³⁶⁷ Gleiches gilt für die ebenfalls erforderliche Beratung (→ C. II. 3. b) aa) (1)). Andernfalls wäre es nämlich schon nicht zu gewährleisten, dass eine „umfassende Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen“ durchgeführt werden, um es dem Suizidwilligen zu ermöglichen, die eigene Lage realitätsgerecht und rational einzuschätzen – wie es das BVerfG verlangt.³⁶⁸ Dem Sterbewilligen müssen also alle medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsoptionen bekannt sein. Das Gericht hält es ferner für problematisch, wenn die Prüfung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches „auf der Grundlage nicht näher nachvollziehbarer Plausibilitäts Gesichtspunkte“ erfolgt und wenn „beim Vorliegen körperlicher oder psychischer Erkrankungen auch ohne Kenntnis der medizinischen Unterlagen des Sterbewilligen und ohne Sicherstellung einer fachärztlichen Untersuchung, Beratung und Aufklärung Suizidhilfe geleistet wird“.³⁶⁹ Die damit einhergehenden Mängel lassen sich anhand entschiedener Fälle veranschaulichen (→ B. V.). Es ist dort nicht ersichtlich, dass eine qualifizierte Aufklärung bzw. Beratung stattgefunden hat und die Freiverantwortlichkeit durch eine fachkundige Person beurteilt wurde. Ein prozedurales Schutzkonzept, welches entsprechende Anforderungen stellt, existiert auch nicht. Die Folge sind Schutz- und Regelungslücken, durch die ein angemessener Autonomie- und Lebensschutz kaum gewährleistet werden kann.

Im Weiteren dürfte sich eine besondere Herausforderung bei psychisch schwer erkrankten Personen daraus ergeben, dass diese oftmals

³⁶³ Pollmächer Nervenarzt 2023, 625 (626); Woltersdorf et al. Nervenarzt 2015, 1120 (1124); Cording/Saß NJW 2020, 2695 (2696); BVerfGE 153, 182 (274 f.).

³⁶⁴ Pollmächer Nervenarzt 2023, 625 (626).

³⁶⁵ Woltersdorf et al. Nervenarzt 2015, 1120 (1126 f.); Mroczynski, Suizidalität und Autonomie, 2022, S. 6.

³⁶⁶ Aus psychiatrischer Perspektive Pollmächer Nervenarzt 2023, 625 (627 f.); Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1151); aus juristischer Perspektive BGHSt 64, 135 (140 f.); BGH NStZ 2025, 480 (482 f.); BVerfGE 153, 182 (273).

³⁶⁷ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1153); Rixen BayVBl. 2020, 397 (401).

³⁶⁸ BVerfGE 153, 182 (275).

³⁶⁹ BVerfGE 153, 182 (276).

fluktuierende Sterbewünsche haben, die teils freiverantwortlich, teils nicht mehr freiverantwortlich sind.³⁷⁰ Hier wird es regelmäßig an den Voraussetzungen einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Suizidentschlusses fehlen. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit im Einzelfall muss dem Facharzt überlassen bleiben. Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, soweit ersichtlich, auch bereit, diese Aufgabe zu übernehmen.³⁷¹ Umstritten ist in dieser Facharztgruppe wie in der Ärzteschaft insgesamt nur, ob neben der Einschätzung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung auch eine Unterstützung beim Suizid zu den ärztlichen Aufgaben gehören sollte.³⁷² Im Falle einer psychischen Erkrankung müssen (ebenso wie in anderen Fällen der Suizidassistenz) die Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit nicht nur bei der Überprüfung der Freiverantwortlichkeit im Vorfeld eines Suizids, sondern auch bei dessen Vollzug vorliegen. Verläuft eine psychische Erkrankung in Phasen und liegt Freiverantwortlichkeit vorübergehend nicht vor, lässt sich die Regelung zur Patientenverfügung (§ 1827 BGB) jedenfalls nicht anwenden. Hiernach ist es Personen zwar möglich, im Zustand der Einwilligungsfähigkeit Festlegungen für einen späteren Zustand zu treffen, in dem sie nicht mehr einwilligungsfähig sind. Die Festlegungen beziehen sich aber nur auf Maßnahmen mit einem spezifischen Behandlungsbezug, wohingegen der Suizid ein behandlungsfremder Akt ist.

dd) Demenzzranke Personen

Als eine weitere besonders vulnerable Personengruppe lassen sich an schwerer Demenz erkrankte Personen ansehen. Als „klassisches medizinethisches Dilemma“³⁷³ wird bereits seit Jahrzehnten der Fall einer infolge von Demenz nicht mehr einsichts- und urteilsfähigen Person verhandelt, die zuvor, im Zustand der Einwilligungsfähigkeit, in einer Patientenverfügung festgelegt hat, dass sie im Falle einer weit fortgeschrittenen Demenz medizinisch indizierte, lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen (zB die Behandlung einer Lungenentzündung mit einem Antibiotikum) ablehnt. Kontrovers diskutiert wird

³⁷⁰ Pollmächer Psychiatr Prax 2022, 69.

³⁷¹ Pollmächer Psychiatr Prax 2022, 69; Marckmann Psychiatr Prax 2022, 67; DGPPN, Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids, Stellungnahme vom 1.7.2024 (https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf; zuletzt abgerufen am: 17.6.2025).

³⁷² Dafür Marckmann Psychiatr Prax 2022, 67f.; dagegen Pollmächer Psychiatr Prax 2022, 69. S. auch Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags, Zum Umgang von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit ärztlich assistierten Suiziden, 2022, S. 8 ff. (<https://www.bundestag.de/resource/blob/922290/WD-9-071-22-pdf.pdf>; zuletzt abgerufen am 12.10.2025).

³⁷³ Fuchs, in: Moos et al. (Hrsg.), Randzonen des Willens, 2016, S. 43 (57f.).

insbesondere, ob Ärzte an die Festlegung der Patientenverfügung gebunden sind und somit die medizinisch angezeigte Behandlung nicht durchführen dürfen, selbst wenn die demente Person einen sog. natürlichen Lebenswillen zeigt.³⁷⁴ Es geht also um die Frage, ob die frühere Festlegung eines Behandlungsverzichts in der Patientenverfügung oder der aktuelle Lebenswille mit der Folge einer Behandlungspflicht ausschlaggebend ist. Die komplexe medizinethische Debatte kann hier nicht nachgezeichnet werden.³⁷⁵ Das BVerfG hatte im Rahmen seiner Entscheidung zu § 217 StGB³⁷⁶ keine Veranlassung, sich mit dieser Fragestellung zu befassen. Denn Gegenstand dieser Entscheidung waren assistierte Suizide. Demgegenüber ist der geschilderte Fall in den Bereich des durch eine medizinische Indikation geprägten ärztlichen Behandlungsrechts und damit zugleich in den Regelungsbereich der Patientenverfügung (§ 1827 BGB) einzuordnen. Der Fall gehört also sachlich zu den Fällen eines Behandlungsabbruchs aufgrund einer Patientenverfügung bzw. eines mutmaßlichen Willens des Betroffenen (→ B. I.). Ein erheblicher Unterschied zu den herkömmlichen Fällen dieser Kategorie liegt jedoch darin, dass man es hier mit lebensbejahenden bzw. -zufriedenen Personen zu tun hat.³⁷⁷ Im zivilrechtlichen Betreuungsrecht ist diese Fallvariante nicht ausdrücklich geregelt. In strafrechtlicher Hinsicht ist zu klären, ob der Arzt durch die Vornahme einer medizinisch indizierten, lebensrettenden Behandlung entgegen der Festlegung in der Patientenverfügung Körperverletzungsunrecht erfüllt oder ob er Tötungsunrecht durch Unterlassen verwirklicht, wenn er die lebensrettende Behandlung trotz eines sog. natürlichen Lebenswillens nicht durchführt.

Aus zivilrechtlicher Perspektive stellt sich zunächst die Frage, ob der natürliche Wille als Widerruf der Patientenverfügung nach § 1827 Abs. 1 S. 3 BGB angesehen werden kann. Nach dieser Vorschrift ist der Widerruf der Patientenverfügung „jederzeit formlos möglich“. Nach überwiegender Meinung scheidet ein Widerruf jedoch aus. Denn für den Widerruf einer Patientenverfügung bedürfe es ebenso wie für deren Errichtung einer einwilligungsfähigen Person.³⁷⁸ Demnach können Festlegungen, die in einer Patientenverfügung getroffen wurden, ab dem Zustand einer dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit nicht mehr widerrufen werden, und der Betroffene wird „in brutaler Endgültigkeit an seinem eigenen früher geäußerten Willen [festgehal-

³⁷⁴ Eingeh. Lanzrath, Patientenverfügung und Demenz, 2015, S. 147 ff., sowie Schröder, Behandlungsabbruch beim Demenzkranken, 2023, S. 163 ff.

³⁷⁵ S. Schöne-Seifert/Stier, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1545 ff. mwN.

³⁷⁶ BVerfGE 153, 182.

³⁷⁷ Schöne-Seifert/Stier, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1545 (1549).

³⁷⁸ BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 80 mwN; aA Taupitz (Fn. 8), A 117 f.; Gärditz ZfL 2010, S. 38 (47).

ten]“.³⁷⁹ Auf der anderen Seite ist im Zivilrecht die grundsätzliche Relevanz eines natürlichen Willens anerkannt (s. zB § 1830 Abs. 1 Nr. 1 BGB).³⁸⁰ Deshalb wird auch von Befürwortern der genannten Ansicht betont, dass die Äußerungen von einwilligungsunfähigen Personen keinesfalls unbeachtlich seien, wenngleich sie keinen Widerruf darstellten.³⁸¹ Vielfach wird angenommen, dass die Festlegung in der Patientenverfügung nicht zur Anwendung komme, weil sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation nicht passe (iSv § 1827 Abs. 1 S. 1 BGB).³⁸² Im Ergebnis wird hiernach also dem aktuell geäußerten Willen der Vorrang eingeräumt. Darüber hinaus wird vertreten, der Betroffene könne die künftige Unbeachtlichkeit seines geäußerten natürlichen Willens in einer Patientenverfügung nicht festlegen.³⁸³ Dass hierdurch die Bindungswirkung von Vorausverfügungen beschränkt wird, lässt sich kritisieren.³⁸⁴ Die gegenteilige Position hat aber zur Folge, dass Äußerungen von einwilligungsunfähigen Personen jegliche Relevanz in dieser existentiellen Frage abgesprochen wird.

In der übrigen rechtswissenschaftlichen Literatur geht die wohl herrschende Meinung ebenfalls davon aus, dass der aktuell geäußerte natürliche Wille maßgeblich sei.³⁸⁵ Die Begründungen für dieses Ergebnis variieren. In der beschriebenen Fallkonstellation hat diese Ansicht eine Behandlungspflicht zur Folge, so dass bei einem Unterlassen der Behandlung mit tödlichem Ausgang eine Strafbarkeit wegen eines vorsätzlichen Tötungsdelikts in Betracht kommt. Diese lebensschützende

³⁷⁹ Taupitz (Fn. 8), A 117.

³⁸⁰ Schmidt-Recla, in: Moos et al. (Hrsg.), Randzonen des Willens, 2016, S. 147 (159 ff.); BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 84.

³⁸¹ BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 81.

³⁸² Dezidiert Schmidt-Recla, in: Moos et al. (Hrsg.), Randzonen des Willens, 2016, S. 311 (314), am Beispiel des Falles von Walter Jens; i. E. ebenso BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 67; eingeh. Schröder, Behandlungsabbruch beim Demenzkranken, 2023, S. 240 ff. mwN.

³⁸³ BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 146; Gärditz ZfL 2010, S. 38 (48).

³⁸⁴ Schöne-Seifert/Stier, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1545 ff., die demgegenüber für eine „intendierte Selbstbindung“ eintreten (bes. 1560 ff.). Hierfür wird regelmäßig eine sog. informierte Willensäußerung vorausgesetzt (s. Jox/Ach/Schöne-Seifert, DÄBl. 2014, A. 394 f.). Für die Errichtung einer Patientenverfügung ist indes keine Aufklärung vorgesehen, so dass eine entsprechende Willensäußerung auch nicht gewährleistet ist.

³⁸⁵ R. Merkel Ethik Med 2004, 298 ff.; Neumann/Ruiz López ZfIStw 2025, 569 (580); Magnus NSTz 2013, 1 (5); Lanzrath, Patientenverfügung und Demenz, 2015, S. 258; Schröder, Behandlungsabbruch beim Demenzkranken, 2023, S. 233 ff.; Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie?, 2021, S. 120 (148); Mevis et al., in: Eidam/Lindemann (Hrsg.), Grundfragen und aktuelle Herausforderungen der ärztlichen Sterbegleitung, 2019, S. 31 (58 ff.); Hillgruber JZ 2020, 1159 (1160 f.). AA MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 56; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 178 ff.

Position ist vorzugswürdig. Es ist schon *prima facie* schwer vorstellbar, eine Person gegen ihren natürlichen Lebenswillen dem Tode zu überlassen.³⁸⁶ Zumal man sich damit über die der Person allein verbliebenen begrenzten Äußerungsmöglichkeiten hinwegsetzte.³⁸⁷ Der in der Patientenverfügung erklärte Behandlungsverzicht beruhte auf der Annahme, dass der Zustand einer schweren Demenz ein leidvoller Zustand sein würde. Dieser Zustand eines Leidens ist aber für die betroffene Person nicht eingetreten. Daher würde man bei einem Unterlassen der medizinisch angezeigten Behandlung die demente Person ihrem Tod überlassen, allein aufgrund einer Vorstellung, die sich (für diese Person) jedoch als unzutreffend erwiesen hat.³⁸⁸ In diesem Zusammenhang ist auch an die geringen Anforderungen an die Errichtung einer Patientenverfügung zu erinnern (→ C. II. 2. c)).³⁸⁹ Als weitere Schwierigkeit kommt in diesen Fällen hinzu, dass eine klare Bewertung von Äußerungen schwer demenzkranker Personen oftmals kaum möglich sein wird.³⁹⁰ Insoweit muss gelten, dass dem Lebensschutz im Zweifel der Vorrang einzuräumen ist.³⁹¹

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie im umgekehrten Fall zu verfahren ist, in dem die Durchführung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen in einer Patientenverfügung festgelegt wurde, die inzwischen schwer demenzkranke Person bei Eintritt einer lebensbedrohlichen, gut behandelbaren Erkrankung aber keinen Lebenswillen mehr erkennen lässt. Auf den ersten Blick wäre es vermutlich konsequent, dem natürlichen Willen auch in dieser Fallvariante den Vorrang zu geben. Das hätte aber zur Folge, dass eine Person auf der Grundlage einer nicht freiverantwortlichen Entscheidung einer Lebensgefahr bzw. dem Tod ausgesetzt wird. Das überzeugt nicht. Vielmehr sind beide Fallvarianten unterschiedlich zu behandeln, so dass hier die Festlegung in der Patientenverfügung maßgebend ist. Demnach sind an den Willen, am Leben zu bleiben, deutlich geringere Anforderungen zu stellen als an den Willen zu sterben.³⁹² Die unterschiedlichen Anforderungen lassen sich erneut auf den Vorrang des Lebensschut-

³⁸⁶ Neumann/Ruiz López ZfIStw 2025, 569 (580); Gärditz ZfL 2010, 38 (47).

³⁸⁷ Gärditz ZfL 2010, 38 (47f.).

³⁸⁸ S. auch Mevis et al., in: Eidam/Lindemann (Hrsg.), Grundfragen und aktuelle Herausforderungen der ärztlichen Sterbebegleitung, 2019, S. 31 (59f.). Im Ansatz vergleichbar Hörnle JZ 2020, 827 (857f.), deren Anforderungen an eine Fehleinschätzung aber zu hoch und für demenzkranke Personen schwer zu erfüllen sein dürften.

³⁸⁹ Zur häufigen Verwendung von Formularen und Textbausteinen bei der Erstellung einer Patientenverfügung s. Beckmann ZfL 2015, 102 (107).

³⁹⁰ Ausführl. Schröder, Behandlungsabbruch beim Demenzkranken, 2023, S. 259 ff., 266 ff.

³⁹¹ Gärditz ZfL 2010, 38 (48).

³⁹² Lanrath, Patientenverfügung und Demenz, 2015, S. 238; s. ferner Schröder, Behandlungsabbruch beim Demenzkranken, 2023, S. 222 f. mwN; krit. Verrel, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 617 (630).

zes stützen und im Kern auf den Grundsatz einer lebensbejahenden Gesellschaft zurückführen.³⁹³

3. Regulierungsbedarf und -optionen

a) Ausgangslage

Das BVerfG stellt in seiner Entscheidung ausdrücklich heraus, dass aus der Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB nicht folge, dass der Gesetzgeber sich einer Regulierung der Suizidhilfe vollständig zu enthalten habe. Es sei vielmehr nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber aus den ihm obliegenden Schutzpflichten für das Leben und die Autonomie einen Handlungsauftrag ableite.³⁹⁴ Andererseits ergibt sich aus dem Urteil des BVerfG unmittelbar keine Pflicht, die Suizidhilfe zu regulieren.³⁹⁵ Die überwiegende Meinung geht jedoch zu Recht davon aus, dass ein Regulierungsbedarf besteht.³⁹⁶ Für diese Ansicht sprechen vor allem die derzeit bestehenden rechtlichen Unsicherheiten³⁹⁷ sowie die damit zusammenhängenden Gefahren für die verfassungsrechtlich hochrangigen Schutzgüter Leben und Autonomie sterbewilliger Personen. Insbesondere mit Blick auf Ärzte als der primär betroffenen Berufsgruppe wird geltend gemacht,³⁹⁸ dass sie sich bei einer Mitwirkung am Suizid wegen fehlender prozeduraler Vorgaben zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentcheidung sowie zum weiteren Ablauf einschließlich der Umsetzung dieses Entschlusses beachtlichen Strafbarkeitsrisiken aussetzen, so dass sich die Frage stelle, wer solche Risiken auf sich nehme. Folge davon könnten faktische Zugangshindernisse für sterbewillige Personen sein. Daran dürfte richtig sein, dass jedenfalls Ärzte, die auf ihre Seriosität und Reputation bedacht sind, nach derzeitiger Rechtslage schwerlich bereit sein werden, Suizidassistenten zu leisten. Denn solche Ärzte werden sich auf die genannten Unwägbarkeiten nachvollziehbarerweise nicht einlassen. Das begünstigt eine „Negativauswahl“, von der erhöhte Gefahren für das Leben und die Autonomie

³⁹³ Dürig/Herzog/Scholz/Di Fabio, 108. EL August 2025, GG Art. 2 Abs. 2 Rn. 48.

³⁹⁴ BVerfGE 153, 182 (308).

³⁹⁵ Huster, in: Kämper/Schilberg (Hrsg.), Assistierter Suizid, 2022, S. 35 (39); Frister ZfmE 67 (2021), 536 (544); NK-MedizinStR/Henking, 2023, § 212 Rn. 89.

³⁹⁶ Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf, 2021, S. 30; Rixen BayVBl. 2020, 397 (403); Lindner ZRP 2020, 66; MüKoStGB/Brunhöber, 5. Aufl. 2025, § 217 Rn. 59; Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie?, 2021, S. 120 (126, 134 ff., 144 ff.); zurückhaltender Huster, in: Kämper/Schilberg (Hrsg.), Assistierter Suizid, 2022, S. 35 (39); LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 93.

³⁹⁷ Schöch GA 2020, 423 (427 f.); Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie?, 2021, S. 120 (126); Weißer GA 2025, 380 (384).

³⁹⁸ Zum Folgenden Weißer GA 2025, 380 (384).

sterbewilliger wie besonders schutzbedürftiger Personen ausgehen (→ B. V.). Für Personen, die freiverantwortlich zum Suizid entschlossen sind, wird es dadurch andererseits erheblich erschwert, vertrauenswürdige und integre Ärzte zu finden, die sie bei der Selbsttötung unterstützen. Schon allein um diese Defizite zu beheben, ist eine Regulierung der Materie geboten.

Das vom BVerfG in seinem Urteil beschriebene „Spannungsfeld“, in dem die „Achtung vor dem das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht [...] in Kollision zu der Pflicht des Staates [tritt], die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen“, ³⁹⁹ besteht zudem unverändert fort. Es ist grundsätzlich die Aufgabe des Gesetzgebers, dieses Spannungsverhältnis aufzulösen. ⁴⁰⁰ Bei der Ausgestaltung und Konkretisierung der staatlichen Schutzpflichten kommt dem Gesetzgeber ein Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsraum zu. ⁴⁰¹ Das BVerfG sah ferner die zur Einführung des § 217 StGB führende Annahme des Gesetzgebers, von einem unregulierten Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe könnten Gefahren für die Selbstbestimmung und das Leben ausgehen, als tragfähige Grundlage an. ⁴⁰² Wegen des hohen verfassungsrechtlichen Rangs der Schutzgüter ging der Zweite Senat außerdem davon aus, dass auch der Einsatz des Strafrechts in Form abstrakter Gefährdungsdelikte grundsätzlich legitim sei. ⁴⁰³ Denn zum Schutz elementarer Werte könne ein vorbeugender Rechtsgüterschutz geboten sein, nach dem schon Gefahren von Grundrechtsverletzungen entgegengetreten wird. ⁴⁰⁴

Mit Blick auf die Regulierungsoptionen ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass die Mitwirkung an Suiziden, die nicht freiverantwortlich sind, bereits nach gegenwärtiger Rechtslage in aller Regel strafbar ist. In Betracht kommen eine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts in mittelbarer Täterschaft sowie wegen fahrlässiger Tötung (→ B. V. 2. sowie VI.). ⁴⁰⁵ Insofern ist ein Bedarf an weiteren Straftatbeständen nicht ohne weiteres zu erkennen. Die dargestellten Fälle

³⁹⁹ BVerfGE 153, 182 (268).

⁴⁰⁰ BVerfGE 153, 182 (268). Für eine Regulierungspflicht Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie?*, 2021, S. 120 (134 f.), mit Verweis auf die Wesentlichkeitstheorie; ebenso Remé, *Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben*, 2025, S. 282 ff.

⁴⁰¹ BVerfGE 153, 182 (268).

⁴⁰² BVerfGE 153, 182 (269); ferner Murmann, in: Dessecker et al. (Hrsg.), *Angewandte Kriminologie – Justizbezogene Forschung*, 2019, S. 273 (286 ff.); Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie?*, 2021, S. 120 (139 f.).

⁴⁰³ BVerfGE 153, 182 (284).

⁴⁰⁴ BVerfGE 153, 182 (284 f.).

⁴⁰⁵ S. auch MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 112 f.; Frister *ZfME* 67 (2021), 536 (545).

haben zudem gezeigt (→ B. III., IV., V.), dass deren Problematik nicht darin liegt, dass als strafwürdig oder -bedürftig anzusehende Verhaltensweisen nach derzeitiger Rechtslage nicht bestraft werden könnten. Die Problematik der Fälle liegt vielmehr in fehlenden verfahrensrechtlichen Vorgaben zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung sowie zum weiteren Ablauf und zur Umsetzung dieser Entscheidung. Durch ein verfahrensrechtliches Schutzkonzept wäre es möglich, der Gefahr eines Missbrauchs und einer Verletzung der Schutzgüter Leben und Autonomie von Betroffenen im Vorfeld entgegenzuwirken. Das spricht dafür, dass der Gesetzgeber den Fokus auf Prävention und weniger auf Repression legen sollte.

Das BVerfG skizziert in seinem Urteil mehrere Regulierungsoptionen, wobei es ausdrücklich auch eine neue strafrechtliche Verbotsnorm für „besonders gefahrenträchtige Erscheinungsformen der Suizidhilfe“ erwähnt.⁴⁰⁶ Dementsprechend wurden in jüngster Vergangenheit Diskussions- bzw. Gesetzentwürfe vorgelegt, die vorsahen, in einem neuen § 217 Abs. 1 StGB entweder allgemein die Hilfe zur Selbsttötung⁴⁰⁷ oder die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung⁴⁰⁸ unter Strafe zu stellen. In einem Absatz 2 war sodann geregelt, unter welchen prozeduralen Voraussetzungen die Hilfe zur Selbsttötung oder die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung erlaubt ist. Der erstgenannte Vorschlag, der generell ein Verbot der Hilfe zur Selbsttötung vorsieht, bewegt sich nicht mehr in dem vom BVerfG vorgegebenen Rahmen möglicher Regulierungen. Denn das BVerfG erwägt eine strafrechtliche Verbotsnorm lediglich für besonders gefahrenträchtige Erscheinungsformen der Suizidhilfe. Dagegen wird der zweitgenannte Regelungsvorschlag von den genannten Hinweisen des BVerfG umfasst.

Allerdings sprechen die Ausführungen des Zweiten Senats insgesamt doch eher für eine andere gesetzgeberische Lösung: namentlich für ein verfahrensrechtliches Schutzkonzept, das nicht an eine im Strafrecht zu verankernde Verbotsnorm anschließt.⁴⁰⁹ Das gilt insbesondere für den Verweis auf das Menschenbild des Grundgesetzes. Hierzu führt das BVerfG aus: Dem Grundgesetz liege ein Menschenbild zugrunde, welches von der Würde des Menschen und der freien

⁴⁰⁶ BVerfGE 153, 182 (309).

⁴⁰⁷ BMG, Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Diskussionsentwurf_Suizidhilfe_Gesetz.pdf; zuletzt abgerufen am 2.12.2025).

⁴⁰⁸ Castellucci/Heveling et al., BT-Drs. 20/904.

⁴⁰⁹ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 94.

Entfaltung der Persönlichkeit in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ausgehe. Dieses Menschenbild habe der Ausgangspunkt jedes regulatorischen Ansatzes zu sein.⁴¹⁰ An anderer Stelle heißt es: Der Entschluss zur Selbsttötung dürfe nicht einem unwiderleglichen Generalverdacht mangelnder Freiheit und Reflexion unterstellt werden. Denn dadurch verkehre man die verfassungsprägende Grundvorstellung des Menschen als eines in Freiheit zur Selbstbestimmung fähigen Wesens in ihr Gegenteil.⁴¹¹ Mit diesen Prämissen ist eine weitere strafrechtliche Verbotsnorm, die bestimmte Formen der Teilnahme an einem Suizid zum Gegenstand hat, kaum noch vereinbar. Denn (wie ausgeführt) ist die Mitwirkung an nicht freiverantwortlichen Suiziden ohnehin schon nach derzeitiger Rechtslage strafbar (→ B. V. 2. sowie VI.), und ein gegen die Autonomie gerichteter Lebensschutz scheidet aus.⁴¹² Konzeptionell gehen solche Vorschläge von der (vermuteten) Unfreiheit der Suizidentscheidung aus, womit sie zu dem vom BVerfG formulierten Menschenbild kaum passen.⁴¹³ Als problematisch ist es ebenfalls anzusehen, dass das BVerfG aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG) das Recht ableitet, „sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen“,⁴¹⁴ wohingegen aus einem Straftatbestand, der Formen der Teilnahme am Suizid pönalisiert, folgen würde, dass diese Verhaltensweisen grundsätzlich verboten sind.

Gegen das vom BVerfG gezeichnete Menschenbild lässt sich kritisch anmerken, dass es wenig realitätsgerecht ist.⁴¹⁵ Denn Suizide werden ganz überwiegend in schwierigen Lebenslagen, von psychisch belasteten oder kranken sowie älteren Personen begangen (→ C. II. 2. d)). Suizidentscheidungen sind zudem häufig ambivalent und fragil.⁴¹⁶ Die Kritik weist daher zutreffend auf bestehende Gefahren für die Autonomie und das Leben sterbewilliger Personen hin. Hieraus folgt jedoch zunächst die Notwendigkeit von niedrigschwelligen sozialpolitischen bzw. fürsorgerischen Hilfs- sowie medizinischen Behandlungsangeboten für Personen mit Sterbewunsch. Die Einführung eines abstrakten Gefährdungsdelikts zur Eindämmung dieser Gefahren könnte dagegen zugunsten weniger einschneidender Maßnahmen der Autonomiesicherung zurücktreten, wenn diese gleichermaßen

⁴¹⁰ BVerfGE 153, 182 (286, 308).

⁴¹¹ BVerfGE 153, 182 (288).

⁴¹² BVerfGE 153, 182 (287).

⁴¹³ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 97.

⁴¹⁴ BVerfGE 153, 182 (260, 261, 264).

⁴¹⁵ Rixen BayVBl. 2020, 397 (403); Lang NJW 2020, 1562 (1564); Graumann, in: Kämper/Schilberg (Hrsg.), Assistierter Suizid, 2022, S. 105 (109).

⁴¹⁶ Becker, in: Bormann (Hrsg.), Tod und Sterben, 2024, S. 383 (386 ff.); Graumann, in: Kämper/Schilberg (Hrsg.), Assistierter Suizid, 2022, S. 105 (109).

zielführend sind.⁴¹⁷ Als weniger einschneidende Maßnahme kommt grundsätzlich ein prozedurales Sicherungskonzept in Betracht, das außerhalb des Strafrechts anzusiedeln ist. Dass ein solches Schutzkonzept von vornherein weniger geeignet wäre, die Suizidhilfe zu regulieren und eine freiverantwortliche Suizidentcheidung entsprechend den hohen Anforderungen des BVerfG sicherzustellen, ist nicht zu erkennen. Dieser Lösungsweg ist deshalb vorzuziehen. Wie effektiv ein solches Sicherungskonzept im Einzelnen jedoch ist, hängt maßgeblich von dessen Ausgestaltung ab.

Insbesondere müssen Verstöße gegen entsprechende verfahrensrechtliche Regelungen eigens sanktioniert werden. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass Verstöße gegen einzelne Verfahrensregeln nicht zwangsläufig dazu führen können, dass Tötungsunrecht (sei es in Form eines Vorsatz- oder Fahrlässigkeitsdelikts) verwirklicht wurde. Um Tötungsunrecht anzunehmen, kommt es vielmehr nur darauf an, ob bei dem Sterbewilligen bei Vornahme des Suizids von einem freiverantwortlichen Sterbewunsch auszugehen ist.⁴¹⁸ Das kann unabhängig davon der Fall sein, ob die Vorgaben des prozeduralen Schutzkonzepts eingehalten wurden. Ebenso wie es umgekehrt sein kann, dass trotz Einhaltung der Verfahrensvorgaben keine freiverantwortliche Suizidentcheidung im Zeitpunkt der Tat vorlag. Beides – Verwirklichung von Tötungsunrecht und Verstoß gegen Verfahrensregeln – ist also auseinanderzuhalten. Der Verstoß gegen einzelne Verfahrensregeln erreicht jedenfalls für sich genommen noch nicht das Niveau von Tötungsunrecht.⁴¹⁹ Für Verletzungen verfahrensrechtlicher Vorgaben müssen deshalb innerhalb dieses Regelungskonzepts angemessene Sanktionen (insbesondere Bußgeld) vorgesehen werden.⁴²⁰ Grundsätzlich wäre es jedoch auch möglich, auf strafrechtliche Sanktionen (Geldstrafe und auch Freiheitsstrafe) zurückzugreifen, soweit dies für notwendig erachtet wird.⁴²¹

Wenngleich verfahrensrechtliche Verstöße auch nicht per se eine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts zu begründen vermögen, so sind diese Verstöße für die strafrechtliche Bewertung keineswegs be-

⁴¹⁷ Vgl. Kaspar, Verhältnismäßigkeit und Grundrechtsschutz im Präventionsstrafrecht, 2014, S. 244; s. auch BVerfGE 153, 182 (288); krit. Gärditz JZ 2016, 641 (645 f.).

⁴¹⁸ S. Verrel NSTz 2010, 671 (674), zur vergleichbaren Frage nach dem Verhältnis von betreuungsrechtlichen Verfahrensregeln zur Feststellung des Patientenwillens im BGB und der Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts.

⁴¹⁹ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 72; Verrel NSTz 2010, 671 (674); Engländer JZ 2011, 513 (519); Rissing-van Saan ZIS 2011, 544 (548); Sternberg-Lieben, FS Roxin II, 2011, S. 537 (548 f.).

⁴²⁰ Engländer JZ 2011, 513 (519); vgl. Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf, 2021, S. 10.

⁴²¹ S. Duttge MedR 2020, 570 (572); Künaß/Scheer/Keul et al., BT-Drs. 20/2293, S. 6 (§ 8 Abs. 1).

langlos.⁴²² Sollte sich nämlich herausstellen, dass die Entscheidung zu sterben nicht freiverantwortlich war, kommt bei einer Nichteinhaltung der verfahrensrechtlichen Vorgaben regelmäßig eine Strafbarkeit des Suizidhelfers wegen eines Tötungsdelikts in Betracht. Sofern er elementare Verfahrensregeln bewusst missachtet hat, dürfte er in der Regel billigend in Kauf genommen haben, dass der Sterbewunsch mangelbehaftet war. In diesem Fall steht also eine Strafbarkeit wegen vorsätzlicher Tötung im Raum. Da das Außerachtlassen von Verfahrensregeln ein sorgfaltswidriges Verhalten begründet, bleibt zumindest eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung möglich. Auf der anderen Seite hat die Einhaltung der Verfahrensvorgaben für Suizidhelfer eine entlastende Funktion. Denn beim Vorliegen eines nicht freiverantwortlichen Suizidentenschlusses, scheidet eine Strafbarkeit des Suizidhelfers wegen eines Tötungsdelikts unter der Voraussetzung aus, dass sämtliche prozeduralen Vorgaben eingehalten wurden und für ihn auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich waren, dass eine defizitäre Entscheidung vorlag. In einem solchen Fall lässt sich weder ein Fremdtötungsvorsatz begründen noch eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung, da es an einem Sorgfaltsverstoß fehlt.

b) Eckpunkte eines prozeduralen Schutzkonzepts

Ein legislatives Schutzkonzept verlangt nach dem BVerfG „eine strikte Beschränkung staatlicher Intervention auf den Schutz der Selbstbestimmung, der durch Elemente der medizinischen und pharmakologischen Qualitätssicherung und des Missbrauchsschutzes ergänzt werden kann“.⁴²³ Sämtliche Schutzmechanismen müssen daher auf die Gewährleistung der Freiverantwortlichkeit des Suizidentenschlusses gerichtet sein. Damit scheiden wohlmeinende Schutzanliegen aus, die an einem objektiven Maßstab, vergleichbar dem (objektiven) Patientenwohl im Medizinrecht, ausgerichtet werden. Ein verfahrensrechtliches Schutzkonzept trägt jedoch zwangsläufig paternalistische Züge. Ihm bereits aus diesem Grund die Legitimität abzusprechen,⁴²⁴ überzeugt jedoch nicht. Der Kritik ließe sich folgen, wenn das Schutzkonzept die Bevormundung von sterbewilligen Personen zur Folge hätte und damit einem harten Paternalismus zuzurechnen wäre, der Begrenzungen der Autonomie aus heteronomen Erwägungen zulässt. Diese Form des Paternalismus ist aber bereits mit den Vorgaben des BVerfG⁴²⁵ nicht vereinbar und scheidet daher

⁴²² Vgl. NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 133; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 73; Rissing-van Saan ZIS 2011, 544 (548).

⁴²³ BVerfGE 153, 182 (308).

⁴²⁴ IdS Rostalski GA 2022, 209 (225).

⁴²⁵ BVerfGE 153, 182 (262 ff.).

von vornherein aus. Die Ausführungen des BVerfG laufen vielmehr auf ein Schutzkonzept hinaus, welches dem weichen Paternalismus zuzuordnen ist, in dem es allein darum geht, Autonomie durch verfahrensrechtliche Regeln sicherzustellen.⁴²⁶ Insofern kann man festhalten, dass das Urteil kein „Freibrief für eine Suizidermöglichkeitsgesetzgebung“ ist, sondern „im Interesse des Autonomieschutzes wohldurchdachte, effektive Kontrollkonzepte“ verlangt.⁴²⁷

aa) Wesentliche Elemente

Als Kernelemente eines solchen Schutzkonzepts sind Aufklärungs- bzw. Beratungspflichten, die Feststellung der Freiverantwortlichkeit, Regelungen zum zeitlichen Ablauf sowie zur Durchführung der Suizidassistenten anzusehen.

(1) Beratung bzw. Aufklärung

Das Erfordernis einer umfassenden Beratung und Aufklärung ist unverzichtbare Voraussetzung, um eine freiverantwortliche Suizidentscheidung zu ermöglichen.⁴²⁸ Das BVerfG verlangt die Kenntnis aller entscheidungserheblichen Gesichtspunkte⁴²⁹ und formuliert im Weiteren klar: „Eine freie Entscheidung setzt daher zwingend eine umfassende Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen voraus, um sicherzustellen, dass der Suizidwillige nicht von Fehleinschätzungen geleitet, sondern tatsächlich in die Lage versetzt wird, eine realitätsbezogene, rationale Einschätzung der eigenen Situation vorzunehmen.“⁴³⁰ Mit diesen Anforderungen sind Auffassungen nicht vereinbar, die sich gegen eine verpflichtende Beratung aussprechen und nur das (unverbindliche) Angebot einer Beratung für zulässig erachten.⁴³¹ Desgleichen überzeugt es nicht, den „Zwang zur Darlegung der Ursachen für den Sterbewunsch“ und zu ggf. nötigen „Untersuchungen“ als illegitim anzusehen.⁴³² Ob der Suizidwunsch auf einer Fehlvorstellung beruht, lässt sich nicht beurteilen, wenn die Gründe für den Suizid nicht dargelegt werden müssen.⁴³³ Aus ähnlichen Erwägungen können auch medizinische

⁴²⁶ Auch sog. prozeduraler Paternalismus; zu den einzelnen Formen des Paternalismus s. Neumann, in: Fateh-Moghadam et al. (Hrsg.), Grenzen des Paternalismus, 2010, S. 245 (249 f., 262 ff.).

⁴²⁷ Augsberg ZfME 67 (2021), 525 (534).

⁴²⁸ Remé, Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben, 2025, S. 234; Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchener-Hallescher-Entwurf, 2021, S. 63 f.

⁴²⁹ BVerfGE 153, 182 (273).

⁴³⁰ BVerfGE 153, 182 (275).

⁴³¹ So Rostalski GA 2022, 209 (225), und MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 146 f. (keine „Zwangsberatung“).

⁴³² AA MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 147; Rostalski GA 2022, 209 (225).

⁴³³ Die Aussage des BVerfG, dass die eigenverantwortliche Entscheidung über das eigene Lebensende „keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung“ bedürfe

Untersuchungen erforderlich sein, etwa um abzuklären, ob, wie vom Sterbewilligen angenommen, eine (irreversibel) tödlich verlaufende Krankheit tatsächlich vorliegt, die der entscheidende Grund für seinen Sterbewunsch ist. Darüber hinaus muss die Beratung auf die Lebens- und Konfliktsituation zugeschnitten sein. So benötigen Personen mit einer schwerwiegenden, schmerzhaft und tödlich verlaufenden Krankheit eine umfassende Aufklärung vor allem über palliativmedizinische Behandlungsoptionen, wohingegen für Personen in wirtschaftlicher Notlage (zB aufgrund des Verlusts des Arbeitsplatzes oder erheblicher Überschuldung) ein anderer Beratungszuschnitt (zB psychosoziale Krisenintervention, Schuldnerberatung) gewählt werden muss.⁴³⁴

Das BVerfG verweist in seinem Urteil auch auf die Grundsätze der Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung.⁴³⁵ Dem damit vorgegebenen Maßstab lässt sich prinzipiell zwar zustimmen. Allerdings können die in dieser Regelungsmaterie geltenden Grundsätze nicht unesehen übernommen werden. Das gilt insbesondere für den im Rahmen einer ärztlichen Heilbehandlung möglichen Aufklärungsverzicht, der die Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten weitgehend entfallen lässt (§ 630e Abs. 3 BGB).⁴³⁶ Die Option eines Aufklärungsverzichts ist in Fällen eines assistierten Suizids nicht anzuerkennen.⁴³⁷ Angesichts der enormen Tragweite der Entscheidung ist auszuschließen, dass einer suizidwilligen Person, die an einer psychischen Störung oder körperlichen Krankheit leidet, die Möglichkeit eingeräumt wird, eine freiverantwortliche Suizidentscheidung zu treffen, ohne zuvor über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte und Behandlungsoptionen informiert worden zu sein. Hier etwas anderes anzunehmen, stünde im Widerspruch zu den erwähnten Vorgaben des BVerfG, nach denen zu Recht eine umfassende Aufklärung und Beratung zur Gewährleistung einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung erforderlich ist.⁴³⁸ Für den Fall, dass der an einer Erkrankung leidenden und zur Selbsttötung entschlossenen Person sämtliche relevanten Gesichtspunkte hinlänglich bekannt sein sollten (zB weil sie Arzt ist), mag eine Aufklärung weitgehend entbehrlich sein. Das entspricht den allgemeinen Grundsätzen der Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung, wonach die Aufklärung am sog.

(BVerfGE 153, 182 [263]), ist daher missverständlich und lässt sich mit den an späterer Stelle aufgeführten Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit nicht ohne weiteres vereinbaren (aaO S. 273 ff.). Zumindest wenn zur Umsetzung des Suizidentschlusses auf die Hilfe Dritter zurückgegriffen wird, ist die Aussage in dieser Weite abzulehnen.

⁴³⁴ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1153).

⁴³⁵ BVerfGE 153, 182 (273 f.).

⁴³⁶ S. LK-StGB/Grünewald, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 93 mwN.

⁴³⁷ Pollmächer Nervenarzt 2023, 625 (627).

⁴³⁸ BVerfGE 153, 182 (273 f., 275).

Empfängerhorizont auszurichten ist.⁴³⁹ Es muss aber auch in Fällen eines fachlich geschulten, informierten Suizidwilligen zumindest abgeklärt werden, wieweit die Kenntnisse im Einzelnen reichen und ob diese realitätsgerecht sind, damit fehlerhafte Vorstellungen über relevante Aspekte richtiggestellt werden können.

Beratung und Aufklärung dürfen jedoch nicht zu einer Bevormundung des Sterbewilligen führen. Es darf allein darum gehen, eine freiverantwortliche Entscheidung sicherzustellen. So hat eine schwerkranke, sterbewillige Person das Recht, das palliativmedizinische Behandlungsangebot, das ihr unterbreitet wird, auszuschlagen und sich stattdessen ihren „eigenen Maßstäben“ und ihrem „eigenen Selbstbild und Selbstverständnis“ entsprechend für einen assistierten Suizid zu entscheiden.⁴⁴⁰ Beratung und Aufklärung müssen folglich ergebnisoffen sein. Darüber hinaus ist der Inhalt des Beratungs- bzw. Aufklärungsgesprächs zu dokumentieren. Das Dokument ist der sterbewilligen Person auszuhändigen.

(2) Feststellung der Freiverantwortlichkeit

Neben Beratung und Aufklärung muss im Weiteren abgeklärt werden, dass die Willensbildung frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung ist, dass der Sterbewillige sich nicht in einer vorübergehenden Lebenskrise befindet und dass er keinen unzulässigen Einflussnahmen und auch keinem Druck ausgesetzt ist.⁴⁴¹ Bei besonders vulnerablen Personengruppen, wie etwa älteren oder psychisch kranken Personen sowie Personen in einer Lebenskrise (→ C. II. 2. d)), drängt es sich auf, dass eine intensivere Prüfung durch fachlich hinreichend qualifizierte Personen erforderlich ist, um festzustellen, ob dem Sterbewilligen eine freiverantwortliche Entscheidung möglich ist.⁴⁴² Zumal ältere Personen, die einen Suizidwunsch haben, oftmals neben körperlichen Erkrankungen oder altersbedingten Einschränkungen an einer Depression leiden.⁴⁴³ Insoweit müssten Therapieoptionen schon im Rahmen der Beratung abgeklärt werden.⁴⁴⁴ Zumindest bei den erwähnten besonders vulnerablen Personengruppen sollte die Überprüfung der Freiverantwortlichkeit anhand des vom BVerfG vorgegebenen Maßstabs daher zwingend von

⁴³⁹ LK-StGB/Grünewald, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 92.

⁴⁴⁰ BVerfGE 153, 182 (295 f., Zitate 261).

⁴⁴¹ BVerfGE 153, 182 (273 f.).

⁴⁴² Vgl. zum Erfordernis eines „vertieften psychiatrischen Fachgutachtens“ beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder einer anderweitig bedingten Einschränkung der mentalen Fähigkeiten in der Schweiz Tag, in: Duttge et al. (Hrsg.), Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende, 2022, S. 191 (197 f.); Hürlimann, Recht und Medizin am Lebensende, 2022, S. 353.

⁴⁴³ Pollmächer Nervenarzt 2023, 625 (626 f.).

⁴⁴⁴ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152).

Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden. Sofern bei Minderjährigen in extremen Ausnahmefällen ein assistierter Suizid erwogen werden kann, namentlich weil sie an einer schweren, tödlich verlaufenden Krankheit mit kaum beherrschbaren Schmerzen leiden (→ C. II. 2. d) aa)), sollten Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung einschätzen.

Es ist jedoch auch über diese besonders vulnerablen Personengruppen hinaus zu empfehlen, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie diese Aufgabe im Regelfall wahrnehmen.⁴⁴⁵ Es sollte also vor allem ihnen obliegen, die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung zu prüfen.⁴⁴⁶ Dafür spricht zunächst schon, dass Suizidwünsche zum großen Teil in Verbindung mit psychosozialen Krisen oder psychischen Störungen auftreten.⁴⁴⁷ Psychische Erkrankungen (wie Depressionen) werden aber von Ärzten anderer Fachrichtungen nicht zuverlässig erkannt.⁴⁴⁸ Ferner sind Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der Gesprächsführung deutlich erfahrener und besser geschult als andere Ärzte. Das gilt zumal für Gespräche mit Personen mit dem Wunsch zu sterben.⁴⁴⁹ Daher dürfte es ihnen auch eher gelingen herauszufinden, inwiefern jemand unzulässigen Einflussnahmen oder Druck ausgesetzt ist;⁴⁵⁰ wenngleich insbesondere die Anwendung dieses vagen Kriteriums in der Praxis zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten führen dürfte (→ C. II. 2. d) bb)).⁴⁵¹ Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sehen die Einschätzung der Freiverantwortlichkeit von Suizidwünschen zudem als von ihrem Tätigkeitsbereich umfasst an.⁴⁵² Schließlich ist über die Feststellung der

⁴⁴⁵ Demgegenüber ist etwa in Österreich die Einschaltung eines Facharztes für Psychiatrie oder Psychotherapie nur nötig, wenn der Verdacht besteht, dass der Suizidentschluss durch eine „krankheitswertige psychische Störung“ hervorgerufen wird (Bernat KriPoZ 2022, 466 [471]). Man muss hierbei aber ebenfalls berücksichtigen, dass in Österreich das Recht auf Suizidhilfe nach dem Sterbeverfügungsgesetz von 2021 an materielle Voraussetzungen gebunden ist. Danach ist eine unheilbare, zum Tode führende Krankheit oder eine schwere dauerhafte Krankheit mit anhaltenden Symptomen, deren Folgen die gesamte Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen, erforderlich (Bernat aaO, 470 ff.).

⁴⁴⁶ Cording/Saß NJW 2020, 2695 (2696); s. auch Castellucci/Heveling et al., BT-Drs. 20/904, S. 5 (§ 217 Abs. 2 Nr. 2); abw. zB Hilgendorf, in: Gröschner et al. (Hrsg.), Wege der Würde, 2022, S. 191 (203): psychiatrisches Gutachten nur in „echten Zweifelsfällen“; Frister ZfmE 67 (2021), 537 (546).

⁴⁴⁷ Woltersdorf et al. Nervenarzt 2015, 1120 (1122, 1124).

⁴⁴⁸ Lewitzka Nervenarzt 2022, 1112 (1116); Cording/Saß NJW 2020, 2695 (2696).

⁴⁴⁹ Marckmann Psychiat Prax 2022, 67.

⁴⁵⁰ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1153).

⁴⁵¹ S. Frister ZfmE 67 (2021), 537 (542).

⁴⁵² Pollmächer Psychiat Prax 2022, 69; Marckmann Psychiat Prax 2022, 67; DGPPN, Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids, Stellungnahme vom 1.7.2024 (https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c079

Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses ein Gutachten anzufertigen, das der sterbewilligen Person auszuhändigen ist.

Im strafrechtlichen Schrifttum finden sich hiergegen jedoch Vorbehalte. So wird befürchtet, dass aus „psychologischer/psychiatrischer Sicht [...] praktisch jede Selbsttötung als ‚unfrei‘ bezeichnet werden [kann], weil immer ‚äußere Zwänge‘ [...] den Suizidenten zu seinem Entschluss treiben“.⁴⁵³ Damit wird dieser Facharztgruppe jedoch von vornherein eine überzogene und in der Sache nicht mehr angemessene Anwendung der vom BVerfG vorgegebenen Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit unterstellt. Eine unsachgemäße Handhabung dieser Anforderungen ist im Übrigen auch in die gegenteilige Richtung denkbar. Hieraus folgt aber nur, dass auf eine fachlich hinreichende Qualifikation der Ärzte hinzuwirken ist, die mit dieser Aufgabe betraut werden. Zielführender ist somit der Vorschlag, eine entsprechende Qualifizierung vorzusehen, so dass die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit nicht jedem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie offensteht.⁴⁵⁴ Demgegenüber sollte jedoch von einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einschätzung der Freiverantwortlichkeit in Fällen abgesehen werden, in denen eine terminale Erkrankung mit nur noch geringer Lebensdauer vorliegt und ohne Zweifel von einem freiverantwortlichen Suizidentschluss ausgegangen werden kann. Denn Personen in einer solchen Lage sollten keinen zusätzlichen Belastungen ausgesetzt werden.⁴⁵⁵

Im Weiteren dienen die Kriterien einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Sterbewillens dem BVerfG vor allem dazu, auszuschließen, dass der Suizidentschluss auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht.⁴⁵⁶ Beide Kriterien bedürfen der Konkretisierung. Um den unterschiedlichen Lebenssituationen Rechnung zu tragen, in denen Suizidwünsche geäußert werden, braucht es bei der Anwendung der Kriterien jedoch eine gewisse Flexibilität.⁴⁵⁷ Wie bereits dargestellt (→ C. II. 2. d) cc)), benötigen Personen, die aufgrund von belastenden Ereignissen in eine schwere Lebenskrise geraten sind, zumeist mindestens sechs Monate um diese zu bewältigen und sich neu zu orientieren.⁴⁵⁸ Da es sich hierbei regelmäßig um vorübergehende Krisen handelt, sollten diese psychotherapeutischen Erkennt-

5d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf; zuletzt abgerufen am: 17.6.2025).

⁴⁵³ SSW-StGB/Momsen, 6. Aufl. 2024, Vor §§ 211 ff. Rn. 18; zust. MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 44 Fn. 189.

⁴⁵⁴ Cording/Saß NJW 2020, 2695 (2696); s. auch Pollmächer Nervenarzt 2023, 625 (629); für eine weitere Begrenzung von Ärzten auch Duttge MedR 2020, 570 (572).

⁴⁵⁵ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152).

⁴⁵⁶ BVerfGE 153, 182 (274 f.).

⁴⁵⁷ BVerfGE 153, 182 (309).

⁴⁵⁸ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1153).

nisse bei der Konkretisierung der Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches berücksichtigt werden. Zumal das Kriterium gerade dem Ziel dient, Suizide in vorübergehenden Lebenskrisen auszuschließen. Dagegen ist in Fällen, in denen Sterbewillige an einer terminalen Erkrankung mit begrenzter Lebensdauer (etwa von wenigen Monaten) leiden, eine erhebliche Verkürzung angezeigt.⁴⁵⁹

(3) Unterstützung beim Suizid

Die Durchführung der Suizidassistentz sollte ebenfalls fachlich entsprechend qualifizierten Ärzten (also vor allem Anästhesisten, Intensiv- oder Palliativmediziner) vorbehalten sein. Diesen Ärzten müssen die Dokumente über die Beratung und Begutachtung der Freiverantwortlichkeit des Suizident schlusses vorgelegt werden. Sie haben sich zu vergewissern, dass die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, und sie müssen die Durchführung der Suizidassistentz ebenfalls umfassend dokumentieren. Zudem müssen sie abklären, ob die sterbewillige Person zum Zeitpunkt des Vollzugs ihres Suizids einsichts- und urteilsfähig ist, ob also Einwilligungsfähigkeit gegeben ist,⁴⁶⁰ und ob am Suizident schluss unverändert festgehalten wird. Bei Personen, die zu diesem Zeitpunkt einwilligungsunfähig sind, darf Suizidassistentz nicht geleistet werden. So ist es insbesondere für die strafrechtliche Bewertung von unterstützenden Beiträgen entscheidend, ob bei der sterbewilligen Person Freiverantwortlichkeit zum Zeitpunkt des Suizids vorlag. Denn die Mitwirkung an einem nicht freiverantwortlichen Suizid ist regelmäßig als Tötungsdelikt strafbar (→ B. V. 2. sowie VI. und C. II. 3. a)).

Die Durchführung eines assistierten Suizids wirft im Weiteren die Frage nach den hierfür benötigten Substanzen auf. Ziel muss es sein, der sterbewilligen Person einen schonenden, also schmerzfreien und risikoarmen Suizid zu ermöglichen. Daher sollte das geeignetste Präparat nach dem jeweiligen Stand der Medizin eingesetzt werden dürfen.⁴⁶¹ Die derzeitige Rechtslage hierzu ist unzureichend. Das BVerfG hat in seinem Urteil auf mögliche Anpassungen des Betäubungsmittelrechts bereits hingewiesen.⁴⁶² Noch vor der Entscheidung des BVerfG zur Verfassungswidrigkeit der Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) urteilte das BVerwG im Jahr 2017, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung grundsätzlich zwar nicht erlaubnisfähig sei (§§ 3

⁴⁵⁹ Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 (1152).

⁴⁶⁰ Vergleichbar wird in der Schweiz Urteilsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt verlangt, s. Tag, in: Duttge et al. (Hrsg.), Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende, 2022, S. 191 (197).

⁴⁶¹ Schlink ZRP 2024, 27; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 94; Lindner medstra 2023, 341 (342).

⁴⁶² BVerfGE 153, 182 (309).

Abs. 1 Nr. 1, 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG). Das Gericht statuierte aber eine Ausnahme für Fälle, in denen der Sterbewillige sich wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.⁴⁶³ Dieses Urteil war insofern deutlich enger als die Entscheidung des BVerfG, als der Erwerb eines Betäubungsmittels in letaler Dosis an materielle Voraussetzungen geknüpft war, also eine wegen schwerer und unheilbarer Erkrankung extreme Notlage. Das Urteil dürfte insoweit überholt sein.⁴⁶⁴ In einem weiteren Urteil im Jahr 2023 hielt das BVerfG hingegen an dem Verbot des Erwerbs von Natrium-Pentobarbital zum Zweck einer (späteren) Selbsttötung fest und lehnte dementsprechend einen Anspruch des Klägers auf den Erwerb dieser Substanz ab.⁴⁶⁵ Ärzte, die Natrium-Pentobarbital in letaler Dosis bzw. zum Zweck der Selbsttötung verschreiben, machen sich gegenwärtig strafbar.⁴⁶⁶ Damit sich verantwortungsbewusste und zuverlässige Ärzte finden, die zur Suizidassistenz bereit sind, sind allerdings klare gesetzliche Vorgaben zur Verschreibung und zum Einsatz von Betäubungsmitteln in letaler Dosis unverzichtbar. Gerade im Hinblick auf die Gewährleistung eines hinreichenden Autonomie- und Lebensschutzes sterbewilliger Personen ist es nicht zielführend, wenn Ärzte ein Strafbarkeitsrisiko eingehen oder sich auch nur in einem sog. Graubereich bewegen müssen. Einerseits muss sterbewilligen Personen, die sich freiverantwortlich für einen assistierten Suizid entschieden haben, im Rahmen eines prozeduralen Schutzkonzepts der Zugang zu einem Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung eröffnet werden. Andererseits ist der Gesetzgeber aber auch gehalten, möglichem Missbrauch vorzubeugen. Daher sollte die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung im Rahmen eines prozeduralen Schutzkonzepts zwar erlaubt werden.⁴⁶⁷ Um Missbrauchsgefahren oder auch einem Fehlgebrauch entgegenzuwirken, sollte jedoch davon abgesehen werden, dass die verschriebenen Betäubungsmittel den sterbewilligen Personen ausgehändigt werden dürfen.⁴⁶⁸ Es sollte vielmehr sichergestellt werden, dass die Betäubungsmittel nur unter Anleitung und Aufsicht eines fachlich entsprechend

⁴⁶³ BVerwGE 158, 142 (155 ff.).

⁴⁶⁴ OVG Münster BeckRS 2022, 8067.

⁴⁶⁵ BVerwG NJW 2024, 1526 ff.

⁴⁶⁶ BVerwG NJW 2024, 1526 (1530); Lindner medstra 2023, 341 (342).

⁴⁶⁷ Lindner MedR 2024, 530; Gassner/Ruf GesR 2020, 485 (490 ff.); Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie?, 2021, S. 120 (151 f.); Schöch GA 2020, 423 (428); Kluth ZfL 2023, 135 (141).

⁴⁶⁸ S. auch BVerwG NJW 2024, 1526 (1528). In Österreich ist dagegen die Ausgabe des todbringenden Mittels an den Suizidwilligen möglich (Bernat KriPoZ 2022, 466 [472]). Ein Grund dafür ist, dass in Österreich zur Durchführung eines assistierten Suizids ein Arztvorbehalt abgelehnt wurde, weil man befürchtete, dadurch die gesellschaftliche Akzeptanz von Suizidhilfe zu stärken (Bernat aaO, 470).

qualifizierten Arztes angewendet werden dürfen. Unter der Voraussetzung, dass Natrium-Pentobarbital das am besten geeignete Mittel für einen schonenden, also schmerzfreien und risikoarmen Suizid ist,⁴⁶⁹ sollte die ärztliche Verschreibung sowie der Einsatz dieses Mittels unter ärztlicher Aufsicht und Anleitung zur Selbsttötung erlaubt werden.⁴⁷⁰ Soweit ersichtlich, sehen inzwischen sämtliche Regulierungsvorschläge Anpassungen des Betäubungsmittelgesetzes vor.⁴⁷¹

(4) Einbeziehung von Ärzten

Darüber hinaus sollte angestrebt werden, das gesamte Verfahren – bestehend aus den drei Kernbestandteilen Beratung bzw. Aufklärung, Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Suizidassistentz – zu professionalisieren. Um die genannten drei verfahrensrechtlichen Schritte zu verwirklichen, sollten jeweils unterschiedliche sowie fachlich hinreichend qualifizierte Personen eingesetzt werden. Demnach sind in aller Regel mindestens drei Personen in das Verfahren eingebunden.⁴⁷² Die Berufsgruppe der Ärzte ist dabei primär angesprochen, wobei eine auf die Problemlage der suizidwilligen Personen zugeschnittene Beratung die Einbeziehung anderer Berufsgruppen erforderlich machen kann. Es ist darauf zu achten, dass diese Personen persönlich, wirtschaftlich und organisatorisch voneinander unabhängig sind.⁴⁷³ Es muss außerdem gewährleistet werden, dass die in das Verfahren involvierten Ärzte bzw. (andere beratende) Personen die nötige Zuverlässigkeit besitzen. Zwar darf der Arbeitsaufwand in Rechnung gestellt werden; es sollte (darüber hinaus) aber keine wirt-

⁴⁶⁹ Vgl. BVerwG NJW 2024, 1526 (1529f.); zum Einsatz von Natrium-Pentobarbital zur Durchführung eines assistierten Suizids in Österreich s. Friesenecker et al., Anästhesie Nachr. 2023, 141 (143). Allg. zum Einsatz dieser Substanz Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags, Medikamente zur Selbsttötung, 2020 (<https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/%20WD-9-020-20-pdf-data.pdf>; zuletzt abgerufen: 2.12.2025); ferner Walle et al., Rechtsmedizin 2023 (33), 301 ff.; relativierend hingegen Schütz/Sitte NJW 2024, 1532 (1533).

⁴⁷⁰ Lindner medstra 2023, 341 (342); Schlink ZRP 2024, 27; Rosenau, FS Joerden, 2023, S. 627 (638).

⁴⁷¹ Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchener-Hallescher-Entwurf, 2021, S. 69ff.; Borasio et al., Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2. Aufl. 2020, S. 34; Castellucci/Heveling et al., BT-Drs. 20/904, S. 17; Künast/Scheer/Keul et al., BT-Drs. 20/2293, S. 16; Helling-Plahr/Sitte et al., BT-Drs. 20/2332, S. 18.

⁴⁷² I.E. ebenso DGPPN, Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids, Stellungnahme vom 1.7.2024 (https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf; zuletzt abgerufen am: 17.6.2025). Vergleichbar sind auch in Österreich drei Personen in das Verfahren involviert, von denen zwei Ärzte sein müssen, s. Bernat KriPoZ 2022, 466 (472).

⁴⁷³ S. Domschke et al., Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte, Diskussion Nr. 26, Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina), 2021, Empfehlung Nr. 6.

schaftlichen Anreize für diese Tätigkeiten geben, so dass insbesondere eine Gewinnorientierung bzw. Gewinnerzielungsabsicht ausgeschlossen sein sollte.⁴⁷⁴

Das BVerfG weist am Ende seiner Entscheidung darauf hin, dass es „eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf“.⁴⁷⁵ Schon an vorangegangener Stelle stellt das Gericht klar, dass sich aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidassistentz ableiten lässt.⁴⁷⁶ In der Entscheidung kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass es für „fachkundige Hilfe“ vor allem Ärzte braucht, damit der Einzelne seinen Suizidentschluss „in einer für ihn zumutbaren Weise umzusetzen“ kann.⁴⁷⁷ Insofern ist die Ärzteschaft die hauptsächlich angesprochene und auch betroffene Berufsgruppe. Gegenwärtig befindet sich die Ärzteschaft in einem Diskussionsprozess, der aber eine zunehmende Öffnung für dieses Tätigkeitsfeld erkennen lässt. Bereits im Anschluss an die Entscheidung des BVerfG wurde das Verbot, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten, aus der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte gestrichen (→ C. I. 3. b)). Es ist zu hoffen, dass sich genügend fachlich qualifizierte Ärzte bereitfinden werden, im Rahmen eines gesetzlich regulierten Verfahrens assistierte Suizide durchzuführen. So ist davon auszugehen, dass eine Professionalisierung des gesamten Verfahrens der Suizidhilfe – von der Beratung bzw. Aufklärung über die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit bis zur Unterstützung beim Suizid – dem Autonomie- und damit auch Lebensschutz sterbewilliger Personen am besten gerecht werden kann. Allerdings ist es allein die Aufgabe der Ärzteschaft, diese Fragen, die den Kern des ärztlichen Selbstverständnisses betreffen, zu klären.⁴⁷⁸

(5) Weitere Kontrollmechanismen

Darüber hinaus ist es möglich, das Verfahren durch weitere Elemente anzureichen und damit unter Umständen auch kontrollintensiver auszugestalten.⁴⁷⁹ Hiermit gehen jedoch regelmäßig (weitere) Belastungen für sterbewillige Personen einher. Hinzukommen können zeitliche Verzögerungen im Verfahrensablauf. Daher sind zusätzliche Kontrollelemente nur angezeigt, wenn durch sie ein erkennbar „besseres“ Ergebnis zu erwarten ist.⁴⁸⁰ Man könnte erwägen, zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentcheidung ein

⁴⁷⁴ S. auch Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie?*, 2021, S. 120 (158 f.).

⁴⁷⁵ BVerfGE 153, 182 (310).

⁴⁷⁶ BVerfGE 153, 182 (292).

⁴⁷⁷ BVerfGE 153, 182 (265).

⁴⁷⁸ Zutr. Duttge MedR 2020, 770 (572).

⁴⁷⁹ S. Duttge MedR 2020, 570 (572).

⁴⁸⁰ Frister ZfmE 67 (2021), 536 (546).

zweites Gutachten vorzusehen. Deutlich zielführender dürfte es allerdings sein, auf die fachliche Qualifikation der Ärzte hinzuwirken, die mit dieser Aufgabe betraut werden.

Der Vorschlag, eine interdisziplinäre Kommission einzusetzen, die anstelle eines fachlich qualifizierten Arztes die Freiverantwortlichkeit nach persönlicher Anhörung der sterbewilligen Person begutachtet,⁴⁸¹ kann ebenfalls nicht befürwortet werden. Zwar deutet eine mit mehreren Personen besetzte Kommission prima facie auf eine ausgewogenere Entscheidung und auch wechselseitige Kontrollmöglichkeiten hin. Für die sterbewillige Person, die mit ihrem höchstpersönlichen Anliegen vor mehrere Personen treten muss, dürfte damit allerdings eine übermäßige Belastung verbunden sein. Demgegenüber stellt ein Vier-Augen-Gespräch mit einem fachlich qualifizierten Arzt zur Einschätzung der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses eine deutlich geringere Belastung dar. Da nicht ersichtlich ist, weshalb eine (interdisziplinär zusammengesetzte) Kommission besser als ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit entsprechender Qualifikation geeignet sein sollte, die Freiverantwortlichkeit zu begutachten, ist diesem Vorschlag nicht zu folgen.⁴⁸²

Wesentlich vielversprechender ist es dagegen, zusätzlich zu der Person, die die Beratung durchführt, und der Person, die die Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches begutachtet, eine Kontrollkommission einzusetzen. Deren Aufgabe würde darin bestehen, (ex ante) die Dokumente zur Beratung bzw. Aufklärung der sterbewilligen Person sowie zur Begutachtung der Freiverantwortlichkeit einschließlich des zeitlichen Ablaufs des Verfahrens zu prüfen. Hiernach würden also (ohne Anhörung des Betroffenen) allein die Dokumente auf Vollständigkeit, Regelkonformität und Plausibilität kontrolliert. Dies sollte auch in einem angemessenen zeitlichen Rahmen möglich sein. Sollten sich hier erhebliche Defizite zeigen, könnte eine Wiederholung durchgeführt werden. Es würde genügen, wenn die Kommission mit zwei fachlich qualifizierten Personen besetzt ist, vorzugsweise einem Arzt und einem Juristen.⁴⁸³ Ob ein solches Kontrollgremium zum Schutz

⁴⁸¹ Für ein solches Modell Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf, 2021, S. 7, 66 ff.: Vorgeschlagen wird eine aus fünf Personen bestehende Kommission, zu der auch ein Laie gehören soll.

⁴⁸² I. E. abl. auch Frister ZfmE 67 (2021), 536 (545 f.).

⁴⁸³ Vergleichbar ist in Spanien eine ex-ante-Kontrolle durch eine externe Prüfungskommission, bestehend aus einem Arzt und einem Juristen, vorgesehen. Diese Kommission wird allerdings nicht in jedem Fall tätig (s. Ferrer i Riba FamRZ 2021, 1455 [1456 f.]). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass das Recht, Sterbehilfe zu beantragen und zu erhalten, in Spanien nach dem Grundlagengesetz von 2021 an materielle Kriterien gebunden ist. Es setzt eine schwere und unheilbare Krankheit oder Schwerbehinderung ohne Aussicht auf Heilung oder spürbare Besserung voraus (Ferrer i Riba aaO, 1455 ff.).

von Autonomie und Leben sterbewilliger Personen zwingend erforderlich ist, ist derzeit schwer einzuschätzen.⁴⁸⁴

bb) Flankierende Regeln

Das vorgeschlagene Grundgerüst eines prozeduralen Schutzkonzepts ist durch flankierende Regeln zu ergänzen, wie sie sich bereits in Regelungsvorschlägen und Reformüberlegungen finden. Auf diese Vorschläge kann hier verwiesen werden.⁴⁸⁵ Hierzu zählen unter anderem Berichts- und Meldepflichten sowie ein Werbe- und Kommerzialisierungsverbot. Berichts- und Meldepflichten sind erforderlich, um Informationen über die in diesem Bereich nur schwer vorhersehbare Entwicklung zu erhalten.⁴⁸⁶ Auf der Grundlage dieser Daten lässt sich sodann bei Bedarf eine Anpassung der gesetzlichen Regelung vornehmen. Daneben sollten die Informationen über palliativmedizinische Behandlungsangebote und über Suizidprävention intensiviert werden. Vor allem braucht es einen realen und niedrigschwelligen Zugang zu solchen Behandlungsmaßnahmen.

cc) Sterbehilfeorganisationen

Nachdem das BVerfG im Jahr 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für nichtig erklärt hatte (→ C. I.),⁴⁸⁷ haben private Sterbehilfevereine ihre Tätigkeit wieder aufgenommen. Nach den Ausführungen des BVerfG ist ein Verbot von Sterbehilfeorganisationen zwar nicht ausgeschlossen.⁴⁸⁸ Hierfür müsste aber dargetan werden, dass von deren Tätigkeit Gefahren für die Selbstbestimmung über das eigene Leben ausgehen – wobei dem Gesetzgeber eine Einschätzungsprärogative zukommt.⁴⁸⁹ Als problematischer dürfte sich hingegen erweisen, ob eine sterbewillige Person mit freiverantwortlichem Suizidentschluss auch die Möglichkeit hat, diesen Entschluss in einer für sie zumutbaren Weise umzusetzen.⁴⁹⁰ Denn das Recht auf selbstbestimmtes Sterben darf faktisch nicht leerlaufen.⁴⁹¹ Das setzt voraus, dass es außerhalb von Sterbehilfeorganisationen genügend fachlich qualifizierte Ärzte gibt, die bereit sind, Suizidassistenten zu leisten. Um dies zu erreichen, braucht es zu-

⁴⁸⁴ Zur Kritik Ferrer i Riba FamRZ 2021, 1455 (1457): übermäßige Bürokratisierung.

⁴⁸⁵ Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf, 2021, S. 5 ff., 64 f.; Borasio et al., Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2. Aufl. 2020, S. 33, 119 ff., 123 ff.; Künast/Scheer/Keul et al., BT-Drs. 20/2293, S. 7, 15; Helling-Plahr/Sitte et al., BT-Drs. 20/2332, S. 8, 18.

⁴⁸⁶ Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie?, 2021, S. 120 (154).

⁴⁸⁷ BVerfGE 153, 182 ff.

⁴⁸⁸ BVerfGE 153, 182 (309).

⁴⁸⁹ Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie?, 2021, S. 120 (133, 141).

⁴⁹⁰ BVerfGE 153, 182 (265, 290).

⁴⁹¹ BVerfGE 153, 182 (306).

nächst Rechtssicherheit, also ein gesetzlich reguliertes Verfahren (→ C. II. 3. a)). Ein berufsrechtliches Verbot, Suizidhilfe zu leisten, gibt es für Ärzte zwar nicht mehr (→ C. I. 3. b)). Eine Pflicht zur Leistung von Suizidassistenten ist für Ärzte jedoch nicht begründbar (→ C. II. 3. b) aa)). Es ist daher zweifelhaft und nicht abzusehen, ob in naher Zukunft genügend Ärzte bereit sein werden, diese Aufgabe zu übernehmen. Aus Sicht einer sterbewilligen Person mit freiverantwortlichem Suizidentschluss stellt sich daher schon die Frage, wie sie ohne Einschalten einer Sterbehilfeorganisation Zugang zu solchen Ärzten finden könnte. Vor diesem Hintergrund kann es gegenwärtig nicht empfohlen werden, die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen gänzlich zu verbieten.⁴⁹² Zum Schutz von Autonomie und Leben sterbewilliger Personen sollte die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen allerdings reguliert werden. Insofern ist es zu empfehlen, die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen von einem verwaltungsrechtlichen Zulassungsverfahren abhängig zu machen, in dem unter anderem die Zuverlässigkeit überprüft wird.⁴⁹³ Im Weiteren sollte die Tätigkeit behördlich überwacht und beaufsichtigt werden.⁴⁹⁴ Abgesehen davon sollten für Sterbehilfeorganisationen sämtliche Regeln des verfahrensrechtlichen Schutzkonzepts gelten, so dass kein Unterschied zu anderen Personen bzw. Ärzten besteht (→ C. II. 3. b) aa) und bb)).

⁴⁹² Abw. Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie?*, 2021, S. 120 (152).

⁴⁹³ Lindner ZRP 2020, 66 (68); zu den Anforderungen s. Dorneck et al., *Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchener-Hallescher-Entwurf*, 2021, S. 52 ff.

⁴⁹⁴ S. Duttge MedR 2020, 570 (572); im Einzelnen Lindner ZRP 2020, 66 (68).