

Gutachten C
zum 75. Deutschen Juristentag
Erfurt 2026

Verhandlungen des 75. Deutschen Juristentages

Erfurt 2026

Herausgegeben von der
Ständigen Deputation
des Deutschen Juristentages

Band I

Ausgestaltung des strafrechtlichen Lebensschutzes am Lebensende

Gutachten C

zum 75. Deutschen Juristentag

Erstattet von

Professorin Dr. Anette Grünewald

Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht,
Medizinstrafrecht und Rechtsphilosophie
an der Friedrich-Schiller-Universität Jena



Zitiervorschlag: 75. djt I/C [Seite]

beck.de

ISBN E-PDF 978 3 406 84761 5

© 2026 C.H.Beck Verlag GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 9, 80801 München
info@beck.de

Satz: Druckerei C.H.Beck, Nördlingen
Umschlag: nach dem Entwurf von rulle & kruska gbr,
Nikolaus Rulle, Köln
E-Book: Datagroup int. SRL, 300665 Timisoara, Romania

Alle urheberrechtlichen Nutzungsrechte bleiben vorbehalten.
Der Verlag behält sich auch das Recht vor, Vervielfältigungen dieses Werkes
zum Zwecke des Text and Data Mining vorzunehmen.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernimmt der Verlag keine Haftung für die
Inhalte externer Links, die im Buch genannt oder abgedruckt sind. Für den Inhalt der
verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

A. Einführung	C 7
B. Entwicklungen durch die neuere Rechtsprechung des BGH	C 11
I. Kategorie: Behandlungsabbruch (BGHSt 55, 191)	C 11
1. Entscheidung des BGH	C 11
2. Lösungsvorschläge der Literatur	C 15
3. Fazit	C 17
II. Schmerz- und Leidenslinderung: Anforderungen an die sog. indirekte Sterbehilfe	C 18
1. Problematik der Fallkonstellation	C 18
2. Position des BGH	C 19
3. Lösungsansätze der Literatur	C 20
4. Weitere Voraussetzungen	C 22
5. Relevanz der Vorsatzform?	C 23
6. Fazit	C 25
III. Begrenzung der Rettungspflichten beim begleiteten Suizid (BGHSt 64, 121 und 135)	C 26
1. Ausgangslage: Wittig-Entscheidung	C 26
2. Hamburger Fall	C 27
3. Berliner Fall	C 28
4. Problem: Freiverantwortlichkeit	C 31
IV. Abgrenzung von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid (BGHSt 67, 95)	C 32
1. Insulin-Beschluss des BGH	C 33
2. Notwendige Einschränkung des § 216 StGB	C 34
3. Strafrechtsdogmatische Einwände	C 35
4. Kriminalpolitische Bedenken	C 36
V. Abgrenzung von Tötung in mittelbarer Täterschaft und (strafloser) Suizidassistentz	C 37
1. BGH, Beschluss v. 29.1.2025 – 4 StR 265/24	C 37
2. Regelungsdefizite	C 39
3. Fazit	C 42
VI. Abschließende Bewertung	C 42
C. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben (BVerfGE 153, 182) ...	C 45
I. Wesentliche Aussagen der Entscheidung	C 45
1. Konzeption des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben	C 45
2. § 217 StGB als Eingriff in das Grundrecht	C 46

3. Unverhältnismäßigkeit des Eingriffs	C 46
a) Autonomie- und Lebensschutz als legitime Zwecke	C 47
b) Fehlende Angemessenheit	C 48
II. Folgerungen aus der Entscheidung	C 49
1. Auswirkungen auf die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)	C 49
2. Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung	C 54
a) Vorgaben des BVerfG	C 54
b) Exkulpations- und Einwilligungslösung	C 55
c) Mögliche Wertungswidersprüche	C 57
d) Besonders vulnerable Personengruppen	C 59
3. Regulierungsbedarf und -optionen	C 70
a) Ausgangslage	C 70
b) Eckpunkte eines prozeduralen Schutzkonzepts	C 75
D. Thesen	C 88

A. Einführung

Es ist nicht das erste Mal, dass sich der Deutsche Juristentag mit der Frage des Lebensschutzes am Lebensende befasst. Das ist insofern nicht erstaunlich, als es sich bei der Sterbehilfe ebenso wie bei der Mitwirkung am Suizid¹ um ein vielschichtiges und emotional aufgeladenes Thema handelt, welches sowohl in der Gesellschaft als auch in den verschiedenen Fachkreisen seit mehreren Jahrzehnten äußerst kontrovers diskutiert wird. Die Problematik war bereits Gegenstand zweier strafrechtlicher Gutachten. Für den 56. Deutschen Juristentag 1986 setzte Otto sich mit dem Thema „Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung“ auseinander. 20 Jahre später, 2006, widmete Verrel sich in seinem Gutachten für den 66. Deutschen Juristentag dem Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“. Zwischen diesen beiden strafrechtlichen Gutachten liegt das zivilrechtliche Gutachten von Taupitz für den 63. Deutschen Juristentag 2000: „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“

Während Otto noch zu dem Ergebnis kam, dass „gravierende Regelungslücken“ oder „dringend notwendige Gesetzesänderungen nicht auszumachen“ seien, und davon ausging, dass die Rechtspre-

¹ In diesem Gutachten wird an dem herkömmlichen Terminus der Sterbehilfe festgehalten. International ist zwar der Begriff der Euthanasie üblich (Segawa, Der Begriff der Person, 2020, S. 145 f.). Dieser Begriff ist wegen der Verbrechen, die während der Zeit des Nationalsozialismus begangen wurden, im deutschen Sprachraum aber belastet (Quante, Menschenwürde und personale Autonomie, 2010, S. 168; zur Verwendung des Begriffs im Nationalsozialismus knapp Oduncu, In Würde sterben, 2007, S. 29 ff.). Der von der Ärzteschaft bevorzugte Terminus der Sterbebegleitung wird hier ebenfalls nicht übernommen (vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl. 2011, A 346). Denn dieser Begriff ist „irreführend“ (Neumann/Saliger HRRS 2006, 280 f.). Der Begriff der Sterbehilfe ist für die Zwecke dieses Gutachtens aber teilweise zu eng. Denn er bezieht sich nach üblichem Sprachgebrauch nur auf Situationen, in denen Personen an einer tödlich verlaufenden Krankheit leiden und sich entweder bereits in einem Sterbeprozess befinden oder jedenfalls in absehbarer Zeit befinden werden. Sofern diese Voraussetzungen nicht vorliegen, ist der Begriff der Sterbehilfe unpassend (Quante, aaO, S. 169). In solchen Fällen sind Begriffe wie Suizid, Selbsttötung sowie Mitwirkung oder Beteiligung daran oder Suizidassistentz vorzuziehen (wohl auch Hillenkamp JZ 2020, 618 [619]). Die Terminologie ist insgesamt jedoch uneinheitlich (vgl. zB BVerfGE 153, 182 [199]; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 39 f.; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 1; NK-MedizinStR/Henking, 2023, StGB § 212 Rn. 37). Das braucht hier aber nicht vertieft zu werden. Denn die Aussagekraft der Begriffe ist begrenzt. Insbesondere soll mit ihnen noch keine rechtliche Bewertung des Verhaltens als erlaubt oder nicht erlaubt einhergehen (ebenso NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, StGB § 216 Rn. 24).

chung eine differenzierte Lösung für die verschiedenen Fallkonstellationen finden werde,² unterbreitete Verrel in seinem Gutachten umfangreiche Reformvorschläge.³ Von diesen Reformvorschlägen wurde, soweit es den spezifisch strafrechtlichen Regelungsbereich betrifft, nahezu nichts umgesetzt. Allein der Vorschlag, einer Kommerzialisierung der Suizidhilfe entgegenzutreten und die Mitwirkung am Suizid aus Gewinnsucht zu pönalisieren,⁴ wurde vom Gesetzgeber jedenfalls der Sache nach aufgegriffen. Auch die Empfehlung des 66. Deutschen Juristentages ging dahin, einen neuen Straftatbestand der Förderung der Selbsttötung bei einem Handeln aus Gewinnsucht und bei Ausbeutung einer Zwangslage in Bereicherungsabsicht einzuführen.⁵ Nach jahrelanger, intensiver gesellschaftspolitischer Debatte wurde im Jahr 2015 die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung in § 217 StGB unter Strafe gestellt.⁶ Die Vorschrift hatte aber nicht lange Bestand. Das BVerfG erklärte sie fünf Jahre später, 2020, in einem Aufsehen erregenden Urteil für nichtig.⁷

Was die zivilrechtliche Seite betrifft, vertrat Taupitz in seinem Gutachten für den 63. Deutschen Juristentag die Ansicht, dass „das Recht zur Selbstbestimmung durch zukunftswirksame Festlegung (also durch eine ‚Patientenverfügung‘) anzuerkennen“ sei, und hielt eine gesetzliche Regelung „zur Beseitigung zahlreicher Zweifel [für] wünschenswert“.⁸ Der 63. Deutsche Juristentag folgte dieser Einschätzung mit großer Mehrheit.⁹ Die gesetzliche Normierung der Patientenverfügung erfolgte durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts im Jahr 2009.¹⁰ Die Regelung fand sich zunächst in § 1901a

² Otto, Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung, Gutachten D für den 56. DJT, 1986, D 90 ff., 99. Der 56. DJT teilte diese Einschätzung mehrheitlich, s. Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.), Sitzungsberichte, Teil M, 1986, Beschlüsse, M 191 ff. Hiervon abweichend jedoch Baumann et al., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, 1986, mit Vorschlägen für eine gesetzliche Regelung.

³ Verrel, Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung, Gutachten C für den 66. DJT, 2006, C 77 ff., C 118 ff. (Thesen). S. ferner den zuvor von einem Kreis sog. Alternativ-Professoren erarbeiteten Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung, Schöch/Verrel et al. GA 2005, 553 ff.

⁴ Verrel (Fn. 3), C 111 ff., bes. C 116f., C 122; ferner Schöch/Verrel et al. GA 2005, 553 (585).

⁵ Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.), Sitzungsberichte – Diskussion und Beschlussfassung, Teil N, 2006, Beschlüsse, N 217.

⁶ BGBl. 2015 I 2177, Gesetz v. 3.12.2015, am 10.12.2015 in Kraft getreten.

⁷ BVerfGE 153, 182.

⁸ Taupitz, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A für den 63. DJT, 2000, A 129.

⁹ Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.), Sitzungsberichte – Referate und Beschlüsse, Band II/1, 2000, K 62 (Beschlüsse, unter III., 1., 1.2).

¹⁰ BGBl. 2009 I 2286, Gesetz v. 29.7.2009, am 1.9.2009 in Kraft getreten. Zur (unklaren) Rechtslage davor s. BGHZ 154, 205 sowie Verrel (Fn. 3), C 43 ff.

BGB. Nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts im Jahr 2023¹¹ findet sie sich nun in § 1827 BGB.¹² Dass die Vorschrift auch im Strafrecht von Bedeutung ist, zeigte sich bereits kurz nach ihrer Einführung in der Entscheidung des BGH zum Behandlungsabbruch im Jahr 2010.¹³

Betrachtet man die Zeit seit dem Gutachten von Verrel im Jahr 2006 und stellt sich die Frage, welche Änderungen sich seither durch die Rechtsprechung verzeichnen lassen, ist an erster Stelle das bereits erwähnte Urteil des BVerfG zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB zu nennen.¹⁴ Dieses Urteil stellt einen Meilenstein in der juristischen Auseinandersetzung mit der Selbstbestimmung am Ende des menschlichen Lebens dar. Das gilt sowohl angesichts der Klarheit als auch der Weite, in der das BVerfG ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkennt. Über die grundsätzliche Bedeutung dieses Urteils dürfte weitgehend Einigkeit bestehen, gleich wie man dieses bewertet – ob man ihm also kritisch-ablehnend gegenübersteht oder ob man es begrüßt. In Teil C. dieses Gutachtens erfolgt eine Auseinandersetzung mit diesem Urteil. Dabei ist insbesondere zu klären, welche Folgerungen aus ihm zu ziehen sind. Neben der Entscheidung des BVerfG gibt es mehrere Judikate des BGH, die gleichermaßen im Zeichen einer Entkriminalisierung der Sterbehilfe oder der Mitwirkung am Suizid stehen. Diese Entscheidungen werden im anschließenden Teil B. einer Analyse unterzogen. Denn das Recht der Sterbehilfe ist weitgehend Richterrecht.¹⁵ Aus den Entscheidungen des BGH ergibt sich daher die gegenwärtige (Straf-)Rechtslage. Hierbei werden dogmatische wie systematische Unklarheiten und Inkonsistenzen ebenso wie Regelungsdefizite erkennbar. Im Weiteren gibt es zum Themenbereich des Gutachtens zahlreiche Reformüberlegungen und -vorschläge. Von Relevanz sind vor allem Beiträge zu den gesetzlichen Regelungsoptionen im Anschluss an die Entscheidung des BVerfG aus dem Jahr 2020.¹⁶ In der 20. Legislaturperiode wurden drei interfraktionelle Ge-

¹¹ BGBl. 2021 I 882, Gesetz v. 4.5.2021, in Kraft getreten am 1.1.2023.

¹² Zur Entstehungsgeschichte der Norm BeckOGK BGB/Diener, Stand 15.10.2025, § 1827 Rn. 7ff.

¹³ BGHSt 55, 191 (198 ff.); ferner BGH NStZ 2011, 274 (276); BGHSt 64, 69 (79); BGHSt 64, 135 (143).

¹⁴ BVerfGE 153, 182.

¹⁵ MedStrafR-HdB/Saliger § 4 Rn. 2, 26.

¹⁶ Um nur einige zu nennen: Dorneck et al., Sterbehilfegesetz – Augsburg-Münchener-Hallescher-Entwurf, 2021; Borasio et al., Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2. Aufl. 2020; Domschke et al., Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte, Diskussion Nr. 26, Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina), 2021; Lindner ZRP 2020, 66 (bes. 67 ff.); Schöch GA 2020, 423 (bes. 427 ff.); Rostalski JZ 2021, 477 ff.; Saliger, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1063 ff.; Kreuzer Kri-PoZ 2020, 199 (bes. 203 ff.); Duttge, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie, 2021, S. 87 (bes. 98 ff.); Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), Entgrenzte Autonomie,

setzentwürfe zur Regelung der Materie in den Bundestag eingebracht.¹⁷ Die Abstimmung im Bundestag über zwei Gesetzentwürfe,¹⁸ die konzeptionell deutlich voneinander abwichen, verlief im Juli 2023 erfolglos.¹⁹

Für den Zuschnitt des Gutachtens und damit den Umfang, in dem das Thema bearbeitet wird,²⁰ gilt nichts anderes als schon für die Gutachten von Otto und Verrel. Das bedeutet:²¹ Die im Rahmen dieses Gutachtens zu erörternden Problemfelder der Sterbehilfe sowie der Mitwirkung am Suizid zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Dimension aus. Sie können hier jedoch nicht annähernd in einer solchen Breite und Tiefe ausgeleuchtet werden. Vielmehr werden nur Fragestellungen und Aspekte behandelt, die aus einer spezifisch strafrechtlichen Perspektive von Belang sind. Die zum Thema erschienenen Publikationen sind schon im Strafrecht so zahlreich, dass es nicht möglich war, diese alle einzubeziehen. Der Fokus liegt auf aktuelleren Beiträgen. Rechtsvergleichende Erwägungen finden sich allenfalls am Rande.

2021, S. 121 (bes. 135 ff.); Saß/Cording Nervenarzt 2022, 1150 ff.; Hecker StV 2023, 57 (bes. 60 ff.); Weißer GA 2025, 380 ff. Darüber hinaus ist auf die Dokumente zu verweisen, die auf eine Anfrage des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2020 eingereicht wurden und die auf der Webseite des Ministeriums abgerufen werden können (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-zur-neufassung-der-straftbarkeit-der-hilfe-zur-selbsttoetung-und-zur-sicherstellung-der-freiverantwortlichen-selbsttoetungsentscheidung.html>; zuletzt abgerufen am 6.12.2025).

¹⁷ Castellucci/Heveling et al., BT-Drs. 20/904; Künast/Scheer/Keul et al., BT-Drs. 20/2293; Helling-Plahr/Sitte et al., BT-Drs. 20/2332.

¹⁸ Die Entwürfe Künast/Scheer/Keul et al. (Fn. 17) und Helling-Plahr/Sitte et al. (Fn. 17) wurden zuvor zusammengelegt, s. BT-Drs. 20/7624.

¹⁹ Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 20/115, S. 14077 bis 14104, sowie knapp die Mitteilungen des Deutschen Bundestags unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918>, (zuletzt abgerufen am 6.12.2025).

²⁰ Die Problematik der Früheuthanasie wird in diesem Gutachten nicht behandelt. Der grundlegende Unterschied dieser Fälle zu den hier behandelten liegt darin, dass die schwerstgeschädigten Neugeborenen oder extrem unreifen Frühgeborenen zu keinem Zeitpunkt in der Lage waren, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Aus diesem Grund muss die Lösung an anderen – und das bedeutet im Ergebnis an objektiven – Kriterien ausgerichtet werden (TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 107 ff.; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 261 ff.; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 80 f.). Eine sachgerechte Erörterung dieser Fälle ist im Rahmen dieses Gutachtens nicht zu leisten.

²¹ S. Otto (Fn. 2), Vorwort, und Verrel (Fn. 3), C 12.

B. Entwicklungen durch die neuere Rechtsprechung des BGH

I. Kategorie: Behandlungsabbruch (BGHSt 55, 191)

Das Urteil des BGH aus dem Jahr 2010 war zwar nicht die erste Entscheidung eines Strafgerichts, die einen Behandlungsabbruch betraf.²² Es war aber die erste höchstrichterliche Entscheidung, nachdem die Patientenverfügung durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts gesetzlich verankert worden war.²³

1. Entscheidung des BGH

Dem Urteil des 2. Strafsenats lag folgender Sachverhalt zugrunde:

K lag seit 2002 nach einer Hirnblutung im Wachkoma, war nicht mehr ansprechbar und wurde über eine sog. PEG-Sonde künstlich ernährt. Eine Besserung ihres gesundheitlichen Zustands war nicht mehr zu erwarten. Unmittelbar vor ihrer Hirnblutung äußerte K gegenüber ihrer Tochter, „falls sie bewusstlos werde und sich nicht mehr äußern könne, wolle sie keine lebensverlängernden Maßnahmen in Form künstlicher Ernährung und Beatmung, sie wolle nicht an irgendwelche ‚Schläuche‘ angeschlossen werden“. Die 2007 zur Betreuerin bestellte Tochter und der Hausarzt von K bemühten sich um eine Einstellung der künstlichen Ernährung, stießen allerdings auf den Widerstand der Leiterin des Altenheims, in dem K versorgt wurde. Der zwischen ihnen ausgehandelte Kompromiss, dass die Pflegekräfte sich nur noch um die Pflege im engeren Sinn kümmern sollten, während die Tochter für die Ernährung über die Sonde zuständig sein sollte und diese damit auch einstellen konnte, wurde nicht eingehalten. Nachdem die Tochter die Nahrungszufuhr beendet und die Flüssigkeitszufuhr reduziert hatte, wurde die Leiterin des Heimes von der Geschäftsleitung angewiesen, die künstliche Ernährung umgehend wieder aufzunehmen. Daraufhin erteilte der Angeklagte, ein Medizinrechtsanwalt, der Tochter den Rat, den Schlauch der Sonde über der Bauchdecke zu durchtrennen. Diesen Rat befolgte die Tochter, ihr Vorgehen wurde jedoch wenige Minuten später entdeckt und K in ein Krankenhaus gebracht, wo ihr eine neue Sonde gelegt wurde. K verstarb Anfang 2008 eines natürlichen Todes aufgrund ihrer Erkrankung.

Während das LG Fulda den Angeklagten wegen versuchten Totschlags verurteilt hatte, kam der BGH zu einem Freispruch. In der Begründung seiner Entscheidung geht der BGH davon aus, dass die Ernährung über eine PEG-Sonde rechtswidrig war, weil sie dem von K Jahre zuvor geäußerten Wunsch widersprach.²⁴ Es ist zunächst unumstritten, dass medizinische Behandlungsmaßnahmen nur vorgenommen werden dürfen, wenn der Patient in diese (mutmaßlich) ein-

²² LG Ravensburg NStZ 1987, 229 f.; BGHSt 40, 257 ff.; ferner BGHSt 37, 376 (379).

²³ BGBl. 2009 I 2286, Gesetz v. 29.7.2009, in Kraft getreten am 1.9.2009.

²⁴ BGHSt 55, 191 (196 f.).

gewilligt hat (§ 630d Abs. 1 BGB). Ebenso ist es unumstritten, dass Patienten jederzeit die Fortsetzung einer bereits aufgenommenen Behandlung ablehnen können (§ 630d Abs. 3 BGB). Behandlungen, die gegen den (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Betroffenen durchgeführt werden, sind daher rechtswidrig und stellen eine strafbare Körperverletzung dar. Das gilt auch in Fällen, in denen die Behandlung lebensnotwendig ist, der Patient also bei Verweigerung oder Abbruch einer Behandlung sterben wird.²⁵ Als zentrales Kriterium fungiert in diesen Fällen die Patientenautonomie bzw. das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Der BGH hatte zudem das kurz vor seiner Entscheidung in Kraft getretene Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts zu berücksichtigen.²⁶ Denn durch dieses Gesetz wurde die Patientenverfügung gesetzlich verankert, die als eine Ausprägung des verfassungsrechtlich abgesicherten Selbstbestimmungsrechts anzusehen ist.²⁷ Ziel des Gesetzes war es, Rechtssicherheit zu schaffen. Es sollte gewährleistet werden, dass Personen im Zustand der Einwilligungsfähigkeit festlegen können, welche Behandlungen an ihnen vorgenommen werden dürfen oder unterlassen werden müssen, wenn sie später infolge einer Krankheit oder eines Unfalls einwilligungsunfähig werden.²⁸ Bei K lag eine Patientenverfügung zwar nicht vor, weil sie keine schriftliche Festlegung getroffen hatte (§ 1901a Abs. 1 BGB, heute § 1827 Abs. 1 BGB). Ihre Behandlungswünsche konnten aber aufgrund einer früheren Äußerung gegenüber ihrer Tochter ermittelt werden,²⁹ so dass § 1901a Abs. 2 BGB (heute § 1827 Abs. 2 BGB) einschlägig war. Einer Genehmigung des Betreuungsgerichts bedurfte es zur Umsetzung der Behandlungswünsche von K nicht. Nach § 1904 Abs. 2 BGB (heute § 1829 Abs. 2 BGB) ist diese zwar nötig, wenn eine Maßnahme medizinisch indiziert ist und bei deren Unterbleiben oder Abbruch die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute stirbt. Das gilt nach Absatz 4 der Vorschrift aber nicht, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Entscheidung dem nach § 1901a BGB (heute § 1827 BGB) festgestellten Willen des Betreuten entspricht. Da diese Voraussetzungen vorlagen, war es Aufgabe der Tochter, den Behandlungswunsch von K gegenüber der Heimleitung (und den Pflegekräften)

²⁵ BGHSt 11, 111 (113 f.); BGHSt 32, 367 (378); BGHZ 163, 195 (197 f.); BVerfGE 153, 182 (262); Otto (Fn. 2), D 42 ff.; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 69; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 107; Jarass/Pieroth/Jarass, 18. Aufl. 2024, GG Art. 2 Rn. 77a („Freiheit zur Krankheit“).

²⁶ BGBl. 2009 I 2286 Gesetz v. 29.7.2009, am 1.9.2009 in Kraft getreten; s. BGHSt 55, 191 (198 f.).

²⁷ BT-Drs. 16/8442, S. 2 f.

²⁸ BT-Drs. 16/8442, S. 3, 8.

²⁹ Zweifel dazu bei Kubiciel ZJS 2010, 656 (657 f.).

durchzusetzen.³⁰ Hinzu kommt, dass das Gesetz die Untersagung einer medizinischen Behandlung unabhängig von der Art und dem Stadium der Erkrankung des Betreuten gewährleistet (§ 1901a Abs. 3 BGB, heute § 1827 Abs. 3 BGB). Auf eine sog. Reichweitenbegrenzung, wie sie zuvor diskutiert wurde, hat der Gesetzgeber also verzichtet.³¹ Insofern war es auch unerheblich, dass bei K der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar eingesetzt hatte.³² Der BGH stützt sich zur Begründung der Straflosigkeit des Angeklagten, in der Sache überzeugend, maßgeblich auf den Willen von K und hält das Durchtrennen des Schlauches (aus diesem Grund) für gerechtfertigt.³³ Die Lösung des BGH steht im Einklang mit den Vorgaben des zivilrechtlichen Betreuungsrechts. Diese Vorgaben wären bei einer Verurteilung des Angeklagten wegen versuchten Totschlags unterlaufen worden.

Betrachtet man den Fall jedoch aus einer strafrechtsdogmatischen Perspektive, die nicht durch normative und letztlich ergebnisorientierte Erwägungen aus dem Sterbehilferecht überformt wird, ergibt sich: Das Durchtrennen des Schlauches der Sonde war ein aktives Verhalten und hätte nach der Vorstellung des Angeklagten den Tod der K unmittelbar herbeiführen sollen. Hinsichtlich der Herbeiführung des Todes lag bei dem Angeklagten Vorsatz in Form von Absicht vor.³⁴ Insbesondere stünde es einer absichtlichen Herbeiführung des Todes nicht entgegen, wenn es dem Angeklagten primär darum gegangen wäre, den Willen von K durchzusetzen.³⁵ Demnach liegt eine aktive direkte Tötung oder auch Sterbehilfe im weiteren Sinne³⁶ vor, die aber anders als eine sog. passive Sterbehilfe nach herkömmlicher Betrachtung kategorisch verboten sein soll.³⁷ Das ausnahmslose Verbot einer aktiven direkten (Fremd-)Tötung lässt sich mit einem Verweis auf die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) ohne weiteres fundieren. Denn aus dieser Vorschrift geht hervor, dass eine vorsätzliche Tötung selbst bei einem (aktuell vorliegenden) ausdrücklichen und ernstlichen Tötungsverlangen strafbar ist. Lediglich das Strafmaß ist herabgesetzt.

³⁰ BGHSt 55, 191 (196 f.); ferner BGHZ 202, 226 (232); BGHZ 163, 195 (199 f.); Verrel (Fn. 3), C41 ff.

³¹ BT-Drs. 16/8442, S. 16 ff.

³² BGHSt 55, 191 (194 ff.); ferner BGHSt 40, 257 (259 f.).

³³ BGHSt 55, 191 (198 ff.).

³⁴ BGHSt 55, 191 (198): „auf die Lebensbeendigung abzielende Handlung“.

³⁵ Zum Endzweck und zu weiteren Zwecken einer Handlung Roxin/Greco, Strafrecht Allgemeiner Teil, Band I, 5. Aufl. 2020, § 12 Rn. 10; LK-StGB/Vogel/Bülte, 13. Aufl. 2020, § 15 Rn. 81.

³⁶ Zur Terminologie BGHSt 40, 257 (259 f.); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 116.

³⁷ Kritik hierzu bei Fischer/Fischer, 72. Aufl. 2025, StGB Vor §§ 211–217 Rn. 34 f.; ders., FS Roxin, 2011, S. 557 (565 f.); MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 28 f.

Dieser Problematik weicht der BGH in gewisser Weise aus, indem er erklärt, nicht weiter „an den äußeren Erscheinungsformen von Tun und Unterlassen [...] für die Abgrenzung zwischen gerechtfertigter und rechtswidriger Herbeiführung des Todes mit Einwilligung oder mutmaßlicher Einwilligung des betroffenen Patienten“ festhalten zu wollen.³⁸ Die im Schrifttum jedenfalls bis dahin überwiegend favorisierte Einordnung solcher und vergleichbarer Fallkonstellationen als erlaubte passive Sterbehilfe³⁹ verwirft der BGH.⁴⁰ Die Einordnung als passive Sterbehilfe und damit ein Unterlassen hat den Vorteil, dass bei einem entsprechenden Willen des Betroffenen bereits die Garantspflicht und damit der Tötungstatbestand abgelehnt werden können, zumindest wenn der Abbruch der Behandlung von dem verantwortlichen medizinischen Personal vollzogen wird.⁴¹ Um in solchen Fällen zu einem Unterlassen zu gelangen, wird vielfach auf das (schon sprachlich merkwürdig anmutende) Konstrukt eines Unterlassens durch Tun zurückgegriffen.⁴² In der darin liegenden „Umdeutung“ eines aktiven in ein passives Verhalten sieht der BGH einen „dogmatisch unzulässige[n] ‚Kunstgriff‘“ und führt stattdessen die Kategorie Behandlungsabbruch ein.⁴³ Unter diesem „normativ-wertenden Oberbegriff“ sollen alle Handlungen zusammengefasst werden, die mit der Beendigung einer ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen.⁴⁴ Hiermit wird, nicht anders als bei einer Lösung dieser Fälle über die passive Sterbehilfe, das Ziel verfolgt, auch den tätigen Behandlungsabbruch als erlaubt anzusehen. Der BGH stellt im Weiteren klar,⁴⁵ dass eine erlaubte Sterbehilfe durch Behandlungsunterlassung, -begrenzung oder -abbruch darauf beschränkt bleibt, einen Zustand (wieder-)herzustellen, der einem bereits begonnenen Krankheitsprozess seinen Lauf lässt und den Patienten letztlich seinem Sterben überlässt. Damit werden alle Handlungen ausgenommen, die unmittelbar zum Tod des Patienten führen, aber keinen Behandlungsbezug aufweisen, sondern vom Krankheitsprozess abgekoppelt sind.

³⁸ BGHSt 55, 191 (201 f.).

³⁹ Vgl. LKH/Heger, 31. Aufl. 2025, StGB Vor § 211 Rn. 8d mwN.

⁴⁰ BGHSt 55, 191 (201 ff.).

⁴¹ Roxin, in: ders./Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. 2010, S. 75 (94 f. [außenstehende Personen machen sich dagegen wegen aktiver Tötung strafbar]).

⁴² Roxin, Strafrecht Allgemeiner Teil, Band II, 2003, § 31 Rn. 99, 115 ff.; Kühl, Strafrecht Allgemeiner Teil, 8. Aufl. 2017, § 18 Rn. 17; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 141 f. Krit. Gropp, GS Schlüchter, 2002, S. 173 ff. Dass es für dieses umstrittene Konstrukt normativ einleuchtende Gründe gibt (s. Roxin, Kühl und Schneider aaO), wird nicht in Abrede gestellt.

⁴³ BGHSt 55, 191 (202 f.).

⁴⁴ BGHSt 55, 191 (203).

⁴⁵ BGHSt 55, 191 (204 f.).

Der Auffassung des BGH, dass die tatbestandlichen Grenzen des § 216 StGB hier unberührt bleiben,⁴⁶ lässt sich nicht folgen.⁴⁷ Es ist nämlich schwer nachvollziehbar, dass einer lediglich mutmaßlichen Einwilligung in eine aktive und direkte Tötungshandlung eine rechtfertigende Wirkung zukommen kann, wohingegen selbst ein aktuelles, ausdrücklich geäußertes, ernstliches Tötungsverlangen die Strafbarkeit nicht ausschließen kann (§ 216 StGB).⁴⁸ Den Tötungsdelikten (§§ 212, 216 StGB) ist jedenfalls kein Hinweis dahingehend zu entnehmen, dass ein zum Tode führender Behandlungsabbruch, der dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, nicht erfasst oder erlaubt sein soll.⁴⁹ Vielmehr handelt es sich hierbei um eine Sonderdogmatik im Bereich der Sterbehilfe, die Folge von bestehenden gesetzlichen Regelungsdefiziten ist. So wäre ein anderes Ergebnis unvertretbar. Zu Recht führt der BGH aus:⁵⁰ Wenn Patienten verlangen können, dass eine Behandlung nicht aufgenommen wird, müssen sie ebenso verlangen können, dass eine bereits aufgenommene Behandlung abgebrochen wird. Ob dieser Behandlungsabbruch dann durch aktives oder passives Verhalten umgesetzt wird, kann für die Bewertung des Verhaltens als erlaubt oder verboten im Ergebnis keinen Unterschied machen. Die aufgezeigten Widersprüche in der Begründung der Entscheidung lassen sich dem BGH nicht vorwerfen. Denn diese beruhen auf inkonsistenten gesetzlichen Vorgaben im Zivilrecht und im Strafrecht.⁵¹

2. Lösungsvorschläge der Literatur

Das Ergebnis der Entscheidung des BGH ist – soweit ersichtlich – im strafrechtlichen Schrifttum durchweg auf Zustimmung gestoßen.⁵² Für den vom BGH eingeschlagenen Begründungsweg gilt das allerdings nicht.⁵³ Die in der Literatur alternativ vorgeschlagenen Lösungswege

⁴⁶ BGHSt 55, 191 (205).

⁴⁷ Duttge MedR 2011, 36 (37 f.); Gaede NJW 2010, 2925 (2927); Haas JZ 2016, 714 (717); Walter ZIS 2011, 76 (78, 81); TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 64; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 140, 210; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 69; Hilgendorf, in: Duttge et al. (Hrsg.), Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende, 2022, S. 41 (43 f.).

⁴⁸ Duttge MedR 2011, 36 (38); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 210.

⁴⁹ Joerden, FS Roxin, 2011, S. 593 (596).

⁵⁰ BGHSt 55, 191 (203).

⁵¹ TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 64.

⁵² MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 112; Pawlik, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 667 (670 f.) – beide mwN.

⁵³ Nahezu durchweg positiv äußern sich hingegen LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor § 211 ff. Rn. 60 ff.; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 61 ff.; Verrel NSTZ 2010, 671 ff.

sind jedoch ebenso wenig über jeden Zweifel erhaben wie der Ansatz des BGH. Das gilt zunächst für den Vorschlag, Fälle eines tätigen Behandlungsabbruchs wie zuvor als passive Sterbehilfe einzuordnen.⁵⁴ Darüber hinaus dürfte weitgehend Einigkeit darüber bestehen, dass das Selbstbestimmungsrecht das maßgebliche Kriterium dafür ist, dass der Abbruch der künstlichen Ernährung kein Unrecht darstellen kann. Daher beschränken sich die Meinungsunterschiede im Wesentlichen darauf, wo dieses Kriterium strafrechtsdogmatisch zu verorten ist. Dem strafrechtlichen Deliktsaufbau folgend, lassen sich Tatbestands- und Rechtfertigungslösungen unterscheiden. Die Tatbestandsebene betreffend, werden eine teleologische Reduktion des § 216 StGB⁵⁵ sowie eine Berücksichtigung des Patientenwillens in der objektiven Zurechnung vorgeschlagen.⁵⁶ Die teleologische Reduktion des § 216 StGB ist nicht zielführend. Da die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 216 StGB nicht gegeben waren, müsste die teleologische Reduktion auf § 212 StGB erstreckt werden.⁵⁷ Mehrheitlich wird eine Lösung über die objektive Zurechnung bevorzugt. Hiernach führt die Berücksichtigung des Willens von K dazu, dass dem verantwortlichen medizinischen Personal oder den Betreuern der (Todes-)Erfolg nicht zuzurechnen sei.⁵⁸ Der Vorzug dieses Lösungswegs soll darin liegen, dass sich das Selbstbestimmungsrecht von vornherein durchsetzt und keine weitere Aufweichung des Tötungstabus erforderlich ist.⁵⁹ Ob das Selbstbestimmungsrecht (bzw. der Patientenwille) bereits im Tatbestand oder erst in der Rechtfertigung zu berücksichtigen ist, ist primär eine Frage der sinnvollen Systematisierung.⁶⁰ Der tragende materielle Gesichtspunkt ist bei der Lösung über die objektive Zurechnung genauso wie beim Ansatz des BGH das Selbstbestimmungsrecht. Insofern führen beide Lösungswege auch gleichermaßen zu einem Konflikt

⁵⁴ LKH/Heger, 31. Aufl. 2025, StGB Vor § 211 Rn. 8d; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211, Rn. 141 f., 206 ff.; krit. LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 64 mwN.

⁵⁵ Walter ZIS 2011, 76 (81 f.); ähnlich Duttge MedR 2011, 36 (37), der § 216 StGB auf „das aktiv-direkte Setzen der ‚von außen‘ zugeführten Todesursache“ beschränken will und „bei bloßem Vorenthalten lebenserhaltender Maßnahmen für nicht anwendbar“ hält; ferner Jäger, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 595 (601), der zwischen behandlungsbezogenen und nicht behandlungsbezogenen Tötungshandlungen unterscheidet.

⁵⁶ Gaede NJW 2010, 2925 (2927); Rissing-van Saan ZIS 2011, 544 (549 f.); Haas JZ 2016, 714 (718 f.); Engländer JZ 2011, 513 (518).

⁵⁷ Engländer JZ 2011, 513 (518); Haas JZ 2016, 714 (719); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 210; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 76.

⁵⁸ Engländer JZ 2011, 513 (518); Haas JZ 2016, 714 (718 f.); Gaede NJW 2010, 2925 (2927); Rissing-van Saan ZIS 2011, 544 (549 f.).

⁵⁹ Gaede NJW 2010, 2925 (2927).

⁶⁰ Sternberg-Lieben, Die objektiven Schranken der Einwilligung, 1997, S. 59 f.; Murrmann, FS Puppe, 2011, S. 767 (773 f.); Grünewald GA 2012, 364 (367).

zwischen diesem zentralen Kriterium und dem ausnahmslosen Tötungsverbot (§§ 212, 216 StGB).⁶¹ Dass allein eine Verschiebung des Selbstbestimmungsrechts in die objektive Zurechnung diesen Konflikt beheben könnte, erschließt sich nicht.⁶² Abgesehen davon empfiehlt es sich nicht, Handlungen, die zum Tod einer Person führen, schon vom Tötungstatbestand auszunehmen.⁶³ Im Weiteren werden die Nothilfe (§ 32 StGB)⁶⁴ und der rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB)⁶⁵ als Rechtfertigungsgründe für einen Behandlungsabbruch mit (mutmaßlichem) Willen angeführt. Die Anwendung beider Rechtfertigungsgründe drängt sich jedoch nicht auf. Denn die Verteidigungshandlung der Notwehr ist gegen den Angreifer zu richten, sie richtet sich vorliegend aber auch gegen die Angegriffene.⁶⁶ Was § 34 StGB betrifft, lässt sich von vornherein bezweifeln, dass diese Norm, die auf dem Solidaritätsgedanken gründet, auf intrapersonale (und nicht nur auf interpersonale) Interessenkonflikte anwendbar ist.⁶⁷ Gegen eine Rechtfertigung über § 34 StGB spricht aber vor allem, dass der Behandlungsabbruch erlaubt ist, weil er dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht. Demgegenüber ist der rechtfertigende Notstand auf eine objektive Interessenabwägung ausgerichtet. Damit wird jedoch der entscheidende Legitimationsaspekt in diesem Fall verfehlt.

3. Fazit

Über das Ergebnis der Entscheidung des BGH besteht zu Recht kein Streit. Die in der Literatur vorgeschlagenen Lösungswege verfolgen daher ebenso wie der BGH das Ziel, den auch zum Tode führenden tätigen Behandlungsabbruch als ein erlaubtes Verhalten anzusehen, sofern er dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht. Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben ist der vom BGH entschiedene Fall dogmatisch widerspruchsfrei allerdings nicht zu lösen. Sämtliche Begründungsstrategien sind Einwänden ausgesetzt und stellen Behelfslösungen dar. Der entscheidende Legitimationsaspekt ist das Selbstbestimmungsrecht. Dass diesem Recht hier der Vorrang

⁶¹ Pawlik, FS Wolter, 2013, S. 627 (630).

⁶² Sternberg-Lieben ZfL 2023, 23 (32): Widerspruch zum Normzweck des § 216 StGB. Zu weiteren Einwänden MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 76; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 215 f.

⁶³ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 76, mit dem Hinweis auf Parallelen zur Einordnung der ärztlichen Heilbehandlung im Tatbestand oder in der Rechtfertigung.

⁶⁴ Pawlik, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 667 (677 f.); Streng, FS Frisch, 2013, S. 739 (752).

⁶⁵ MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 145 f., 214.

⁶⁶ BGHSt 55, 191 (197); Gaede NJW 2010, 2925 (2927); weitere Einwände bei G. Merkel, Behandlungsabbruch und Lebensschutz, 2020, S. 216 ff.

⁶⁷ Abl. Engländer JZ 2011, 513 (517); ders. GA 2010, 15 ff.; aA NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 103.

gebührt, ist mit dem ausnahmslosen Tötungsverbot (§§ 212, 216 StGB) nicht zu vereinbaren. Hierin liegt aus strafrechtsdogmatischer Sicht das zentrale Problem dieses Falls.

II. Schmerz- und Leidenslinderung: Anforderungen an die sog. indirekte Sterbehilfe

Als sog. indirekte Sterbehilfe werden üblicherweise Fälle bezeichnet, in denen mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten Medikamente zur Schmerz- oder auch Leidenslinderung in einer Dosierung verabreicht werden, die als unvermeidbare wie unbeabsichtigte Nebenfolge eine Verkürzung der Lebensdauer zur Folge haben kann.⁶⁸ In der Medizin finden sich allerdings unterschiedliche Einschätzungen dazu, ob eine palliativmedizinische Behandlung mit einer Lebensverkürzung einhergehen kann.⁶⁹ Sollte dies nicht der Fall sein, wäre diese Konstellation im Hinblick auf den Lebensschutz für das Strafrecht ohne Bedeutung.⁷⁰ Jedoch lässt sich ein solcher Verlauf nicht ausschließen.⁷¹ So wird von einem „Graubereich“ der palliativen Sedierung zwischen einem wirksamen und sinnvollen Instrument der palliativen Symptomkontrolle einerseits hin zu einer lebensbeendenden Handlung andererseits gesprochen.⁷² Solange davon ausgegangen werden muss, dass solche Fälle auftreten können, bleibt diese Sterbehilfekonstellation für das Strafrecht von Belang.⁷³

1. Problematik der Fallkonstellation

Unter der Voraussetzung, dass zur Schmerz- oder Leidenslinderung verabreichte Medikamente den Todeseintritt beschleunigen, liegt eine Tötungshandlung vor. Daher handelt es sich bei der sog. indirekten Sterbehilfe um eine aktive Tötung.⁷⁴ Es ist – ebenso wie im zuvor erör-

⁶⁸ HK-GS/Duttge, 5. Aufl. 2022, StGB Vor §§ 211 ff. Rn. 47, 54; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 50, sowie BGHSt 42, 301 (305); BGHSt 46, 279 (284 f.).

⁶⁹ Wildfeuer, Beurteilung von Schmerzen und Sedierungstiefe bei palliativ sedierten Patienten – Validierung des Critical Care Pain Observation Tool (CPO) und der Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) bei Patienten unter palliativer Sedierung im Rahmen einer prospektiven, offenen Multicenterstudie, Diss. München 2018, S. 6 f.

⁷⁰ So Borasio, Über das Sterben, 4. Aufl. 2012, S. 165: Eine Lebensverkürzung bei „korrekter Medikamentenanwendung“ sei eine „in der Ärzteschaft [verbreitete] Fehlvorstellung“.

⁷¹ Alt-Epping, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 543 (544 f., 547); ders. et al. Ethik in der Medizin 2015, 219 (225); Dettmeyer, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 549.

⁷² Alt-Epping, in: Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, 2017, S. 543 (547).

⁷³ HK-GS/Duttge, 5. Aufl. 2022, StGB Vor §§ 211 ff. Rn. 47; Verrel (Fn. 3), C 34.

⁷⁴ MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2022, Vor § 211 Rn. 118; Matt/Renzikowski/Safferling, 2. Aufl. 2020, StGB § 212 Rn. 40; Otto (Fn. 2), D 54.

terten Fall eines zum Tode führenden tätigen Behandlungsabbruchs entsprechend dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Betroffenen (→ B. I.) – im Ergebnis zu Recht unstrittig,⁷⁵ dass auch die medizinisch angezeigte Gabe von schmerz- oder leidmindernden Medikamenten mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten erlaubt sein muss, selbst wenn dadurch eine Verkürzung der Lebensdauer eintritt. Zugleich ist aber ebenso wie im Falle eines tätigen Behandlungsabbruchs umstritten, wie dieses Ergebnis dogmatisch schlüssig zu begründen ist. Da die Verabreichung der Medikamente im Falle einer Lebensverkürzung ein aktives Tötungsverhalten darstellt, ergibt sich erneut ein Konflikt mit dem ausnahmslosen Tötungsverbot (§§ 212, 216 StGB). Dass der Patient eine schmerz- und leidlindernde Behandlung ausdrücklich verlangt oder auch nur in diese (mutmaßlich) einwilligt, kann einer Strafbarkeit im Grunde nicht entgegenstehen – jedenfalls dann nicht, wenn man die Regelung der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) ernst nimmt. Denn diese Vorschrift schließt – wie schon im Rahmen der Ausführungen zum Behandlungsabbruch dargelegt – bei einer Fremdtötung den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts vor dem Lebensschutz kategorisch aus. Letzteres ist sogar die Kernaussage des § 216 StGB. Der rechtliche Konflikt mit dem ausnahmslosen Tötungsverbot (§§ 212, 216 StGB) spitzt sich bei der sog. indirekten Sterbehilfe dadurch zu, dass die Verweigerung einer medizinisch indizierten und vom Patienten gewünschten schmerz- oder leidmindernden Behandlung für den zuständigen Arzt eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung durch Unterlassen (§§ 223, 13 StGB) zur Folge hat.⁷⁶ Für den behandelnden Arzt ergäben sich daher bei uneingeschränkter Aufrechterhaltung des Tötungsverbots zwei Rechtspflichten, deren gleichzeitige Erfüllung ausgeschlossen ist: Entweder nämlich verletzt er bei Verabreichung entsprechender Medikamente mit lebensverkürzender Wirkung seine Pflicht, eine andere Person nicht zu töten. Oder er verletzt im Falle des Unterlassens seine (Garanten-)Pflicht, die Schmerzen oder das Leiden des Patienten abzuwenden bzw. zumindest abzuschwächen.

2. Position des BGH

Insofern ist die entscheidende Frage, wie sich die Strafflosigkeit der sog. indirekten Sterbehilfe begründen lässt. Hierzu äußerte sich der BGH im Jahr 1996 in seiner Dolantin-Entscheidung eher am Rande

⁷⁵ TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 44; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 50; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 30; SSW-StGB/Momsen, 6. Aufl. 2024, Vor §§ 211 ff. Rn. 29.

⁷⁶ SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 212 Rn. 58; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 31; BGH NStZ 2020, 29 (32).

wie folgt: „[...] die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen [...] ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“⁷⁷ Damit wendete der BGH den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) an und bezog in die Interessenabwägung als letztlich ausschlaggebendes Kriterium den (erklärten oder mutmaßlichen) Patientenwillen ein. Im Jahr 2002 bestätigte der BGH diesen Lösungsweg und stellte zugleich fest, dass die sog. indirekte Sterbehilfe „nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs [...] und einem nahezu einhelligen Grundkonsens im Schrifttum zulässig“ ist.⁷⁸ Ob der BGH heute noch an dieser Begründung, mithin der Kombination aus rechtfertigendem Notstand und Einwilligung, festhält, ist unklar. Spätere Entscheidungen, beginnend mit dem Urteil des BGH zum Behandlungsabbruch, legen es nahe, dass die Straflosigkeit der sog. indirekten Sterbehilfe nunmehr allein auf die Einwilligung gestützt wird.⁷⁹

Einem Urteil des 2. Strafsenats des BGH aus dem Jahr 2019⁸⁰ war zudem zu entnehmen, dass im Ausnahmefall auch ein Nichtarzt medizinische Maßnahmen zur Linderung von Leiden durchführen kann, vorausgesetzt, es liegt eine (ausdrückliche oder mutmaßliche) Einwilligung des Betroffenen vor und die Medikation bewegt sich im Rahmen des medizinisch Vertretbaren. Eine solche Ausnahmelage ist nach Ansicht des BGH zunächst der „eigentliche Sterbevorgang unmittelbar vor dem Tod“. In diesem Fall war ferner zu berücksichtigen, dass die von der behandelnden Ärztin verordnete Menge Morphin (5 mg) an der unteren Grenze des medizinisch Angemessenen lag. Die Pflegekraft setzte sich über diese Anordnung eigenmächtig hinweg und injizierte die doppelte Menge (10 mg Morphin). Das stehe einer Rechtfertigung nicht entgegen, denn diese Dosierung entspreche „der Sache nach den Regeln der ärztlichen Kunst“.⁸¹

3. Lösungsansätze der Literatur

Im Schrifttum besteht kein Konsens darüber, wie die Straflosigkeit der sog. indirekten Sterbehilfe zu begründen ist. Ähnlich wie im Fall des tätigen Behandlungsabbruchs lassen sich die Vorschläge dem Delikttaufbau entsprechend in Tatbestands- und Rechtfertigungslösungen einteilen. Vertreter der Tatbestandslösungen verweisen ins-

⁷⁷ BGHSt 42, 301 (305).

⁷⁸ BGHSt 46, 279 (284f.).

⁷⁹ BGHSt 55, 191 (204); BGHSt 64, 69 (78f.); BGH NStZ 2021, 164 (165).

⁸⁰ BGHSt 64, 69 (78ff.).

⁸¹ S. auch BGH NStZ 2021, 164 (165), krit. G. Merkel NStZ 2021, 166f.

besondere darauf,⁸² dass eine medizinisch indizierte und lege artis durchgeführte Schmerzmedikation vom Schutzbereich der Tötungsdelikte (§§ 212, 216 StGB) nicht erfasst werde; oder dass dieses Verhalten seinem sozialen Sinn nach keine Tötungshandlung sei; oder dass es als ein rechtlich erlaubtes Risiko bzw. sozialadäquates Verhalten anzusehen sei. Genauso wenig wie es überzeugt, beim Vorliegen eines medizinisch indizierten und lege artis durchgeführten Heileingriffs bereits den Körperverletzungstatbestand abzulehnen,⁸³ überzeugt es jedoch, eine medizinisch indizierte und nach dem allgemein anerkannten fachlichen Standard durchgeführte Schmerzbehandlung von vornherein als vom Tötungstatbestand nicht umfasst anzusehen. Es ist auch nicht zu erkennen, wie sich die objektive Zurechnung verneinen ließe. Sofern eine medizinisch indizierte und fachgerecht verabreichte Medikamentengabe den Eintritt des Todes beschleunigt hat, wurde damit zugleich hinsichtlich des Schutzguts Leben (§§ 212, 216 StGB) ein rechtlich missbilligtes Risiko geschaffen, welches sich im Todeseintritt verwirklicht hat. Die kausale und objektiv zurechenbare Herbeiführung des Todes einer anderen Person lässt sich zudem schwerlich als sozialadäquates Verhalten einstufen.⁸⁴ Da es die zentrale Aussage des § 216 StGB ist, dass das Selbstbestimmungsrecht hinter dem Lebensschutz zurücksteht, erweist sich überdies die teilweise präferierte teleologische Reduktion des § 216 StGB⁸⁵ als höchst zweifelhafter Weg, um zu einer Tatbestandslosigkeit zu gelangen.

Mehrheitlich schließt sich das Schrifttum der vom BGH in der Dolantin-Entscheidung⁸⁶ unterbreiteten Auffassung an und folgt daher der Rechtfertigungslösung. Der Sache nach wird eine Rechtfertigung der sog. indirekten Sterbehilfe folglich dadurch erreicht, dass der rechtfertigende Notstand mit einer (erklärten oder mutmaßlichen) Einwilligung kombiniert wird.⁸⁷ Diese etwas sonderbare Lösungsstrategie über zwei Rechtfertigungsgründe deutet bereits darauf hin, dass sich dem Gesetz keine passgenaue Lösung für diese Fälle entneh-

⁸² Einen anschaulichen Überblick über die vertretenen Ansätze und Argumente gibt MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 122 ff.

⁸³ LK-StGB/Grünewald, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 67 ff., 72 ff.; MüKoStGB/Hardtung, 5. Aufl. 2025, § 223 Rn. 72 ff.

⁸⁴ Die Tatbestandlösungen abl. zB TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 50 f.; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 122 ff.

⁸⁵ Dafür Pawlik, FS Wolter, 2013, S. 627 (633 f.); Murmann, Grundkurs Strafrecht, 8. Aufl. 2024, § 21 Rn. 78; Kienzerle, Paternalismus im Strafrecht der Sterbehilfe, 2021, S. 273, für die es sich hier nur um eine „scheinbar[e] dogmatische Friktion mit der Einwilligungssperre des § 216 StGB“ handelt.

⁸⁶ BGHSt 42, 301 (305).

⁸⁷ TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 57; SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 212 Rn. 57; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 59; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 103.

men lässt.⁸⁸ Während eine reine Einwilligungslösung erneut an § 216 StGB scheitert,⁸⁹ trifft der rechtfertigende Notstand den entscheidenden Legitimationsgesichtspunkt nicht. Ebenso wie beim zum Tode des Patienten führenden Behandlungsabbruch gilt auch für die sog. indirekte Sterbehilfe: Die medizinisch indizierte Verabreichung von schmerz- oder leidmindernden Medikamenten, die den Todeseintritt beschleunigen (können), kann allein unter der Voraussetzung erlaubt sein, dass die betroffene Person in eine solche Behandlung (mutmaßlich) eingewilligt hat.⁹⁰ Denn deren Selbstbestimmungsrecht und nicht eine objektiv orientierte Interessenabwägung (§ 34 StGB) bildet das maßgebliche Legitimationskriterium. Diese materiell allein sachgerechte Begründung für die Zulässigkeit einer sog. indirekten Sterbehilfe lässt sich bei korrekter Anwendung der gesetzlichen Vorgaben wegen des ausnahmslosen Tötungsverbots (§§ 212, 216 StGB) allerdings nicht umsetzen. Damit besteht – ebenso wie für den tätigen Behandlungsabbruch – auch für die sog. indirekte Sterbehilfe ein gesetzliches Regelungsdefizit.⁹¹

4. Weitere Voraussetzungen

Abgesehen von diesen Begründungsproblemen und Regelungsmängeln stellt sich die Frage, unter welchen weiteren Voraussetzungen die sog. indirekte Sterbehilfe zulässig sein sollte. Eine Begrenzung auf den unmittelbaren Sterbevorgang⁹² erweist sich schon deshalb als problematisch, weil Patienten in jeder Phase einer Krankheit Zugang zu einer angemessenen, also medizinisch indizierten, und effektiven Schmerztherapie haben sollten. Für den behandelnden Arzt kann deren Versagung eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung durch Unterlassen (§§ 223, 13 StGB) begründen. Hierzu passt aber von vornherein ein Ansatz kaum, der die sog. indirekte Sterbehilfe an bestimmte Krankheits- oder Sterbensphasen koppelt.⁹³ Eine andere Frage ist es

⁸⁸ MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 127, 130; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 57; WH/Engländer, Strafrecht Besonderer Teil 1, 48. Aufl. 2025, § 2 Rn. 144.

⁸⁹ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 56; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 56; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 127; aA MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 31; Kienzerle, Paternalismus im Strafrecht der Sterbehilfe, 2021, S. 272 f.

⁹⁰ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 31; NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 36.

⁹¹ Weißer ZStW 128 (2016), 106 (116 f.); TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 57, 64; WH/Engländer, Strafrecht Besonderer Teil 1, 48. Aufl. 2025, § 2 Rn. 144.

⁹² So lagen die Sachverhalte in BGHSt 46, 301 (305); BGHSt 64, 69 (79 f.); BGH NStZ 2021, 164.

⁹³ MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 118; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 46.

dagegen, dass eine medizinisch angezeigte und effektive Schmerzbehandlung, die in einer solchen Dosierung erfolgen muss, dass damit eine Lebensverkürzung einhergehen kann, regelmäßig auf Fälle einer schwerwiegenden, lebensbedrohlichen Krankheit im weit fortgeschrittenen Stadium beschränkt sein dürfte. Im Weiteren ist zu Recht anerkannt, dass die sog. indirekte Sterbehilfe sich neben der reinen Schmerzbekämpfung auf die Linderung anderer schwerer Leidenszustände (wie zB Erstickungsängste, Atemnot) zu erstrecken hat.⁹⁴ Das entspricht auch dem palliativmedizinischen Behandlungskonzept.⁹⁵

5. Relevanz der Vorsatzform?

Im Weiteren ist dagegen umstritten, ob die Straflosigkeit der sog. indirekten Sterbehilfe davon abhängt, mit welcher Vorsatzform hinsichtlich der Lebensverkürzung die schmerz- oder leidmindernde Behandlung vorgenommen wird. Das bringt der Begriff der indirekten Sterbehilfe auch zum Ausdruck, weil er die innere Willensrichtung beschreibt.⁹⁶ Dementsprechend bezieht sich die sog. indirekte Sterbehilfe nach verbreiteter Auffassung auf Fälle, in denen der Arzt oder das medizinische bzw. pflegerische Personal mit der Verabreichung von Medikamenten entsprechend dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Betroffenen das Ziel verfolgt, dessen Schmerzen oder Leiden zu lindern, wohingegen eine Verkürzung der Lebenszeit lediglich als unvermeidbare und unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen wird.⁹⁷ Danach wäre eine erlaubte indirekte Sterbehilfe auf die Vorsatzform des Eventualvorsatzes beschränkt. Unter der Annahme, dass fachkundige Ärzte sowie medizinisch geschultes Personal in manchen Fällen sicher wissen werden, dass die von ihnen verabreichten hochdosierten Schmerzmittel eine Verkürzung der Lebensdauer des Patienten zur Folge haben werden, wird die erlaubte indirekte Sterbehilfe vielfach auch auf Wissentlichkeit (also *dolus directus* zweiten Grades) hinsichtlich einer Beschleunigung des Todesintritts ausgedehnt.⁹⁸ Diese

⁹⁴ Verrel (Fn. 3), C 32; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 50; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 47; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 99.

⁹⁵ Becker, in: Bormann (Hrsg.), Tod und Sterben, 2024, S. 383 (390f.); Stiel/Radbruch, in: Rosentreter et al. (Hrsg.), Sterbeprozesse – Annäherung an den Tod, 2010, S. 231 (233). Zu bestehenden Defiziten in der Palliativversorgung Bausewein, in: Kämper/Schildberg (Hrsg.), Assistierter Suizid, 2022, S. 113 (114).

⁹⁶ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 50.

⁹⁷ BGHSt 42, 301 (305); BGHSt 46, 279 (284f.); Duttge GA 2006, 573 (579); ders. NStZ 2001, 546.

⁹⁸ BeckOK StGB/Eschelbach, 67. Ed. 1.11.2025, § 216 Rn. 6.1; SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 212 Rn. 57; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 100; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 32; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 118; Verrel (Fn. 3), C 102.

Erweiterung ist sachgerecht; es lässt sich für sie schon die pragmatische Überlegung anführen, dass sich ansonsten Bestrafungsrisiken für das medizinische Personal ergäben, die wiederum einer angemessenen palliativmedizinischen Versorgung entgegenstehen könnten.⁹⁹

Demgegenüber soll nach überwiegender Ansicht keine erlaubte indirekte Sterbehilfe mehr vorliegen, wenn hinsichtlich der Lebensverkürzung mit Absicht gehandelt wird. In diesem Fall soll wegen eines vorsätzlichen Tötungsdelikts bestraft werden.¹⁰⁰ Denn das Ziel der medizinischen Behandlung dürfe allein die Linderung von Schmerzen oder Leiden sein, während die Verkürzung der Lebensdauer eine unbeabsichtigte Nebenfolge bleiben müsse.¹⁰¹ Diese Position leuchtet intuitiv zwar ohne weiteres ein, und sie dürfte an moralischen Maßstäben gemessen auch richtig sein. Nicht zuletzt aus diesem Grund erfreut sie sich in der medizinethischen Diskussion um die (indirekte) Sterbehilfe einer großen Beliebtheit.¹⁰² In der strafrechtlichen Anwendung führt dieser Ansatz aber zu Schwierigkeiten; er fügt sich nämlich weder in die allgemeine Strafrechtsdogmatik ein, noch führt er zu konsistenten Ergebnissen.¹⁰³ Eine sog. indirekte Sterbehilfekonstellation liegt zunächst nur vor, wenn die Verabreichung von schmerz- oder leidmindernden Medikamenten medizinisch indiziert ist¹⁰⁴ und mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten erfolgt. Auf der Grundlage des genannten Ansatzes würde daher in solchen Fällen allein die Vorsatzform darüber entscheiden, ob eine erlaubte aktive indirekte Sterbehilfe oder ein verbotenes aktives vorsätzliches Tötungsdelikt vorliegt.¹⁰⁵ Auf den ersten Blick irritiert hieran schon, dass die gesetzliche Regelung keine Anhaltspunkte für eine derart unterschiedliche Bewertung der Vorsatzform beim vorsätzlichen Tötungsdelikt enthält.¹⁰⁶ Vor allem aber spricht gegen diese Ansicht, dass

⁹⁹ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 32.

¹⁰⁰ Verrel (Fn. 3), C 102 f.; Schöch/Verrel et al. GA 2005, 553 (578).

¹⁰¹ Der Ansatz lässt sich auf die Lehre von der Doppelwirkung von Thomas von Aquin zurückführen; eingeh. Saliger, in: Bormann (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen*, 2017, S. 313 (316 ff.), und R. Merkel, *Früheuthanasie*, 2001, S. 166 ff.

¹⁰² Salm, in: Bormann (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen*, 2017, S. 469 (474 ff.); Eyhmüller, in: Bormann (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen*, 2017, S. 519 (523 ff.); Wildfeuer (Fn. 69), S. 7.

¹⁰³ Vgl. Kubiciel JA 2011, 86 (91); NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 38; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 51; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 45; Schäfer, *Zur strafrechtlichen Bewertung der Sterbehilfe de lege lata und de lege ferenda*, 2022, S. 101 ff.

¹⁰⁴ Zur Problematik, dass dies im Einzelfall nicht immer verlässlich zu beurteilen ist, Wildfeuer (Fn. 69), S. 7 ff.

¹⁰⁵ Zu sich hieraus ergebenden Beweisschwierigkeiten Verrel (Fn. 3), C 102; Schöch/Verrel et al. GA 2005, 553 (578).

¹⁰⁶ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 51; R. Merkel, FS Schroeder, 2006, S. 297 (314).

eine Handlung, die objektiv erlaubt ist, nicht dadurch verboten werden kann, dass sie mit einer moralisch defizitären Einstellung vollzogen wird.¹⁰⁷ Denn das liefe auf ein Gesinnungsstrafrecht hinaus.¹⁰⁸ Aus rechtlicher Perspektive lässt sich Personen (hier: dem medizinischen oder pflegerischen Personal) – anders als möglicherweise aus einer moralischen Perspektive – nicht vorschreiben, mit welcher inneren Einstellung sie eine Handlung zu vollziehen haben, die in objektiver Hinsicht nicht zu beanstanden ist, namentlich weil sie sich im Rahmen des medizinisch Vertretbaren hält und von der (erklärten oder mutmaßlichen) Einwilligung des Patienten abgedeckt wird. Hiergegen wird nun auf die Strafbarkeit des Versuchs (§§ 22, 23 StGB) verwiesen, nach der eine Bestrafung von Handlungsunrecht bei fehlendem Erfolgsunrecht möglich sei.¹⁰⁹ Dieses Argument greift jedoch nicht, weil sich die Vorstellung beim (strafbaren) Versuch auf ein Verhalten bezieht, welches objektiv verboten ist. Hier bezieht sich die Vorstellung aber auf ein Verhalten, welches objektiv erlaubt ist.¹¹⁰ Nur unter der Voraussetzung, dass ein Irrtum anzunehmen wäre – zB darüber, dass es für die verabreichten Medikamente keine medizinische Indikation gibt oder dass die Behandlung gegen den (erklärten oder mutmaßlichen) Patientenwillen erfolgt –, käme eine Versuchsstrafbarkeit in Betracht (§§ 212 oder 216, 22 StGB). Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang erneut daran zu erinnern, dass das behandelnde Personal rechtlich dazu verpflichtet ist, eine medizinisch indizierte Behandlung zur Linderung von Schmerzen oder Leiden vorzunehmen, wenn der Patient in diese Behandlung eingewilligt hat. Andernfalls steht nämlich eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung durch Unterlassen (§§ 223, 13 StGB) im Raum.¹¹¹ Dieser rechtlichen Pflicht, eine schmerz- oder leidmindernde Behandlung durchzuführen, muss das medizinische oder pflegerische Personal nachkommen. Daher kann es für die rechtliche Bewertung auch nicht darauf ankommen, ob es diese Pflicht moralisch mit einer lobens- oder tadelnswerten Einstellung erfüllt.

6. Fazit

Die Bezeichnung „indirekte Sterbehilfe“ stellt eine unpassende Etikettierung dar.¹¹² Die Straflosigkeit dieser Fallkonstellation kann

¹⁰⁷ Ausführlichere Begründung bei R. Merkel, FS Schroeder, 2006, S. 297 (314 ff.).

¹⁰⁸ NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 38; Kubiciel JA 2011, 86 (91); R. Merkel, FS Schroeder, 2006, S. 297 (317).

¹⁰⁹ Schöch/Verrel et al. GA 2005, 553 (578).

¹¹⁰ Eingeh. R. Merkel, FS Schroeder, 2006, S. 297 (317 f.).

¹¹¹ NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 100; R. Merkel, FS Schroeder, 2006, S. 297 (318).

¹¹² Vgl. auch Fischer/Fischer, 72. Aufl. 2025, StGB Vor §§ 211–217 Rn. 34.

nicht von der inneren Einstellung des medizinischen oder pflegerischen Personals abhängen. Sofern eine medizinische Indikation für eine schmerz- oder leidmindernde Medikation besteht, kann es nur noch auf den (erklärten oder mutmaßlichen) Willen und damit das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen ankommen.¹¹³ Das bedeutet zugleich, dass in dem beschriebenen Rahmen eine direkte aktive Sterbehilfe erlaubt sein muss. Insofern gilt für die sog. indirekte Sterbehilfe nichts anderes als für den (tätigen) Behandlungsabbruch.

Zuletzt ist explizit hervorzuheben, dass eine lebensverkürzende Behandlung zur Linderung von Schmerzen und/oder Leiden gegen den (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten selbstverständlich nicht erfolgen darf. Eine solche Behandlung stellt ein strafrechtliches Unrecht dar.¹¹⁴ Selbst wenn die Behandlung keine Beschleunigung des Todesintritts zur Folge hätte, läge in einem solchen Fall ein (Körperverletzungs-)Unrecht vor, weil jede medizinische Behandlungsmaßnahme einer Einwilligung des Patienten bedarf (vgl. § 330d BGB).

III. Begrenzung der Rettungspflichten beim begleiteten Suizid (BGHSt 64, 121 und 135)

Aus dem Jahr 2019 stammen zwei Urteile des 5. Strafsenats des BGH, der Hamburger Fall¹¹⁵ und der Berliner Fall,¹¹⁶ in denen die Frage nach einer Lebensrettungspflicht und damit einer Unterlassungsstrafbarkeit (§§ 212, 216, 13 StGB sowie § 323c StGB) für Personen, die einen Suizid begleiteten, im Vordergrund stand. Hierbei korrigierte der BGH seine im Jahr 1984 in der Wittig-Entscheidung¹¹⁷ noch eingenommene Position weitgehend. Diese alte Rechtsprechung ist daher spätestens seitdem überholt.¹¹⁸ Die 1984 vom BGH formulierten Prämissen waren allerdings schon lange nicht mehr anschlussfähig, mit guten Gründen kann man bezweifeln, ob sie es jemals waren.¹¹⁹

1. Ausgangslage: Wittig-Entscheidung

Das gilt insbesondere für die These, ein behandelnder Arzt könne im Falle eines freiverantwortlichen Suizids nach Eintritt der Bewusst-

¹¹³ NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 39.

¹¹⁴ Verrel (Fn. 3), C 102; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 100.

¹¹⁵ BGHSt 64, 121 ff.

¹¹⁶ BGHSt 64, 135 ff.

¹¹⁷ BGHSt 32, 367 ff.

¹¹⁸ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 128; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 89.

¹¹⁹ Krit. bereits Otto (Fn. 2), D 65 ff. mwN.

losigkeit des Patienten verpflichtet sein, entgegen dessen zuvor geäußertem Willen Rettungsmaßnahmen einzuleiten.¹²⁰ Die Rettungspflicht wurde mit einem Tatherrschaftswechsel begründet, der beim Eintreten der Bewusstlosigkeit des Suizidenten zustande kommen sollte.¹²¹ Für (Beschützer-)Garanten, wie den behandelnden Arzt, folgte hieraus grundsätzlich die Möglichkeit einer Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen (§§ 212, 216, 13 StGB). Im Wittig-Fall lehnte der BGH diese Strafbarkeit allein wegen einer „außergewöhnlichen Situation“ ab.¹²² So ging der Senat von einem „Konflikt zwischen dem ärztlichen Auftrag, jede Chance zur Rettung des Lebens [der] Patientin zu nutzen, und dem Gebot, ihr Selbstbestimmungsrecht zu achten“, aus.¹²³ Im Falle eines freiverantwortlichen Suizids lässt sich jedoch kein „Konflikt zwischen der Verpflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts“¹²⁴ ausmachen.¹²⁵ Vielmehr kommt dem Selbstbestimmungsrecht der Vorrang zu.¹²⁶ Insofern gibt es hier auch keinen Raum mehr für eine „ärztliche Gewissensentscheidung“.¹²⁷ Sofern bei einem freiverantwortlichen Suizid dem behandelnden Arzt, wie im Wittig-Fall, untersagt wurde, Rettungsmaßnahmen zu ergreifen, liegt darin zugleich eine Begrenzung seines ärztlichen Behandlungsauftrags, so dass auch keine Garantenpflicht zum Schutz des Lebens der Patientin mehr bestehen konnte.¹²⁸ Im Weiteren zog der BGH für den Arzt eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) in Betracht, die aber wegen Unzumutbarkeit ebenfalls verneint wurde.¹²⁹

2. Hamburger Fall

Die Wittig-Entscheidung des BGH war nicht nur in der Literatur erheblicher Kritik ausgesetzt,¹³⁰ auch in der Rechtspraxis stieß sie auf

¹²⁰ BGHSt 32, 367 (373 ff., 378).

¹²¹ BGHSt 32, 367 (374). Zu den dogmatischen und normativen Ungereimtheiten dieser Ansicht s. SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 212 Rn. 22; MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 123.

¹²² BGHSt 32, 367 (377).

¹²³ BGHSt 32, 367 (377).

¹²⁴ BGHSt 32, 367 (380).

¹²⁵ NK-MedizinStR/Rostalski, 2023, § 216 Rn. 37.

¹²⁶ Haas JZ 2016, 714 (717), weist zu Recht darauf hin, dass „das Selbstbestimmungsrecht auf einer höheren logischen Ebene zu verorten ist als das Leben“. S. auch BVerfGE 153, 182 (277), wonach es auf der Grundlage der Verfassung keinen gegen die Autonomie gerichteten Lebensschutz geben kann (→ C. I.).

¹²⁷ Darauf abstellend aber BGHSt 32, 367 (381).

¹²⁸ Otto (Fn. 2), D 65 f.

¹²⁹ BGHSt 32, 367 (381).

¹³⁰ Otto (Fn. 2), D 65 ff.; TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 21; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 89 – alle mwN; aA aber Matt/Renzikowski/Safferling, 2. Aufl. 2020, StGB § 212 Rn. 31.

wenig Resonanz.¹³¹ Der zentrale Schwachpunkt des Urteils lag in der Verkenning der Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts. Im Jahr 2019 bot sich dem 5. Strafsenat des BGH mit dem Hamburger¹³² und Berliner¹³³ Fall die Gelegenheit, die in der Wittig-Entscheidung aufgestellten Grundsätze einer Korrektur zu unterziehen. Diese Gelegenheit nutzte der BGH und schloss sich der nahezu einhelligen Literaturansicht an, wenngleich er den eingeschlagenen Begründungsweg auch nicht bis in die letzte Konsequenz durchhielt.

Im Hamburger Fall planten zwei über 80-jährige Frauen über einen längeren Zeitraum ihre Tötung. Zu diesem Schritt entschlossen sie sich vor allem deshalb, weil ihre Kräfte schwanden und sie ihre Aktivitäten stark einschränken mussten. Ein Leben in einer Pflegeeinrichtung konnten sie sich nicht vorstellen. Als sie mit dem Angeklagten, einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, in Kontakt traten, stand ihr Sterbewunsch schon fest. Der Angeklagte begutachtete die Geschädigten und stellte ihre uneingeschränkte Urteils- und Einsichtsfähigkeit fest. Darüber hinaus half er ihnen, die für ihre Tötung benötigten Substanzen (Chloroquin und Diazepam) zu zerkleinern und in Wasser aufzulösen, und blieb sodann bis zum Eintritt ihres Todes anwesend. Die Frauen nahmen die tödliche Lösung eigenhändig ein, schliefen wenig später ein und verstarben nach etwa einer Stunde. Für den anwesenden Angeklagten bestand nach dem Eintritt der Bewusstlosigkeit die Möglichkeit, lebensrettende Maßnahmen zu veranlassen – wobei unklar blieb, ob die Geschädigten bei sofortigem Eingreifen zu retten gewesen wären.

Der BGH ging von der Freiverantwortlichkeit beider Frauen aus.¹³⁴ Eine Strafbarkeit des Angeklagten wegen eines versuchten Tötungsdelikts durch Unterlassen (§§ 212, 216, 13, 22, 23 StGB) schied schon deshalb aus, weil er keine Garantenstellung innehatte. In Abweichung zum Wittig-Fall stand er nämlich nicht in einem ärztlichen Behandlungsverhältnis zu den beiden Frauen.¹³⁵ Eine Garantenstellung des Angeklagten sowie eine daraus resultierende Garantenpflicht kam auch aus anderen Gründen nicht in Betracht.¹³⁶ Sein Verhalten war daher als straflose Beihilfe zum Suizid einzuordnen, und es ließ sich nur noch eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) in Erwägung ziehen. Darauf ist sogleich (→ B. III. 3.) noch zurückzukommen.

3. Berliner Fall

Im Berliner Fall nahm sich eine 44 Jahre alte Frau das Leben, die seit ihrem 16. Lebensjahr von mehreren, nicht lebensbedrohlichen Krankheiten geplagt wurde. Schulmedizinische und alternative Behandlungsmethoden hatte sie ausgeschöpft, ohne eine

¹³¹ Abl. StA München I NStZ 2011, 345 (346); s. ferner LG Gießen ZfL 2013, 31 ff.; LG Deggendorf ZfL 2014, 95 (96). Wie der BGH in der Wittig-Entscheidung aber noch OLG Hamburg medstra 2017, 45 (52).

¹³² BGHSt 64, 121 ff.

¹³³ BGHSt 64, 135 ff.

¹³⁴ BGHSt 64, 121 (127 f.).

¹³⁵ BGHSt 64, 121 (129).

¹³⁶ S. BGHSt 64, 121 (129 ff.).

Besserung ihres Zustands zu erreichen. Hinzu kamen psychische Auffälligkeiten: Sie hatte mehrfach Suizidversuche unternommen und war zumindest vor ihrem Tod reaktiv depressiv. An den Angeklagten, ihren Hausarzt, trat sie mit der Bitte um Suizidassistenten heran. Da er die lange Krankheits- und Leidensgeschichte sowie die erfolglosen Therapieversuche kannte, unterstützte er sie. Einen Tag vor ihrer Selbsttötung besuchte der Angeklagte die Geschädigte und traf sie „tief verzweifelt und zur Selbsttötung fest entschlossen, aus seiner Sicht aber voll geschäftsfähig an“.¹³⁷ Sie übergab dem Angeklagten bei diesem Besuch ihren Wohnungsschlüssel und bat ihn, sie nach Einnahme der Tabletten zu betreuen und den Leichenschauchein auszufüllen. Am Tag darauf nahm die Geschädigte eine tödliche Menge des Mittels Luminal zu sich, welches sie sich mit Hilfe des Angeklagten beschafft hatte. Hierüber informierte sie den Angeklagten vereinbarungsgemäß per Kurznachricht. Als dieser sich in ihre Wohnung begab, lag sie bereits in einem tief komatösen Zustand. Bis zu ihrem Tod, den der Angeklagte drei Tage später feststellte, besuchte er sie mehrmals und verabreichte ihr ein Medikament (Metoclopramid), welches ein Erbrechen verhindern sollte, den Todeseintritt aber nicht beschleunigte, und ein weiteres krampflösendes Mittel (Buscopan) zur Vermeidung unnötiger Schmerzen. Rettungsmöglichkeiten ergriff er nicht, wobei auch hier unklar blieb, ob diese den Todeseintritt noch hätten abwenden können.

Der BGH sah die Geschädigte zunächst als freiverantwortlich an, insbesondere sei ihr Selbsttötungsentschluss nicht einer „bloßen ‚depressiven Augenblicksstimmung‘“ entsprungen.¹³⁸ Für den Angeklagten kam aber eine Strafbarkeit wegen eines versuchten Tötungsdelikts durch Unterlassen (§§ 212, 216, 13, 22, 23 StGB) in Betracht. Anders als im Hamburger Fall – aber ebenso wie in der Wittig-Entscheidung – war der Angeklagte der Hausarzt der Geschädigten, so dass zwischen ihnen ein Behandlungsverhältnis bestand. Hieraus ergaben sich für den Angeklagten qualifizierte Schutzpflichten hinsichtlich der körperlichen Integrität und des Lebens seiner Patientin. Allerdings wollte diese keine Lebensrettung, sondern Unterstützung bei ihrer Selbsttötung. Diesen Willen der Geschädigten hielt der BGH mit Verweis auf die Patientenautonomie und die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung (§ 1901a BGB, heute § 1827 BGB) zu Recht für ausschlaggebend.¹³⁹ Der Senat kam zu dem Schluss, dass die Garantenstellung des Angeklagten als Hausarzt beendet worden sei, da die Vereinbarung zwischen ihm und der Geschädigten nur noch die Sterbebegleitung betraf.¹⁴⁰ Dem BGH ist darin zu folgen, dass für den Arzt keine Pflicht bestehen kann, Rettungsmaßnahmen einzuleiten, wenn der Sterbewillige diese aufgrund einer freiverantwortlichen Entscheidung untersagt hat. Hieran vermag auch der Eintritt der Bewusstlosigkeit des Patienten nichts zu ändern.¹⁴¹ Es stünde vielmehr im klaren Widerspruch zu den zivilrechtlichen Vorgaben, sich ab dem Eintritt der Bewusstlosigkeit (oder auch Einwilligungsunfähigkeit) über die zuvor geäußerte,

¹³⁷ BGHSt 64, 135 (136).

¹³⁸ BGHSt 64, 135 (139 f.).

¹³⁹ BGHSt 64, 135 (142 ff.).

¹⁴⁰ BGHSt 64, 135 (145).

¹⁴¹ BGHSt 64, 135 (143).

freiverantwortliche Entscheidung eines Sterbewilligen hinwegzusetzen und sein Leben gegen seinen Willen zu retten. Hinzu kommt, dass Behandlungsmaßnahmen zur Lebensrettung, die gegen den freiverantwortlichen Willen des Betroffenen durchgeführt werden, einen rechtswidrigen Eingriff in die körperliche Integrität darstellen (§ 223 StGB) und folglich verboten sind.¹⁴² Es lässt sich zwar bezweifeln, dass die Garantenstellung des Angeklagten, wie der BGH meint, beendet worden sei. Überzeugender dürfte es sein, davon auszugehen, dass die Garantenstellung fortbestand, der Angeklagte jedoch aufgrund des Willens der Geschädigten keine Garantenpflicht mehr hatte, deren Leben zu retten.¹⁴³ Am Ergebnis, das so gut wie durchweg auf Zustimmung gestoßen ist,¹⁴⁴ ändert sich hierdurch aber nichts.

Für den Bereich eines Garantenunterlassungsdelikts hat der BGH damit dem Selbstbestimmungsrecht den ihm gebührenden Platz eingeräumt. Demgegenüber bleibt die Anerkennung dieses fundamentalen Legitimationsaspekts bei der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) von Ambivalenzen geprägt. Jeder Suizid soll „bei natürlicher Betrachtung einen Unglücksfall im Rechtssinne“ darstellen.¹⁴⁵ Eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung lehnte der BGH gleichwohl wegen Unzumutbarkeit der Hilfeleistung ab.¹⁴⁶ Zur Begründung stützte sich der Senat auf eine „unauflösbare Konfliktsituation zwischen der aus § 323c Abs. 1 StGB erwachsenden allgemeinen Hilfspflicht und der Pflicht, das im allgemeinen Persönlichkeitsrecht verbürgte Selbstbestimmungsrecht [...] zu achten“.¹⁴⁷ So sei eine Hilfeleistung, die dem zuvor geäußerten Willen der sterbewilligen Person zuwiderlaufe, nicht zumutbar.¹⁴⁸ Diese Lösung des BGH über die Unzumutbarkeit der Hilfeleistung ist mehreren Einwänden ausgesetzt und ganz überwiegend auf Ablehnung gestoßen.¹⁴⁹ Die besseren Argumente sprechen dafür, mit der überwiegenden Literaturansicht bereits das Vorliegen eines Unglücksfalls bei freiverantwortlichen Selbsttötungen abzulehnen.¹⁵⁰

¹⁴² Hillenkamp JZ 2019, 1053 (1056); Engländer JZ 2019, 1049 (1050).

¹⁴³ Engländer JZ 2019, 1049 (1051).

¹⁴⁴ Engländer JZ 2019, 1049 ff.; Grünewald JR 2020, 167 ff.; Kubiciel NJW 2019, 3033; Hillenkamp JZ 2019, 1053 ff.; Lorenz HRRS 2019, 351 ff.; Weißer ZJS 2019, 85 ff.; MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 82 f.

¹⁴⁵ BGHSt 64, 121 (133); BGHSt 64, 135 (145); BGHSt 32, 367 (381).

¹⁴⁶ BGHSt 64, 121 (134); BGHSt 64, 135 (145).

¹⁴⁷ BGHSt 64, 121 (134); vgl. auch BGHSt 32, 367 (381 [„in ‚äußersten Grenzlagen“]).

¹⁴⁸ BGHSt 64, 135 (145); BGHSt 64, 121 (134).

¹⁴⁹ Eingeh. Engländer JZ 2019, 1049 (1051 f.); Hillenkamp JZ 2019, 1053 (1056); Grünewald JR 2020, 167 (172 ff.); Kubiciel NJW 2019, 3033 (3035); Sowada NStZ 2019, 670 (671 f.).

¹⁵⁰ TK-StGB/Sternberg-Lieben/Weißer, 31. Aufl. 2025, § 216 Rn. 23; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 90 – beide mwN.

4. Problem: Freiverantwortlichkeit

Es lässt sich festhalten, dass inzwischen – ungeachtet von Abweichungen im Detail – in Rechtsprechung und Literatur ein Konsens über die durchgreifende Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts und dessen (rettungs-)pflichtbegrenzende Funktion in Unterlassungskonstellationen (§§ 212, 216, 13 StGB sowie § 323c StGB) besteht. Damit kommt im Weiteren der Frage nach den Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung eine zentrale Bedeutung zu.¹⁵¹ Sollte die Suizidentscheidung nämlich defizitär und damit nicht freiverantwortlich sein, ist sie auch nicht Ausdruck einer selbstbestimmten Entscheidung. In diesem Fall kann sie daher weder einer Garantenpflicht zur Lebensrettung noch der allgemeinen Hilfspflicht (§ 323c StGB) entgegenstehen. Die entscheidende und wohl auch schwierigste Frage, unter welchen Voraussetzungen von einer selbstbestimmten Entscheidung ausgegangen werden kann, bedarf daher noch der Klärung. So klar es einerseits nämlich ist, dass das Selbstbestimmungsrecht als das maßgebliche Legitimationskriterium fungiert, so unklar ist es auf der anderen Seite, anhand welcher Maßstäbe die Freiverantwortlichkeit zu beurteilen ist. Zwar stehen sich hier traditionell die Exkulpations- und die Einwilligungslösung gegenüber (→ C. II. 2. b)).¹⁵² Es stellt sich aber die Frage, ob an die Freiverantwortlichkeit eines Entschlusses zur Selbsttötung angesichts der Tragweite der Entscheidung erhöhte Anforderungen zu stellen sind (→ C. II. 2.).¹⁵³ So ist Freiverantwortlichkeit „nicht wesensmäßig vorfindbar, empirisch messbar oder psychologisch diagnostizierbar, sondern bezeichnet ein kontingentes normatives Konstrukt“.¹⁵⁴ In den beiden Urteilen des 5. Strafsenats finden sich hierzu folgende Ausführungen: „Freiverantwortlich ist [...] ein Selbsttötungsentschluss, wenn das Opfer die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit für seine Entscheidung besitzt und Mangelfreiheit des Suizidwillens sowie innere Festigkeit des Entschlusses gegeben sind [...]“.¹⁵⁵ Im Anschluss daran führt der BGH einige Ausschlusskriterien auf: Minderjährigkeit oder krankheits- sowie intoxicationsbedingte Defizite könnten die Freiverantwortlichkeit in Frage stellen. Zudem könne der Suizidentschluss mangelbehaftet sein, wenn er auf Zwang,

¹⁵¹ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 90; NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 9.

¹⁵² S. AnwKomm-StGB/Mitsch, 3. Aufl. 2020, Vor § 211 Rn. 16.

¹⁵³ Frister ZfmE 67 (2021), 536 (540 f.); HK-GS/Duttge, 5. Aufl. 2022, StGB Vor §§ 211 ff. Rn. 33; Engländer, FS Schünemann, 2014, S. 583 (589); Pawlik, FS Kargl, 2015, S. 407 (414 ff.); Hörnle JZ 2020, 872 (878).

¹⁵⁴ Fateh-Moghadam, in: ders./Sellmaier/Vossenkuhl (Hrsg.), Grenzen des Paternalismus, 2010, S. 21 (27 f. [unter Verwendung des Begriffs der Autonomie]).

¹⁵⁵ BGHSt 64, 121 (126); BGHSt 64, 135 (139).

Drohung oder Täuschung durch den Täter beruhe, einer depressiven Augenblicksstimmung entspringe und somit nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen werde.¹⁵⁶ Eine gesetzliche Regelung hierzu existiert nicht. Das gilt im Weiteren ebenso für die Frage, wer als befugt bzw. hinreichend kompetent anzusehen ist, die Freiverantwortlichkeit zu beurteilen, sowie die Frage, in welchem Verfahren dies zu geschehen hat.¹⁵⁷ Angesichts der Tatsache, dass es um den Schutz von zwei verfassungsrechtlich hochrangigen Gütern geht, nämlich Leben und Autonomie, ist die fehlende Regulierung schon *prima facie* problematisch.¹⁵⁸ Das gilt nicht zuletzt unter Berücksichtigung der Suizidforschung, aus der bekannt ist, dass ein beachtlicher Anteil der Suizide im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht.¹⁵⁹ Abgesehen davon dürften Suizide ganz überwiegend von besonders vulnerablen Personen bzw. von Personen in äußerst prekärer Lage begangen werden – wengleich aus alledem noch nicht zwangsläufig folgt, dass die Suizidentscheidung nicht freiverantwortlich ist.¹⁶⁰ Mit Blick auf die Sachverhalte des Hamburger und Berliner Falls erweist es sich jedoch schon von vornherein als bedenklich, dass die Personen (Angeklagten), die den Geschädigten beim Suizid assistierten, zugleich die Personen waren, die die Freiverantwortlichkeit beurteilt haben. Auf diese gesamte Problematik ist im Folgenden noch zurückzukommen (→ B. V. 2. und C. II. 2., 3. b) aa)).

IV. Abgrenzung von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid (BGHSt 67, 95)

Aus dem Jahr 2022 stammt der sehr kontrovers diskutierte Insulin-Beschluss des 6. Strafsenats des BGH, in dem die Unterscheidung zwischen einer strafbaren Tötung auf Verlangen und einer straflosen Beihilfe zum Suizid im Zentrum stand.¹⁶¹

¹⁵⁶ BGHSt 64, 121 (126 f.); BGHSt 64, 135 (139).

¹⁵⁷ Die fehlende Regulierung kritisierend Kubiciel NJW 2019, 3033 (3035); Weißer GA 2025, 380 (384).

¹⁵⁸ Kaiser/Reiling, in: Uhle/Wolf (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie*, 2021, S. 121 (144 f.).

¹⁵⁹ Woltersdorf *Nervenarzt* 2015, 1120 (1122 f.); Pollmächer *Nervenarzt* 2023, 625 f.; Feldmann, *Die Strafbarkeit der Mitwirkungshandlungen am Suizid*, 2009, S. 177 ff.; Deutscher Ethikrat, *Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit*, 2022, S. 44 ff.

¹⁶⁰ BGH *NSZ* 2025, 480 (482 f.); LG Essen *medstra* 2024, 329 (339); LG Berlin I *medstra* 2025, 64 (66); Pollmächer *Nervenarzt* 2023, 625 (628).

¹⁶¹ BGHSt 67, 95 ff.

1. Insulin-Beschluss des BGH

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Geschädigte war aufgrund zahlreicher Krankheiten seit 1993 arbeitsunfähig und berentet. Seit 2016 wurde er von seiner Ehefrau, der Angeklagten, die bis zu ihrer Rente 2010 als Krankenschwester tätig war, zu Hause gepflegt. Eine Heimunterbringung oder eine ambulante Pflege lehnte er ab. Auch die Hausärztin besuchte ihn nur zweimal im Jahr, weil er eine ärztliche Behandlung weitgehend ablehnte. Seit 2019 war er bettlägerig. Da sein gesundheitlicher Zustand sich stetig verschlechterte, äußerte er nun wiederholt den Wunsch zu sterben. An einem Augusttag (2019) teilte er der Angeklagten mehrfach mit, an diesem Tag sterben zu wollen, seine Schmerzen seien nicht mehr auszuhalten. Zur Umsetzung seines Sterbewunsches bat er sie, ihm alle im Haus vorrätigen Tabletten zu bringen. Das waren ca. zehn Tabletten Hydromorphon 25 mg akut und 15 Tabletten Diazepam. Nachdem die Angeklagte die Tabletten aus den Verpackungen herausgenommen und ihm überreicht hatte, nahm er diese selbständig ein und trank dazu Wasser aus einem Glas, in welches die Angeklagte zudem den Inhalt einer noch fast vollen 50-ml-Flasche Prothazin geschüttet hatte. Anschließend forderte er die Angeklagte auf, ihm alle vorhandenen Insulinspritzen zu verabreichen. Die Angeklagte injizierte ihm daraufhin sechs Insulinspritzen in die Bauchdecke. Ihr war klar, dass diese Menge Insulin geeignet war, den Tod herbeizuführen. Nach der Verabreichung aller Medikamente schlief der Geschädigte wenig später ein. Die Angeklagte sah immer wieder nach ihm und stellte ca. vier Stunden später seinen Tod fest. Einen Arzt informierte sie vereinbarungsgemäß nicht. Der Geschädigte starb an einer Unterzuckerung, die durch das Insulin herbeigeführt wurde. Die von ihm selbst eingenommenen Tabletten waren zwar auch geeignet, seinen Tod herbeizuführen, aber erst zu einem späteren Zeitpunkt.

Anders als die Vorinstanz, die die Angeklagte wegen einer Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) verurteilt hatte, kam der 6. Strafsenat zu einem Freispruch. Die Angeklagte habe keine Tötung durch aktives Verhalten begangen, sondern lediglich straflose Beihilfe zum Suizid ihres Ehemannes geleistet. Angesichts der Tatsache, dass das von der Angeklagten injizierte Insulin den Tod des Geschädigten unmittelbar herbeigeführt hat, ist das ein irritierendes Ergebnis. Zu seiner Begründung verwirft der BGH zunächst eine naturalistische Betrachtung zur Unterscheidung von aktivem und passivem Verhalten und nimmt eine normative Bewertung des Geschehens vor.¹⁶² Eine isolierte Betrachtung des Tatbeitrags der Angeklagten werde den Besonderheiten des Falls nicht gerecht. Das Insulin habe allein der „Sicherstellung des Todeseintritts“ gedient; es sei ein Zufall, dass es letztlich den Tod verursacht habe.¹⁶³ Nach dem Gesamtplan stellten die Einnahme der Tabletten und die Injektion des Insulins einen einheitlichen lebensbeendenden Akt dar, über dessen Ausführung allein der Geschädigte bestimmt habe.¹⁶⁴ Ergänzend merkt der Senat an, dass dieser nach Verabreichung aller Medikamente eigenverantwortlich davon abgesehen habe, Gegenmaß-

¹⁶² BGHSt 67, 95 (99).

¹⁶³ BGHSt 67, 95 (99).

¹⁶⁴ BGHSt 67, 95 (99 f.).

nahmen einzuleiten.¹⁶⁵ Aus diesem Grund soll er das Geschehen bis zuletzt in der Hand gehalten haben.¹⁶⁶ Unter Verweis auf das Urteil des BVerfG zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB¹⁶⁷ führt der BGH ferner beiläufig aus, er halte es für naheliegend, dass § 216 StGB in bestimmten Fallkonstellationen einer verfassungskonformen Auslegung bedürfe.¹⁶⁸ Danach sollten jedenfalls Fälle vom Anwendungsbereich der Norm ausgenommen werden, in denen eine sterbewillige Person faktisch nicht in der Lage sei, ihre freiverantwortliche Entscheidung, aus dem Leben zu scheiden, eigenhändig umzusetzen.¹⁶⁹

Zuletzt lehnte der BGH noch eine Strafbarkeit der Angeklagten wegen eines Unterlassungsdelikts (§§ 216, 13 StGB sowie § 323c StGB) ab. Die diesbezüglichen Erörterungen liegen ganz auf der Linie der zuvor dargestellten Urteile des BGH im Hamburger und Berliner Fall (→ B. III. 2. und 3.) und setzen daher diese Rechtsprechung konsequent fort.

2. Notwendige Einschränkung des § 216 StGB

Der Insulin-Beschluss des BGH ist in der Literatur auf ein geteiltes Echo gestoßen. Von Autoren, die dem BGH „jedenfalls im Ergebnis“ zustimmen,¹⁷⁰ wird er als eine „dogmatisch innovative Entscheidung“¹⁷¹ bezeichnet und die vom Senat vorgenommene Auslegung des § 216 StGB wird für verfassungsrechtlich geboten gehalten.¹⁷² Dieser Einschätzung und damit zugleich dem BGH lässt sich insoweit folgen, als auch Personen, die aufgrund einer Erkrankung körperlich so eingeschränkt sind, dass sie die Tötungshandlung nicht selbst vollziehen können, eine Möglichkeit eröffnet werden muss, ihr Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu realisieren. Andernfalls liefe dieses vom BVerfG¹⁷³ proklamierte Recht nämlich für diesen Personenkreis leer (→ C. I.).¹⁷⁴ Es muss also für diese Personen grundsätzlich möglich sein, die Tötungshandlung an eine andere Person zu delegieren. In diesem Kontext lässt sich paradigmatisch der vom EGMR entschiedene

¹⁶⁵ BGHSt 67, 95 (100).

¹⁶⁶ BGHSt 67, 95 (101).

¹⁶⁷ BVerfGE 153, 182 ff. (→ C. I.).

¹⁶⁸ BGHSt 67, 95 (102 f.).

¹⁶⁹ BGHSt 67, 95 (103).

¹⁷⁰ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 80; NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 58a ff.; Hoven/Kudlich NStZ 2022, 667 ff.; Gaede, Symposium für Saliger, 2025, S. 31 (52); Rostalski/Weiss MedR 2023, 179 (186 ff.).

¹⁷¹ NK-StGB/Neumann, 6. Aufl. 2023, Vor §§ 211–217 Rn. 58a.

¹⁷² LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 80; NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b.

¹⁷³ BVerfGE 153, 182 ff.

¹⁷⁴ NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b; Hoven/Kudlich NStZ 2022, 667 (668).

Fall der Diane Pretty anführen, die an einer unheilbaren neurodegenerativen Krankheit litt und bei der diese Krankheit auch bereits in einem fortgeschrittenen Stadium war.¹⁷⁵ Vor dem Hintergrund solcher Fälle lässt sich das in § 216 StGB formulierte ausnahmslose Tötungsverbot nicht aufrechterhalten, weshalb eine Einschränkung dieser Norm geboten ist (→ C. II. 1.).¹⁷⁶

Eine solche Fallkonstellation lag hier aber nicht vor.¹⁷⁷ Denn der Geschädigte war in der Lage, die Tabletten selbst einzunehmen. Zudem führte der BGH aus, dass es ihm „aufgrund seiner krankheitsbedingten Beeinträchtigungen schwerfiel“, sich die Insulinspritzen selbst zu setzen.¹⁷⁸ Diese Aussage lässt sich so verstehen, dass es ihm zwar schwerfiel, diese Handlung vorzunehmen, dass es ihm faktisch aber nicht unmöglich war, sie zu vollziehen.¹⁷⁹ Hiervon abgesehen dürfte es sich kaum noch im Rahmen einer zulässigen Auslegung bewegen, eine Vorschrift in ihrem Kernbereich dem klaren Wortlaut zuwider zu interpretieren. Vielmehr ist es Aufgabe des Gesetzgebers, Strafvorschriften so zu konzipieren, dass sie mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben in Einklang stehen.¹⁸⁰ Das gilt zumal, wenn es um verfassungsrechtlich hochrangige Güter wie das Leben und die Autonomie geht. Denn es liegt auf der Hand, dass es für einen effektiven Schutz dieser Güter im Weiteren auch prozedurale Regelungen braucht.¹⁸¹

3. Strafrechtsdogmatische Einwände

Das Schrifttum steht dem Insulin-Beschluss überwiegend ablehnend gegenüber.¹⁸² Hierfür gibt es mehrere Gründe: Es erschließt sich zunächst schon nicht, dass die Angeklagte, die den Tod ihres Ehemanns durch die Verabreichung des Insulins kausal und objektiv zu-rechenbar herbeigeführt hat, nicht Täterin eines Tötungsdelikts sein soll. Die Erwägung des BGH, das Insulin sei nur zur „Sicherstellung

¹⁷⁵ EGMR NJW 2002, 2851 ff.

¹⁷⁶ Murmann ZfIStw 2022, 530 (537); Grünewald NJW 2022, 3025; Walter JR 2022, 621 (628); NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b; Weißer GA 2025, 380 (387); Schöppe ZJS 2025, 1039 (1049); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 51c.

¹⁷⁷ Murmann ZfIStw 2022, 530 (537); Jansen medstra 2023, 4 (9); LK-StGB/Rissing van Saan, 13. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3.

¹⁷⁸ BGHSt 67, 95 (99).

¹⁷⁹ Jansen medstra 2023, 4 (8 mit Fn. 48, 9).

¹⁸⁰ Duttge GesR 2022, 642 (643); Rixen GesR 2022, 640; SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 216 Rn. 10; Jäger JA 2022, 870 (873); Grünewald NJW 2022, 3025; Weißer GA 2025, 380 (387); Schöppe ZJS 2025, 1039 (1051). AA NK-StGB/Saliger, 6. Aufl. 2023, § 216 Rn. 3b (unter Anwendung einer verfassungskonformen Auslegung); Murmann ZfIStw 2022, 530 (537 [Zustimmung des Opfers hat unrechtsausschließende Wirkung]); Hillenkamp ZfL 2022, 383 (391 ff.); Hecker, in: Bormann (Hrsg.), Tod und Sterben, 2014, S. 495 (498 f.); Frister medstra 2022, 390 (392); Wörner/Windsberger ZfL 2023, 43 (49).

¹⁸¹ S. Lindner NStZ 2020, 505 (508); Walter JR 2022, 621 (628).

¹⁸² Umfangreiche Nachw. bei Gaede, Symposium für Saliger, 2025, S. 31 (38).

des Todeseintritts“ verabreicht worden,¹⁸³ steht der Verwirklichung des objektiven Tatbestands nicht entgegen. Denn das (subjektive) Motiv für die Vornahme einer Handlung kann die (objektive) Kausalität der Handlung für den Todeseintritt selbstverständlich nicht ausschließen. Vergleichbares gilt für den Verweis auf den Zufall, der auch ansonsten nicht gegen das Vorliegen eines kausalen Zusammenhangs angeführt wird.¹⁸⁴ Die vom Senat vorgenommene normative Bewertung ermöglicht beliebige Ergebnisse,¹⁸⁵ und ist daher auch aus Gründen der Rechtssicherheit bedenklich.¹⁸⁶

Im Weiteren sind die Ausführungen des BGH zu den unterlassenen Rettungsmaßnahmen des Geschädigten Einwänden ausgesetzt. Bereits in tatsächlicher Hinsicht ist es schwer vorstellbar, dass er den Tötungsprozess noch selbst gesteuert haben könnte¹⁸⁷ bzw. dass ihm realistische Rettungsoptionen geblieben sind, zumal nachdem er alle Substanzen zu sich genommen hatte.¹⁸⁸ In rechtlicher Hinsicht ergibt sich außerdem das Problem, dass die Tatherrschaft des Geschädigten ausschließlich auf ein passives Verhalten gestützt wird.¹⁸⁹ Diese Auffassung hätte, wenn man sie konsequent zu Ende denkt, gravierende Auswirkungen auf den Anwendungsbereich der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB). Denn es würden Fälle, die bisher zum klassischen Anwendungsbereich dieser Norm zählen, nicht mehr erfasst: Wer jemanden durch ausdrückliches und ernstliches Verlangen dazu bestimmt hat, ihn zu töten, wird typischerweise darauf verzichten, nach der Vornahme der Tötungshandlung durch diese Person Rettungsmaßnahmen zu ergreifen oder zu veranlassen (sofern diese noch erfolgversprechend wären).¹⁹⁰

4. Kriminalpolitische Bedenken

Über diese strafrechtsdogmatischen Unstimmigkeiten hinaus, löst die Entscheidung noch aus anderen Gründen Unbehagen aus: Wie

¹⁸³ BGHSt 67, 95 (99).

¹⁸⁴ SK-StGB/Sinn, 10. Aufl. 2024, § 216 Rn. 10; Murmann ZfIStw 2022, 530 (532); Hillenkamp ZfL 2022, 383 (389); Jansen medstra 2023, 4 (8).

¹⁸⁵ LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 80; Frister medstra 2022, 390 (391); Pauli HRRS 2022, 281 (282).

¹⁸⁶ Murmann ZfIStw 2022, 530 (532).

¹⁸⁷ Hierauf abstellend Hoven/Kudlich NStZ 2022, 667 (668).

¹⁸⁸ Duttge GesR 2022, 642; Hillenkamp ZfL 2022, 383 (389); Walter JR 2022, 621 (624); Grünewald NJW 2022, 3035; Murmann ZfIStw 2022, 530 (533); Pauli HRRS 2022, 281 (282).

¹⁸⁹ Sowada, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1109 (1117); Murmann ZfIStw 2022, 530 (533 f.); Jansen medstra 2023, 4 (6 f.); Sternberg-Lieben ZfL 2023, 23 (35); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 47 f.

¹⁹⁰ Murmann ZfIStw 2022, 530 (536); Jäger JA 2022, 870 (873); Frister medstra 2022, 390 (391 f.); Walter JR 2022, 621 (624); Jansen medstra 2023, 4 (6 f.); MüKoStGB/Schneider, 5. Aufl. 2025, § 216 Rn. 48.

schon angesprochen (→ B. III. 4.), begegnet es erheblichen Bedenken, wenn die Person, die bei einem Suizid assistiert oder die Tötungshandlung vollzieht, zugleich die Person ist, die auch über die Freiverantwortlichkeit befindet.¹⁹¹ Es mag sein, dass der vorliegende Fall wenig Anlass dafür bietet, die Freiverantwortlichkeit des Entschlusses des Geschädigten, sterben zu wollen, in Zweifel zu ziehen. Im Beschluss finden sich dazu jedenfalls keine expliziten Angaben. Daher wurde angemerkt, im „rein ‚privaten‘ Bereich [könne] offenbar bei einer Person aus dem engsten Lebenskreis [...] eine Beurteilung nach gesundem Menschenverstand genügen“.¹⁹² Gegen eine solche Auffassung ist jedoch daran zu erinnern, dass Tötungsdelikte zum überwiegenden Teil Beziehungstaten sind, sich also im sozialen Nahraum ereignen.¹⁹³ Und Gewalt im familiären Bereich trifft typischerweise die körperlich schwachen und unterlegenen Familienmitglieder. Hinzu kommt, dass die (Intensiv-)Pfleger von schwer(st)kranken Familienmitgliedern, insbesondere wenn sie längere Zeit andauert, für die pflegende Person mit enormen physischen, psychischen sowie wirtschaftlichen Belastungen einhergehen kann und regelmäßig mit erheblichen Einschränkungen für die eigene Lebensgestaltung verbunden sein wird.¹⁹⁴ Vor diesem Hintergrund überzeugt es nicht, an die Feststellung der Freiverantwortlichkeit geringere Anforderungen zu stellen, sofern der Sterbewunsch ausschließlich gegenüber engen Familienmitgliedern geäußert und von diesen bzw. mit deren Hilfe umgesetzt wird.¹⁹⁵ Eine Prüfung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung durch eine externe und unabhängige Person ist in solchen Fällen vielmehr gleichermaßen angezeigt, um dem Lebens- und Autonomieschutz angemessen Rechnung zu tragen. Von Regeln, die Angehörige oder nahestehende Personen begünstigen, ist daher abzusehen.

V. Abgrenzung von Tötung in mittelbarer Täterschaft und (strafloser) Suizidassistenz

1. BGH, Beschluss v. 29.1.2025 – 4 StR 265/24

Im Jahr 2025 setzte der 4. Strafsenat des BGH sich mit der Abgrenzung einer strafbaren Tötung in mittelbarer Täterschaft von einer

¹⁹¹ Lindner NStZ 2020, 505 (508); Walter JR 2022, 621 (628).

¹⁹² Hillenkamp ZStW 137 (2025), 1 (137).

¹⁹³ Allg. Grünewald, Das vorsätzliche Tötungsdelikt, 2010, S. 15 ff., bes. 21 ff.

¹⁹⁴ Aus ähnlichen Gründen war auch § 217 Abs. 2 StGB nicht gelungen. Vgl. Grünewald JZ 2016, 938 (946 f.); Engländer, FS Schünemann, 2014, S. 491 (493).

¹⁹⁵ Abw. wohl Hillenkamp ZStW 137 (2025), 1 (137).

straflosen Beihilfe zum Suizid auseinander. Dem Beschluss lag folgender Sachverhalt zugrunde:¹⁹⁶

Der Geschädigte wandte sich Anfang Juli 2020 per E-Mail an den Angeklagten, einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, damit dieser ihm als Gutachter bescheinige, sein Sterbewunsch sei „ein wohl bilanzierter Entscheid“. Mitte August 2020 fand ein „Explorationsgespräch“ statt, Ende August 2020 seine Tötung. Nachdem der Angeklagte dem Geschädigten einen venösen Zugang an dessen linken Arm gelegt und eine tödliche Infusion (10g Natrium-Thiopental in 250 ml Kochsalzlösung) angehängt hatte, öffnete der Geschädigte das Zuflussventil und verabreichte sich damit selbständig die tödliche Infusion. Im Jahr 2007 wurde bei dem Geschädigten erstmals eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert, seit dem Jahr 2014 wurde er mehrfach stationär in psychiatrischen Kliniken behandelt. Es kam die Diagnose einer postschizophrenen Depression hinzu. Die Behandlung mit dem ärztlich verordneten Neuroleptikum setzte der Geschädigte im Jahr 2018 eigenmächtig ab, wodurch sich sein Zustand verschlechterte. In der Folge behandelte er sich selbst mit hohen Dosen Kortison, nachdem er gelesen hatte, dass schizophrene Symptome mit diesem Präparat behandelt werden könnten. Hierdurch entstand ein Augenleiden mit starker Sehbeeinträchtigung, welches aber erfolgreich operiert werden konnte. Der Geschädigte ging jedoch „unverrückbar kontrafaktisch“ davon aus, dass er fortschreitend erblinden werde. Bis zu seinem Tod nahm er keine ärztlich verordneten Medikamente mehr ein und begab sich auch entgegen ärztlichem Rat nicht in eine ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Der Angeklagte stellte die Freiverantwortlichkeit in Kenntnis der psychiatrischen Diagnosen fest. Die Unterlagen zur (erfolgreichen) Behandlung der Sehschwäche und die ärztlichen Empfehlungen für die Aufnahme weiterer Behandlungen kannte er nicht.

Der BGH verurteilte den Angeklagten wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft (§§ 212, 25 Abs. 1, 2. Alt. StGB). Da der Geschädigte die unmittelbare Tötungshandlung durch das Öffnen des Zuflussventils selbst vollzogen hatte, bedurfte es zur Begründung einer mittelbaren Täterschaft einer fehlerhaften Willensbildung des Geschädigten zum Tatzeitpunkt sowie einer Tatherrschaft des Angeklagten. Der BGH ging, gestützt auf das Gutachten eines psychiatrischen Sachverständigen, davon aus, dass der Geschädigte sowohl zum Zeitpunkt des „Explorationsgesprächs“ als auch zum Tatzeitpunkt nicht in der Lage gewesen sei, einen freien Willen zu bilden. Auf der Grundlage der Einwilligungslösung unter Einbeziehung der Wertung des § 216 StGB zur Ernstlichkeit eines Tötungsverlangens lehnte er daher die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Geschädigten ab. Der Geschädigte sei außerstande gewesen, eine realitätsbezogene, am eigenen Selbstbild ausgerichtete Abwägung der für und gegen die Lebensbeendigung sprechenden Umstände vorzunehmen.¹⁹⁷ Zur Begründung reichte dem Senat zu Recht nicht ein allgemeiner Hinweis auf das Vorliegen der psychiatrischen Erkrankungen des Geschädigten. Vielmehr lehnte er einen freiverantwortlichen Sterbewunsch des Geschädigten mit Verweis auf dessen irrige Annahme, an einer fortschreitenden Seh-

¹⁹⁶ Zum Folgenden BGH NStZ 2025, 480 ff.

¹⁹⁷ BGH NStZ 2025, 480 (482).

störung zu leiden, sowie dessen ebenfalls fehlerhafte Vorstellung, es gäbe hinsichtlich seiner psychischen Störung keine Behandlungsoptionen mehr, ab.¹⁹⁸ Die Entscheidung des Geschädigten zu sterben genügte folglich krankheitsbedingt schon basalen Rationalitätsanforderungen nicht.¹⁹⁹ Der Senat wies zudem darauf hin, dass auch die Exkulpationslösung zu keinem anderen Ergebnis gelange, da die schizophrene und depressive Krankheitssymptomatik des Geschädigten als „krankhafte seelische Störung“ im Sinne des entsprechend anzuwendenden § 20 StGB einzustufen sei.²⁰⁰ Darüber hinaus begründete der BGH die das Geschehen dominierende Stellung und damit die Tatherrschaft des Angeklagten sowie dessen Vorsatz eingehend. Gegen die mustergültig begründete Entscheidung lassen sich keine Einwände erheben.²⁰¹

2. Regelungsdefizite

Anhand des Falls lassen sich jedoch die derzeitigen Defizite, die sich aus der fehlenden Regulierung der Materie ergeben, veranschaulichen. Um einen Mangel an Straftatbeständen geht es hierbei allerdings nicht. Denn die Mitwirkung an nicht freiverantwortlichen (Selbst-)Tötungen wird, wie der Fall belegt, schon durch die vorhandenen Straftatbestände erfasst. In aller Regel kommt, wie auch im vorliegenden Fall, eine Strafbarkeit wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft in Betracht. Sofern eine Tatherrschaft des Angeklagten nicht nachweisbar gewesen wäre, hätte seine Mitwirkung an der Tötung des Geschädigten bei einem entsprechenden (also insbesondere seine Tatherrschaft umfassenden) Tatentschluss als versuchte mittelbare Täterschaft (§§ 212, 25 Abs. 1, 2. Alt., 22, 23 StGB) bestraft werden können. Andernfalls wäre eine fahrlässige Tötung (§ 222) zu erwägen gewesen. Eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung wäre zudem möglich gewesen, wenn Vorsatz nicht vorgelegen hätte oder nicht nachweisbar gewesen wäre. Nur für den Fall, dass die Frage nach der fehlenden Freiverantwortlichkeit des Geschädigten beim Vollzug der Tötungshandlung nicht zu klären gewesen wäre, hätte man zugunsten des Angeklagten (unter Anwendung des Grundsatzes in dubio pro reo) davon ausgehen müssen, dass der Geschädigte im Tatzeitpunkt freiverantwortlich handelte.²⁰² Eine Strafbarkeit wegen einer versuchten Tötung in mittelbarer Täterschaft

¹⁹⁸ BGH NStZ 2025, 480 (482).

¹⁹⁹ Zu diesem Kriterium Frister ZfME 67 (2021), 536 (540); Kindhäuser ZfL 2025, 64 (79).

²⁰⁰ BGH NStZ 2025, 480 (483).

²⁰¹ Das BVerfG hat eine auf den Beschluss des BGH gestützte Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen, s. BVerfG BeckRS 2025, 17320.

²⁰² Vgl. zu einer solchen Fallkonstellation LG Berlin I medstra 2025, 64 (65), das Geschehen am 24.6.2021 betreffend.

wäre aber auch in diesem Fall noch in Betracht gekommen, sofern der Angeklagte nämlich damit gerechnet hätte, dass der Geschädigte nicht mehr freiverantwortlich war.

Regelungsdefizite ergeben sich jedoch insbesondere hinsichtlich des Verfahrens zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit eines Sterbewunsches, zum zeitlichen Ablauf und zum Vollzug dieser Entscheidung. Gegenwärtig fehlt es an jeglicher Regulierung, woraus sich beachtliche Schutzlücken für die Autonomie und das Leben sterbewilliger Personen ergeben (können). Zwei Schwachpunkte treten hier besonders hervor: Erstens ist es nach derzeitiger Rechtslage nicht zu beanstanden, wenn die Person, die die Freiverantwortlichkeit begutachtet, zugleich die Person ist, die an der Tötung mitwirkt. Hieraus folgt, dass in den gesamten Geschehensablauf von der Feststellung der Freiverantwortlichkeit bis zum Vollzug des Tötungsakts neben dem Sterbewilligen und dem „Suizidhelfer“ keine weitere Person involviert sein muss. Es ist also noch nicht einmal eine dritte, unabhängige und neutrale Person vorgesehen, die im Vorfeld der Tötung in das Geschehen eingebunden werden müsste und die damit zugleich eine gewisse Kontrollfunktion wahrnehmen könnte.²⁰³

Zweitens ist es derzeit nicht gewährleistet, dass die Feststellung der Freiverantwortlichkeit nur von Personen vorgenommen werden darf, die über die nötige Expertise verfügen. In dem vorliegenden, vom 4. Senat entschiedenen Fall ist bereits zu bezweifeln, dass der Angeklagte fachlich hinreichend kompetent war, um die Freiverantwortlichkeit des Geschädigten zu beurteilen. So ist den Feststellungen des LG Essen, der Vorinstanz, zur Person des Angeklagten zu entnehmen,²⁰⁴ dass dieser zwischen 1970 und 1982 insgesamt nur zweieinhalb Jahre in der Psychiatrie tätig war und ansonsten ausschließlich im neurologischen Bereich arbeitete. Im Jahr 1982 erhielt er aufgrund dieser Tätigkeiten seine Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Im Anschluss daran war er bis zum Jahr 2003 in einer neurologischen Klinik tätig und wurde zudem in diesem Fach im Jahr 1995 habilitiert. Ab dem Jahr 2003 bis zu seiner Berentung 2007 arbeitete er für den sozialmedizinischen Dienst und erstellte vorwiegend Rentengutachten. Bei dem Geschädigten lag indes ein psychiatrisches (und kein neurologisches) Krankheitsbild vor. Um die Freiverantwortlichkeit (kompetent) zu beurteilen, wäre daher eine Begutachtung durch einen fachlich qualifizierten Psychiater erforderlich gewesen (→ C. II. 2. d) cc)). Zwar war der Angeklagte auch Facharzt für Psychiatrie. Da er aber seit mehreren Jahrzehnten nicht mehr auf diesem Gebiet tätig war und auch davor nur eine extrem kurze Zeit als

²⁰³ Ebenso krit. Lenk NStZ 2025, 480 (484); abw. Einschätzung hierzu jedoch bei Rostalski GA 2022, 209 (226).

²⁰⁴ LG Essen medstra 2024, 329 (330).

Psychiater gearbeitet hatte, wird man schwerlich davon ausgehen können, dass er fachlich die nötige Qualifikation besaß, um die Freiverantwortlichkeit des an einer psychischen Störung leidenden Geschädigten hinreichend zu beurteilen. Jedenfalls wäre es nicht überzeugend, die fachliche Qualifikation allein aus einem Facharzttitel herzuleiten, der irgendwann in einem langen Berufsleben erworben wurde, ohne dass der betreffende Arzt auf dem jeweiligen medizinischen Gebiet in einer nennenswerten Weise tätig gewesen war.

Eine vergleichbare Sachverhaltskonstellation findet sich in einem Urteil des LG Berlin I aus dem Jahr 2024:²⁰⁵

Der Angeklagte wirkte an der (Selbst-)Tötung einer 37 Jahre alten Geschädigten mit, die an einer Depression sowie sehr wahrscheinlich auch bipolaren Störung litt. Nachdem ein erster (Selbst-)Tötungsversuch der Geschädigten unter Mitwirkung des Angeklagten Mitte Juni 2021 gescheitert war und die Geschädigte daraufhin auf einer geschlossenen psychiatrischen Station untergebracht wurde, wirkte der Angeklagte erneut, noch am Tag der Entlassung der Geschädigten aus der psychiatrischen Klinik Mitte Juli 2021, an ihrer Tötung mit. Diesmal mit Erfolg.

Das LG Berlin I verurteilte den Angeklagten wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft (§§ 212, 25 Abs. 1, 2. Alt. StGB). Der Sterbewunsch der Geschädigten sei im Tatzeitraum schwankend gewesen.²⁰⁶ Außerdem habe der Angeklagte die Geschädigte über Risiken des eingesetzten Mittels getäuscht sowie darüber, dass er sie erforderlichenfalls auch aktiv töten werde. Bei der Geschädigten lagen daher Willens- und Wissensdefizite vor, die einer freiverantwortlichen Entscheidung entgegenstanden. Ähnlich wie im zuvor geschilderten Fall des BGH war außer dem Angeklagten keine weitere Person in das Geschehen eingebunden. Der Angeklagte stellte die Freiverantwortlichkeit also fest und wirkte gleichzeitig an der Tötung mit. Darüber hinaus hielt der Angeklagte, der bis zu seinem Ruhestand als Hausarzt tätig und Facharzt für Innere Medizin war, sich für kompetent genug, auch beim Vorliegen psychischer Störungen die Freiverantwortlichkeit zu beurteilen. Hiermit dürfte er seine Kompetenzen jedoch deutlich überschritten haben.²⁰⁷

Zu den genannten Defiziten kommt in beiden Fällen hinzu, dass das gesamte Geschehen innerhalb eines bedenklich kurzen Zeitraums stattfand: Im Fall des BGH teilte der Geschädigte dem Angeklagten am 1.7.2020 sein Anliegen per E-Mail mit. Am 12.8.2020 fand das „Explorationsgespräch“ statt, am 16.8.2020 wurde die Tat vollzogen.

²⁰⁵ LG Berlin I medstra 2025, 64 ff. Der 5. Strafsenat des BGH hat das Urteil des LG Berlin I bestätigt (14.8.2025 – 5 StR 520/24). Die Entscheidung wurde erst nach Fertigstellung des Gutachtens veröffentlicht, weshalb sie (im Haupttext) nicht mehr berücksichtigt werden konnte.

²⁰⁶ Hierzu sowie dem Folgenden LG Berlin I medstra 2025, 64 (66f.).

²⁰⁷ Krit. auch Kindhäuser ZfL 2025, 67 (69).

Im Fall des LG Berlin I wandte die Geschädigte sich am 12.6.2021 an den Angeklagten, am 15.6.2021 fand ein Gespräch zwischen beiden statt und bereits am 24.6.2021 der erste Tötungsversuch. Am Tag ihrer Entlassung aus der psychiatrischen Klinik, am 12.7.2021, fand sodann die Tötung der Geschädigten statt. Dabei ist bei psychisch kranken Personen die Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik wegen der damit einhergehenden Umstellung häufig eine besonders heikle Phase.

3. Fazit

Anhand beider Fälle lassen sich die Gefahren für die verfassungsrechtlich hochrangigen Schutzgüter Leben und Autonomie von sterbewilligen Personen aufzeigen. Diese sind Folge einer Unterregulierung. Die Defizite beschränken sich auf fehlende prozedurale Vorgaben zur Gewährleistung eines freiverantwortlichen Suizids. Der Fokus des Gesetzgebers sollte daher auf der Schaffung eines regulatorischen Schutzkonzepts liegen, um diesen Gefahren vorzubeugen. Zumal die beschriebenen Schwächen sich der Sache nach auch in den Sachverhalten anderer vom BGH entschiedener Fälle erkennen lassen – namentlich im Hamburger und Berliner Fall.

VI. Abschließende Bewertung

Die strafrechtliche Ausgestaltung des Sterbehilferechts ist größtenteils Richterrecht.²⁰⁸ Durch strafrichterliche Rechtsfortbildung ist in den herkömmlichen Sterbehilfefällen eine Konsolidierung eingetreten,²⁰⁹ da über deren Straflosigkeit mittlerweile Einigkeit besteht. Das betrifft Fälle eines tätigen Behandlungsabbruchs (→ B. I.) ebenso wie der sog. indirekten Sterbehilfe (→ B. II.). In beiden Fallkonstellationen ist jedoch unklar, wie dieses Ergebnis zu begründen ist. Darüber hinaus sind bei der sog. indirekten Sterbehilfe die einzelnen Voraussetzungen, von denen die rechtliche Zulässigkeit dieser Sterbehilfeform abhängt, noch nicht hinreichend geklärt. Über diese Fälle der Sterbehilfe im eigentlichen Sinn hinaus²¹⁰ ist inzwischen ebenfalls anerkannt, dass bei einem freiverantwortlichen Suizid weder für Garanten (§§ 212, 216, 13 StGB) noch für andere Personen (§ 323c StGB) Lebensrettungspflichten bestehen (→ B. III.). Die entscheidende Frage ist jedoch, wann der Suizid als freiverantwortlich anzusehen ist. Auch insoweit besteht noch Klärungsbedarf (→ C. II. 2.).

²⁰⁸ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 2; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 94.

²⁰⁹ MedStrafR-HdB/Saliger, 2022, § 4 Rn. 3.

²¹⁰ Zur Terminologie → A. in Fn. 1.

Zu der Konsolidierung des Sterbehilferechts haben die Grundsätze einer Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung (§ 630d BGB) einschließlich der gesetzlichen Normierung der Patientenverfügung (§ 1827 BGB) im Zivilrecht einen wesentlichen Beitrag geleistet. Die gesamte Rechtsentwicklung im Zivilrecht und im Strafrecht wurde und wird maßgeblich durch die Anerkennung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts (bzw. der Patientenautonomie) vorangetrieben.²¹¹ Dieses Recht ist daher auch die entscheidende Maxime, die sich durch die vom BGH entschiedenen Fälle zieht. Die Begründungsschwierigkeiten, die sich in den beiden Sterbehilfefällen auftun (→ B. I. und II.), resultieren aus dem ausnahmslosen Tötungsverbot (§§ 212, 216 StGB). Denn dieses starre Verbot steht einer sachlich überzeugenden Begründung der Straflosigkeit dieses Verhaltens entgegen. Das hat zur Folge, dass die Tötungsdelikte von einer Sonderdogmatik der Sterbehilfe überlagert werden, die zu Einschränkungen des Anwendungsbereichs der §§ 212, 216 StGB führt.²¹² Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, dass diese Modifikationen im Gesetz abgebildet werden.²¹³ Zielführend wäre es insbesondere, für beide Fallvarianten einen spezifischen Rechtfertigungsgrund vorzusehen, der das tragende Legitimationskriterium, namentlich das Selbstbestimmungsrecht bzw. die Patientenautonomie, zum Ausdruck bringt.²¹⁴ Es bleibt darüber hinaus zu hoffen, dass sich durch klare gesetzliche Vorgaben problematische Aushöhlungen des Fremdtötungsverbots, wie sie sich im Insulin-Beschluss (→ B. IV.) gezeigt haben, vermeiden lassen.

Die anderen vom BGB entschiedenen Fälle (→ B. III., IV., V.) weichen von den beiden Sterbehilfefällen (→ B. I. und II.) ab. Denn sie fallen aus dem Bereich eines ärztlichen Behandlungsrechts heraus, das (oder jedenfalls soweit dieses) durch das Vorliegen einer medizinischen Indikation geprägt wird. Man hat es mit behandlungsfremden Eingriffen zu tun.²¹⁵ Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied.²¹⁶ Zur entscheidenden Frage wird, ob ein freiverantwortlicher Suizidentenschluss vorliegt. Denn die Straflosigkeit von unterstützenden Beiträgen hängt vor allem davon ab, dass eine freiverantwortliche Suizident-

²¹¹ Weißer GA 2025, 380 (381).

²¹² Weißer GA 2025, 380 (384 f.); BeckOK StGB/Eschelbach, 67. Ed. 1.11.2025, § 216 Rn. 2; LK-StGB/Rosenau, 13. Aufl. 2023, Vor §§ 211 ff. Rn. 41.

²¹³ Dieser Vorschlag ist der Sache nach nicht neu. S. schon Baumann et al., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, 1986, S. 13 ff., 22 ff.; Schöch/Verrel et al. GA 2005, 553 (557, 559 ff., 573 ff.); Verrel (Fn. 3), C 77 ff., 101 ff.

²¹⁴ Weißer ZStW 128 (2016), 106 (117); Engländer JZ 2011, 513 (518).

²¹⁵ Zum Kriterium BGHSt 55, 191 (204 f.).

²¹⁶ Aus verfassungsrechtlicher Sicht ebenso 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; BVerfGE 153, 182 (199 f.).

scheidung vorliegt und die Tötungshandlung vom Sterbewilligen vollzogen wird. Anhand der dargestellten Fälle konnten bereits Schutzlücken aufgezeigt werden. Dieser gesamten Problematik wird im folgenden Teil C. auf der Grundlage der Entscheidung des BVerfG zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben nachgegangen.

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 scheidet 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).

derung 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 hinwegzufegen. 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; Grünewald 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 Regelungsvorschlägen²⁹¹ 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.).

derungserheblichen 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 Schönemann, 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 Suizidenschlusses 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 Suizidenschluss 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/Renziowski/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 Suizidentscheidung 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 Alteneinrichtung 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 Nützlichkeitsbetrachtungen, 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 (262 f.).

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) Demenzkranke 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 Psychiat Prax 2022, 69.

³⁷¹ 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/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf); zuletzt abgerufen am: 17.6.2025).

³⁷² Dafür Marckmann Psychiat Prax 2022, 67f.; dagegen Pollmächer Psychiat 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 Demenzzkranken, 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 Sterbebegleitung, 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 Lebensschutz-

³⁸⁶ Neumann/Ruiz López ZfStw 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 Lanzrath, 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 Suizidentscheidung 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-Münchener-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 (134f.), 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 (139f.).

⁴⁰³ BVerfGE 153, 182 (284).

⁴⁰⁴ BVerfGE 153, 182 (284f.).

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 Suizidentscheidung 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 Suizidentscheidung 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); Künast/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 abzuspochen,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 Suizidermöglichungsgesetzgebung“ 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 Suizidassistenz 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-Münchner-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 unbesehen 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 leidende und zur Selbsttötung entschlossene 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 Suizidenschlusses 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 wengleich 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 dargelegt (→ 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 Suizidassistenz sollte ebenfalls fachlich entsprechend qualifizierten Ärzten (also vor allem Anästhesisten, Intensiv- oder Palliativmedizinern) vorbehalten sein. Diesen Ärzten müssen die Dokumente über die Beratung und Begutachtung der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses vorgelegt werden. Sie haben sich zu vergewissern, dass die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, und sie müssen die Durchführung der Suizidassistenz 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 Suizidentschluss unverändert festgehalten wird. Bei Personen, die zu diesem Zeitpunkt einwilligungsunfähig sind, darf Suizidassistenz 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 BVerwG 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 Suizidassistenz – 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 Suizidassistenten 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 anzureichern 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 Suizidentscheidung ein

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

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 Suizidassistenz 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).

D. Thesen

I.

Das Recht der Sterbehilfe sowie der Mitwirkung am Suizid weist erhebliche Unklarheiten und Schutzlücken auf. Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber die gesamte Materie regeln.

II.

1. a) Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass der tätige Behandlungsabbruch bzw. die tätige Behandlungsbegrenzung, sofern sie dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, erlaubt ist, auch wenn sie den Tod des Patienten zur Folge hat. Wegen des ausnahmslosen Tötungsverbots (§§ 212, 216 StGB) ist eine solche gesetzliche Klarstellung geboten. Das maßgebliche Legitimationskriterium ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Es schließt Tötungsunrecht aus. Das folgt bereits daraus, dass jede medizinische Behandlung bzw. auch Weiterbehandlung nur mit Einwilligung des Patienten erlaubt ist.
- b) Wegen des Regelungszusammenhangs sollte ebenfalls klargestellt werden, dass ein Behandlungsverzicht, der dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, erlaubt ist, selbst wenn er den Tod des Patienten zur Folge hat. In diesen Fällen wird bereits die Garantenpflicht des behandelnden Arztes durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begrenzt.
2. a) Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass die medizinisch indizierte Verabreichung von schmerz- oder leidmindernden Medikamenten mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten auch dann erlaubt ist, wenn dadurch der Todeseintritt beschleunigt wird. Eine gesetzliche Klarstellung ist wegen des ausnahmslosen Tötungsverbots (§§ 212, 216 StGB) geboten. Der maßgebliche Legitimationsaspekt ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.
- b) Die rechtliche Zulässigkeit dieser Form der Sterbehilfe (herkömmlich „indirekte Sterbehilfe“ genannt) kann nicht von der Vorsatzform der behandelnden Personen abhängen. Deshalb sollte im Rahmen einer gesetzlichen Regelung davon abgesehen werden, die rechtliche Zulässigkeit dieser Form der Sterbehilfe

- davon abhängig zu machen, dass die Lebensverkürzung eine unbeabsichtigte Nebenfolge ist. Die Behandlung ist vielmehr als erlaubt anzusehen, sofern sie sich im Rahmen des medizinisch Vertretbaren bewegt und mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten erfolgt. Die Bezeichnung „indirekte Sterbehilfe“ ist unpassend. Daher sollte auf diese Bezeichnung verzichtet werden.
3. Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber klarstellt, dass bei einem freiverantwortlichen Suizid keine Lebensrettungspflichten begründbar sind – und zwar weder aus einem besonderen Garantenverhältnis noch aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht (§ 323c StGB).
 4. Die vorgeschlagenen Klarstellungen (1.–3.) sind aus Gründen der Rechtssicherheit geboten. Außerdem soll dadurch Aushöhlungen des Anwendungsbereichs des § 216 StGB entgegengetreten werden.

III.

1. Aus dem Urteil des BVerfG zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben lässt sich nicht herleiten, dass § 216 StGB insgesamt verfassungswidrig ist.
2. a) § 216 StGB bedarf allerdings einer Einschränkung für die seltenen Fälle, in denen eine Person, die sich freiverantwortlich entschieden hat, aus dem Leben zu scheiden, aufgrund einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung und den damit einhergehenden körperlichen Einschränkungen nicht in der Lage ist, die Tötungshandlung selbst zu vollziehen. Denn das Recht auf selbstbestimmtes Sterben läuft für diese Personengruppe ansonsten faktisch leer. Insoweit gerät § 216 StGB wegen seines ausnahmslosen Tötungsverbots in Konflikt mit der Verfassung. Dem Gesetzgeber ist aus Gründen der Rechtssicherheit zu empfehlen, diese Fallkonstellation gesetzlich zu regeln und vom Tötungsunrecht auszunehmen. Durch eine gesetzliche Regelung lässt sich zudem einer Aushöhlung des Anwendungsbereichs des § 216 StGB entgegenwirken.
- b) Im Weiteren bedarf es jedoch eines legislativen Schutzkonzepts zur Gewährleistung eines hinreichenden Autonomie- und Lebensschutzes (→ IV. 3.). Die Einhaltung der Vorgaben dieses Schutzkonzepts sollte Voraussetzung für die Umsetzung der Entscheidung der betroffenen Person sein, aus dem Leben zu scheiden.

IV.

1. Der Gesetzgeber sollte die Suizidhilfe regulieren. Ein Regulierungsbedarf besteht aus mehreren Gründen: Ärzte, die Suizidhilfe leisten, setzen sich derzeit wegen der fehlenden Regulierung beachtlichen Strafbarkeitsrisiken aus. Diese Risiken können sich negativ auf die Auswahl der Personen auswirken, die bereit sind, Suizidassistenten zu leisten. Damit gehen Gefahren für Autonomie- und Lebensschutz sterbewilliger Personen einher. Sterbewilligen Personen mit freiverantwortlichem Suizidentschluss wird es zudem erschwert, vertrauenswürdige und integre Ärzte zu finden, die diese Aufgabe übernehmen.
2. Der Gesetzgeber hat nach den Vorgaben des BVerfG mehrere Regulierungsoptionen.
 - a) Hierzu gehört auch der Einsatz des Strafrechts. Die Einführung einer neuen strafrechtlichen Verbotsnorm ist abzulehnen. Die Mitwirkung an Suiziden, die nicht freiverantwortlich sind, ist bereits nach derzeitiger Rechtslage regelmäßig strafbar. Der Gesetzgeber sollte den Fokus daher auf Prävention und nicht auf Repression legen.
 - b) Dem Gesetzgeber ist die Einführung eines verfahrensrechtlichen Schutzkonzepts zu empfehlen. Ein solches Konzept ist zum Schutz von Autonomie und Leben sterbewilliger Personen grundsätzlich geeignet. Ziel sollte es sein, die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung nach den Vorgaben des BVerfG zu gewährleisten. Der vom BVerfG vorgegebene erhöhte Freiverantwortlichkeitsmaßstab ist in der Sache angemessen. Daher sollten diese Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung von Gesetzgebung und Rechtsprechung übernommen werden.
3. Die Kernelemente eines verfahrensrechtlichen Schutzkonzepts sind den Vorgaben des BVerfG entsprechend: Beratung bzw. Aufklärung, Feststellung der Freiverantwortlichkeit, Regelungen zum zeitlichen Ablauf und zur Durchführung der Suizidassistenten.
 - a) Eine umfassende Beratung bzw. Aufklärung ist unverzichtbare Voraussetzung, um eine freiverantwortliche Suizidentscheidung zu ermöglichen. Beratung und Aufklärung sollten von Personen durchgeführt werden, die auf dem jeweiligen Gebiet hinreichend qualifiziert sind. Sie dürfen den Sterbewilligen nicht bevormunden. Daher müssen Beratung bzw. Aufklärung ergebnisoffen sein. Der Inhalt des Beratungs- bzw. Aufklärungsgesprächs ist zu dokumentieren. Das Dokument ist der sterbewilligen Person auszuhändigen.

- b) Die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses sollte regelmäßig von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begutachtet werden. Bei Personen, bei denen der Verdacht auf eine psychische Störung besteht, eine psychische Störung vorliegt, sowie bei Personen in Lebenskrisen sollte die Prüfung der Freiverantwortlichkeit zwingend von einem solchen Facharzt vorgenommen werden.
- Darüber hinaus ist eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Regelfall vorzusehen. Hierfür spricht vor allem, dass psychische Störungen (wie insbesondere Depressionen) von anderen Ärzten nicht zuverlässig erkannt werden und dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der Gesprächsführung mit Personen mit Sterbewunsch am besten geschult sind. Das Gutachten über die Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses ist dem Sterbewilligen auszuhändigen.
- c) Die Unterstützung beim Suizid sollte ebenfalls durch hinreichend qualifizierte Personen, also geeignete Fachärzte, erfolgen. Vor Durchführung der Suizidassistenz sollten sie insbesondere die Einwilligungsfähigkeit der Person sowie die Dokumente über die Beratung sowie die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit prüfen. Die Durchführung der Suizidassistenz ist zu dokumentieren.
- d) Der Gesetzgeber sollte sicherstellen, dass sterbewillige Personen das geeignetste Präparat erhalten können. Der Suizid sollte möglichst schmerzfrei und risikoarm vollzogen werden können. Sofern Natrium-Pentobarbital das am besten geeignete Mittel hierfür sein sollte, sind Anpassungen des Betäubungsmittelgesetzes vorzunehmen. Denn Strafbarkeitsrisiken für Ärzte bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln sollten vermieden werden. Um Missbrauchsgefahren vorzubeugen, sollte davon abgesehen werden, die tödliche Substanz an den Sterbewilligen auszuhändigen. Das Betäubungsmittel sollte unter Anleitung und Aufsicht eines fachlich qualifizierten Arztes vom Sterbewilligen angewendet werden.
- e) Die drei Verfahrensschritte – Beratung bzw. Aufklärung, Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Unterstützung beim Suizid – sind von unterschiedlichen Personen durchzuführen. Diese Personen sollten persönlich, wirtschaftlich und organisatorisch voneinander unabhängig sein.
- f) Bei Bedarf kann der Gesetzgeber weitere Kontrollmechanismen vorsehen. Hilfreich dürfte es insoweit insbesondere sein, eine Prüfungskommission einzusetzen, die ex ante, also vor der

Durchführung der Suizidassistenten, die Dokumente auf Vollständigkeit, Regelkonformität und Plausibilität prüft. Hierfür reicht es, wenn die Kommission mit zwei fachlich in diesem Bereich qualifizierten Personen besetzt ist, einem Arzt und einem Juristen.

- g) Der Gesetzgeber sollte im Rahmen des Schutzkonzepts flankierende Regeln einführen. Dazu gehören u. a. Berichts- und Meldepflichten sowie Werbe- und Kommerzialisierungsverbote.
- h) Es ist gegenwärtig nicht zu empfehlen, Sterbehilfeorganisationen gänzlich zu verbieten. Es ist schon nicht ersichtlich, wie sterbewillige Personen mit freiverantwortlichem Suizidentchluss ohne deren Unterstützung Zugang zu Ärzten finden könnten, die bereit sind, beim Suizid zu assistieren. Die Tätigkeit der Sterbehilfevereine ist aber von einem verwaltungsrechtlichen Zulassungsverfahren abhängig zu machen.