

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 beendete 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 (196f.); ferner BGHZ 202, 226 (232); BGHZ 163, 195 (199f.); 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 Garantenpflicht 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.; Murmann, 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 empfindet 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 (CPOT) 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. 2025, 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 (284 f.).

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

⁸⁰ BGHSt 64, 69 (78 ff.).

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

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/Grünwald, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 67 ff., 72 ff.; MüKoStGB/Hardtung, 5. Aufl. 2025, § 223 Rn. 72 ff.

⁸⁴ Die Tatbestandslösungen 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 (390 f.); 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 (284 f.); Duttge GA 2006, 573 (579); ders. *NSStZ* 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 leitmindernden 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.); Eychemüller, 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. § 630d 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 Verrél (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 Verkenntung 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 medistra 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 Leichenschauschein 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 „unauflösliche 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.; Kubicel 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.); Kubicel NJW 2019, 3033 (3035); Sowada NSStZ 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 – wenngleich aus alldem 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 NStZ 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 rechnen 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 Todesintritts“ 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 Todesintritt 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 ZfStw 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 ZfStw 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 ZfStw 2022, 530 (533); Pauli HRRS 2022, 281 (282).

¹⁸⁹ Sowada, FS Merkel, Teilband II, 2020, S. 1109 (1117); Murmann ZfStw 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 ZfStw 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 „unvernehmbar 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 Sehestörung 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 genüge 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 Facharztstitel 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 Sterbehilfepflicht 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.