

# Zur Abgrenzung von Tötung auf Verlangen und Suizidhilfe bei Handlungsunfähigen und psychisch Kranken: Ein bislang ungelöstes strafrechtliches Dilemma

Von PD Dr. Dorothea Habermann, LL.M. (San Diego), Hannover\*

*Die Frage, wie sich die Tötung auf Verlangen von der Beihilfe zum Suizid abgrenzen lässt, zählt zu den wichtigsten strafrechtlichen Fragen am Ende des Lebens. Wie sie bei psychisch Kranken und Personen, die sich selber nicht mehr von eigener Hand töten können, zu beantworten ist, ist noch nicht abschließend geklärt. Neue höchstrichterliche Entscheidungen geben dazu Anlass, die Frage neu zu stellen und einer Antwort näherzubringen.*

## I. Einleitung

Die Sterbehilfe steht zwischen den beiden Polen der strafbaren Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und der straflosen bloßen Beihilfe zur Selbsttötung. Zu ihr haben der BGH und das BVerfG in den letzten Jahren richtungsweisende Entscheidungen gefällt.<sup>1</sup> Gemeinsam ist diesen Entscheidungen, dass sie das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Tod gestärkt haben. Der Einzelne soll einerseits in Würde, nämlich weitgehend selbstbestimmt, sterben können. Andererseits soll er sich dabei – in Grenzen, welche die Rechtsprechung immer weiter hinausgeschoben hat – der Hilfe anderer bedienen dürfen. Rechtlich geht es um die schwierige Grenzziehung zwischen strafloser Hilfe zum Sterben und strafbarer Tötung. Wo diese Grenze genau verläuft, ist eine Frage von existentieller Bedeutung. Sie geht die Sterbewilligen selbst an; entscheidet sie doch darüber, ob und wie weit sie bei ihrer Lebensbeendigung auf die Hilfe Dritter zurückgreifen können. Vor allem aber betrifft die Grenzfrage Ärzte und andere Hilfwillige, deren mögliche Strafbarkeit von der Antwort abhängt. Wie schwierig eine Einigung auf eine gemeinsame Linie in diesem Bereich ist, zeigt der Umstand, dass gerade zwei Gesetzentwürfe zur Regelung der Suizidbeihilfe im Bundestag scheiterten.<sup>2</sup>

In einem ersten Schritt wird die Abgrenzung der strafbaren Fremdtötung von strafloser Suizidhilfe vor dem Hintergrund der neuen Rechtsprechung untersucht. Dazu werden die neuen Kriterien herausgearbeitet und kritisch bewertet. In einem zweiten Schritt wird das Thema zugespitzt und aus dem Komplex der Sterbehilfe werden zwei Fragen herausgegriffen, die am heikelsten und bislang noch am wenigsten untersucht sind.<sup>3</sup> Zum einen: Wo verläuft bei Suizidwilligen,

die sich nicht mehr selber töten können, die Grenze zwischen strafloser Beihilfe zum Suizid und strafbarer Tötung auf Verlangen? Das betrifft die Patientengruppe der bis zum Hals Gelähmten, der unter einem schweren Grad von ALS oder unter einem Locked-in-Syndrom Leidenden, letztlich aller körperlich handlungsunfähigen Patienten, die auch unter Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel nicht in der Lage sind, sich selbst zu töten. Zum anderen: Wann ist die Hilfe zur Tötung von psychisch kranken Suizidwilligen strafbar? Nicht Thema des Beitrags soll hingegen die Darstellung der indirekten Sterbehilfe und des ärztlichen Behandlungsabbruchs – früher: passive Sterbehilfe – sein, da sie als zulässige Fremdtötungen keine Suizidbeihilfe darstellen und damit nicht den Kern des Themas treffen.<sup>4</sup> Auf die aus dem Gesetz gestrichene geschäftsmäßige Suizidbeihilfe und die zur ihr ergangene Bundesverfassungsgerichts-Entscheidung wird nur kurz eingegangen. Sie betrifft mit der geschäftsmäßigen Suizidhilfe einen besonderen Fall und nicht im Kern die Abgrenzungsfrage zwischen § 216 StGB und der Teilnahme am Suizid.<sup>5</sup>

---

den Strafgefangenen dieselben Rechte zur Hilfe beim Suizid zuerkennt wie extra mures, jedoch mit der Einschränkung, dass insb. ärztlich Dritthilfe nur geboten sei, wenn der Suizidentschluss maßgeblich „auf dem Leiden an einer medizinisch fassbaren, nicht notwendig den Tod naherückenden Erkrankung beruht“ und nicht bloße Reaktion auf den Freiheitsentzug sei. Vgl. in diesem Kontext auch *Tag/Baur*, Suizidhilfe im Freiheitsentzug – Expertise zuhanden des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug, 2019.

<sup>4</sup> Vgl. zur indirekten Sterbehilfe und zum Abbruch lebenserhaltender Behandlungen *Magnus*, Patientenautonomie im Strafrecht, 2015, S. 274 ff., 283 ff.; *H. Schneider*, in: Erb/Schäfer (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Bd. 4, 4. Aufl. 2021, Vorbem. § 211 Rn. 104 ff. sowie Rn. 114 ff.

<sup>5</sup> Vgl. zur Frage der Verfassungswidrigkeit der Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB a.F.): BVerfGE 153, 182 sowie unten II. 2. j). Siehe auch Deutscher Ethikrat, Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Stellungnahme 2022, abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (10.3.2025); sowie Statistisches Bundesamt, destatis, Todesursachen, Suizide: Die Zahl der Suizidversuche beträgt ca. 100.000 im Jahr. Davon führt ein Teil zum Tode. Die Zahl der vollendeten Suizide betrug 2023 10.300 Fälle, vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (27.2.2025).

---

\* Geb. *Magnus*, Privatdozentin an der Universität Hamburg.

<sup>1</sup> BVerfGE 153, 182; BGHSt 64, 121; 64, 135; 67, 95; BGH NSStZ 2024, 605; vgl. auch BVerwGE 158, 142 = NJW 2017, 2215.

<sup>2</sup> BT-Drs. 20/904 sowie BT-Drs. 20/7624; zu den Gesetzentwürfen zur Suizidhilfe *Neumann*, NJOZ 2021, 385.

<sup>3</sup> Zu der wichtigen und wenig untersuchten Frage der Suizidhilfe im Strafvollzug, die allerdings nur die Gruppe der Strafgefangenen betrifft, verweist *Verf.* auf die klaren und instruktiven Ausführungen von *Hillenkamp*, in: Gächter/Baur/Godenzi/Mausbach/Michel/Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungen im Medizinrecht – Vom klassischen Arztrecht zu One Health*, Festschrift für Brigitte Tag, 2024, S. 221 ff., der intra mures

## II. Abgrenzung Tötung auf Verlangen von Suizidbeihilfe

### 1. Bisherige Rechtslage

Die h.M. grenzt die straflose Suizidteilnahme von der strafbaren einverständlichen Fremdtötung nach den Grundsätzen der Teilnahmelehre ab. Eine strafbare Tötung auf Verlangen liegt danach vor, wenn der Täter das zum Tod führende Geschehen tatsächlich beherrscht, er mithin Tatherrschaft über das todbringende Geschehen hat. Entscheidend ist dafür, ob er den lebensbeendenden Akt eigenhändig ausführt. Tatherrschaft hat der Täter, wenn sich das Opfer nach dem Gesamtplan zum Sterben in die Hand des anderen begibt, um dulddend von ihm den Tod entgegenzunehmen.<sup>6</sup> Behält der Sterbewillige im Gegensatz dazu bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal, so tötet er sich – wenn auch mit fremder Hilfe – selbst.<sup>7</sup> Ein freiwilliger Suizid liegt unter diesen Voraussetzungen nicht nur vor, wenn der Suizident selbst, sondern auch, wenn der Helfer die Ursachenreihe bewirkt hat: Solange nach Abschluss der letzten, für die Tötung erforderlichen Handlung des anderen „dem Sterbewilligen noch die volle Freiheit verbleibt, sich den Auswirkungen zu entziehen oder sie zu beenden, liegt nur Beihilfe zur Selbsttötung vor“.<sup>8</sup> Mit anderen Worten ausgedrückt: Könnte der Suizident den zum Tod führenden Vorgang nach Abschluss der Hilfsleistungen des Helfers noch willentlich aufhalten, handelt es sich um eine für den Helfer straflose Selbsttötung des Sterbewilligen. Die Tatherrschaft liegt nach Auffassung des BGH hier noch beim Suizidenten. Hat der Suizident diese Möglichkeit nicht mehr, ist der Helfer nach § 216 StGB strafbar. Bei *mangelnder Freiverantwortlichkeit* des Suizidenten macht sich der Täter, der dies erkennt bzw. fahrlässig verkennt und dennoch den Suizid veranlasst oder unterstützt, wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft strafbar.<sup>9</sup> Mangels Ernstlichkeit ist die Privilegierung des § 216 StGB in diesen Fällen zu verneinen. In Fällen mittelbarer Täterschaft – etwa weil der Suizident nicht freiverantwortlich handelt, mangels Ernstlichkeit § 216 StGB ausscheiden und stattdessen ein Tötungsdelikt gem. §§ 211, 212 StGB bzw. § 222 StGB eingreifen müsste – setzt die Tatherrschaft voraus, dass der *Täter* Wissens- und Willensherrschaft hat. Eine solche Tatherrschaft liegt vor, wenn der mittelbare Täter den Sterbewilligen als *Werkzeug gegen sich selbst* benutzt, dadurch dass er ihn durch Zwang (z.B. Androhung weiterer Misshandlungen), Arglist (z.B. Vorspiegelung der Bereitschaft zum Doppelselbstmord), in Ausnutzung eines Irrtums (etwa über die vermeintliche Ungefährlichkeit einer tödlichen Droge oder der

scheinbaren Unheilbarkeit einer Krankheit) oder indem er den Betroffenen derart unter Druck setzt, dass er in eine vom Täter beherrschte Notlage (§ 35 StGB) gerät, dazu veranlasst, sich selbst zu töten.<sup>10</sup> Es lässt sich mithin festhalten, dass allein die fehlende Freiverantwortlichkeit des Suizids den Suizidhelfer noch nicht zum mittelbaren Täter eines vollendeten oder versuchten Totschlags oder Mordes macht. Es handelt sich laut BGH nur um eine notwendige, nicht aber um eine hinreichende Bedingung. Vielmehr muss der Suizidhelfer auch kraft überlegenen Wissens oder Willens steuernd das Geschehen beherrschen.<sup>11</sup> Nach Teilen der Literatur kommt es darauf an, ob sich das Geschehen als Selbst- oder Fremdverfügung darstellt:

„Verbleibe dem *Getöteten* nach dem letzten Tatbeitrag des anderen noch die *freie Entscheidung* über Leben und Tod (durch Verlassen des Raumes, Zurückweisen des Bechers), so handelt es sich um bloße Suizidbeihilfe, andernfalls (so beim Schuss mit der Waffe, dem Zuziehen der Schlinge, der tödlichen Spritze) um täterschaftliche Tötung auf Verlangen.“<sup>12</sup>

Veranlasst, fördert oder ermöglicht ein Dritter hingegen nur die eigenverantwortlich gewollte und verwirklichte Selbsttötung eines anderen, so scheidet ohne Rücksicht auf die Lauterkeit der Motive des Dritten ein Tötungsdelikt aus.<sup>13</sup> Hier läge keine Täterschaft, sondern nur Teilnahme zu einer straflosen Selbsttötung vor.

Entscheidende Kriterien für die Abgrenzung sind damit die Tatherrschaft auf Seiten des Täters und die Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches auf Seiten des Opfers. Das BVerfG hat ausgeführt, wann die Entscheidung zur Selbsttötung freiverantwortlich ist.<sup>14</sup> Der Suizidwillige müsse sei-

<sup>6</sup> BGH NJW 1965, 699 (701).

<sup>7</sup> BGH NJW 2022, 3021 (3022) m.Anm. *Hoven/Kudlich*, NSStZ 2022, 667.

<sup>8</sup> St.Rspr., vgl. BGH NJW 2022, 3021 (3022); BGHSt 64, 121 (125) = NJW 2019, 3092; 63, 161 (165) = NJW 2019, 449; BGHSt 19, 135 (139 f.) = NJW 1965, 699 („Gisela-Fall“); OLG München NJW 1987, 2940 (2941).

<sup>9</sup> *Eser/Sternberg-Lieben* (Fn. 6), Vor § 211 Rn. 37; *Fischer*, Strafgesetzbuch mit Nebengesetzen, Kommentar, 72. Aufl. 2025, § 211 Rn. 22; *Heger*, in: Lackner/Kühl/Heger, Strafgesetzbuch, Kommentar, 30. Aufl. 2023, § 211 Rn. 13 ff.

<sup>10</sup> *Eser/Sternberg-Lieben* (Fn. 6), Vor § 211 Rn. 37; siehe zur mittelbaren Täterschaft allgemein *Heine/Weißer*, in: Schönke/Schröder (Fn. 6), § 25 Rn. 7; siehe auch BGH NSStZ 2024, 605.

<sup>11</sup> BGH, Beschl. v. 25.10.2023 – 4 StR 81/23 (LG Paderborn) = NSStZ 2024, 605 (608) m.Anm. *Engländer*.

<sup>12</sup> *Eser/Sternberg-Lieben* (Fn. 6), § 216 Rn. 11 (*Hervorhebungen* im Original) mit Verweis auf ebensolche Auffassung u.a. von *Müller*, § 216 StGB als Verbot abstrakter Gefährdung, 2010, S. 227; *Roxin*, in: Wolter (Hrsg.), 140 Jahre Goldammer’s Archiv für Strafrecht, Eine Würdigung zum 70. Geburtstag von Paul-Günther Pötz, 1993, S. 177 (185); *Wessels/Hettinger/Engländer*, Strafrecht, Besonderer Teil 1, 47. Aufl. 2023, Rn. 164; *Ziethen*, ZIS 2007, 372; *Herzberg*, NSStZ 2004, 6; *Reyes*, ZIS 2017, 618; *H. Schneider* (Fn. 4), § 216 Rn. 52.

<sup>13</sup> BGH NSStZ 2024, 605 (607) m.Anm. *Engländer*; BGH JuS 2024, 891 m.Anm. *Eisele*; BGH JA 2024, 869 m.Anm. *Jäger*; BGH NJW-Spezial 2024, 377 m.Anm. *Beukelmann*; BGH RÜ 2024, 444 m.Anm. *Schützeberg*.

<sup>14</sup> BVerfGE 153, 182 = NJW 2020, 906 (910); BVerfG NSStZ 2020, 528 m.Anm. *Brunhöber*; BVerfG MedR 2020, 563 m.Anm. *Duttge*; BVerfG JuS 2020, 580 m.Anm. *Sachs*; BVerfG JA 2020, 473 m.Anm. *Muckel*; BVerfG NZWiSt

nen Willen unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung gebildet haben. Mögliche Handlungsalternativen müssen ihm bekannt sein. Er müsse frei von unzulässigem Druck sich zur Selbsttötung entschlossen haben und seine Entscheidung müsse von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit sein. Der BGH konkretisiert diese Voraussetzungen näher und verlangt, dass der Suizident über die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen und fähig sein müsse, seine Entscheidung autonom und auf der Grundlage einer realitätsbezogenen Abwägung der für und gegen die Lebensbeendigung sprechenden Umstände zu treffen.<sup>15</sup> Ferner müsse er in der Lage sein, Bedeutung und Tragweite dieses Entschlusses verstandesmäßig zu überblicken und eine abwägende Entscheidung zu treffen, für die ihm alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte tatsächlich bekannt sein müssten.<sup>16</sup>

Wie diese Voraussetzungen aber im Einzelfall anzuwenden sind, ist in etlichen Punkten noch offen. Was bedeutet zum Beispiel ein „dauerhafter Sterbewunsch“ – ernstlicher Sterbewunsch seit zwei Tagen, zwei Wochen oder zwei Monaten? Haben Menschen mit psychischen Störungen die Fähigkeit zur Freiverantwortlichkeit? Oder ist je nach Krankheit zu differenzieren? Sind psychische Patienten ggfs. von der Inanspruchnahme von Suizidhilfe ausgeklammert? Würde die Personengruppe, bei welcher der Sterbewunsch am häufigsten auftritt, damit benachteiligt? Wie unbeeinflusst ist eine Entscheidung zur Selbsttötung, wenn etwa ältere und/oder kranke Menschen die Sorge haben, den Angehörigen zur Last zu fallen<sup>17</sup>, da diese die Kosten und Lasten der Pflege nicht übernehmen wollen oder können? Genügt die Sorgfalt, mit der Sterbehilfevereine vorgehen, um die Freiverantwortlichkeit festzustellen? Eine Studie zur Praxis der Suizidhilfe in München ergab für die Zeit zwischen 2020 und 2022, dass nur bei einem Drittel der von einem Arzt übernommenen Fälle eine gesicherte psychiatrische Diagnose vorlag, im Übrigen aber die Diagnose von einem Allgemeinarzt, Anästhesisten oder Gynäkologen getroffen wurde.<sup>18</sup>

Ein Reformgesetz zur Suizidhilfe sollte all diese Aspekte beachten, um für Rechtssicherheit zu sorgen. Solange kein Reformgesetz ergeht, gelten die alten Maßstäbe fort, welche die Rechtsprechung aufgestellt hat. Hier zeigt sich in den letzten Jahren eine Tendenz, die Strafflosigkeit der Suizidhilfe auszudehnen.

2020, 386 m.Anm. *Neumann*; BVerfG JZ 2020, 627 m.Anm. *Hartmann*; siehe auch BVerfGE 128, 282 (301) = NJW 2011, 2113.

<sup>15</sup> BGH NStZ 2024, 605 (607); siehe auch BGHSt 64, 121 = NJW 2019, 3092 (3093); BGHSt 64, 135 = NJW 2019, 3089 (3090).

<sup>16</sup> BGH NStZ 2024, 605 (607); BGH NStZ 2011, 340; BGH NJW 2000, 2286; BGH NJW 1981, 932.

<sup>17</sup> Vgl. zu diesem Motiv *Jox*, in: *Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing* (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*, 2017, S. 51 (54) m.w.N.

<sup>18</sup> *Gleich/Peschel/Graw/Schäffer*, *Rechtsmedizin* 34 (2024), 24.

## 2. Rechtslage nach den jüngsten (höchstrichterlichen) Entscheidungen

### a) Berliner Verfahren

Der BGH bestätigte 2019 den Freispruch des LG Berlin gegenüber einem Hausarzt, der seiner Patientin half, zu sterben.<sup>19</sup> Die 44-jährige Frau litt seit ihrer Jugend an einer nicht lebensbedrohlichen, aber starke krampfartige Schmerzen verursachenden Erkrankung und hatte bereits mehrere Selbsttötungsversuche unternommen. Auf ihren Wunsch besorgte der Hausarzt ihr tödliche Medikamente, die sie selbstständig in Abwesenheit des Arztes einnahm. Der Sterbeprozess dauerte zweieinhalb Tage. Während dieser Zeit betreute der Arzt die Bewusstlose wie von ihr zuvor gewünscht durch mehrere tägliche Hausbesuche medizinisch, um Schmerzen und Erbrechen im Endstadium zu vermeiden, leistete aber absprachegemäß keine Hilfe zur Rettung ihres Lebens. Der BGH sah in der Bereitstellung der Medikamente nur eine straflose Beihilfe zur Selbsttötung. Der Sterbewunsch sei eigen- und freiverantwortlich gewesen. Er habe auf einer im Laufe der Zeit entwickelten, bilanzierenden „Lebensmüdigkeit“ beruht und sei nicht Ergebnis psychischer Störungen gewesen. Auch die unterlassene Rettung nach Eintritt der Bewusstlosigkeit sei straflos. Die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts habe den behandelnden Hausarzt grundsätzlich von seiner Pflicht zur Rettung des Lebens seiner Patientin entbunden. Das Selbstbestimmungsrecht stehe zudem einer Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung entgegen. Die mögliche Verletzung von ärztlichem Berufsrecht, das eine Hilfe zur Selbsttötung von Ärzten nicht vorsieht, sei für die Strafbarkeit nicht von Relevanz.

### b) Hamburger Verfahren

Im selben Jahr bestätigte der BGH den Freispruch des LG Hamburg gegenüber einem Sterbehelfer, der zwei Frauen über 80 Jahren auf ihren bewusstseinsklaren und bilanzierenden Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, half.<sup>20</sup> Die beiden hochbetagten Frauen besaßen spätestens seit dem Jahr 2010, in dem sie auch eine Patientenverfügung verfassten, den Wunsch, zu sterben, da sie wegen ihres sich verschlechternden Gesundheitszustandes befürchteten, nicht mehr füreinander sorgen zu können. Sie regelten alle ihre Angelegenheiten und meldeten sich 2012 bei einem Sterbehilfeverein an, um mit dessen Hilfe aus dem Leben zu scheiden. Der angeklagte Arzt, der im Auftrag des Vereins ein Gutachten über die psychische Gesundheit der beiden Frauen schrieb, attestierte ihnen uneingeschränkte Einsichts- und Urteilsfähigkeit. Am Tattag Ende 2012 zerkleinerten die beiden Frauen mit Hilfe des

<sup>19</sup> BGH, Urt. v. 3.7.2019 – 5 StR 393/18 = BGHSt 64, 135 = NStZ 2019, 666 m.Anm. *Sowada*; BGH JuS 2020, 82 m.Bespr. *Hecker*; BGH JZ 2019, 1046 m.Anm. *Engländer/Hillenkamp*; LG Berlin NStZ-RR 2018, 246.

<sup>20</sup> BGHSt 64, 121 = NJW 2019, 3092 m.Bespr. *Kubiciel*, NJW 2019, 3033; BGH JA 2019, 86 m.Anm. *Kudlich*; BGH FamRZ 2019, 1810 m.Anm. *A. Schneider*; BGH GuP 2019, 228 m. Anm. *Razzaghi*; BGH MedR 2020, 120 m.Anm. *Spittler*.

Arztes die Medikamente Chloroquin und Diazepam, lösten sie jeweils in einem Glas Wasser auf und tranken dieses selbstständig. Ihr Sterbewunsch war bis zum letzten Augenblick eindeutig und fest. Der Angeklagte verweilte bei den beiden Frauen bis sie nach einer Stunde gestorben waren, und leitete – wie vorher vereinbart – keine Rettungsmaßnahmen ein. Das LG Hamburg sprach den Angeklagten vom Vorwurf der versuchten Tötung auf Verlangen durch Unterlassen sowie wegen Überlassung von Betäubungsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch frei. Es läge eine eigenverantwortlich gewollte und verwirklichte Selbsttötung vor, die nicht den Tatbestand eines Tötungsdelikts erfülle. Der BGH bestätigte den Freispruch und verwarf die Revision der Staatsanwaltschaft, die auf eine Strafbarkeit wegen (gemeinschaftlichen) Totschlags in mittelbarer Täterschaft durch Unterlassen gerichtet war.<sup>21</sup> Zum einen hätte eine Rettungshandlung des Angeklagten nicht mit der erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zum Erfolg geführt. Zum anderen sei der Arzt mangels Übernahme der ärztlichen Behandlung kein Beschützergarant für das Leben der Frauen gewesen und auch eine Garantenstellung aus Ingerenz sei abzulehnen, da das LG nicht nachweisen konnte, dass der Angeklagte die Medikamente besorgt hatte. Zudem sei angesichts des Suizidwunsches, der nicht Ausdruck einer bloßen depressiven Augenblicksstimmung, sondern von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit gewesen sei, ein pflichtwidriges Verhalten des Arztes abzulehnen. Die Sterbewilligen hätten den Tod nicht dulddend aus der Hand eines Dritten empfangen, sondern selbst die todbringende Handlung (das Einnehmen der in Wasser aufgelösten Medikamente) vorgenommen und somit sich selbst getötet, wenn auch mit fremder Hilfe.<sup>22</sup>

### c) Bewertung des Berliner und Hamburger Verfahrens

Die Entscheidungen verdienen Zustimmung. Sie stärken das Selbstbestimmungsrecht von Patienten und zeigen eine Tendenz zur Entkriminalisierung von ärztlicher Suizidbegleitung. Allerdings versäumt es der BGH, die unglückliche Wittig-Entscheidung von 1984<sup>23</sup>, die auf den viel kritisierten<sup>24</sup> Tatherrschaftswechsel abstellte und die er in seinen Entscheidungen zum Berliner und Hamburger Verfahren zitiert, ausdrücklich aufzugeben. Im Wittig-Fall hatte eine ältere Frau nach dem Tod ihres Mannes Peter mehrfach ihren Sterbewunsch gegenüber ihrem Hausarzt Dr. Wittig geäußert. Als Dr. Wittig zu einem Hausbesuch kam, fand er die Frau bewusstlos vor, leere Tablettenschachteln von ihm verschriebenen Medikamenten und ein Papier lagen auf ihrem Nachtschisch, auf das sie geschrieben hatte, sie wolle keine Rettungsmaßnahmen, sondern Erlösung und zu ihrem verstorbenen Mann Peterle. In dieser Anordnung hatte sie deutlich gemacht, dass

sie von dem Moment an, in dem ihr Arzt sie vorfinde, keine Lebensrettung mehr wolle. Dr. Wittig ordnete sich diesem Wunsch unter und blieb am Bett der Patientin, bis sie starb. Obgleich der BGH Dr. Wittig freisprach, da eine Lebensrettung wegen der mittlerweile eingetretenen irreparablen Schäden unzumutbar war, sah er gleichwohl die grundsätzliche Pflicht des Arztes begründet, einen Patienten zu retten, wenn er ihn nach Einnahme eines tödlichen Medikamentes bewusstlos vorfinde. Denn mit Eintritt der Bewusstlosigkeit gehe die Tatherrschaft vom Suizidenten auf den Garanten über. Diese Entscheidung hat zu dem widersinnigen Ergebnis geführt, dass es zwar erlaubt sei, einem Suizidwilligen den Strick zu reichen; hänge sich dieser damit aber auf und werde bewusstlos, müsse man ihn sofort abschneiden, um nicht selbst bestraft zu werden. Erst recht hatte das nach der Entscheidung von 1984 zu gelten, wenn der Arzt die Tötungshandlung vorgenommen, also bspw. das tödliche Mittel injiziert hatte. In beiden Konstellationen liege nach der BGH-Rechtsprechung strafbare Tötung auf Verlangen (durch Unterlassen bzw. durch aktives Tun) vor.

Im seiner Entscheidung zum Berliner Verfahren sieht der BGH einen Unterschied zum Wittig-Fall darin, dass ein Tötungsdelikt durch Unterlassen ausscheide, weil mit der Vereinbarung einer bloßen Sterbebegleitung die Garantenstellung als Hausarzt beendet, im Wittig-Fall hingegen keine abschließende Abrede über Fortbestand und Art des Arzt-Patienten-Verhältnisses getroffen worden sei. Der BGH macht die Strafbarkeit der ärztlichen Suizidbegleitung wegen eines Tötungsdeliktes durch Unterlassen damit davon abhängig, ob Arzt und Patient eine „Sterbebegleitungsabrede“ getroffen haben. Fehle eine solche, wie im Wittig-Fall, bleibe die Garantenpflicht weiter bestehen und eine Strafbarkeit weiter möglich.

Das überzeugt nicht. Wie eine solche Abrede über die Nichterhaltung des Rechtsgutes Leben vor dem verfassungsrechtlichen Lebensschutz Bestand haben können soll, ist ebenso fraglich wie die Frage, wie eine solche Abrede zu beweisen sein soll, gerade, wenn sie nur mündlich erfolgte und eine der beiden Parteien tot ist.<sup>25</sup> Auch die Differenzierung zwischen dem Berliner Verfahren und der Wittig-Entscheidung ist nicht überzeugend. Denn auch im Wittig-Fall hatte die Suizidentin auf ein Papier, das sie auf den Nachtschisch gelegt hatte, geschrieben, dass sie keine Rettungsmaßnahmen, sondern Erlösung und zu ihrem verstorbenen Mann Peterle wolle. In dieser Anordnung hat sie deutlich gemacht, dass sie von dem Moment, in dem ihr Arzt sie vorfinde, keine Lebensrettung mehr wollte. Dadurch hat die Patientin, deren Sterbewunsch unzweifelhaft freiverantwortlich war, ihren Arzt von der Garantenpflicht befreit.

In seiner Entscheidung zum Hamburger Verfahren grenzt der BGH zur Wittig-Entscheidung insoweit ab, als der Angeklagte nicht kraft Übernahme der ärztlichen Behandlung für das Leben der beiden Frauen verantwortlich gewesen sei. Denn es habe – anders als in der Wittig-Entscheidung<sup>26</sup> – zwischen den Beteiligten kein Arzt-Patientinnen-Verhältnis bestanden, sodass dem Arzt keine Beschützergarantenstel-

<sup>21</sup> Das Tatgeschehen ereignete sich vor Inkrafttreten des 2020 für verfassungswidrig erklärten § 217 StGB.

<sup>22</sup> BGHSt 64, 121 = NJW 2019, 3092 (3093).

<sup>23</sup> BGHSt 32, 367 = NJW 1984, 2639; siehe dazu *Magnus* (Fn. 4), S. 252 ff.

<sup>24</sup> Siehe zum Streitstand mit weiteren Nachweisen *Rengier*, *Strafrecht*, Besonderer Teil II, 25. Aufl. 2024, § 8 Rn. 11 ff.; *Wessels/Hettinger/Engländer* (Fn. 13), Rn. 49 ff.

<sup>25</sup> Siehe *Windsberger*, JM 2019, 477 (481).

<sup>26</sup> BGHSt 32, 367 (377 f.) = NJW 1984, 2639.

lung für ihr Leben zukam.<sup>27</sup> Ob die von Sterbevereinen eingesetzten Ärzte, die den Vollzug des Suizides begleiten, per se keine Beschützergarantenstellung (auch nicht kraft faktischer Übernahme) haben, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls hatte sich der Arzt dem selbstbestimmten und eigenverantwortlich umgesetzten Sterbewunsch unterzuordnen, sodass eine Hilfspflicht nicht bestand.<sup>28</sup> Wie in der Wittig-Entscheidung schied auch eine Strafbarkeit aus unterlassener Hilfeleistung gem. § 323c Abs. 1 StGB aus: Nach Eintritt der Bewusstlosigkeit und den zu erwartenden irreparablen Hirnschäden durch die Medikamente war es dem Arzt nicht mehr zumutbar, Rettungsbemühungen einzuleiten, deren Erfolgchancen äußerst gering gewesen wären. Das entspricht der Begründung, die der BGH auch im Wittig-Urteil gegeben hatte.<sup>29</sup> In der Hamburger Entscheidung eine Abkehr von der Wittig-Entscheidung zu sehen<sup>30</sup> steht in Widerspruch zu dem Umstand, dass der *Senat* eine Vorlage an den *Großen Senat für Strafsachen* nach § 132 Abs. 3 GVG mit Blick auf das Wittig-Urteil für nicht erforderlich hielt, da „angesichts dessen, dass bei einer ‚Rettung‘ der Frauen – ebenso wie dort – schwerste Hirnschäden zu erwarten gewesen wären, im Ergebnis keine Divergenz iSd § 132 III 1 GVG vorliegt“.<sup>31</sup>

Das Berliner und das Hamburger Verfahren werfen die weitere Frage auf, ob andere Garanten – etwa Angehörige aus Gesetz oder Garanten aus Ingerenz – eine Sterbebegleitungsabrede im oben beschriebenen Sinne ebenfalls treffen müssen. Kann die Garantenstellung dann auch in diesen anderen Fällen abbedungen werden? Führt diese Rechtsprechung nicht letztendlich dazu, dass ein Angehöriger einen Sterbewilligen zwar im Ausführungsstadium begleiten darf, dann aber schnell den Raum verlassen muss, um einer strafrechtlichen Ahndung zu entgehen, und „deshalb den Sterbewilligen vereinsamt aus dem Leben scheiden lassen [muss]? Oder hat er in diesem Moment bereits zur Tötung auf Verlangen durch Unterlassen unmittelbar angesetzt?“<sup>32</sup> Wie der BGH in einem

Angehörigen-Fall entschieden hat, zeigt die drei Jahre nach den Berliner und Hamburger Urteilen ergangene Insulinspritzen-Entscheidung.

#### d) Insulinspritzen-Fall

So hatte der BGH nach dieser ersten Öffnung im sog. Insulinspritzen-Fall von 2022 eine Sterbehelferin freigesprochen.<sup>33</sup> Im „Insulinspritzen-Fall“ hatte ein schwerstgeschädigter, aber bewusstseinsklarer Mann von seiner Frau verlangt, alle im Haus vorhandenen Tabletten zu holen, da er diese einnehmen und sterben wolle. Zudem sollte sie ihm auch alle vorhandenen Insulinspritzen setzen, um sicher auszuschließen, dass er nicht aufwache und „nicht als Zombie wiederkomme“. Nachdem der Mann alle Tabletten selbst eingenommen hatte, injizierte ihm seine Frau das Insulin, wie sie dies als gelernte Krankenschwester schon über Jahre gemacht hatte. Dadurch wurde kausal der Tod herbeigeführt. Zur eigenen Setzung der Spritzen war der Mann wegen starker Arthrose nicht mehr in der Lage. Allerdings hing es vom Zufall ab, ob das Insulin oder die Tabletten zuerst den Tod verursachten. Nachdem die Ehefrau das Insulin verabreicht hatte, war ihr Mann noch einige Zeit bei Bewusstsein, forderte sie aber nicht auf, Rettungsmaßnahmen einzuleiten oder Rettungskräfte herbeizuholen, sondern verstarb wie von Anfang an von ihm beabsichtigt. Der BGH nahm – anders als das LG – keine Tötung auf Verlangen an, sondern sprach die Ehefrau frei, weil es sich lediglich um bloße Beihilfe zum Suizid handle. Ob eine strafbare Tötung auf Verlangen oder eine straflose Suizidhilfe vorliege, sei auf der Grundlage einer normativen Bewertung des Gesamtgeschehens zu beurteilen. Hier sei das gesamte Tötungsgeschehen vom ausgedrückten Sterbewunsch über die Planung, die Einnahme der Tabletten, die Bitte um Hilfe und den Verzicht auf Rettungsmaßnahmen nach Ende der Insulingabe vom Suizidenten beherrscht worden. Obgleich als Ehefrau grundsätzlich garantenpflichtig, hätten der freiverantwortlich erklärte Sterbewille und das zum Ausdruck gebrachte Verbot, ärztliche Hilfe zu holen, zu einer Suspendierung der dem Ehepartner obliegenden Beschützergarantenpflicht in dieser Situation geführt.

#### e) Bewertung der Insulinspritzen-Entscheidung

Diese Entscheidung des BGH ist wegweisend. Sie weicht in mehreren Punkten von der bislang herrschenden Meinung ab. Zum einen bricht der BGH mit der vorherrschenden Literaturmeinung, eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Sterbehelfers käme nur in Betracht, wenn er das Geschehen in höherem Maße beherrsche als der Suizident.<sup>34</sup> Durch die Straflosigkeit der Ehefrau im Insulinspritzen-Fall, die wegen ihrer Herrschaft über den todbringenden Akt nach herrschender Literaturmeinung Täterin sein müsste, distanziert der BGH

<sup>27</sup> BGH NJW 2019, 3092 (3094); siehe auch BGH NJW 1983, 350 (351).

<sup>28</sup> BGH NJW 2019, 3092 (3095); siehe dazu *Kudlich*, JA 2019, 867 (869).

<sup>29</sup> BGH NJW 1984, 2639 (2642).

<sup>30</sup> So behauptet *Razzaghi*, GUP 2019, 229, zu Unrecht, dass der BGH seine „veralterte“ Rechtsprechung im Fall Wittig mit der Entscheidung zum Hamburger Verfahren aufgegeben habe. Siehe hingegen bereits *Hillenkamp*, MedR 2018, 379, zur Frage der Strafbarkeit eines Arztes aufgrund einer Suizidbegleitung und ob die Wittig-Entscheidung fällt.

<sup>31</sup> BGH NJW 2019, 3092 (3096) mit Verweis auf BGH NJW 1994, 2034 (2035); BGHSt 43, 53 (58) = NJW 1997, 2689; siehe auch *Feilcke*, in: Barthe/Gericke (Hrsg.), *Karlsruher Kommentar zur Strafprozessordnung*, 9. Aufl. 2023, GVG § 132 Rn. 4; *Franke*, in: Löwe-Rosenberg, *Die Strafprozessordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz*, Großkommentar, Bd. 4/1, 27. Aufl. 2021, GVG § 132 Rn. 6; *Cierniak/Pohlitz*, in: Knauer/Kudlich/Schneider (Hrsg.), *Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung*, Bd. 4, 2. Aufl. 2025, GVG § 132 Rn. 12.

<sup>32</sup> *Windsberger*, JM 2019, 477 (481).

<sup>33</sup> BGHSt 67, 95 = NJW 2022, 3021 m.Anm. *Grünwald*; BGH NSTz 2022, 663 m.Anm. *Hoven/Kudlich*; BGH JA 2022, 870 m.Anm. *Jäger*; BGH MedR 2023, 218 m.Anm. *Saliger*; BGH JuS 2022, 1073 m.Anm. *Hecker*; BGH JZ 2022, 1113 m.Anm. *Franzke/Verrel*.

<sup>34</sup> *Neumann*, in: *Kindhäuser/Neumann/Paeffgen/Saliger* (Fn. 6), Vorbem. zu §§ 211–217 Rn. 54; *ders.*, JA 1987, 246 f.

sich von dem so verstandenen Kriterium der Tatherrschaft. Stattdessen legt er das Kriterium normativ aus und fasst damit auch Fälle unter das Kriterium, in welchen die Tatherrschaft phänomenologisch nicht mehr gegeben ist. Auch die Literatuffassung, nach welcher der Sterbewillige die Herrschaft über den todbringenden Akt behalte, „wenn es von seiner Mitwirkung abhängt, ob die Handlung des anderen den tödlichen ‚Erfolg‘ herbeiführt oder aber ‚fehlschlägt‘“<sup>35</sup>, weicht der BGH insoweit auf, als er keine aktive Mitwirkung mehr fordert, sondern Untätigkeit, mithin passives Geschehenlassen ausreichen lässt.

Zum anderen rückt der BGH faktisch von der Lehre vom Tatherrschaftswechsel und der umstrittenen Wittig-Entscheidung von 1984 ab, ohne sie jedoch ausdrücklich aufzugeben. In dem Insulinspritzen-Fall von 2022 sieht der BGH die kausale aktive Tötung durch die Ehefrau weder als Fall des § 216 StGB an noch nimmt er hier eine „Quasi-Mittäterschaft“ an. Die später eintretende Bewusstlosigkeit des Ehemannes begründe auch keinen Tatherrschaftswechsel, der die Garantin verpflichte, Rettungsmaßnahmen zu ergreifen wie noch im Wittig-Fall. Da der Mann nach der Gabe des Insulins bei Bewusstsein war und, wenn auch passiv, in der Gefahrensituation verharret habe, sei die Tatherrschaft nicht auf die Ehefrau übergegangen.<sup>36</sup> Der geäußerte, freiverantwortliche Sterbewunsch suspendiere sowohl die Garantienpflicht aus der Stellung als Ehegattin als auch aus Ingerenz durch das pflichtwidrige Vorverhalten der Gabe einer tödlichen Menge Insulin. Der BGH erklärte die Ehefrau deshalb für straflos. Nimmt der Suizident wie im Insulinspritzen-Fall selbst Tötungshandlungen vor und sichert er den Eintritt des Todes weiter ab, indem er sich zusätzlich der Hilfe Dritter bedient, so liegt der Schwerpunkt nach Auffassung des Gerichts auf der Selbsttötung. Es handelt sich nicht um eine Fremdtötung.

Es drängt sich bei einer Bewertung der Entscheidung die Frage auf: Hätte der BGH ebenso entschieden, wenn der Sterbewillige nicht auch selbst Tabletten eingenommen hätte, sondern sich nur das Insulin von seiner Frau hätte spritzen lassen? Wäre dann nicht direkt der Tatbestand der Tötung auf Verlangen einschlägig? Die Frau hätte dann ihren Mann auf dessen ernsthaften und ausdrücklichen Wunsch hin getötet. Nimmt man § 216 StGB ernst, so wäre dies das Ergebnis. Dann würde aber die Strafbarkeit mit dem Mitwirken des Opfers an dem „arbeitsteilig durchgeführten Suizid“ stehen und fallen. Allein die Unterordnung unter den Suizidwunsch des Sterbewilligen reicht noch nicht aus. Solange der Sterbewillige objektiv an seinem Tod mitwirken kann, ist es auch gleichgültig, welche Handlung – die seine oder die des Helfers – den Tod herbeiführt. Denn auch im Insulinspritzen-Fall hing es nur vom Zufall ab, welches Medikament (die Tabletten oder das Insulin) den Tod schneller bewirkte. Es ist dann nicht – wie jahrelang noch von der Rechtsprechung angenommen wurde – der letzte Tötungsakt in den Blick zu nehmen, sondern das gesamte Tötungsgeschehen. Auch stellt sich die Frage, ob der BGH die in diesem Urteil aufgestellten Grund-

sätze nur in Fällen gelten lassen will, die der Sicherung des Gelingens des Suizidversuchs dienen<sup>37</sup>, oder auch in anderen Sterbehilfekonstellationen. Wegen der generellen Geltung der Grundsätze, die der BGH aufstellt und der nunmehr normativen statt phänomenologischen Betrachtung des Tötungsgeschehens, ist wohl von letzterem auszugehen. Damit wäre eine Straflosigkeit in Fällen anzunehmen, in denen der Tatbeitrag des Suizidhelfers, den Tod nicht nur sichern, sondern auch herbeiführen soll.

Während die Ausdehnung der straflosen Suizidbeihilfe und die faktische Abkehr von der Lehre vom Tatherrschaftswechsel zu begrüßen sind, birgt die Entscheidung auch Gefahren. Wollte man für das Erlöschen der Garantienstellung es allein ausreichen lassen, dass Suizident und Garant vereinbart haben, keine Lebensrettungsmaßnahmen einzuleiten, wie ließe sich das beweisen? Was ist, wenn die Garantin, also hier die Ehefrau, einfach behauptet, ihr Mann habe von ihr die Tötung verlangt und auf jede Lebensrettung verzichtet? Wie ließe sich das nachweisen, jetzt wo der Mann tot ist? Die Missbrauchsgefahr liegt auf der Hand und eröffnet Möglichkeiten unter dem Deckmantel der barmherzigen Hilfe beim Sterben, einen verdeckten Mord zu begehen, etwa um sich des zur Last gefallenen Ehepartners zu entledigen oder um als Angehöriger schneller an das Erbe zu gelangen.

#### f) Zweiter Berliner Fall (2024)

Ein weiteres Verfahren vor dem Berliner LG betraf die Suizidhilfe gegenüber einer psychisch kranken Patientin. Ein Arzt verhalf einer 37-jährigen depressiven Patientin in den Freitod, obgleich sie am selben Tag in ihrem Sterbewunsch – wohl noch – geschwankt hatte.<sup>38</sup> Der 74-jährige pensionierte Hausarzt, der mit einer Sterbehilfeorganisation zusammenarbeitete, hatte der Studentin der Veterinärmedizin, die an Depressionen litt, gleich zweimal Medikamente zum Suizid besorgt. Antrieb war für ihn die Sorge, die Studentin würde sich ohne professionelle Hilfe in den Brutalsuizid stürzen. A Ihren Sterbewunsch hatte sie ihm über Jahre bekräftigt. Es gab bereits einen ersten Versuch im Juni 2021. Damals hatte er ihr Tabletten mit dem Wirkstoff Chloroquin besorgt. Die Frau erbrach diese jedoch nach der Einnahme und überlebte. Daraufhin wurde sie zunächst in ein Krankenhaus eingeliefert und anschließend in einem geschlossenen psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Knapp einen Monat später, nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie, kontaktierte sie den Hausarzt erneut und traf ihn in einem Hotelzimmer in Berlin-Lichterfelde. Dort legte der Mediziner der Frau eine Infusion mit einer tödlichen Dosis des Medikaments Thiopental Inresa. Die Frau setzte die Infusion selbst in Gang und starb wenige Minuten später. Das Landgericht Berlin verurteilte den Arzt wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu drei Jahren Freiheitsstrafe. Der Hauptvorwurf bestand darin, dass der Arzt der Frau zum Tode verholfen habe, obwohl ihre Entscheidung nicht zweifelfrei freiverantwortlich war. Denn noch am

<sup>35</sup> Neumann (Fn. 35), Vorbem. zu §§ 211–217 Rn. 55.

<sup>36</sup> Siehe ähnliche Begründung des BGH zum sog. Gashahn-Fall des RG (JW 1921, 579), BGHSt 19, 135 (140).

<sup>37</sup> Nur für Fälle, die der Sicherung des Gelingens des Suizidversuchs dienen Neumann (Fn. 35), Vorbem. zu §§ 211–217 Rn. 58a ff.

<sup>38</sup> LG Berlin, Urt. v. 8.4.2024 –540 Ks 2/23.

Todestag schwankte sie in ihrem Sterbewunsch. So hat sie noch am Morgen des Tattages binnen einer halben Stunde ihre Meinung geändert und schrieb um 9:30 Uhr eine Nachricht an den Arzt: „Es soll wohl weitergehen für mich“, um 9:58 Uhr dann: „Am liebsten noch heute.“ Ihr habe daher, so die Kammer, die erforderliche Dauerhaftigkeit und Festigkeit des Sterbewunsches gefehlt.

#### g) *Bewertung des zweiten Berliner Falls*

Die Berliner Entscheidung von 2024 zeigt die Grenzen auf, wo die Strafflosigkeit der Suizidhilfe endet und die Strafbarkeit wegen eines Tötungsdeliktes beginnt. Die Tötung eines anderen durch diesen selbst ist als mittelbare Täterschaft strafbar, wenn der Sterbewunsch nicht freiverantwortlich, mithin nicht dauerhaft, fest und selbstbestimmt ist. So plausibel diese Begründung ist, so schwierig ist es jedoch, im Einzelfall festzustellen, wann noch und wann nicht mehr ein Sterbewunsch freiverantwortlich ist. Denn nicht jede Depression führt zum Ausschluss der Freiverantwortlichkeit. Steht die Freiverantwortlichkeit in Frage, darf weder ein Arzt noch ein Dritter Suizidhilfe leisten. Der zweite Berliner Fall macht deutlich, dass selbst bei 999 Versicherungen des Suizidwilligen, sterben zu wollen, ein einziger Zweifel den Sterbewunsch in Frage stellt. Das Landgericht setzt die Schwelle für den dauerhaften Sterbewunsch mithin hoch an. Bereits geringfügige Zweifel an der Festigkeit des Sterbewunsches schließen die Dauerhaftigkeit aus. Sachverständig dürfte nur ein Psychiater die Freiverantwortlichkeit einschätzen können und auch dann verbleiben noch gewisse Zweifel an der Endgültigkeit der Entscheidung, die nur durch längeren Zeitablauf, in dem der Sterbewunsch unverändert und ohne Schwankungen bestehen bleiben muss, reduziert werden können. Das Kriterium der Tatherrschaft hingegen hatte das Landgericht nur in mittelbarer Form bejaht. Zwar habe der Hausarzt die Infusion mit dem tödlichen Medikament gelegt. Doch habe die Patientin selbst den Hahn geöffnet, durch den das Medikament floss und damit die Herrschaft über den todbringenden Moment gehabt. Eine unmittelbare Tötung seitens des Hausarztes schied damit aus. Es blieb aber Raum für eine Tötung in mittelbarer Täterschaft, da der Arzt die Tat durch die Patientin selbst ausführen ließ und selbst eine überlegende Stellung einnahm, unter anderem versicherte er der Frau, er werde im Zweifel mit allen – auch unerlaubten – Mitteln nachhelfen, um sicherzustellen, dass sie dieses Mal auch tatsächlich sterbe. Obgleich der Arzt nicht vorgehabt habe, seine Ankündigung wahrzumachen, habe er der Studentin eine falsche Sicherheit vorgespiegelt, die für ihre Entscheidung zum Suizid wesentlich gewesen sei. Da die Entscheidung der depressiven Frau zudem nicht freiverantwortlich gewesen sei, wäre sie ein geeignetes „Werkzeug“ gewesen, das der Hintermann, ihr Hausarzt, durch sein Verhalten gesteuert habe.<sup>39</sup> Dies reiche für den vom Täter beherrschten Einsatz des Werkzeugs gegen sich selbst und damit für eine mittelbare Täterschaft (§§ 212, 25 Abs. 1 Var. 2 StGB) aus.

<sup>39</sup> Mangels ernstlichen Verlangens schied daher auch die Privilegierung der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) aus.

#### h) *Paderborner Verfahren*

Der BGH hatte 2023 über einen Fall zu entscheiden, in dem der Angeklagte versucht hatte, einen anderen von ihm abhängigen, depressiven Mann in den Selbstmord zu treiben. Der mittellose Angeklagte hatte einen ihm hörigen älteren Mann über längere Zeiträume beleidigt, gedemütigt und körperlich verletzt, um ihn so zu zwingen, Dokumente zu seinen Gunsten auszufüllen, und ihn zu nötigen, sich schließlich umzubringen. Der depressive Geschädigte legte daraufhin Hand an sich, konnte jedoch ärztlich gerettet werden.<sup>40</sup> Das LG Paderborn verurteilte den Angeklagten wegen versuchten Totschlags, Betrugs, Nötigung in Tateinheit mit (vorsätzlicher) Körperverletzung, wegen versuchten Mordes in Tateinheit mit erpresserischem Menschenraub, wegen Erpressung, (vorsätzlicher) Körperverletzung in zwei Fällen, davon in einem Fall in Tateinheit mit Nötigung, sowie wegen (unerlaubten) Besitzes von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zehn Jahren und traf eine Einziehungsentscheidung. Die Revision des Angeklagten hatte keinen Erfolg. Der BGH bestätigte insbesondere den Schuldspruch wegen versuchten Totschlags in mittelbarer Täterschaft (§ 212 Abs. 1, § 22, § 25 Abs. 1 Var. 2 StGB), mit der Begründung, dass dem Täter erkennbar war, dass der Suizidwunsch wegen der psychischen Ausnahmesituation des nicht mehr einsichts- und urteilsfähigen Geschädigten mangelbehaftet war und er diesen Umstand ausnutzte, um den Geschädigten kraft überlegenen Wissens oder Willens zum Suizid zu veranlassen. Der BGH führt aus:

„An einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung kann es daher auch infolge der Ausübung von Zwang, Drohung oder Täuschung und aufgrund sonstiger Formen unzulässiger Einflussnahme fehlen, sofern diese geeignet sind, eine reflektierende, abwägende Entscheidung orientiert am eigenen Selbstbild zu verhindern oder wesentlich zu beeinträchtigen.“<sup>41</sup>

#### i) *Bewertung des Paderborner Verfahrens*

Der Fall unterscheidet sich insoweit von den anderen hier ausgeführten Fällen, als der Suizident nicht von selbst einen Sterbewunsch gehabt hatte, der sich als Bilanz eines von ihm nicht mehr gewollten Lebens darstellte. Vielmehr war das Tatopfer vom Täter durch psychischen und körperlichen Zwang so lange unter Druck gesetzt worden, dass es keinen Ausweg mehr sah, sich dem ihm vom Täter aufgedrängten Verlangen aus dem Leben zu scheiden, zu unterwerfen. Der Täter ist auch nicht – wie in den meisten der anderen hier vorgestellten Fälle – ein Arzt, der den Sterbewunsch seines Patienten unterstützt und bei dessen Vollzug hilft, sondern er ist aus eigensüchtigen Motiven an dem Tod des Opfers interessiert.

<sup>40</sup> BGH NStZ 2024, 605 (608) m.Anm. *Engländer*; BGH JuS 2024, 891 m.Anm. *Eisele*; BGH JA 2024, 869 m.Anm. *Jäger*; BGH NJW-Spezial 2024, 377 m.Anm. *Beukelmann*.

<sup>41</sup> BGH NStZ 2024, 605 (608) mit Verweis auf BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a. = BVerfGE 153, 182 (Zielseite Rn. 243 u. 247); siehe auch BGH, Urt. v. 7.10.2010 – 3 StR 168/10, Rn. 14.



Zu Recht hat der BGH daher die Verurteilung des Täters wegen eines vorsätzlichen (versuchten) Tötungsdeliktes bejaht. Eine Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB kam schon mangels ausdrücklichen und ernstlichen Sterbeverlangens des Opfers nicht in Betracht. Dennoch fügt sich der Fall ein in die Reihe der Suizidförderungsfälle. Denn das Tatopfer, das selbst Hand an sich legte, handelte nicht freiverantwortlich. Seine Einsichts- und Urteilsfähigkeit war durch den psychischen Druck, den der Täter auf es ausübte, aber auch durch eine schon vorhandene Depression ausgeschlossen. Nach dem BGH kann auch die Ausübung von massivem Druck und Zwang die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches beim Opfer ausschließen. Erkennt der Täter diesen Umstand, so hat er die für die mittelbare Täterschaft erforderliche Wissensherrschaft; hat er selbst das Opfer in diese Situation genötigt, besitzt er zudem Willensherrschaft, welche die Tatherrschaft zu einem mittelbaren Tötungsdelikt begründen. Der BGH macht in seiner Entscheidung deutlich, dass allein das Fehlen der Freiverantwortlichkeit beim Opfer noch nicht die Strafbarkeit des Täters wegen eines Tötungsdeliktes begründet.<sup>42</sup> Es müsse noch die Willens- und Wissensherrschaft des Täters über das von ihm gesteuerte Werkzeug hinzukommen. Nun lässt sich dagegen einwenden, dass der Täter immer – dem unfreien Opfer überlegeneres – Wissen über die Nichtnotwendigkeit des Todes habe, welches dem Tatopfer in seiner mangelnden Freiverantwortlichkeit verschlossen bleibe, sei es, weil es im Irrtum über die Ausweglosigkeit seiner Situation ist, sei es, weil es den Ausweg aus der psychischen Notlage nicht sieht. Eine Täuschung von Seiten des Täters ist nicht zwingend erforderlich, um Wissensherrschaft zu erlangen.<sup>43</sup> So gesehen wäre jede Unterstützung einer nicht freiverantwortlichen Selbsttötung ein Tötungsdelikt in mittelbarer Täterschaft. Da nach h.M. jedoch auch die Herrschaft über den todbringenden Moment erforderlich ist<sup>44</sup>, braucht es noch eine Tatherrschaft über den Vollzugsakt selbst. Diese Tatherrschaft, die man als „Handlungsherrschaft“ im Hinblick auf das Ausführen der Tat selbst bezeichnen könnte, ist von der Wissens- und Willensherrschaft zu unterscheiden. Hat der Täter diese Handlungsherrschaft, so ist er unweigerlich strafbar. Die Tat stellt sich dann auch äußerlich als Fremdtötung dar. Doch auch das Tatopfer kann diese Handlungsherrschaft besitzen. Tötet es sich irrtümlich, getäuscht oder genötigt selbst, so reicht es aus, wenn der Täter das Geschehen im oben ausgeführten Sinne<sup>45</sup> gesteuert hat. Das heißt, der Vorwurf eines Tötungsdeliktes ist nur dann nicht zu erheben, wenn der Suizident

selbst sowohl freiverantwortlich als auch eigenverantwortet die Tötung vollzieht.

#### j) Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Suizidhilfe

Leitgedanken für die Grenzziehung zwischen zulässiger und verbotener Suizidhilfe sind auch der Entscheidung des BVerfG zum Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe zu entnehmen.<sup>46</sup> Dieses Verbot war in § 217 StGB verankert. Das BVerfG hat es 2020 gekippt und die erst 2015 erlassene Vorschrift für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Im Rahmen der verfassungsrechtlichen Prüfung des § 217 StGB hat das BVerfG aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben abgeleitet<sup>47</sup> und es folgendermaßen begründet:

„Die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, ist von existentieller Bedeutung für die Persönlichkeit eines Menschen. [...] Der Entschluss betrifft Grundfragen menschlichen Daseins und berührt wie keine andere Entscheidung Identität und Individualität des Menschen. [...] Das Recht, sich selbst das Leben zu nehmen, stellt sicher, dass der Einzelne über sich entsprechend dem eigenen Selbstbild autonom bestimmen und damit seine Persönlichkeit wahren kann. [...] Die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende gehört zum ‚ureigensten Bereich der Persönlichkeit‘ des Menschen, in dem er frei ist, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu entscheiden.“<sup>48</sup>

„Das von Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Recht, sich selbst zu töten, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. [...] Das Grundgesetz gewährleistet die Entfaltung der Persönlichkeit im Austausch mit Dritten, die ihrerseits in Freiheit handeln. Zur grundrechtlich geschützten Freiheit gehört daher auch die Möglichkeit, auf Dritte zuzugehen, bei ihnen Unterstützung zu suchen und von ihnen im Rahmen ihrer Freiheit angebotene Hilfe anzunehmen. Das gilt insbesondere auch für denjenigen, der erwägt, sein Leben eigenhändig zu beenden. Gerade er sieht sich vielfach erst durch die fachkundige Hilfe kompetenter und bereitwilliger Dritter, insbesondere Ärzte, in der Lage, hierüber zu entscheiden und gegebenenfalls seinen Suizid-

<sup>42</sup> BGH NStZ 2024, 605 (608) m.Anm. *Engländer*.

<sup>43</sup> Bspw. wenn der Tatmittler nicht schuldhaft handelt, weil er sich in einem unvermeidbaren Verbotsirrtum befindet und der Täter dies ausnutzt, siehe *Heine/Weißer* (Fn. 11), § 25 Rn. 7.

<sup>44</sup> BGHSt 19, 138 f.; BGH NJW 1987, 1092 m.Anm. *Herzberg*, JuS 1988, 771; *ders.*, NStZ 1989, 559; *Eser-Sternberg/Lieben* (Fn. 6), § 216 Rn. 11 ff.; *H. Schneider* (Fn. 4), § 216 Rn. 31 ff.; *Saliger* (Fn. 6), § 216 Rn. 5 ff.; *Günther*, JA 2024, 814.

<sup>45</sup> *Eser-Sternberg/Lieben* (Fn. 6), § 216 Rn. 11 m.w.N. auf weiter ausdifferenzierte Ansichten; siehe auch oben 1.

<sup>46</sup> BVerfGE 153, 182 = NJW 2020, 906 (910); BVerfG NStZ 2020, 528 m.Anm. *Brunhöber*; BVerfG MedR 2020, 563 m.Anm. *Duttge*; BVerfG JuS 2020, 580 m.Anm. *Sachs*; BVerfG JA 2020, 473 m.Anm. *Muckel*; BVerfG NZWiSt 2020, 386 m.Anm. *Neumann*; BVerfG JZ 2020, 627 m.Anm. *Hartmann*; siehe auch BVerfGE 128, 282 (301) = NJW 2011, 2113; vgl. die Kritik des ehemaligen Vorsitzenden des Deutschen Ethikrates *Darbock* am BVerfG-Urteil, abrufbar unter <https://www.evangelisch.de/inhalte/166416/26-02-2020/ethikratsvorsitzender-halte-urteil-zur-sterbehilfe-fuer-falsch>.

<sup>47</sup> Siehe zum Grundrecht auf Suizid *Boehme-Neßler*, NVwZ 2020, 1012.

<sup>48</sup> BVerfG NStZ 2020, 528 (529).



entschluss in einer für ihn zumutbaren Weise umzusetzen.“<sup>49</sup>

Das BVerfG betont, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben grundsätzlich und absolut besteht, nicht nur dann, wenn ein Mensch schwer oder unheilbar krank ist.<sup>50</sup>

Das BVerfG entschied, das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe (§ 217 StGB) würde die Umsetzung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben faktisch vollständig versperren. Zwar habe § 217 StGB ein legitimer Zweck zugrunde gelegen: So sollte die Vorschrift verhindern, durch Suizidbeihilfe als Angebot und Normalfall einer gesundheitlichen Versorgung Suizidwillige in ihrem Sterbewunsch zu bestärken und dessen Umsetzung zu erleichtern.<sup>51</sup> Der § 217 StGB war eine Reaktion auf die zunehmende Zahl von sog. Sterbehilfevereinen und einzelnen Sterbehelfern, die aus der Sterbeunterstützung ein Geschäft machten. Dieser Praxis sollte die Vorschrift einen Riegel vorschieben.<sup>52</sup> Doch zusammen mit dem berufsrechtlichen Verbot für Ärzte, Sterbehilfe weder individuell noch geschäftsmäßig zu leisten, hätte der Sterbewillige bei Aufrechterhaltung des § 217 StGB dann faktisch keine Angebote der Suizidhilfe mehr gehabt, sondern wäre allein auf die individuelle Bereitschaft eines Arztes angewiesen gewesen, an einer Selbsttötung zumindest durch die Verschreibung der tödlichen Medikamente mitzuwirken. Da die Berufsordnungen der meisten Landesärztekammern ärztliche Suizidassistenten jedoch für unzulässig erklären, würde diese Möglichkeit weitgehend ins Leere laufen.

„Die Kumulation aus strafbewährtem Verbot geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung und berufsrechtlich verbotener Suizidhilfe durch Ärzte ist es demnach, die zur Unverhältnismäßigkeit und damit zur Nichtigkeit des § 217 StGB geführt hat.“<sup>53</sup>

Die Grundgedanken, die das BVerfG zu dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben ausführt, lassen sich auch auf § 216 StGB übertragen, denn im Verbot der Tötung auf Verlangen in § 216 StGB liegt auch ein mittelbarer Eingriff in das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben.<sup>54</sup> Dem Sterbewilligen wird dadurch jedenfalls faktisch die Möglichkeit versperrt, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, wenn ein Dritter die

zum Tode führende Handlung mit Tatherrschaft vornimmt. Die Nichtigkeit des § 217 StGB führt indes keinesfalls zur Nichtigkeit auch des § 216 StGB. Das wäre nur dann der Fall, wenn durch das Verbot der Tötung auf Verlangen dem Suizidwilligen der Weg zu einem selbstbestimmten Tod mithilfe dazu bereiter Dritter faktisch vollständig versperrt ist. Das ist jedoch nicht der Fall. Denn mit der Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB steht dem Einzelnen nunmehr der Weg zu geschäftsmäßig organisierter Beihilfe zum Suizid (wieder) offen.<sup>55</sup> Nur im Fall der Personen, die einen Suizid aufgrund von Handlungsunfähigkeit nicht mehr selbst durchführen können, erweist sich das Verbot der Tötung auf Verlangen als unverhältnismäßig hart, sodass es verfassungsrechtlichen Zweifeln ausgesetzt ist. Dieser Personengruppe möchte *Verf.* sich im Folgenden zuwenden und die Frage untersuchen, ob die neue Rechtsprechung neben Freiverantwortlichkeit auch Handlungsfähigkeit voraussetzt.

### III. Tötung von handlungsunfähigen Sterbewilligen

Wie sind mithin Fälle zu behandeln, in denen der Suizident vollständig handlungsunfähig ist? Hier stellt sich das Problem, dass der Sterbewillige – anders als im Insulinspritzen-Fall – nicht mehr selbst Tabletten einnehmen, und damit keinerlei eigene körperliche Tatherrschaft mehr ausüben kann. Er ist vollständig auf die Hilfe eines anderen angewiesen, der, wenn er ihn tötet, zumindest rein äußerlich unweigerlich die Tatherrschaft besäße und damit Täter eines § 216 StGB sein müsste. Bis zum Hals Gelähmten, die sterben wollen, darf mithin nach geltender Rechtslage niemand Sterbehilfe leisten, wenn weder eine lebensbedrohliche Krankheit noch vernichtende Schmerzen vorliegen und damit die beiden straflosen Sterbehilfeformen (Behandlungsabbruch und indirekte Sterbehilfe) ausscheiden. Das geltende Recht unterscheidet bei dem Verbot der Tötung auf Verlangen nicht nach der körperlichen Verfassung des Opfers. Daher trennt es nicht zwischen Fällen, in denen das Opfer sich noch selbst töten könnte (es aber offensichtlich nicht selbst tun will), und Fällen, in denen das Opfer körperlich nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu töten (es aber tun würde, wenn es nur könnte). Dahinter steht das grundsätzliche Verbot von Fremdtötungen, das § 216 StGB aufrechterhalten soll und das keine Trennung in Bezug auf das Opfer macht. Dieses Ergebnis ist unbillig, wenn man sich den Schutz des § 216 StGB vor Augen hält, der neben dem Normenschutz auch den Individualschutz gewährleistet.<sup>56</sup> Denn § 216 StGB hat auch den Zweck, das Opfer vor unüberlegten, übereilten Entscheidungen, die nicht mehr rückgängig zu machen sind, zu bewahren.<sup>57</sup> Dieser Individualschutz greift bei den Suizidenten, die sich nicht mit eigener Hand töten wollen, deutlich stärker ein als bei denen, die sich nicht töten können. Denn die Hemmschwelle zur Selbsttötung ist

<sup>49</sup> BVerfG NStZ 2020, 528 (529).

<sup>50</sup> BVerfG NStZ-RR 2020, 104 = NJW 2020, 905 (907); *Boehme-Neßler*, NVwZ 2020, 1012 (1013).

<sup>51</sup> BT-Drs. 18/5373, S. 2; *Magnus*, medstra 2016, 210 (211).

<sup>52</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5373, S. 2; siehe auch Deutscher Ethikrat Ad-hoc-Empfehlung, Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft v. 18.12.2014, S. 3, abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf> (10.3.2025).

<sup>53</sup> *Lindner*, NStZ 2020, 505 (506).

<sup>54</sup> Vgl. zur Frage der verfassungskonformen Auslegung von § 216 StGB auch im Hinblick auf die Insulinspritzen-Entscheidung *Ibold*, GA 2024, 16 ff. Siehe auch krit. *Grüne-wald*, NJW 2022, 3025.

<sup>55</sup> Siehe dazu auch *Lindner*, NStZ 2020, 505 (507).

<sup>56</sup> *Eser/Sternberg-Lieben* (Fn. 6), § 216 Rn. 1 ff. m.w.N.

<sup>57</sup> *H. Schneider* (Fn. 4), § 216 Rn. 5 ff.; *Roxin* (Fn. 13), S. 177 (184); siehe aber auch *Engländer*, in: Hefendehl/Hörnle/Greco (Hrsg.), Streitbare Strafrechtswissenschaft, Festschrift für Bernd Schünemann zum 70. Geburtstag, 2014, S. 583 (588).

so hoch, dass diesen letzten Schritt nur die Wenigsten gehen. Leichter ist es, die Verantwortung auf jemand anderen zu übertragen und sich von dessen Hand töten zu lassen. Indem diese Fremdtötung unter Strafe gestellt wird, zwingt das Gesetz das sterbewillige Opfer, noch einmal seine Entscheidung zu überdenken und mit einzukalkulieren, dass ein Dritter (vielleicht Angehöriger) nur gegen Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren diese Tat vollziehen kann. Bei den Suizidenten, die sich nicht töten können, gibt es eine solche hohe Hemmschwelle zur Selbsttötung nicht, da eine solche Tötung schlichter Weise nicht realisierbar ist. Für diese einzige Möglichkeit zu sterben bedürfen sie fremder Hilfe. Leistet jemand diese Hilfe, so fungiert er quasi nur als ein verlängerter Arm für den Handlungsunfähigen. Jemand, der sich nicht töten kann, aber sterben will und sich töten würde, wenn er es könnte, ist streng genommen ein Suizidwilliger oder gehinderter Suizident. Hilft ihm jemand, den Suizid zu vollziehen, handelt es sich der Wertung nach eher um Beihilfe zum Suizid als um aktive Sterbehilfe. Diese Fälle sind den Fällen der straflosen Teilnahme beim Suizid wertungsmäßig gleichzustellen und sollten nicht von dem strengen Verbot des § 216 StGB, das den Sterbewilligen auch vor fremdbestimmtem Druck und Missbrauch schützen will<sup>58</sup>, erfasst werden. Hilft dem Handlungsunfähigen jemand, den Suizid zu vollziehen, handelt es sich der Wertung nach eher um Beihilfe zum Suizid als um aktive Sterbehilfe, die in diesem Fall – so die Forderung der *Verf.* – erlaubt werden sollte. Diese Auffassung weicht damit von der bisher geltenden Rechtslage ab. In Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das Recht jedes Einzelnen auf einen menschenwürdigen Tod scheint der *Verf.* diese Lösung vorzugswürdig. Ansonsten würden solche Patienten mit hohem Leidensdruck gegen ihren Willen zum Leben gezwungen und Dritte wegen eines Tötungsdelikts bestraft, die helfen, diesen Zwang zu beenden. Die autonome und ernsthafte Entscheidung eines bis zum Hals gelähmten Patienten, unter solchen Umständen nicht leben zu wollen, ist zu respektieren. Auch ein Arzt würde in so einer Situation von seiner Garantienpflicht befreit. Er hat nur dann eine Pflicht, (weiter) zu behandeln, wenn er damit aus ärztlicher Sicht das vernünftige Wohl des Patienten fördert, das so lange gegeben ist, wie der Patient noch leben möchte und eine Behandlung noch lebensverlängernd oder leidmindernd wirken kann. Entspricht die Weiterbehandlung nicht mehr dem freien Willen des Patienten, wird sie zur Zwangsbehandlung und wäre als Körperverletzung gem. § 223 StGB strafbar.

Auch der BGH lässt in seiner jüngsten Entscheidung zur Sterbehilfe in seinem obiter dictum zum Insulinspritzen-Fall eine Tendenz erkennen, die Fälle der Tötung von schwerstkranken sterbewilligen Patienten aus dem Verbot der Tötung auf Verlangen auszuklammern. So führt er aus:

<sup>58</sup> Vgl. dazu *Lindner*, JZ 2006, 378; *ders.*, NSTz 2020, 505 (506).

„Der BGH neigt zu der Auffassung, dass die vom BVerfG in Bezug auf § 217 I StGB entwickelten Grundsätze<sup>59</sup> auf § 216 I StGB übertragbar sind, weil diese Vorschrift in vergleichbarer Weise in das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben eingreift.<sup>60</sup> Er hält es für naheliegend, dass § 216 I StGB einer verfassungskonformen Auslegung bedarf, wonach jedenfalls diejenigen Fälle vom Anwendungsbereich der Norm ausgenommen werden, in denen es einer sterbewilligen Person faktisch unmöglich ist, ihre frei von Willensmängeln getroffene Entscheidung selbst umzusetzen, aus dem Leben zu scheiden, sie vielmehr darauf angewiesen ist, dass eine andere Person die unmittelbar zum Tod führende Handlung ausführt.“<sup>61</sup>

Der BGH kommt mithin über den Weg verfassungskonformer Reduktion des § 216 StGB zum selben Ergebnis, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben beeinträchtigt wäre, würde man Suizidwillige, welche nicht in der Lage sind, sich selbst zu töten, den Weg verwehren, Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Er stützt sich auf die Verfassung. Die Verfassung sieht ein im Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) verankertes Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben vor.<sup>62</sup> Dieses Grundrecht gewährleistet, „selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen.“<sup>63</sup> Ist die Wahrnehmung des Grundrechts von der Einbeziehung dritter Personen abhängig, schützt es auch davor, dass es durch ein Verbot gegenüber Dritten beschränkt wird, im Rahmen ihrer Freiheit Unterstützung anzubieten.“<sup>64</sup>

<sup>59</sup> Vgl. zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben ferner EGMR NJW 2002, 2851; BVerfGE 158, 142 = NJW 2017, 2215; BGHSt 64, 135 (142) = NJW 2019, 3089.

<sup>60</sup> BGH NJW 2022, 3021 (3023) mit Verweis auf – in diesem Sinne – *Kienzerle*, Paternalismus im Strafrecht der Sterbehilfe, 2021, S. 433; *Godinho*, GA 2015, 329 (331); *Huber/Ruf*, medstra 2021, 135 (141); *Kunze*, medstra 2022, 88 (91); *Lindner*, NSTz 2020, 505 (507); *Öz*, JR 2021, 428 (429); *Rostalski*, JR 2021, 477 (480); a.A. *Mitsch*, in: Leipold/Tsambikakis/Zöllner (Hrsg.), AnwaltKommentar StGB, 3. Aufl. 2020, § 216 Rn. 1; *Rissing-van-Saan*, in: Cirener/Radtke/Rissing-van Saan/Rönnau/Schluckebier (Hrsg.), Leipziger Kommentar, StGB, Bd. 11, 13. Aufl. 2023, § 216 Rn. 4; *Safferling*, in: Matt/Renzikowski (Hrsg.), Strafgesetzbuch, Kommentar, 2. Aufl. 2020, § 216 Rn. 2; *H. Schneider* (Fn. 4), § 216 Rn. 60; *Grünewald*, JR 2021, 99 (105); *Höfling*, GesR 2021, 351 (354); *Scholz*, medstra 2021, 157 (161).

<sup>61</sup> Vgl. dazu *Eser/Sternberg-Lieben* (Fn. 6), § 216 Rn. 15a; *Godinho*, GA 2015, 329 (338); *Kunze*, medstra 2022, 88 (92); *Leitmeier*, NSTz 2020, 508 (512); *Lindner*, NSTz 2020, 505 (507); a.A. *Safferling* (Fn. 61) § 212 Rn. 39.

<sup>62</sup> BVerfG NSTZ-RR 2020, 104; dazu *Linder*, NSTz 2020, 505 (506).

<sup>63</sup> BGH NJW 2022, 3021 (3023); BVerfGE 153, 182 = NSTz 2020, 528 (529).

<sup>64</sup> Vgl. BVerfGE 153, 182 = NSTz 2020, 528 (529).

Das Recht auf einen menschenwürdigen Tod würde in Fällen des Suizidwunsches Handlungsfähiger durch § 216 Abs. 1 StGB entleert.<sup>65</sup> Eine Strafflosigkeit in solchen Fällen anzunehmen ist richtig und eröffnet Handlungsunfähigen einen humanen Weg, aus dem Leben zu scheiden.

#### IV. Suizidhilfe gegenüber psychisch kranken Patienten

Empirische Studien haben gezeigt, dass bei rund 90 % der tödlichen Suizidhandlungen psychische Störungen vorliegen, insbesondere Depressionen. Diese seien häufig – selbst für Ärzte – schwer zu erkennen.<sup>66</sup> Fraglich ist, ob alle psychischen Störungen dazu führen, dass der Suizidwunsch nicht als freiverantwortlich anzusehen ist, sodass diesen Patienten der Weg, mit Hilfe Dritter aus dem Leben zu scheiden, verwehrt ist. Sind psychische Patienten also generell von Sterbe- bzw. Suizidhilfe ausgeschlossen?

Die Einwilligungsunfähigkeit, d.h. die Unfähigkeit einer Person, die Tragweite ihres Verhaltens einzusehen und ihren Willen danach zu steuern, die dazu führt, dass der Betroffene nicht mehr freiverantwortlich entscheiden kann, kann im Einzelfall schwierig zu erkennen sein.<sup>67</sup> Die Rechtsprechung stellt für die Freiverantwortlichkeit des Selbsttötungsentschlusses konkrete Kriterien auf. So ist ein Selbsttötungsentschluss nach dem BGH freiverantwortlich, „wenn das Opfer die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit für seine Entscheidung besitzt und Mangelfreiheit des Suizidwillens sowie innere Festigkeit des Entschlusses gegeben sind.“<sup>68</sup> Zum Ausschluss der Freiverantwortlichkeit müssen konkrete Umstände festgestellt werden.<sup>69</sup> Als solche kommen insbesondere Minderjährigkeit des Opfers oder krankheits- sowie intoxicationsbedingte Defizite infrage.<sup>70</sup> Der Selbsttötungsentschluss kann auch dann mangelbehaftet sein, wenn er auf Zwang, Drohung oder Täuschung durch den Täter beruht.<sup>71</sup> Dasselbe gilt, wenn

er einer bloßen depressiven Augenblicksstimmung entspringt, mithin nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen ist.“<sup>72</sup>

Ein Großteil der Lehre grenzt indes die Eigen- und Fremdverantwortung bei selbstschädigenden Handlungen des Opfers unter Beteiligung eines Dritten nach den Regelungen über den strafrechtlichen Verantwortungsausschluss (§§ 19, 20 und 35 StGB; § 3 JGG) ab.<sup>73</sup> Unfrei handelt danach der Suizident, dessen Verantwortung nach diesen Regeln ausgeschlossen wäre (sog. Exkulpationslösung).<sup>74</sup> Nach der „Einwilligungslösung“ hingegen liegt trotz selbstschädigenden Verhaltens des Tatopfers eine Fremdschädigung vor, wenn es in einen entsprechenden Rechtsgutseingriff durch einen Dritten nicht wirksam hätte einwilligen können.<sup>75</sup>

Angesichts der vielfältigen Kriterien, welche die Rechtsprechung für die Freiverantwortlichkeit aufstellt, stellt sich die Frage: Wer soll diese konkreten Voraussetzungen im Einzelfall feststellen? Angehörige, neutrale Dritte, psychiatrisch geschulte Ärzte? Auch wenn nicht jede Depression zur Einschränkung bzw. zum Ausschluss der Freiverantwortlichkeit führen muss, sondern nach ärztlicher Einschätzung in nur ca. 20–25 % der Fälle<sup>76</sup>, ist gerade die schwierige Feststellung, ob der depressive Patient noch oder nicht mehr freiverantwortlich handelt, fehleranfällig. Auch haben Studien gezeigt, dass „Suizidentschlüsse, wenn die Selbsttötung misslingt, im Nachhinein von den Betroffenen in etwa 80–90 % der Fälle als Fehlentscheidung gewertet und revidiert werden; Suizidentschlüsse sind danach – selbst wenn sie sich nach außen als plausible bilanzierende Entscheidung darstellen – ganz überwiegend von begrenzter Dauer und nicht anhaltend.“<sup>77</sup> Das führt zur Frage: Wie lässt sich die Festigkeit und

<sup>65</sup> Im Ergebnis ebenso *Hoven/Kudlich*, NStZ 2022, 667; vgl. auch *Schäfer*, Zur strafrechtlichen Bewertung der Sterbehilfe de lege lata und de lege ferenda, 2022, S. 200 f.

<sup>66</sup> *Cording/Saß*, NJW 2020, 2695 (2696) mit Verweis u.a. auf *Moscicki*, Clinical Neuroscience Research 2001, 310; *Arsenault-Lapierre/Kim/Turecki*, BMC Psychiatry 2004, 37; vgl. *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 2013, S. 19 Fn. 78 m.w.N.; *Bochnik*, MedR 1987, 216 (219); *Feuerlein*, Lebensversicherungsmedizin (Lebensvers-Med) 3/1984, 56; *Wolfersdorf*, Nervenheilkunde 2015, 451.

<sup>67</sup> *Magnus*, medstra 2016, 210 (211).

<sup>68</sup> BGH NJW 2019, 3089 (3090); BGH NStZ 1985, 25 (26); BGH NStZ 2011, 340 und BGH NStZ 2012, 319 (320); BGH NJW 1988, 1532.

<sup>69</sup> BGH NJW 2019, 3089 (3090) mit Verweis auf BGH MedR 2014, 812 = StV 2014, 601 (603).

<sup>70</sup> BGH NJW 2019, 3089 (3090) mit Verweis auf BGH NJW 1981, 932; BGH NStZ 1983, 72; BGH NJW 2000, 2286 = NStZ 2001, 205 (206); BGHSt 53, 288 (290) = NJW 2009, 2611; BGH NStZ 2011, 340; BGH NStZ 2011, 341 (342).

<sup>71</sup> BGH NJW 2019, 3089 (3090) mit Verweis auf BGHSt 32, 38 (43) = NJW 1983, 2579; BGH JZ 1987, 474 = BeckRS 1985, 31103771; siehe auch *Heger* (Fn. 10), Vor § 211

Rn. 13 b; *Schneider* (Fn. 4), § 216 Rn. 22 sowie BGH NStZ 2024, 605 (608).

<sup>72</sup> BGH NJW 2019, 3089 (3090) mit Verweis auf BGH NStZ 2011, 340 (341); BGH NStZ 2012, 85 (86); *Schneider* (Fn. 4), § 216 Rn. 19.

<sup>73</sup> Zu Unterschieden und Übereinstimmungen der Rspr. mit der Lehre siehe *Engländer*, NStZ 2024, 605 (608).

<sup>74</sup> Vgl. nur *Roxin*, GA 2013, 313 (319); *ders.*, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. 2, 2003, § 25 Rn. 54 ff.; *H. Schneider* (Fn. 4), Vor § 211 Rn. 54, 62; *Hilgendorf*, in: *Arzt/Weber/Heinrich/Hilgendorf*, Strafrecht, Besonderer Teil, 4. Aufl. 2021, § 3 Rn. 28.

<sup>75</sup> Siehe nur *Herzberg*, NJW 1986, 1635 ff.; *Neumann* (Fn. 35), Vor § 211 Rn. 64 f.; *Rosenau*, in: *Cirener/Radtke/Rissing-van Saan/Rönnau/Schluckebier* (Fn. 61), Vor §§ 211 ff. Rn. 103.

<sup>76</sup> BVerfG NJW 2020, 905 (911) mit Verweis auf *Vollmann*, Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit, 2008, S. 176, 180 m.w.N.; vgl. auch BGH NJW 1996, 918 (919); *Cording/Saß*, Der Nervenarzt 9 (2009), 1070 (1072 ff.).

<sup>77</sup> *Cording/Saß*, NJW 2020, 2695 (2696) mit Verweis u.a. auf *Moscicki*, Clinical Neuroscience Research 2001, 310; *Arsenault-Lapierre/Kim/Turecki*, BMC Psychiatry 2004, 37; vgl. *Gavela* (Fn. 67), S. 19 Fn. 78 m.w.N.; *Bochnik*, MedR 1987, 216 (219); *Feuerlein*, Lebensversicherungsmedizin (Lebens-

Dauerhaftigkeit des Todeswunsches feststellen, wenn sie ganz überwiegend von begrenzter Dauer ist? Hier bietet es sich an, zu differenzieren, ob der Zustand der Einwilligungsunfähigkeit, zu der eine psychische Erkrankung führen kann, vorübergehend oder dauerhaft ist.

### 1. Vorübergehend einwilligungsunfähige Patienten

Vorübergehend einwilligungsunfähige Patienten sind z.B. Bewusstlose, ins künstliche Koma Versetzte, Volltrunkene, akute Psychotiker, hochgradig Affektive und in manchen Fällen schwerst Depressive.<sup>78</sup> Diese Unfähigkeit kann vorübergehend oder dauerhaft sein. Ein solcher Patient kann ebenso wie ein Notfallpatient seine Autonomie während der akuten Phase der Einwilligungsunfähigkeit nicht ausüben.<sup>79</sup> Bei Bewusstlosen fehlt zudem die Äußerungsfähigkeit. Entscheidungen über Sterbehilfe dürfen in keinem Fall während dieser Phase beachtet und umgesetzt werden. Vielmehr muss abgewartet werden, bis die akute Phase vorüber und der Patient wieder fähig und in der Lage ist, eine autonome Entscheidung zu fällen. Doch haben vorübergehend Einwilligungsunfähige einen Anspruch auf Maßnahmen, die helfen, den einwilligungsunfähigen Zustand zu überwinden. Das kann durch medizinische Behandlung geschehen oder durch bloßen Zeitablauf wie gegenüber vorübergehend Bewusstlosen, Volltrunkenen und Personen, die in einem momentanen, ganz außergewöhnlichen Affektzustand sind. Können sie Entscheidungen von geringer Tragweite treffen, wie z.B. schwerst Depressive oder Psychotiker, so sollten diese beachtet werden, wenn sie ihrem Wohl nicht schaden. Anders als bei Notfallpatienten ist bei dieser Patientengruppe ein ärztlicher Eingriff, der Lebensfortsetzung oder Lebensende bedeutet, weder dringend noch unaufschiebbar. Das Ziel liegt daher hier in der Überwindung der vorübergehenden Einwilligungsunfähigkeit. Dadurch sollen die Patienten wieder in einen Zustand versetzt werden, der ihnen eigene, autonome Entscheidungen ermöglicht. Der Rückgriff auf eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten ist hier entbehrlich, wenn zu erwarten ist, dass der Patient in den entscheidungsfähigen Zustand in absehbarer Zeit zurückgelangen wird. Ein Abstellen auf den mutmaßlichen Willen und damit auf die Frage, wie der Patient wohl entscheiden würde, wenn er gefragt werden könnte, verbietet sich bei einer so schwerwiegenden Entscheidung wie Sterbehilfe, weil sie in jedem Fall aufschiebbar ist. Was für Ärzte gilt, muss in diesem Fall auch für Dritte, Nahestehende wie Fremde, gelten. Sterbe- und Suizidhilfe sind im Fall vorübergehender Einwilligungsunfähigkeit unzulässig.

versMed) 3/1984, 56; *Wolfersdorf*, *Nervenheilkunde* 2015, 451.

<sup>78</sup> Einwilligungsunfähigkeit bezeichnet im hier verwendeten Sinne die fehlende Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit. Das heißt, die Betroffenen sind nicht in der Lage, die Bedeutung und Tragweite ihrer Entscheidung und ihres Handelns zu erkennen und ihren Willen danach zu steuern.

<sup>79</sup> Vgl. zu den folgenden Ausführungen *Magnus* (Fn. 4), S. 315 ff.

### 2. Dauerhaft einwilligungsunfähige, aber noch äußerungsfähige Patienten

Anders als etwa dauerhaft einwilligungsunfähige Wachkoma-Patienten gibt es Patienten, die, obgleich dauerhaft einwilligungsunfähig, noch äußerungsfähig sind. Das sind z.B. Patienten mit schwerer Demenz oder geistig Behinderte. Je nach Stadium der Krankheit oder Ausmaß und Art der Behinderung können sie unter Umständen keinerlei Entscheidungen mehr treffen oder nur noch solche, die den Alltag betreffen. Diese Entscheidungen geringer Tragweite sind als autonom zu respektieren und umzusetzen, solange sie dem Wohl des Patienten nicht schaden. Für Entscheidungen hingegen, die auf eine medizinische Behandlung, auf die Regelung von Vermögensangelegenheiten oder andere Angelegenheiten von einiger Tragweite gerichtet sind, fehlt diesen Patienten die Autonomiefähigkeit. Erst recht fehlt ihnen die Fähigkeit, wirksam Sterbehilfe zu verlangen. Wenn der Patient somit nichtautonom eine unvernünftige schädliche Behandlung verlangt, entbindet das den Arzt nicht von seiner Schutz- und Beistandspflicht. Im Sinne eines weichen Paternalismus geht diese Schutz- und Beistandspflicht so weit, dass der Arzt ebenso wie der Betreuer den Autonomieunfähigen vor selbstschädigenden Handlungen bewahren muss. Tut er das nicht, d.h. unterlässt er die Hilfe oder fördert er den Selbstmord sogar, so macht sich der Arzt ebenso wie ein ggfs. bestellter Betreuer strafbar. Ist der einwilligungsunfähige Patient offensichtlich suizidgefährdet, so sind Schutzmaßnahmen bis hin zu Zwangsbehandlungen notwendig, um den Patienten vor sich selbst zu schützen. Hier liegt ein deutlicher Unterschied zu dem Recht, das Autonomiefähige haben, die – folgenlos für Dritte – sich selbst töten dürfen. Einwilligungsunfähige Patienten haben nur die Möglichkeit von fremder Hand zu sterben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für Sterbehilfe in Form des ärztlichen Behandlungsabbruchs (ehemals passive Sterbehilfe) oder der indirekten Sterbehilfe vorliegen. Dafür muss eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegen, die ohne weitere Behandlung zum Tod führen würde (ohne dass bereits Todesnähe erforderlich ist) bzw. Vernichtungsschmerzen vorliegen, die auf andere Weise als durch hohe lebensbedrohliche Medikation nicht bekämpft werden könnten. Es wäre daher verfehlt zu sagen, dass sich das Recht zu sterben für die dauerhaft Einwilligungsunfähigen zu einer Pflicht zum Leben umwandelt. Denn unbenommen der eigenen Lebensbeendigung haben sie die Möglichkeit, bei schwerwiegender körperlicher Erkrankung und starken Schmerzen, sich der Hilfe Dritter beim Sterben zu bedienen. Für ein zu beachtendes Sterbeverlangen muss jedoch im Hinblick auf die Hilfe Dritter immer – entsprechend der ständigen Rechtsprechung – in vollem Umfang Entscheidungsfähigkeit bestehen, an der es gerade bei psychisch dauerhaft Einwilligungsunfähigen wie etwa stark Demenzkranken fehlt. Hat der Betroffene im einwilligungsfähigen Zustand eine Patientenverfügung aufgesetzt mit der Vorgabe, die Behandlung in bestimmten Fällen einzustellen bzw. gar nicht mehr aufzunehmen, wenn er in einen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit fällt, so ist diese – in Rücksprache mit einem ggfs. bestelltem Betreuer – für den Arzt bindend und der Betroffene kann auf diesem Wege aus dem Leben scheiden. Dies soll nach hier vertretener Mei-

nung aber nur gelten, wenn der natürliche Wille des Betroffenen in der aktuellen Situation mit dem vorverfügtem Willen übereinstimmt. Ein entgegengesetzter natürlicher Lebenswille ist indes stets beachtlich und hemmt die Durchsetzung einer auf Sterben gerichteten Patientenverfügung.<sup>80</sup> Insoweit ist dann in dubio pro vita zu entscheiden.

## V. Zusammenfassende Überlegungen

### 1. Zum Kriterium der Tatherrschaft

Es lässt sich festhalten, dass die Straffreiheit des Suizids grundsätzlich erfordert, dass der Suizident, sofern es ihm noch möglich ist, selbst Tötungshandlungen vornehmen muss, damit ein Helfer, der sich an der Tötung beteiligt oder sie absichert, straflos bleibt. Allein reicht der subjektive Wunsch, und sei er auch mehrfach geäußert, noch nicht aus. Es ist mit reicht hin neben der Freiverantwortlichkeit ein eigenverantwortetes Verhalten des Suizidenten zu fordern, dass er den äußeren Ablauf des Suizidgeschehens beherrscht und ihm dies als sein Werk objektiv zurechenbar ist.<sup>81</sup> Nun erlischt jedoch mit verlöschendem Leben allmählich auch die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln. Fehlt es ganz, geht die Tatherrschaft auf den Garanten, etwa einen anwesenden Arzt oder Ehepartner, über. Ist der Suizident bewusstlos geworden, ist der Garant grundsätzlich zur Hilfe verpflichtet. Auf diesem Standpunkt steht der BGH seit der Wittig-Entscheidung von 1984. Nach der Insulinspritzen-Entscheidung von 2022 gilt jedoch davon nunmehr eine wichtige Ausnahme. Hat der Suizident den Garanten zuvor aus seiner Garantstellung entlassen, ihm also die Lebensrettung untersagt, und hält er daran auch noch nach dem letzten Beihilfeakt fest, fordert den Garanten also nicht zur Rettung auf, so entfällt die Hilfspflicht. Wie sich diese Suspendierung der Garantspflicht allerdings beweisen lässt, und ob sie ausdrücklich oder stillschweigend erfolgen muss, bleibt offen. Die Beweisschwierigkeiten sind umso höher, wenn eine solche Abrede nur mündlich erfolgte und eine der beiden Parteien tot ist. Offen ist auch, ob eine abschließende Abrede über die Lebensrettung oder das Unterlassen von Rettungsmaßnahmen vor Beginn der Tötungshandlungen getroffen oder noch währenddessen sozusagen spontan-konkludent geschlossen werden kann. Die Tatherrschaft stellt sich, zumindest wenn man sie im Suizidkontext als „Herrschaft über den todbringenden Moment“ in Form eines objektiv zurechenbaren, eigenverantworteten Handelns ansieht, folglich aus zweierlei Gründen als problematisch dar. Zum einen kann sie erlöschen und dann den unbilligen Tatherrschaftswechsel auslösen. Zum anderen versagt sie, wenn der Suizident handlungsunfähig ist, da der Handlungsunfähige schlicht keine Tatherrschaft mehr ausüben kann. Als Abgrenzungskriterium ist sie zumindest

<sup>80</sup> Zur Frage der Bindungswirkung von Patientenverfügungen im Falle eines gegenteiligen natürlichen Willens siehe ausführlich *Magnus*, in: Frewer/Bergemann/Jäger (Hrsg.), *Interessen und Gewissen, Moralische Zielkonflikte in der Medizin*, 2016, S. 247, sowie *dies.*, ZfL 2018, 2.

<sup>81</sup> *Hillenkamp* (Fn. 3), S. 227; *ders.*, in: Anderheiden/Eckart (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, Bd. 2, 2012, S. 1035 (1036 ff., 1042 ff.).

im letztgenannten Fall ungeeignet. Es ist daher überzeugender, hier die Handlungsfähigkeit als Abgrenzungskriterium heranzuziehen und bei fehlender Handlungsfähigkeit und freiem, dauerhaften Suizidwunsch auf das Tatherrschaftskriterium zu verzichten. Bei existierender Handlungsfähigkeit sind eigene Suizidhandlungen des Sterbewilligen zu fordern, an denen sich der Sterbehelfer nach Absprache und Verzicht auf Lebensrettungsmaßnahmen straflos beteiligen kann. Auch hier ist die Tatherrschaft nicht ausschlaggebend, sodass selbst bei asymmetrischer Ungleichheit der Tatbeiträge der Sterbehelfer straflos wäre. Salopp ausgedrückt: Wer sich noch umbringen kann, muss das selbst versuchen, ganz gleich welches Gewicht und welche Auswirkung die eigene Tötungshandlung hat. Sein Sterbewille muss sich also in Handlungen nach außen zeigen. Wer sich nicht mehr selbst töten kann, darf die Hilfe anderer in Anspruch nehmen. Die Aufgabe des Staates wäre es, hierfür Arzneimittel nach den Kriterien, die das BVerwG aufgestellt hat, bereitzustellen.<sup>82</sup>

Diese Sichtweise führt auch in den umstrittenen Fällen des einseitig fehlgeschlagenen Doppelsebstmordes zu einer angemessenen Lösung. Besteht das Verhalten des getöteten Opfers darin, etwa die ins Innere eines Autos geleiteten Auspuffgase einzuatmen, während der andere in das Gaspedal tritt, so liegen keine nach außen gezeigten eigenen Tötungshandlungen des handlungsfähigen Opfers vor. Es hat dann den verlangten Tod dulddend aus der Hand des Täters empfangen. Es liegt eine Fremdtötung vor. Der Täter ist wegen Tötung auf Verlangen strafbar.

### 2. Zum Kriterium der Freiverantwortlichkeit

Das zweite Kriterium – das der Freiverantwortlichkeit – ist hingegen unverzichtbar. Es muss bei Handlungsfähigen wie Handlungsunfähigen vorliegen. Ist der Suizident nicht mehr zu einem freiverantwortlichen Handeln in der Lage, erfordern es die Grundsätze der mittelbaren Täterschaft, dass der Täter kraft seines überlegenen Wissens oder Willens steuernd das Geschehen beherrscht.<sup>83</sup> Allerdings ist auch dieses Kriterium mit Problemen behaftet. So ist es schwierig, die Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit, nämlich die Freiheit von äußeren und psychischen Druck und den ernstlichen und dauerhaften Sterbewunsch sicher festzustellen. Um auch hier einer nicht auszuschließenden Missbrauchsgefahr vorzubeugen, ist es aus meiner Sicht erforderlich, dass der freiverantwortliche und dauerhafte Sterbewunsch, nicht allein von der Person, die Beihilfe zum Suizid leistet, wie z.B. im Insulinspritzen-Fall der Ehefrau, festgestellt sein muss. Es ist daher zu fordern, dass der Sterbewillige den Sterbewunsch auch gegenüber seinem Arzt über einen längeren Zeitraum (etwa über 2–3 Jahre) wiederholt geäußert haben muss. Die Freiverantwortlichkeit und die Freiheit von psychischer Störung kann fachkundig nur ein Psychiater feststellen. Nur diese doppelte Sicherung durch zwei Ärzte gewährleistet den Nachweis, dass der Sterbewunsch auf einem autonom gebildeten,

<sup>82</sup> BVerwG, Urt. v. 2.3.2017 – 3 C 19.15 m.Anm. *Magnus*, KriPoZ 2018, 70.

<sup>83</sup> BGH, Beschl. v. 25.10.2023 – 4 StR 81/23 (LG Paderborn) = NJW 2024, 605 (611) m.Anm. *Engländer*.

freien und dauerhaften Willen beruht und dies zur Überzeugung eines Gerichts festgestellt ist. Klar ist auch, dass ein Suizidwunsch wie z.B. der Liebeskummer eines 16-Jährigen nicht den Kriterien genügen kann, selbst wenn er über eine Dauer von 2–3 Jahren geht. Ein solcher Selbsttötungsentschluss entspringt einer depressiven Augenblicksstimmung, die vorübergeht, und kann daher nicht zur straflosen Suizidhilfe berechtigen. Ist nicht erkennbar, ob den von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien genügt wurde, ist es zum Schutz des Suizidenten geboten, einen Selbsttötungsversuch zu verhindern. Ist auf diese Weise festgestellt, dass der Sterbewunsch – wie in so vielen Fällen – Ausdruck einer psychischen Störung etwa einer schweren Depression ist, welche jedoch nachweislich im Einzelfall die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ausschließt, muss bei Strafe eine Beihilfe zum Suizid verboten sein. Leistet jemand dennoch Hilfe zum Suizid, so überschreitet er die Grenze zu einem strafbaren Tötungsdelikt. Da das Verlangen mangels Freiverantwortlichkeit nicht als ernsthaft i.S.d. § 216 StGB („ernstliches Verlangen“) zu verstehen ist und die Privilegierung daher ausscheidet, greifen in solchen Fällen die allgemeinen Tötungsdelikte ein. Einem psychisch Kranken, der nicht mehr zur freien Willensbildung fähig ist, kann daher niemand straflos Beihilfe zum Suizid leisten. Dies ändert sich, wenn die psychische Krankheit nur eine Episode war und vorübergegangen ist. Ist der psychisch kranke Patient hingegen lebensbedrohlich krank oder hat nicht anders abwendbare Schmerzen, kann er, wie jeder andere Patient auch, zulässige passive bzw. indirekte Sterbehilfe erhalten.<sup>84</sup>

## VI. Schlussbetrachtungen

Es hat sich gezeigt, dass höchstrichterliche Entscheidungen aus der jüngsten Zeit das Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen gestärkt haben. Der BGH lässt eine Tendenz erkennen, von der umstrittenen Lehre zum Tatherrschaftswechsel faktisch abzurücken. So nimmt er weder im Berliner Verfahren von 2019 noch im Insulinspritzen-Fall von 2022 bei vergleichbarer Lage einen solchen Tatherrschaftswechsel an, der den Garanten zur Hilfe verpflichten würde. Stattdessen fordert er, Suizident und Garant müssten vorher vereinbart haben, dass der Garant nach der Tötungshandlung nicht mehr zur Lebensrettung, sondern alleine Sterbebegleitung verpflichtet sei. Welchen Anforderungen eine solche Vereinbarung genügen muss, lässt er offen. Im Regelfall dürfte eine solche Vereinbarung nur mündlich geschlossen sein. Im Insulinspritzen-Fall erschöpft sie sich in der Bitte, den Tod abzusichern und hinterher keine Rettungsmaßnahmen einzuleiten. Auch im Berliner Verfahren von 2019 bestand die Abrede in der mündlichen Vereinbarung, keine Rettungsmaßnahmen einzuleiten, sondern nur noch Sterbebegleitung zu leisten. Liegt dieser Abrede der freiverantwortliche Sterbewunsch des Suizidwilligen zugrunde, suspendiert er nach den neuesten BGH-Entscheidungen die Garantenpflicht. Das sollte auch für den Fall gelten, wenn der Sterbewunsch schriftlich niedergelegt wurde, dem Garanten (Arzt oder Angehörigen) die Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches bekannt ist und er den

Patienten in dieser Situation vorfindet. Hier die Suspendierung der Garantenpflicht abzulehnen, wie im Wittig-Fall geschehen, ist eine nicht nachvollziehbare Differenzierung und höhlt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus. Es wäre ein wichtiger Schritt, jede Form des Verzichts auf Lebensverlängerung in diesen Fällen anzuerkennen und eine Garantenpflicht abzulehnen. Voraussetzung ist, dass die Kriterien der Freiverantwortlichkeit und der Mitwirkung am eigenen Suizid – die nur bei Handlungsunfähigen entfällt – erfüllt und bewiesen sind. Daher ist es wichtig, den Beweis des freien Sterbewunsches nicht dem Sterbehelfer zu überlassen, sondern durch ein Vier-Augen-Prinzip in die Hände von zwei Ärzten, von denen der eine ein Psychiater ist, zu legen.

Die Gruppe der handlungsunfähigen Patienten gilt es indes aus dem Anwendungsbereich des § 216 StGB auszuklamern. Ob dies über eine verfassungskonforme Auslegung i.S.d. Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG – wie es der BGH vornimmt – oder eine teleologische Reduktion über die wertungsgleiche Behandlung mit der Suizidbeihilfe – wie hier vorgeschlagen – geschieht, ist im Ergebnis gleichgültig. Von Bedeutung ist nur, dass im Ergebnis der straffrei bleibt, der einem freiverantwortlichen, handlungsunfähigen Suizidenten, auf dessen Wunsch tötet.

Sind für einen Arzt, Angehörigen oder Dritten die Tatherrschaft und die Freiverantwortlichkeit des Suizidentenschlusses in der Situation nicht erkennbar, so ist es zum Schutz des Suizidenten allerdings geboten, seinen Selbsttötungsversuch zu verhindern.<sup>85</sup> Das gilt insbesondere für den Fall, in dem ein depressiver Suizidwilliger vorgefunden wird, und sein freier Sterbewunsch nicht ohne weiteres erkennbar ist. Ist der Sterbewunsch – wie in so vielen Fällen – Ausdruck einer psychischen Störung, etwa einer schweren Depression, welche den freien Sterbewunsch verzerrt, ist nach aktueller Rechtslage eine Beihilfe zum Suizid bei Strafe verboten. Leistet jemand dem Suizidenten dennoch Hilfe, macht er sich wegen eines Tötungsdeliktes strafbar. Ist hingegen die depressive Phase vorübergehend, kann der Suizident die Freiheit zur Selbsttötung – und Hilfe dazu – nach Ende der Krankheitsphase wiedererlangen.

Um den Nachweis von strafloser Beihilfe zum Suizid oder strafbarer Fremdtötung in der Praxis zu ermöglichen, ist es notwendig, einen Rahmen zu schaffen, der vor Missbrauch schützt. Dazu erscheint nach hier vertretener Auffassung das Vier-Augen-Prinzip und die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch einen Psychiater ebenso wichtig wie das Einhalten eines längeren Zeitfensters, über das sich der Sterbewunsch erstreckt und das auf den individuellen Fall (Schmerzen, Aussichtslosigkeit der Situation, Art der Krankheit etc.) abgestimmt ist. Und schließlich ist es unübertroffen wichtig, den Betroffenen Alternativen zum Sterben und Wege zurück ins Leben aufzuzeigen.

<sup>85</sup> Unter den Voraussetzungen des § 323c Abs. 1 StGB droht ansonsten eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung bzw. für Garanten sogar wegen eines (fahrlässigen) Tötungsdeliktes durch Unterlassen.

<sup>84</sup> Siehe dazu oben Fn. 4.