

Sterbehilfe aus humanistischer Sicht (27.3.2026)

In Würde sterben zu dürfen, gehört zum Recht freier Menschen. Wer voll entscheidungsfähig ist und sein Leiden und Siechtum beenden möchte, darf sich fachkundige Hilfe holen. Die Verfassungsordnung des deutschen Grundgesetzes beruht auf einem Menschenbild der Würde, der freien Persönlichkeitsentfaltung in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.

Wie ist die aktuelle Rechtslage in Deutschland?

In Deutschland ist nach § 216 Strafgesetzbuch (StGB) aktive Sterbehilfe, also Tötung auf Verlangen, bei der der Tod durch eine dritte Person, z. B. einen Arzt, herbeigeführt wird, verboten und strafbar. Das ursprüngliche Strafmaß im Reichsstrafgesetzbuch vom 1. Januar 1872 von Gefängnis nicht unter drei Jahren wurde am 1. April 1970 in eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren geändert.

Am 10. Dezember 2015 trat ein Gesetz in Kraft, das die geschäftsmäßige und auch unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht wiederholte Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte. Diese abstrakt das Leben gefährdende Handlung wurde mit dem neu gefassten § 217 StGB verboten. Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die sich lediglich als nicht geschäftsmäßig handelnde Teilnehmer an der Tat beteiligen, bleiben von der Strafandrohung ausgenommen.

Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht den 2015 eingeführten § 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig und somit für nichtig. Das BVerfG entschied: Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben – einschließlich der Freiheit, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen (2 BvR 2347/15). Aufgrund dieses Urteils ist eine Neuregelung der Sterbehilfe dringend erforderlich. Im Gesetzbuch muss eine verantwortliche, rechtssichere und würdevolle Suizidbegleitung für alle Menschen verankert werden.

Wie könnte eine Reform aussehen?

Das neue Gesetz sollte nicht nur grundsätzliche Regelungen enthalten, sondern auch beschreiben, unter welchen genauen Voraussetzungen Sterbehilfe zulässig ist, in welchen Details sich die aktive Sterbehilfe von der passiven unterscheidet und wann der Weg in den Tod vollständig selbstbestimmt ist. Außerdem sollte bedacht werden, was gilt, wenn der Patient, der sterben möchte, dement ist. Eine Ausnahme für aktive Sterbehilfe sollte dann gelten, wenn der Patient physisch nicht in der Lage ist, die tödliche Dosis selbst einzunehmen. Gleichzeitig muss das Hospiz- und Palliativangebot sowie das Suizidprävention und den Ausbau psychosozialer Unterstützung ausgeweitet werden, damit sich niemand aus fehlender Versorgung oder sozialem Druck zum Suizid gedrängt fühlt. Bei assistierter Suizidhilfe sollte sichergestellt werden, dass der Wunsch, das Leben zu beenden, ernsthaft, freiwillig und dauerhaft ist und nicht in einer vorübergehenden Krise getroffen wird. Daher sollten obligatorische, ergebnisoffene ärztliche Beratungsgespräche und eine mehrstufige Prüfung der Freiverantwortlichkeit vorgeschrieben sein. Gleichzeitig sollte niemand zur Assistenz bei einem Suizid verpflichtet werden. Zudem sollte verhindert werden, dass jemand aus Mangel an Alternativen oder Pflege den Tod wählt. Dazu sollte ein Rechtsanspruch auf allgemeine Palliativversorgung unabhängig von Wohnform oder Erkrankung dienen. Sterbende in stationären Pflegeeinrichtungen sollten einen Anspruch auf Versorgung im stationären Hospiz erhalten. Die Sterbebegleitung in Pflegeheimen sollte durch verbindliche Leitlinien und wissenschaftliche Standards als Teil von deren Versorgungsauftrag qualifiziert werden. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben erfordert vier Schutzmaßnahmen.

1. Psychologische Evaluation: Unterscheidung des autonomen Sterbewunschs von einer vorübergehenden psychischen Krise.

2. Zweite ärztliche Meinung: Sicherstellung, dass die medizinische Diagnose und Prognose des Krankheitsverlaufs auf solider objektiver Grundlage beruht.

3. Bedenkfrist: ausreichend Zeit zur Reflexion.

4. Schutz vor Kommerzialisierung: kein Profitinteresse bei der Sterbehilfe, um Missbrauch und Druck auszuschließen. Mit Sterbehilfe darf kein Geld verdient werden.

Rechtliche und gesellschaftliche Entwicklungen ab 2020

Dem Bundesverfassungsgericht zufolge umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Verbindung mit der Menschenwürde „als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.“ Dieses Persönlichkeitsrecht schließt auch das Recht ein, sich das Leben zu nehmen. Das Verbot in § 217 StGB macht es „Suizidwilligen faktisch unmöglich, die von ihnen gewählte, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, sodass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt.“ Unter strengen Voraussetzungen, die der Gesetzgeber festlegen kann, soll dem Bundesverfassungsgericht zufolge auch geschäftsmäßige Hilfe künftig möglich sein.

Noch am Tag der Urteilsverkündung durch das Bundesverfassungsgericht wandte sich die FDP-Abgeordnete Katrin Helling-Plahr mit einem Vorschlag für ein Beratungsmodell an den Deutschen Bundestag. Die Rechtspolitikerin legte dafür ein Eckpunktepapier vor. Dieses sieht eine mehrstufige Beratung für Menschen vor, die sich mithilfe von Ärzten oder Sterbehilfevereinen das Leben nehmen wollen – analog dem Verfahren bei Schwangerschaftsabbrüchen. Dabei müssten sich Ärzte und Beratungsstellen davon überzeugen, ob der Suizidwillige sich frei, eigenverantwortlich und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte entschieden hat. Zwischen der Beratung und dem assistierten Suizid soll eine Wartefrist vorgeschrieben werden.

Am 15. April 2020 hat der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Ärztevertreter, Verbände und Kirchen um Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz gebeten. Gesetzentwürfe für eine Neuregelung der Suizidassistenz kamen vom **Humanistischen Verband Deutschlands (HVD)**, der **Deutschen Stiftung Patientenschutz** und einem Zusammenschluss von vier Wissenschaftlern aus Medizinrecht, Medizinethik und Palliativmedizin.

Dem Vorschlag des **HVD** vom 2. Mai 2020 zufolge soll es weder einen neuen § 217 im Strafgesetzbuch noch ein neues Verbot der Suizidhilfe für Mediziner, Vereine oder nicht-ärztliche Sterbehelfer geben. Anstelle von psychiatrischen Begutachtungen und verpflichtenden Beratungen schlägt der Verband freiwillige Angebote zu freiwilligen sowie ergebnisoffenen Gesprächen in sogenannten Suizid(konflikt)-Beratungsstellen vor. Die gewerbsmäßige Sterbehilfe bleibt in dem Gesetzesvorschlag verboten und soll mit einer Gefängnisstrafe von bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft werden. Ein besonders schwerer Fall bestehe für den HVD, wenn eine Zwangslage, Krisensituation, Willensschwäche oder mangelndes Urteilsvermögen aufgrund von Nichtwissen über Alternativen eines Suizidwilligen ausgenutzt werde. Dann soll die Freiheitsstrafe nicht unter zwei bis fünf Jahren betragen.

In ihrem am 12. Juni 2020 vorgelegten Gesetzentwurf zielt die **Deutsche Stiftung Patientenschutz** auf einen neuen § 217 „Förderung der Selbsttötung“ im Strafgesetzbuch, um das Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen zu schützen. Die auf Profit angelegte gewerbsmäßige Suizidassistenz soll mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft werden. Bei der vom Bundesverfassungsgericht erlaubten organisierten geschäftsmäßigen Sterbehilfe orientiert sich die Stiftung am Urteil der Karlsruher Richter. Demnach müsse garantiert sein, dass der Sterbewillige ausreichend über Handlungsalternativen informiert ist und sich nicht unter Druck und Zwang für eine Selbsttötung entscheidet. Dessen müsse sich ein Suizidhelfer vergewissern und schriftlich dokumentieren. Ignoriert er die höchstrichterlichen Maßstäbe, soll ihm eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren drohen. Die Unterstützung durch Angehörige des Suizidwilligen bleiben laut Gesetzentwurf der Stiftung straffrei.

Der Vorschlag von Gian Domenico **Borasio** und Ralf **Jox**, beide Palliativmediziner an der Universität Lausanne, dem Medizinrechtler Jochen **Taupitz** und dem Tübinger Medizinethiker Urban **Wiesing** vom 22. Juni 2020 sieht eine von Ärzten maßgeblich bestimmte Suizidhilfe vor. Angehörige und dem Sterbewilligen nahestehende Personen sollen Unterstützung zur Suizidassistenz leisten dürfen, Sterbehilfevereine aber weiterhin keine Rolle spielen. Nach Ansicht der Mediziner sind Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung geeignet, die Freiverantwortlichkeit von Behandlungswünschen zu prüfen, über medizinische Alternativen zu informieren und schließlich auch das Rezept für ein Tötungsmittel auszustellen. Die Entscheidung müsse freiverantwortlich, dauerhaft und informiert getroffen werden. Hinzugezogen werden müsse zudem bei jeder Entscheidung ein zweiter Arzt. Zwischen dem Arztgespräch und der Verschreibung des tödlichen Medikaments soll mindestens eine zehntägige Frist liegen. Zudem dürfe kein Arzt dazu gezwungen werden, Suizidhilfe zu leisten. Ziel sei es, den Gesetzesvorschlag „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben“ sowohl im Strafrecht als auch im Medizinrecht zu verankern.

Humanistische und ethische Perspektiven in der Diskussion

Im Zentrum humanistischer Positionen steht die Hilfe zum selbstbestimmten Sterben, wie sie **2014** in den „**10 Leitsätzen für Selbstbestimmung bis zum Lebensende**“ (siehe unten) eines zivilgesellschaftlichen Bündnisses unter Koordination von Ingrid Matthäus-Maier formuliert wurden. **Hieran beteiligten sich u. a. der Koordinierungsrat säkularer Organisationen, der Bund für Geistesfreiheit Bayern, der Dachverband Freier Weltanschauungsgemeinschaften, die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, die Giordano-Bruno-Stiftung, die Humanistische Union, der Humanistische Verband Deutschlands und der Internationale Bund der Konfessionslosen und Atheisten.** Gemeinsam ist den humanistischen Strömungen, sich gegen eine Kriminalisierung der Sterbehilfe auszusprechen. So wandten sich mehrere humanistische Organisationen gegen den im Jahr 2015 eingeführten und im Jahr 2020 für verfassungswidrig und nichtig erklärten § 217 StGB.

Deutscher Ethikrat

In einer Ad-hoc-Empfehlung warnte der deutsche Ethikrat im Jahr **2014** davor, Suizidbeihilfe zu einem Normalfall werden zu lassen. Er stütze in Grundsätzen die Position der Bundesärztekammer, dass Sterbehilfe keine aus der beruflichen Verantwortung erwachsende ärztliche Tätigkeit sei, wobei Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis bei Ausnahmesituationen zu respektieren seien. Der Patient solle sich darauf verlassen können, dass die Ärzte lebensorientiert denken. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten benötige ein besonderes Vertrauen, weshalb Gewissensentscheidungen im Ausnahmefall akzeptiert werden können. Darüber hinaus sprach sich der Ethikrat für den Ausbau palliativmedizinischer und hospizlicher Angebote aus. Die Suizidprävention soll ebenfalls gefördert werden.

Angst vor unerträglichem Leiden

Gründe, sich den Tod zu wünschen, liegen im schweren körperlichen Leiden. Leiden entsteht aber auch durch das Gefühl der Sinnentleerung des Lebens als Folge einer Erosion von Lebensinteressen und Lebenszielen; durch die Scham, seine intimsten Bedürfnisse nicht mehr unter Kontrolle zu haben und damit ohne Aussicht auf Änderung auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein; die Erfahrung, mit der eigenen Hinfälligkeit das Leben der Angehörigen zu beeinträchtigen; die Frustration, dass vieles im Leben Geschaffene und Erworbene nun für die Aufrechterhaltung des Lebens vergeudet werden soll. In Deutschland verbringen 90 Prozent der Sterbenden die letzte Zeit des Lebens in Kliniken und Pflegeheimen. Die Gegner der aktiven Sterbehilfe sind der Auffassung, dass man Menschen ihre Leiden, Sorgen und Ängste vor einem qualvollen Übergang vom Leben zum Tod mit gehöriger Zuwendung und den Möglichkeiten der modernen Medizin nehmen oder lindern kann. Hinsichtlich des verfassungsmäßig verankerten

Schutzes von Leben und Gesundheit hat das Gemeinwesen die Aufgabe, von lindernden Möglichkeiten Gebrauch zu machen, nicht hingegen, dem Einzelnen dabei zu helfen, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen. Im Leiden können Kranke auch Sinn finden, der ihnen Kraft gibt, das Leid zu tragen und zu überwinden. Die Befürworter der Sterbehilfe machen geltend: Es ist nicht in allen Fällen möglich, unerträgliche Schmerzen und Beschwerden medizinisch in ein erträgliches Maß zu überführen. Beim nicht-körperlichen Leiden hilft keine Palliativmedizin, und auch menschliche Zuwendung kann hierüber letztlich nicht hinweghelfen.

Sterbehilfe als umstrittenes Geschäftsmodell

Gegner der geschäftsmäßigen aktiven Sterbehilfe befürchten, eine offizielle Zulassung der Sterbehilfe führe zu unannehmbaren Geschäften mit dem Sterben, da die meisten Menschen sich auf Sterbebegleitung angewiesen sähen. **Deshalb dürfe die Sterbehilfe keine normale Dienstleistung werden.**

Befürworter sagen, dass geschäftsmäßige Sterbehilfe für **Professionalität** Sorge. Sonst könne man sich nur von Leuten, die davon keine Ahnung haben, helfen lassen. Genauso fragwürdig sei das wirtschaftliche Interesse von Pharma-Industrie und Krankenhäusern an der Ausbeutung schwerstkranker Menschen sowie an gescheiterten Suizidversuchen, dem die Sterbehilfe abhelfen würde.

Zweifelhaftigkeit des Sterbewunsches

Die Gegner der aktiven Sterbehilfe verweisen auf die Erfahrungen von Ärzten, Psychologen und Seelsorgern, die darin übereinstimmen, dass die Mehrzahl der Menschen, die einen Suizid vergeblich versucht haben, in ein normales Leben zurückfinden, ihren Entschluss häufig nicht mehr verstehen, ihn rückschauend bereuen und froh sind, dass ihr Versuch gescheitert ist. Sterbehilfe würde diesen Fehlentscheidungen Vorschub leisten. Aufgrund von „Schmerzen, Einsamkeit und Isolation den Suizid zu befürworten, ist zynisch“, sagt Franz Müntefering (SPD). Er sagt weiter, niemand solle aus Angst vor dem unsicheren Leben ein sicheres Ende suchen. Der präventive Tod solle nicht zur Mode der angeblich Lebensklügsten gemacht werden. Andere verweisen auf Fälle, in denen Menschen lediglich die Sterbehilfe suchten, da sie die Kosten ihrer medizinischen Versorgung nicht mehr bezahlen konnten.

Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe halten dem entgegen, dass Menschen, die sich das Leben genommen haben, nicht mehr hadern müssten, ob diese Entscheidung richtig war. Sie müssten dem Versäumtem nicht nachtrauern, wenn sie im Tod ihren Frieden gefunden hätten. Zur Vermeidung von Fehlentscheidungen seien Aufklärung, Beratungsstellen und Therapieangebote die richtigen Maßnahmen, nicht aber gesetzliche Verbote.

Problematik von Suizidentschlüssen

Die Gegner der aktiven Sterbehilfe berufen sich auf wissenschaftliche Untersuchungen, nach denen Suizide fast immer Verzweiflungsreaktionen auf ein schwerwiegendes Ereignis oder eine soziale Notsituation seien. Deshalb seien die meisten Suizidversuche nicht frei. Aufgrund dieser Unfreiheit ist die Unterstützung des Suizids bedenklich. Hieraus begründen sich ethisch alle Versuche und Handlungen, Suizidenten zu helfen, einen anderen Weg als den der Selbsttötung zu finden.

Befürworter der aktiven Sterbehilfe verweisen darauf, dass jedenfalls bei unheilbar Kranken, vor allem aber bei alten Menschen die zunehmende Erosion des Willens zu leben ein natürlicher Prozess ist, der oft fälschlich als krankhaft gedeutet wird. Aber auch wenn man ihn als Krankheit sehe, seien Betroffene deswegen nicht unzurechnungsfähig. Wenn sie die Option, zu sterben einem Weiterleben vorzögen, so sei dieser Wunsch genauso zu respektieren, wie das Recht auf Verweigerung von ärztlichen oder psychologischen Behandlungen, selbst wenn sie Aussicht auf Erfolg hätten. Vor diesem Hintergrund sei Sterbehilfe Unterstützung eines anzuerkennenden Anliegen. Sterbehilfe könnte auch die hohe Anzahl gescheiterter Suizidversuche verringern.

Wert der Selbstbestimmung

Maria Ricciardi schreibt: „Leitargument und zentraler Punkt der Sterbehilfedebatte in Deutschland ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Aufgrund der medizinischen Fortschritte steigt die Angst vor Übertherapie, der Abhängigkeit von Maschinen am Lebensende, einer qualvollen Verlängerung des Leidens, der eigenen Kontrolle entzogen. Die Furcht vor Kontrollverlust ist sicherlich einer der Gründe, weshalb das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in den 1980er- und 1990er-Jahren immer stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist“.

Gegner der Sterbehilfe halten es für unmöglich, zwischen Appell und Bilanz, zwischen Notruf, Einengung und Freiheit, zwischen vernünftigem und unvernünftigem Suizid zu unterscheiden. Eine solche Unterscheidung dürfe keinem Helfer aufgebürdet werden. Befürworter der Sterbehilfe halten die Selbstbestimmung für ein höheres Gut als das Leben der Person. Ob das eigene Leben noch lebenswert ist, sollten nur die betroffenen Menschen selbst entscheiden.

Sterbehilfe als Zumutung für die Helfer

Die Gegner halten Sterbehilfe für eine schwere Zumutung für die Suizidhelfer, desto schwerer, je näher der um Hilfe Gebetene dem Sterbewilligen stehe. Die Gewissensfrage hinsichtlich der Entscheidung, ob ein Suizidwunsch selbstbestimmt und frei ist, kann niemandem aufgebürdet werden. Denn die Selbstbestimmung eines Suizidwilligen befreit einen Helfer nicht von seiner eigenen Verantwortung. Überdies würde das grundsätzliche Vertrauen zum Arzt gestört. Ärztepräsident Frank Montgomery sagte, dann könne man nicht mehr sicher sein, „ob es dem behandelnden Mediziner wirklich um den Lebenserhalt geht, ob er als Lebenserhalter oder Lebensbeender ans Bett tritt“.

Befürworter der aktiven Sterbehilfe halten dem entgegen, dass mit der straffreien Ermöglichung der Sterbehilfe noch niemand gezwungen sei, diese zu leisten. Gebe es geordnete, gar institutionalisierte Formen der Sterbehilfe, müssten dem Sterbewilligen nahestehende Personen nicht in Anspruch genommen werden. Diese aber könnten eine mitmenschliche Motivation haben, ihnen bei der Beendigung des quälenden Zustandes zu helfen. Im Übrigen sei aber etwa ein Drittel der Ärzte unter bestimmten Umständen zu einer solchen Hilfe bereit. Der Jurist Kohlhaas äußerte 1967, es könne niemals ein Arzt bestraft werden, wenn er den Willen des Patienten umgehe, um dessen Leben zu erhalten.

Zweifelhafte Interessenlage von Angehörigen

Gegner der aktiven Sterbehilfe sehen insbesondere nähere Angehörige als Sterbehelfer in einem problematischen Interessenkonflikt, in dem sich nicht selten wohlmeinende Beförderung eines Sterbewunsches unentwerrbar mit dem unausgesprochenen Wunsch verknoten könnte, von der fordernden, kostspieligen und das eigene Leben ausbremsenden Bürde der Unterhaltung und Pflege eines Schwerkranken befreit zu werden.

Die Befürworter meinen demgegenüber, dieser nicht unwahrscheinliche Konfliktfall dürfe den ausdrücklichen Sterbewunsch eines Menschen nicht unerfüllbar machen. SchlieÙe man nahe Angehörige davon aus, Sterbehilfe zu leisten, könnte eine solche Hilfe immer noch von institutionell zugelassenen Helfern erfolgen, die kein persönliches oder materielles Interesse am Tod des Sterbewilligen haben.

Gefahr eines Drängens zum Tode

Manche Schwerkranke fühlen sich im Sinne eines moralischen Drucks zur Entlastung von Angehörigen oder der Gesellschaft zum Suizid gedrängt, doch die Gegner der aktiven Sterbehilfe haben zudem die große Sorge, die tolerierte und ermöglichte Freiheit zum Tode könne unversehens zu einer Erwartungshaltung der Gesellschaft gegenüber dem Einzelnen mutieren, von einer solchen Freiheit auch Gebrauch zu machen. Hinter einer als Tugend erscheinenden, aus verantwortungsbewusster Einsicht getroffenen Entscheidung lauere so die Gefahr eines „Mobbings zum Tode“ derjenigen Gesellschaftsmitglieder, die der Gemeinschaft lästig werden, etwa weil sie das Pflege- und Gesundheitssystem beanspruchten. Hierzu dürfe kein Mensch helfend seine Hand reichen.

Diese Sorge wird auch von den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe geteilt. Sie verweisen aber darauf, dass ein solches Drängen auch unter den gegenwärtig herrschenden Bedingungen keineswegs ausgeschlossen ist. Aufgabe des Staates sei es im gegenwärtig geltenden wie im anzustrebenden Recht, das Leben des Einzelnen vor dem Zugriff anderer zu schützen. Die Gesellschaft müsse allen Versuchen entschieden entgegenzutreten, Menschen zum Sterben zu drängen eine Entsolidarisierung der Gesellschaft diesbezüglich wäre dann sowohl für den Staat als auch für die Humanität insgesamt schädlich. Den Menschen ihr Sterben jedoch gegen ihren erklärten Willen so zu erschweren, dass ihnen nur unsichere oder grausame und eventuell Dritte traumatisierende (z. B. Lokführer) Auswege blieben, sei hingegen nicht die Aufgabe des Staates.

Ärztliche Standpunkte

Seit dem 17. Jahrhundert diskutieren Ärzte über eine aktive Sterbehilfe. Im 19. Jahrhundert schrieb Christoph Wilhelm Hufeland: „Das Leben der Menschen zu erhalten und wo möglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu thun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte [...]; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate.“ Mehr als die Sterbehilfe standen in den ausgehenden 1960er- und in den 1970er-Jahren Fragen der Abtreibung und Reproduktionstechnik im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Heftige Diskussionen um das Lebensende traten in Deutschland erst am Ende der 1970er-Jahre auf. Die Gegner der aktiven Sterbehilfe weisen warnend auf die Entwicklungen im Deutschland der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hin (Stichwort „Euthanasie“), die die anfänglich seriöse Erörterung der Frage genommen haben, unheilbar kranke Menschen von ihrem Leiden zu erlösen. Ihre Befürworter machen demgegenüber geltend, anders als damals gehe es heute bei der Sterbehilfe nicht um eine Entscheidung Fremder über das Leben einzelner Menschen, sondern ausschließlich um eine Entscheidung eines Sterbewilligen, für die er Beistand suche.

Die Bundesärztekammer sieht im Mitwirken des Arztes an der Selbsttötung eines Patienten (im Rahmen eines assistierten Suizids, zum Beispiel als letztmöglicher Akt von Humanität, zur Vermeidung eines Suizids mit Gefährdung Dritter oder zur Verhinderung einer unregelmalten und riskanten nichtinstitutionalisierten Suizidbeihilfe) grundsätzlich einen Widerspruch zum ärztlichen Ethos. Sie sieht eine solche Mitwirkung, die nicht zu Kernkompetenzen des Arztes gehöre und die Arzt-Patient-Beziehung gefährden könne, nicht als ärztliche Aufgabe an.

Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) betonen, dass in der Diskussion um die aktive und passive Sterbehilfe die Alternative der Schmerztherapie und Palliativmedizin oftmals unnötig ausgeblendet wird. Sowohl die DGSS als auch die DGP weisen darauf hin, dass es Verfahren zur Linderung schwerster Schmerzen gibt. „Wir können fast immer die Schmerzen und Symptome sterbender Patienten lindern und ihnen ein Lebensende in Würde ermöglichen“, sagt Rolf-Detlef Treede, Präsident der DGSS. Palliativmediziner würden immer wieder die Erfahrung machen, dass der Wunsch nach vorzeitiger Lebensbeendigung in dem Maße in den Hintergrund tritt, in dem es gelingt, trotz bestehender Grenzen von Palliativmedizin und Hospizarbeit, durch eine gute palliativmedizinische Behandlung auch die letzte Lebenszeit erträglich zu gestalten.

Christliche Standpunkte

Das fünfte der „Zehn Gebote“ der Bibel fordert: „Du sollst nicht morden (töten)“ (Ex 20,13 EU). Deshalb lehnen die christlichen Kirchen die aktive Sterbehilfe ab. Die „Gemeinsame Erklärung der katholischen und evangelischen Kirche in Deutschland“ von 1989 spricht sich gegen die ärztliche Beihilfe zum Suizid aus.

Alt-katholische Kirche

Die Position der alt-katholischen Kirche, die aktive Sterbehilfe ablehnt, legt exemplarisch der österreichische Bischof Bernhard Heitz dar: „An der Hand und im Arm des geliebten und vertrauten Menschen sterben zu dürfen, ist etwas anderes als durch die Hand eines Menschen zu sterben. Aktive Sterbehilfe lehnt die Altkatholische Kirche somit entschieden ab. Geboren werden und Sterben sind vielmehr menschliche und natürliche Grundbedingungen des Lebens und sind als solche der menschlichen Kultur unterworfen. Eine Gesellschaft, die den Tod verdrängt und verleugnet, die Tote als Entsorgungsfälle ansieht, hat ein Stück weit die mitmenschliche Solidarität verloren.“

Katholizismus

Die römisch-katholische Kirche lehnt die aktive Sterbehilfe ab, da sie dem Gebot „du sollst nicht morden“ widerspricht. Als von Gott kommend ist jedes Menschenleben in jedem Stadium der Verfügungsgewalt entzogen: „Das menschliche Leben ist heilig, weil es von seinem Beginn an der Schöpfermacht Gottes bedarf und für immer in einer besonderen Beziehung zu seinem Schöpfer bleibt, seinem einzigen Ziel. Nur Gott ist der Herr des Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende: Niemand darf sich, unter keinen Umständen, das Recht anmaßen, ein unschuldiges menschliches Wesen direkt zu zerstören.“ Instruktion Donum Vitae (1987). Handlungen, die ein Leben aktiv beenden, seien folglich eine „unzulässige Totalverfügung“.

Der Katechismus der katholischen Kirche betont, dass geschwächten, kranken und behinderten Menschen eine besondere Beachtung gebührt. Sie auf irgendeine Weise zu töten, bezeichnet der Katechismus als „direkte Euthanasie“ und sieht darin einen Angriff gegen den Schöpfer. Auch eine Unterlassung, die zum Tod führt, wird als Mord angesehen. Es ist laut Katechismus „sittlich unannehmbar“, dass man „aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer dem Leben behinderter, kranker oder sterbender Menschen ein Ende setzt. Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehlurteil, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.“ Katechismus der katholischen Kirche, Nr. 2277.

Assistierter Suizid ist deshalb aus Sicht der katholischen Kirche immer als ein „Verbrechen gegen das menschliche Leben“ zu bewerten. Papst Franziskus sagte 2022 in einer Generalaudienz: „Das Leben ist ein Recht, nicht der Tod: Er muss angenommen werden und darf nicht verabreicht werden.“ Ähnlich spricht auch Bischof Bertram Meier: „Der Mensch will sich selbst das Leben geben und nehmen: verkehrte Verhältnisse. Damit schwingt der Mensch sich zum Schöpfer auf.“ Aus katholisch-christlicher Perspektive gibt es demzufolge „kein Recht auf Tötung“.

Die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe wird jedoch nicht nur mit dem biblischen Tötungsverbot begründet. So warnt die Deutsche Bischofskonferenz vor den Konsequenzen, die eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe hätte. Der „innere und äußere Druck auf alle Alten, Schwerkranken und Pflegebedürftigen, von derartigen Optionen Gebrauch zu machen“, könnte zunehmen. Zugleich wird der Ausbau palliativmedizinischer und hospizlicher Angebote gefordert. Daraus ergebe sich ein „Vertrauensverlust gegenüber dem medizinischen Pflegepersonal, alles zur möglichen Heilung tun zu wollen“; ferner könnte „Druck seitens Dritter auf die Schwerkranken“ aufgebaut werden, aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

Indirekte oder passive Sterbehilfe können unter Umständen erlaubt sein – anders als aktive Sterbehilfe. Diese Ausnahmen stellt die „Kongregation für die Glaubenslehre“ wie folgt dar: „Wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann, ohne daß man jedoch die normalen Hilfen unterläßt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet. Dann liegt kein Grund vor, daß der Arzt Bedenken haben müßte [...]“ Papst Johannes Paul II. äußerte sich am 24. März 2002, drei Jahre vor seinem Tod, vor Medizinern und Gesundheitsfachleuten aus aller Welt: „Die Komplexität des Menschen fordert bei der Verabreichung der notwendigen Heilmethoden, daß man nicht nur seinen Körper berücksichtigt, sondern auch seinen Geist. Es wäre anmaßend, allein auf die Technik zu setzen. Und in dieser Sicht würde sich eine Intensivmedizin um jeden Preis bis zum Letzten schließlich nicht nur als unnützlich erweisen. Sie würde auch nicht völlig den Kranken respektieren, der nun an sein Ende gelangt ist.“

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD)

Bischof Wolfgang Huber, ehemaliger Ratsvorsitzender der EKD, lehnt die aktive Sterbehilfe ab: „Den Ausgangspunkt bildet die Pflicht, jedem Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Wir alle sollten Sterbenden so beistehen, dass der Wunsch, getötet zu werden oder sich selbst zu töten, gar nicht erst aufkommt.“ Er verweist auf folgende Alternativen: Jeder Mensch kann heute für die Gestaltung seiner letzten Lebenszeit Vorsorge treffen. Die Kirchen geben seit 1999 eine Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – die „Christliche Patientenverfügung“ – heraus. Auf der medizinischen Ebene sind vor allem die Weiterentwicklung und der Ausbau der Palliativmedizin zu fordern, die sich der Schmerztherapie und der Linderung weiterer Krankheitssymptome widmet. Die palliativmedizinische Ausbildung der Ärzte und die entsprechende Ausstattung der Krankenhäuser sollten verbessert werden. Für den Gesamtbereich palliativer Betreuung und Begleitung sind die grundlegenden Ideen und praktischen Erfahrungen der Hospizbewegung stärker zur Geltung zu bringen. Der Hospizgedanke zielt auf Sterbebegleitung im Krankenhaus ebenso wie in familiärer und nachbarschaftlicher Zuwendung und Hilfe.

Zum Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 erklärt die EKD: „Die Evangelische Kirche in Deutschland begrüßt, dass durch das heutige Urteil des BGH das Recht des Patienten auf die Umsetzung seines Willens gestärkt wird. Nach Auffassung der christlichen Ethik gibt es keine Verpflichtung des Menschen zur Lebensverlängerung um jeden Preis und auch kein ethisches Gebot, die therapeutischen Möglichkeiten der Medizin bis zum Letzten auszuschöpfen. Einen Menschen sterben zu lassen, ist bei vorher verfügbarem Patientenwillen nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten. Zur Endlichkeit des Lebens gehört auch, dass man das Herannahen des Todes zulässt, wenn seine Zeit gekommen ist.“ „Demgegenüber ist und bleibt die gezielte Tötung eines Menschen in der letzten Lebensphase aus christlicher Sicht ethisch nicht vertretbar, auch wenn sie auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin erfolgt. Gesetzliche Regelungen und gesellschaftliche Konventionen, die der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung den Weg ebnen, sind ein Irrweg, den die christlichen Kirchen entschieden ablehnen. Sie werden sich auch in Zukunft dafür einsetzen, dass an den bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Tötung auf Verlangen festgehalten wird und keine Lockerung erfolgt.“ In einem Positionspapier der Diakonie Deutschland von 2014 werden vier Positionen zur Debatte um die Beihilfe zur Selbsttötung aufgeführt:

- Suizidprävention,

- Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung,
- Verbot der organisierten, nicht nur gewinnorientierten/gewerblichen Beihilfe zu Suizid,
- Beibehaltung des Verbots einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid.

Judentum

Die Tora stellt Gott als Einzigen dar, der Tod bewirkt und Leben schafft. Die Zerstörung menschlichen Lebens würde deshalb bedeuten, etwas Heiliges zu zerstören. Die klassische jüdische Tradition lehnt aus diesem Grund die aktive Sterbehilfe ab. Gleichzeitig spricht sie sich aber für das Entfernen eines „Todeshindernisses“ aus. Die Dialektik zwischen der Unantastbarkeit des Lebens und der Ablehnung des schmerzlichen Leidens kann gegebenenfalls dazu führen, den Tod einer unheilbar kranken Person nicht hinauszuzögern und im Falle des unüberwindbaren Schmerzes dem Kranken Empathie und Barmherzigkeit entgegenzubringen. Manche zeitgenössischen jüdischen Stimmen sprechen sich für die Beihilfe zur Selbsttötung oder sogar für die aktive Sterbehilfe aus. Sie finden dafür in dem bisherigen halachischen Diskurs jedoch keine Unterstützung.

Islam

In islamischer Sicht ist das menschliche Leben eine „Leihgabe Gottes“. Der Zentralrat der Muslime in Deutschland zitiert ein Wort des Propheten Mohammed aus einer Pilgerpredigt: „Ihr Leute, wahrlich euer Blut (euer Leben), euer Eigentum und eure Ehre sind unantastbar, bis ihr eurem Herrn gegenübersteht; ebenso wie der jetzige Tag, der jetzige Monat und diese eure Stadt heilig sind.“ Er spricht sich für den Islam gegen die Sterbehilfe aus: „Alle Gelehrten und anerkannten Gutachten der islamischen Fatwa Gremien der verschiedenen muslimischen Rechtsschulen (Sunniten und Schiiten) lehnen die aktive direkte oder indirekte Sterbehilfe sowie die Selbsttötung und die ärztliche Beihilfe zum Suizid strikt ab.“ Zentralrat der Muslime in Deutschland

Weitere Begriffsklärungen aus Wikipedia, abgerufen am 4.3.2026

Sterbehilfe bezeichnet verschiedene Maßnahmen, die das Lebensende einer Person beeinflussen. So kann Sterbehilfe die Bedeutung von Sterbebegleitung (Hilfe im Sterben, Sterbebeistand) haben. Der Begriff umfasst zudem häufig das Töten oder das Sterbenlassen durch Therapieverzicht von schwer Kranken oder sterbenden Menschen aufgrund ihres eigenen ausdrücklichen oder mutmaßlichen Verlangens. Die ethische Beurteilung der Sterbehilfe ist Gegenstand vielfältiger Diskussionen. Dabei werden im Wesentlichen vier Formen unterschieden:

- **aktive Sterbehilfe** in Form von absichtlicher und aktiver Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts,
- **passive Sterbehilfe** durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei gleichzeitiger schmerzlindernder Behandlung,
- **indirekte Sterbehilfe** durch eine schmerzlindernde Behandlung unter Inkaufnahme einer nicht beabsichtigten Lebensverkürzung,
- **assistierter Suizid** bzw. **Beihilfe zur Selbsttötung** als Hilfeleistung zur Selbsttötung, zum Beispiel durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Mittels.

Euthanasie

Der Begriff setzt sich aus den griechischen Worten „eu“ (gut) und „thanatos“ (Tod) zusammen und bedeutet der „gute Tod“. Euthanasie liegt vor, „wenn ein Arzt eine tödliche Substanz verabreicht oder eine Intervention durchführt, um den Tod eines entscheidungsfähigen Patienten zu verursachen“. Aufgrund der Euthanasie-Programme im Dritten Reich, die die Ermordung von etwa 275.000 psychisch kranken und behinderten Personen vollzogen, ist der Begriff in der deutschen Sprache belastet und wird in der Diskussion vermieden. Zum Teil findet der Begriff innerhalb der Veterinärmedizin Verwendung.

Sterbehilfe

Als Alternativbegriff hat sich in Deutschland das Wort „Sterbehilfe“ durchgesetzt, das ein breites Spektrum verschiedener Realitäten abdeckt, von der aktiven Verabreichung tödlicher Substanzen bis zur (oft palliativen) Sterbebegleitung. Erstmals vorgeschlagen wurde das Wort 1966 vom Gerichtspsychiater Helmut Ehrhardt. Der Begriff wird jedoch auch als Euphemismus kritisiert, denn man spräche korrekter von „Beihilfe zur Selbsttötung“.

Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Herbeiführung des Todes durch Handeln auf Grund eines tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches einer Person (Österreich: unechte direkte Sterbehilfe; Schweiz: direkte aktive Sterbehilfe; Niederlande: Euthanasie; Belgien: euthanasie active). Aktive Sterbehilfe erfolgt zum Beispiel durch Verabreichung einer Überdosis eines Schmerz- oder Beruhigungsmittels, Narkosemittels, Muskelrelaxans, von Insulin, durch Kaliuminjektion oder einer Kombination davon. Die aktive Sterbehilfe ist verboten:

- in Deutschland: (§ 216 des Strafgesetzbuches),
- in Österreich: (§ 75, § 77, § 78 des Strafgesetzbuches),
- in der Schweiz: (Art. 111, Art. 113, Art. 114 des Strafgesetzbuches).
- In den Niederlanden ist aktive Sterbehilfe strafbar (Art. 293 des Strafgesetzbuches), wenn sie vorsätzlich und nicht von einem Arzt unter Einhaltung der gesetzlichen Sorgfaltskriterien (Art. 2 des Sterbehilfegesetzes), einschließlich der erforderlichen Meldung an den Leichenbeschauer der Gemeinde mit Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien (Art. 7 Abs. 2 des Wet op de lijkbezorging), geleistet wurde.

Tötung auf Verlangen

Wird die Tötung auf Wunsch des Sterbenwollenden durchgeführt, so handelt es sich um eine Tötung auf Verlangen. Diese war bis Ende 2020 weltweit nur in wenigen Staaten wie den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Kanada

straffrei. Am 18. März 2021 billigte als viertes europäisches Land auch Spanien die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe mit deutlicher Mehrheit im Parlament. Im Januar 2021 hatte sich das portugiesische Parlament für die Einführung der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen. Das Verfassungsgericht lehnte aber am 15. März 2021 das Gesetz in der vorliegenden Fassung ab und verlangte eine präzisere Festlegung der Bedingungen, unter denen aktive Sterbehilfe möglich sei. Im Mai 2023 hat das portugiesische Parlament eine geänderte Fassung zur Legalisierung von aktiver Sterbehilfe verabschiedet, das im Herbst 2023 in Kraft treten sollte.

Tötung ohne Willensäußerung des Betroffenen

Ist der tatsächliche Wille der Person nicht zu ermitteln, kann eine Patientenverfügung oder der früher geäußerte Wille hierfür Anhaltspunkte geben. Eine Tötung ohne Vorliegen einer Willensäußerung des Betroffenen wird allgemein nicht als aktive Sterbehilfe, sondern als Totschlag oder Mord aufgefasst.

Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe ist eine Lebensqualitätsverbesserung unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung. Es handelt sich um einen Spezialfall, der vor allem als theoretischer ethischer Grenzfall interessant ist, in der Praxis aber, obwohl insbesondere in Bezug auf eine symptomlindernde Gabe von Opium seit dem 17. Jahrhundert immer wieder thematisiert, eine geringe Rolle spielt. Darunter wird die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Leiden, z. B. Schmerzen oder Angst, unter Inkaufnahme eines vorzeitigen Todeseintritts verstanden. Schwer kranken Patienten, die im Endstadium ihrer Erkrankung unter quälenden Symptomen wie zum Beispiel Atemnot, Ängsten oder Schmerzen leiden, kann mit bestimmten Betäubungs- und Beruhigungsmitteln (siehe Sedierung) gezielt geholfen werden. Es kann dabei eine durch die symptomlindernden Medikamente verursachte Bewusstseinsminderung beim Patienten eintreten. Wenn die Medikamentengabe in gleicher oder höherer Dosierung fortgeführt wird, kann diese Sedierung bis zum Todeseintritt anhalten. Wurde diese Maßnahme vom Patienten gewünscht, wird von palliativer oder terminaler Sedierung gesprochen. Durch eine versehentliche Überdosierung kann dabei der Tod früher eintreten. Dieser seltene Fall einer „indirekten Sterbehilfe“ ist in der Strafrechtswissenschaft in Deutschland diskutiert worden. Im Ergebnis ist eine Mehrheit der Meinung, dass der Arzt hier straffrei bleiben muss. Eine Mindermeinung will die Tötungsrelevanz eines auf Schmerzmilderung zielenden Verhaltens bereits im Tatbestand verneinen. Die überwiegende Ansicht sieht den Arzt gerechtfertigt durch eine Mischung von Notstand und rechtfertigender Pflichtenkollision. Dadurch wird ausgeschlossen, dass der Arzt sich außerhalb der notwendigen Sorgfalt und damit des erlaubten Risikos bewegt. Nach Ansicht des Bundesgerichtshofs kann sogar die Nichtverabreichung notwendiger Schmerzmittel mit der Begründung, keinen vorzeitigen Tod herbeiführen zu wollen, als Körperverletzung (§ 223 bis § 233 Strafgesetzbuch) oder unterlassene Hilfeleistung (§ 323c Strafgesetzbuch) bestraft werden (vgl. Palliativmedizin).

Passive Sterbehilfe

Als passive Sterbehilfe wird das Zulassen eines begonnenen Sterbeprozesses durch Verzicht, Abbrechen oder Reduzieren lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen bezeichnet. Dabei ist zu beachten, dass dies kein ärztlicher Behandlungsabbruch ist, sondern dass lediglich das Ziel der Behandlung verändert wird. Anstrengungen, die darauf gerichtet sind, das Leben zu verlängern, werden nicht mehr unternommen, aber durchaus solche Maßnahmen, die die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit verbessern. Das Ziel der Maßnahmen ist nicht mehr kurativ (Ziel: Heilung), sondern palliativ (Ziel: Verbesserung der Lebensqualität). Spezialisiert auf Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung ist die Palliativmedizin. Teil der Palliativmedizin ist immer auch das ausführliche und ohne Zeitdruck stattfindende Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen. So sollen Entscheidungen für spezielle Therapien oder für mögliches Unterlassen bestimmter Behandlungsoptionen einvernehmlich getroffen werden. Alle Beteiligten sind dadurch auf dem gleichen Informationsstand und das behandelnde Team gewinnt eine größere Handlungssicherheit. Dazu gehört zum Beispiel das Ausschalten von lebenserhaltenden Beatmungsgeräten und das Unterlassen von Reanimationsversuchen. Eine wichtige Grundlage dafür stellt die Patientenverfügung des Betroffenen dar. Obwohl es sich bei dem Begriff der passiven Sterbehilfe um einen international etablierten Begriff handelt, halten ihn viele für missverständlich und unglücklich gewählt und meinen, es solle eindeutiger von „Sterbenlassen“ gesprochen werden, denn es gehe bei der passiven Sterbehilfe ja immer um eine Situation, in der ein Mensch so schwer krank ist, dass er nur noch eine kurze Lebenserwartung habe. In einer repräsentativen Umfrage in Deutschland im Jahr 2008 äußerten 72 % der Befragten, sie seien für das Gewähren von passiver Sterbehilfe.

Sterbefasten

Das Sterbefasten unter Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist eine umstrittene Form des Suizids und wird von seinen Befürwortern als mögliche Alternative zum assistierten Suizid angesehen.

Sterbebegleitung

Sterbebegleitung greift nicht in den Prozess des Sterbens ein, sondern bietet dem todkranken Menschen Beistand in seiner letzten Lebensphase, zum Beispiel durch regelmäßige Besuche, offene Gespräche, Aktivitäten und kleine Handreichungen. Diese und zusätzliche pflegerische, medizinische, psychologische und seelsorgerliche Angebote zur Hilfe im Sterben werden unter dem Begriff Palliative Care zusammengefasst.

Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)

„Beihilfe“ zur Selbsttötung bzw. assistierter Suizid bedeuten die Hilfestellung beim Vollzug einer Suizidhandlung durch eine Person, die ein Mittel (meist ein Medikament) zur Selbsttötung bereitstellt.

Dies ist nach dem Recht Deutschlands als Beihilfe (im Sinne des Strafrechts) zu einer straflosen Selbsttötung ebenfalls straffrei, jedoch kommt bei fehlender Eigenverantwortlichkeit des Suizidenten sowie Kenntnis hierzu und Tatherrschaft beim möglichen Täter eine Strafbarkeit wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft infrage.

Das frühere Verbot einer „geschäftsmäßigen Beihilfe“ durch § 217 StGB (Arzt, Sterbehilfeverein) wurde aufgehoben: Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht den 2015 eingeführten § 217 StGB für verfassungswidrig und somit nichtig.

Vom 10. Dezember 2015 bis 26. Februar 2020 war die geschäftsmäßige – die unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht wiederholte Förderung der Selbsttötung – unter Strafe gestellt. Diese abstrakt das Leben gefährdende Handlung war mit dem neu gefassten § 217 des Strafgesetzbuches verboten. Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die sich lediglich als nicht geschäftsmäßig handelnde Teilnehmer an der Tat beteiligen, blieben schon damals von der Strafandrohung ausgenommen.

Eine Selbsttötung liegt nur dann vor, wenn der Suizident den letzten Schritt noch selbst beherrscht, also die sogenannte Tatherrschaft über das Geschehen hat. In Deutschland ist in der Regel aktive Sterbehilfe als Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB strafbar und mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bewehrt. Ob Tatherrschaft vorliegt, bestimmt sich dabei nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus 2022 nach normativen Kriterien. Anette Grünewald kritisiert unter anderem an der Entscheidung, dass die angeklagte Ehefrau und nicht der körperlich eingeschränkte (und später verstorbene) Ehemann das Geschehen in der Hand gehalten habe. Sie fordert eine neue Regelung durch den Gesetzgeber. Nach Henning Rosenau kommt der Bundesgerichtshof in der Entscheidung zwar zu einem angemessenen Ergebnis, jedoch auf Kosten einer klaren Grenze zwischen aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Er möchte stattdessen den § 216 StGB verfassungskonform einschränkend auslegen.

Die Beihilfe (im Sinne des § 27 StGB) zum Suizid, beispielsweise das Besorgen oder Bereitstellen tödlich wirkender Medikamente, ist in Deutschland mangels Vorliegens einer fremden, rechtswidrigen Haupttat nicht gesetzeswidrig und nicht strafbar (Prinzip der limitierten Akzessorität). Der Suizid richtet sich nicht gegen eine „andere“ Person und ist mithin kein Tötungsdelikt im Sinne der §§ 211 ff. StGB, sodass auch die Hilfe hierzu keine strafbare Tat darstellt. Dies bezieht sich jedoch auf die Beihilfe im juristischen Sinne und ist zu unterscheiden von einer aktiven Hilfestellung bei der Selbsttötung, die als Beteiligung nach Täterschaftsgrundsätzen strafbar sein kann.

Welche Gesetze gelten in anderen Ländern?

World Federation of Right-to-Die-Societies

<https://wfrtds.org/>

Österreich

In Österreich war die „Mitwirkung am Selbstmord“ bis 2021 generell verboten und wurde mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft (§ 78 des Strafgesetzbuches). Das Verbot stammte aus der Zeit Ständestaats (1934 bis 1974 § 139b Strafgesetz). § 78 des Strafgesetzbuches ist sehr weit formuliert und erfasst selbst geringfügige Unterstützungshandlungen. Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt forderte eine Reform des Straftatbestands, „die sowohl dem Prinzip der Aufrechterhaltung der sozialen Norm der Suizidprävention, als auch dem Schutz vor Fremdbestimmung vulnerabler Personen Rechnung trägt, jedoch ebenso eine individuelle Hilfe in Ausnahmefällen zulässt.“

In seinem am 11. Dezember 2020 verkündeten Erkenntnis zu mehreren Beschwerden sterbewilliger Antragsteller, Angehöriger und eines Arztes entschied der österreichische Verfassungsgerichtshof, dass das absolute Verbot jeglicher Beihilfe zum Suizid verfassungswidrig sei.

Das Beihilfe-Verbot in § 78 StGB wurde daher zum 31. Dezember 2021 aufgehoben, nicht aber das Verbot der Tötung auf Verlangen, also der aktiven Sterbehilfe. Der österreichische Nationalrat stimmte daraufhin am 16. Dezember 2021 für eine neue Regelung der Beihilfe zum Suizid für dauerhaft schwerkranke oder unheilbar kranke Erwachsene. Das Sterbeverfügungsgesetz und die neue Fassung des § 78 StGB traten am 1. Januar 2022 in Kraft.

Österreichische Gesellschaft für ein Humanes Lebensende - Sterben in Würde

<https://www.oeghl.at/>

Schweiz

In der Schweiz ist Hilfe zur Selbsttötung nicht strafbar, sofern kein egoistisches Motiv vorliegt (Art. 115 StGB). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften betont aber in ihren Richtlinien, Suizidhilfe sei nicht „Teil der ärztlichen Tätigkeit“. Es gibt auch keinen rechtlichen Anspruch auf eine Beihilfe zum Suizid. Der Tod nach Suizidhilfe gilt als außergewöhnlicher Todesfall (AGT) und muss der zuständigen Behörde gemeldet werden. In einigen Kantonen werden die Schweizer Institute für Rechtsmedizin (IRM) zur postmortalen Abklärung dieser Fälle polizeilich herangezogen.

Bekannt sind in der Schweiz die beiden zusammen bereits rund 90.000 Mitglieder zählenden Vereine EXIT (Romandie) und EXIT (Deutsche Schweiz), die ihren Mitgliedern aufgrund klarer Richtlinien Hilfestellung und Ärzte vermitteln, um bei der Selbsttötung zu assistieren, sowie der rund 5500 Mitglieder zählende Verein Dignitas. Diese Vereine sind Mitglied der „World Federation of Right-to-Die-Societies“. Weitere Organisationen sind Ex International, welche sich auf Sterbewillige aus dem Ausland konzentriert, sowie Life Circle. Prinzipiell kann aber jede mündige Person jeden Arzt um die Verschreibung und Beschaffung des notwendigen Medikamentes anfragen, wobei aber längstens nicht jeder Arzt bzw. jede Apotheke bereit ist, eine solche Hilfestellung zu leisten. Mitglieder der

Sterbehilfeorganisationen profitieren jedoch davon, dass diese Strukturen und Prozeduren bieten, wie zum Beispiel ärztliche/psychologische Gespräche, in welchen der Sterbewunsch erörtert und dokumentiert wird. Seit Juni 2012 gibt es die ersten Gesetze zur Sterbehilfe in einigen Kantonen. So wurde im Kanton Waadt u. a. geregelt, unter welchen Voraussetzungen in einem öffentlichen Spital oder einem Pflegeheim eine Sterbehilfeorganisation Zutritt erhalten muss und Beihilfe zur Selbsttötung erfolgen kann: „So muss eine schwere und unheilbare Krankheit vorliegen und andererseits die Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen gegeben sein. Ob die beiden Kriterien erfüllt sind, entscheidet ein Chefarzt oder Klinikleiter zusammen mit dem Pflegeteam und dem behandelnden Arzt.“ In der Schweiz steigt die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids: 2014 waren es 742 Personen (320 Männer und 422 Frauen), 2017 1009 Personen (413 Männer und 596 Frauen).

EXIT (Deutsche Schweiz) <https://www.exit.ch/>

EXIT (Romandie) <https://www.exit-romandie.ch/>

Niederlande

In den Niederlanden ist die vorsätzliche Hilfe zur Selbsttötung **verboten** (Art. 294 des Strafgesetzbuches), allerdings **nicht strafbar**, wenn sie von einem Arzt unter Einhaltung bestimmter Sorgfaltspflichten begangen wurde und dem Leichenbeschauer Meldung erstattet wurde. Diskutiert wird auch die Legalisierung der Abgabe von tödlichen Präparaten durch Ärzte, damit Sterbewillige ihr Leben ohne direkte ärztliche Hilfe beenden können.

Vereinigte Staaten von Amerika

In den US-Bundesstaaten **Oregon** und **Washington** ist der **ärztlich assistierte Suizid straffrei** und im Oregon Death with Dignity Act bzw. im Washington Death with Dignity Act geregelt.

Literatur

- Pieter **Admiraal** et al.: Wege zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben. Stiftung WOZZ, 2008.
- Uwe-Christian **Arnold**, Michael Schmidt-Salomon: Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben. Rowohlt Verlag, Hamburg 2014, ISBN 978-3-498-09617-5.
- Udo **Benzenhöfer**: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Vandenhoeck & Ruprecht, 2009.
- Gunnar **Duttge**: Strafrechtlich reguliertes Sterben. In: NJW 2016, 120.
- Ludger **Fittkau**, Petra **Gehring**: Zur Geschichte der Sterbehilfe. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 4 (Tod und Sterben), 2008 (online).
- Svenja **Flaßpöhler**: Mein Wille geschehe. Sterben in Zeiten der Freitodhilfe. Berlin 2007.
- Rainer **Hegselmann**, Reinhard **Merkel** (Hrsg.): Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2. Aufl. 1992, ISBN 3-518-28543-2 Im Anhang die Erklärung deutscher Philosophen zur „Singer-Affäre“.
- Eric **Hilgendorf**: Sterbehilfe und individuelle Autonomie. Erkundungen und Klärungsversuche auf vermintem Gelände. (PDF) In: Aufklärung und Kritik. Sonderheft 11, 2006, S. 31–39.
- Thomas Sören **Hoffmann**, Marcus Knaup (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Springer VS, 2015, ISBN 978-3-658-09776-9.
- **Jörg**, Antoine: Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung. Berlin 2004, ISBN 978-3-428-11179-4.
- Matthias **Kamann**: Todeskämpfe. Die Politik des Jenseits und der Streit um Sterbehilfe. Transcript Verlag, 2009, ISBN 978-3-8376-1265-3.
- Ulf **Kämpfer**: Die Selbstbestimmung Sterbewilliger: Sterbehilfe im deutschen und amerikanischen Verfassungsrecht. 2004 (Diss.), ISBN 3-428-11772-7.
- Thomas **Klie**, Johann-Christoph Student: Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma der Sterbehilfe. Herder, Freiburg 2007, ISBN 978-3-451-29657-4. (Neuveröffentlichung: Freiburg 2011 (PDF; 1 MB) (PDF; 1,0 MB))
- Walter **Jens**, Hans **Küng**: Menschenwürdig sterben. Piper, München 1995.
- Manfred von **Lewinski**: Ausharren oder gehen? Für und wider die Freiheit zum Tode. Olzog, München 2008.
- Manfred von **Lewinski**: Freiheit zum Tode? Annäherungen und Anstöße; Logos, Berlin 2012.
- Gita **Neumann** (Hrsg.): Suizidhilfe als Herausforderung. Alibri, Aschaffenburg 2012, ISBN 978-3-86569-084-5.
- Wolfgang **Putz**, Elke Gloor: Sterben dürfen. Hoffmann und Campe, Hamburg 2011, ISBN 978-3-455-50201-5.
- Stefanie **Schardien** (Hrsg.): Mit dem Leben am Ende. Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion in Europa zur Sterbehilfe. Edition Ruprecht, 2010, ISBN 978-3-7675-7123-5.
- Eva **Schumann**: Dignitas – Voluntas – Vita. Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht. Göttinger Antrittsvorlesung im Januar 2006, Universitätsverlag, Göttingen 2006, ISBN 3-938616-49-0; Volltext. (PDF; 0,5 MB) uni-goettingen.de
- Peter **Singer**: Praktische Ethik. Ditzingen 1994, ISBN 3-15-008033-9.
- Michael **Stolberg**: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2011, ISBN 978-3-940529-79-4, insbesondere S. 67–91 (Ethische Herausforderungen) und 153–178 (Ethische Kontroversen).
- Martin **Teising**: Das Phantasma grenzenloser Autonomie am Beispiel der Diskussion um den assistierten Suizid. In: Martin Teising, Arne Burchartz (Hrsg.): Die Illusion grenzenloser Verfügbarkeit. Über die Bedeutung von

Grenzen für Psyche und Gesellschaft (= Psyche und Gesellschaft). Psychosozial-Verlag, Gießen 2023, ISBN 978-3-8379-3260-7, S. 263–278, doi:10.30820/9783837961188-77.

- Oliver **Tolmein**: Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung. Bertelsmann, München 2006, ISBN 3-570-00897-5.

BÜNDNIS FÜR SELBSTSTIMMUNG AM LEBENSENDE unter Koordination von Ingrid Matthäus-Maie

<https://letzte-hilfe.de/>

<https://www.dghs.de/>

<https://dignitas.de/>

<https://www.giordano-bruno-stiftung.de/>

<https://www.sterbehilfe.de/>

„Berliner Appell – 10 Argumente für humane Sterbehilfe“ von 2022

https://letzte-hilfe.de/wp-content/uploads/BerlinerAppell_Suizidhilfe.pdf

Die Broschüre der Kampagne von 2015

https://letzte-hilfe.de/wp-content/uploads/Broschuere_LetzteHilfe_kl.pdf

Das wahre Leben - Oma und Opa planen ihren Tod (Podcasts in der ARD-Audiothek)

<https://www.eumans.eu/>

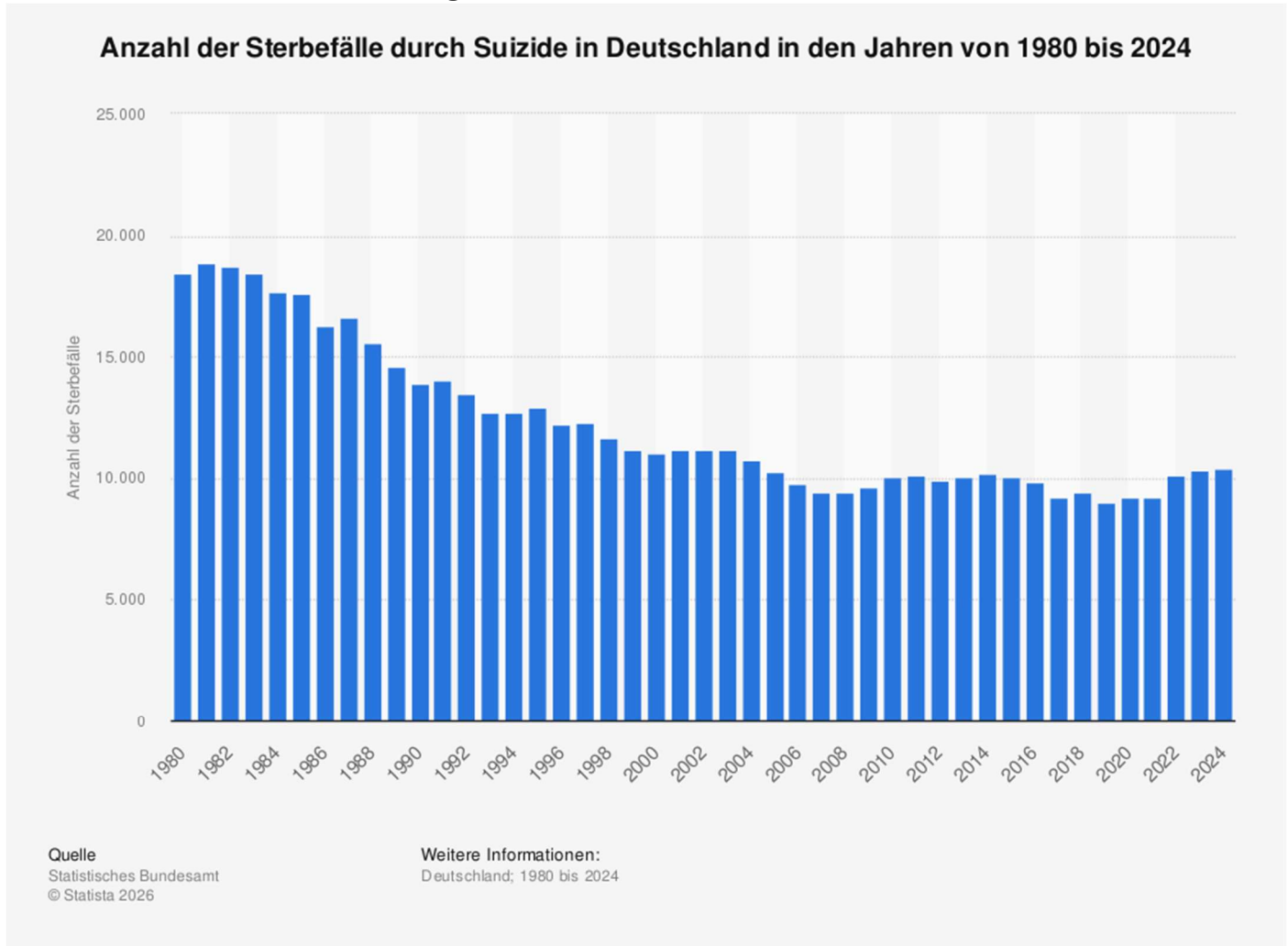
<https://www.ardaudiothek.de/episode/urn:ard:episode:eed7e4ebadca89af/>

Statistiken zu Suizid und Sterbehilfe

<https://de.statista.com/themen/40/selbstmord/#topicOverview>

Der Begriff Suizid oder auch Selbstmord, Selbsttötung oder Freitod beschreibt die absichtsvoll herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens (ICD-10: X60-X84). Dies kann sowohl aktiv durch die Ausführung einer bestimmten Handlung als auch passiv durch das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen geschehen. Die meisten Betroffenen sind Kranke, die in ihrer Verzweiflung keinen anderen Ausweg sehen, ihrem Leid zu entkommen, als sich aktiv das Leben zu nehmen.

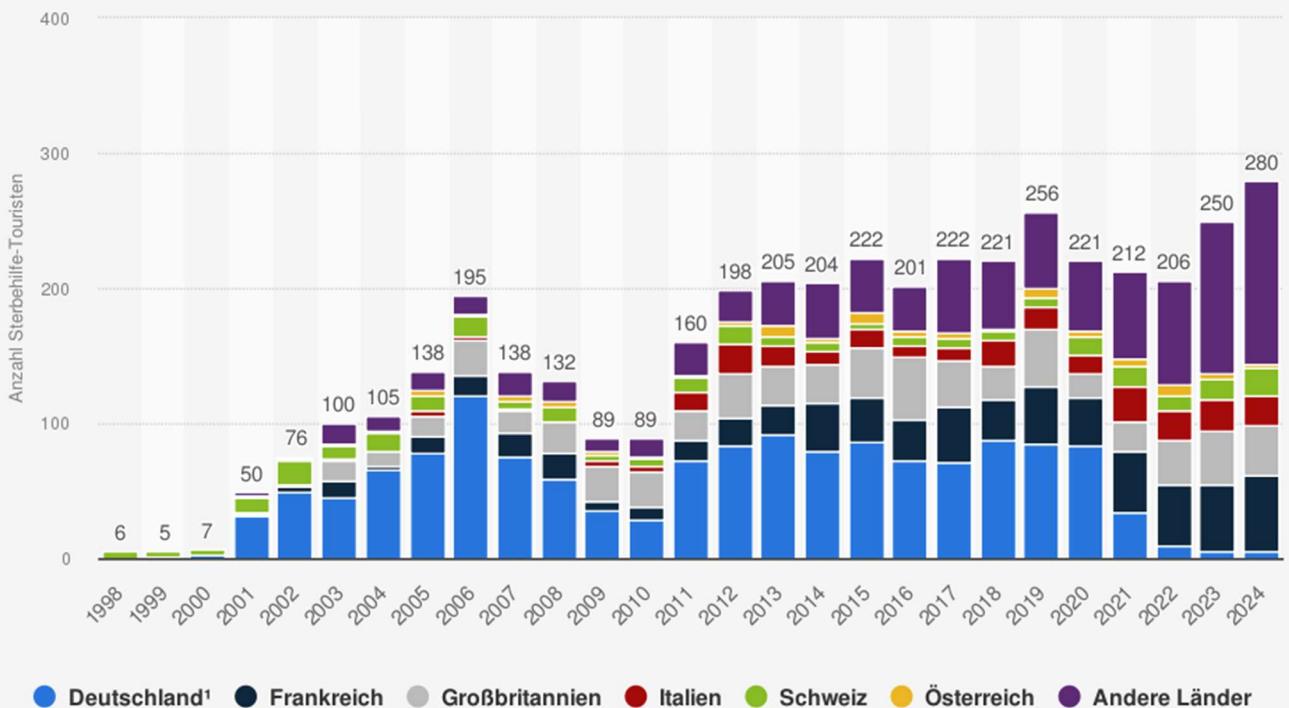
Jedes Jahr ca. 10.000 Selbsttötungen in Deutschland



Die aktuellen Fallzahlen liegen in Deutschland bei 10.304 Todesfällen im Jahr 2023. Damit hat sich der Wert nach einer deutlichen Steigerung Vorjahr erneut erhöht und klettert auf den höchsten Stand der letzten zwei Dekaden. Der Langzeittrend zeigt zwar eine deutliche Abwärtsbewegung - so hat sich die Summe der Suizide seit Beginn der Achtzigerjahre halbiert -, dennoch sterben jährlich noch deutlich mehr Menschen durch Suizid, als aufgrund von Verkehrsunfällen, Drogen und HIV zusammen. Dem Statistischen Bundesamt zur Folge dominiert unter den gewählten Methoden die Selbsttötung durch Erhängen, Strangulieren oder Erstickern, wobei der am häufigsten für Suizide gewählte Ort die eigene Wohnung ist. Männer begehen dabei über alle Altersgruppen hinweg signifikant häufiger Selbstmord als Frauen. Das statistische Durchschnittsalter von Selbstmördern lag für Frauen zuletzt bei 64 und für Männer bei 60,5 Jahren. Die Selbstmordrate beläuft sich im Bundesdurchschnitt auf 12,2 Suizide je 100.000 Einwohner und ist in den letzten zehn Jahren leicht gesunken. Im europäischen Vergleich der Selbstmordraten belegt die Bundesrepublik damit einen Platz im unteren Mittelfeld.

Sterbehilfe und assistierter Suizid

Anzahl der Sterbehilfe-Touristen in der Schweiz nach ausgewählten Herkunftsländern im Zeitraum der Jahre von 1998 bis 2024



Quelle
Dignitas
© Statista 2026

Weitere Informationen:
Schweiz; 1998 bis 2024; Freitodbegleitungen der Organisation Dignitas

Einen Sonderfall stellen die von Land zu Land gesetzlich unterschiedlich geregelten Formen der **Sterbehilfe** dar, mit der unheilbar oder schwerstkranken Patienten körperliches und seelisches Leid erspart werden soll. Die stark umstrittene und in Deutschland verbotene aktive Sterbehilfe bedeutet, den Tod eines Menschen durch fachkundige Behandlung zu erleichtern oder herbeizuführen. Unter passiver Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) werden demgegenüber verschiedenartige Hilfestellungen bzw. das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen verstanden. Vor dem Hintergrund national sehr unterschiedlicher Gesetze in diesem Bereich beobachten Experten das Phänomen des sogenannten Sterbehilfe-Tourismus in Länder mit liberalen Sterbehilfe-Gesetzen – in Europa vor allem die Niederlande, Belgien, Luxemburg und die Schweiz, die Sterbehilfe in unterschiedlichem Ausmaß legalisiert haben. So entschieden sich im Jahr 2023 über 230 Menschen nicht Schweizer Herkunft für die Möglichkeit einer ärztlich begleiteten Selbsttötung in der Schweiz.

Auch in Deutschland nimmt der öffentliche Druck zu, Sterbehilfe für unheilbar Kranke durch ein Gesetz verbindlich zu regeln. So kann sich die Mehrheit der Deutschen unter Umständen schwerster Krankheit vorstellen, dem eigenen Leben selbst ein Ende zu setzen. Und in einer Umfrage aus dem Jahr 2021 befürworteten rund 72 Prozent der Befragten die Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Im Februar 2020 urteilte das Bundesverfassungsgericht, dass in Deutschland der assistierte Suizid, also die Beihilfe zur Selbsttötung, ähnlich wie in den Benelux-Staaten, der Schweiz, einigen Staaten der USA und in Kanada straffrei sein soll.

Suizid in Deutschland nach Suizidmethode bis 2024

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/585/umfrage/selbstmordmethoden-in-deutschland-2006/>

Im Jahr 2024 haben sich deutschlandweit 10.372 Menschen das Leben genommen. Ähnlich den Vorjahren war mit rund 39 Prozent bzw. 4.037 Selbsttötungen Erhängen die mit Abstand verbreitetste Methode; gefolgt von Arzneimittel- bzw. Drogenmissbrauch mit 1.502 Suiziden und Sturz in die Tiefe mit 983 Suiziden. Die Suizidzahlen bewegen sich dabei in den letzten zehn Jahren auf einem relativ konstanten Niveau. Jahr für Jahr sterben in der Bundesrepublik zwischen 9.000 und 10.000 Menschen durch Selbsttötung - und damit mehr als aufgrund von Verkehrsunfällen, Drogen und HIV zusammen. Die Zahlen für das Jahr 2023 stechen dabei jedoch etwas heraus, da sich der Wert im zweiten Jahr in Folge auf den höchsten Stand der letzten zwei Dekaden erhöht hat.

Suizidzahlen langfristig rückläufig

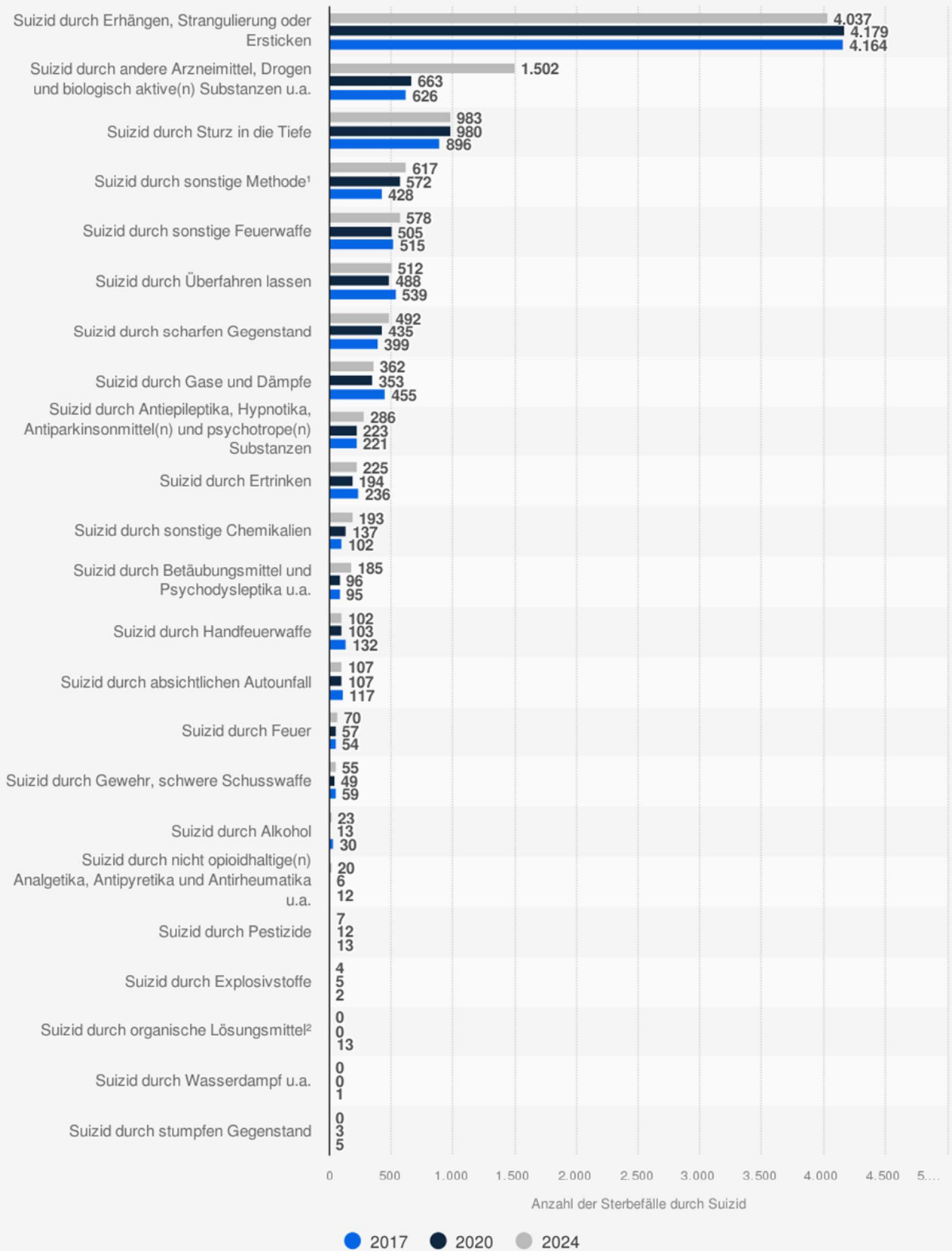
Der Langzeittrend hingegen zeigt eine deutliche Abwärtsbewegung: so hat sich die Summe der Suizide seit Beginn der Achtzigerjahre nahezu halbiert. Der Rückgang der Suizidzahlen lässt sich dabei weder auf eine einzige Ursache zurückführen, noch kann man den Anteil einzelner Maßnahmen exakt beziffern. Experten nennen jedoch effektivere Vorsorgemaßnahmen, eine verbesserte Aufklärung und eine gewachsene Sensibilität in der medialen Berichterstattung als Gründe für den Rückgang. Auch die Verkleinerung von Packungsgrößen schwerer Medikamente, sodass eine Selbsttötung mit dem Inhalt einer Packung ausgeschlossen ist, trägt zur Reduktion der Zahlen bei.

Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten

Die Suizidrate belief sich 2023 bundesweit auf 12,2 Suizide je 100.000 Einwohner. Damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede in der Geschlechter- und Altersverteilung. So bringen sich deutsche Männer mit 17,9 Suiziden je 100.000 knapp dreimal so häufig um wie Frauen (6,6 je 100.000). Auch steigen die Suizidraten mit voranschreitendem Alter deutlich an: liegen sie bis zum Alter von 50 Jahren unter dem Bundesdurchschnitt, steigen sie ab dem 70. Lebensjahr auf rund 18,5 je 100.000, um dann in der Altersgruppe der über 85-Jährigen auf über 41 je 100.000 anzusteigen.

Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Bundesministerium für Gesundheit, Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt) <https://www.gbe-bund.de/gbe/>

Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2017 bis 2024



Quelle
Statistisches Bundesamt
© Statista 2026

Weitere Informationen:
Deutschland; Statistisches Bundesamt; 2017 bis 2024