

## Rechtliche und ethische Überlegungen zur tiefen kontinuierlichen Sedierung

Grischa Merkel, Greifswald\*

### ABSTRACT

Im Gegensatz zur Gabe von möglicherweise todesbeschleunigenden Medikamenten zur Schmerzlinderung steht bei einer tiefen kontinuierlichen Sedierung nicht im Vordergrund, die Lebensqualität Sterbender zu verbessern. Unheilbar erkrankte Patienten, die ihr Leben als unerträglich empfinden, können sich vielmehr gezielt so sedieren lassen, dass sie bis zu ihrem Tode nichts mehr erleben. Wird dadurch aber der sichere verfrühte Tod herbeiführt, weil etwa keine Flüssigkeitsaufnahme mehr möglich ist, handelt es sich um eine (direkte) aktive Sterbehilfe. Stattdessen wäre regelmäßig eine Suizidhilfe möglich und erlaubt.

### A. Einleitung

Vor 20 Jahren wurde der Deutsche Bundestag vom 66. Deutschen Juristentag aufgefordert, die indirekte Sterbehilfe zu regeln. Zugleich wurde von den Juristen dafür plädiert, strafrechtliche und auch standesrechtliche Hürden aus dem Weg zu räumen, die es der Ärzteschaft jedenfalls erschwerten, Sterbewilligen beim Suizid zu helfen.<sup>1</sup> Der Deutsche Bundestag hat bekanntlich weder auf die eine noch auf die andere Forderung entsprechend reagiert. Stattdessen trat vor etwa 10 Jahren kurzzeitig ein strafbewehrtes Verbot in Kraft, das die „Geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid“ nicht nur Sterbehilfevereinen, sondern auch gleich der Ärzte-

---

\* Prof. Dr. Grischa Merkel ist Inhaberin des Lehrstuhls für Strafrecht, insb. Medizinstrafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie der Universität Greifswald.  
Kontakt: [grischa.merkel@uni-greifswald.de](mailto:grischa.merkel@uni-greifswald.de).

<sup>1</sup> Noske ZRP 2006, 232, 233.



schaft untersagte.<sup>2</sup> Im Jahr 2020 wurde dieses Verbot vom BVerfG allerdings für nichtig erklärt, weil das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie nicht nur ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben, sondern auch die Freiheit umfasse, hierfür auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen.<sup>3</sup> Nach einem gescheiterten Anlauf von Abgeordneten des Deutschen Bundestages im Jahr 2023<sup>4</sup> wird nun bereits ein weiterer Versuch unternommen, den assistierten Suizid zu regeln.<sup>5</sup> Eine Regelung der indirekten Sterbehilfe ist hingegen nie in Angriff genommen worden.

Sowohl bei der indirekten Sterbehilfe als auch beim ärztlich assistierten Suizid verstirbt der Patient im Regelfall an einem oder mehreren Medikamenten. Allerdings werden diese Medikamente bei der indirekten Sterbehilfe zur Schmerz- oder Leidlinderung verabreicht – der Tod tritt lediglich als Nebenfolge ein –, während die Medikamente beim Suizid zur Herbeiführung des Todes eingenommen werden. Das mag die Aktivität des Gesetzgebers in diesem und die Passivität in jenem Fall vielleicht begründen. Andererseits wird bei der indirekten Sterbehilfe *fremdes* Leben getötet, was mit Blick auf die §§ 212, 216 StGB grundsätzlich begründungsbedürftig ist. Wohingegen die Hilfe beim Suizid schon deshalb straflos ist, weil der Suizid in der Entscheidung des Einzelnen liegt, also keine fremden Rechtsgüter verletzt. Es ist deshalb auch nicht seine Straffreiheit begründungsbedürftig, sondern im Gegenteil müsste mit dem BVerfG eine etwaige Regelung zwingend so beschaffen sein, „dass sie dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belässt“<sup>6</sup>. Politisch gerungen wird also um etwas grundsätzlich Straffloses, während dasjenige, das sich seit jeher auf dem schmalen Grat zwischen erlaubter und verbotener Tötung bewegt und lange bekannte

---

<sup>2</sup> BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15, Rn. 310, 336 (juris).

<sup>3</sup> BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15, Rn. 209 ff. (juris).

<sup>4</sup> *Deutscher Bundestag*, Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab, [www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918](http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026).

<sup>5</sup> Deutsches Ärzteblatt v. 2.6.2025, [www.aerzteblatt.de/news/bundestagsabgeordnete-arbeiten-an-neuem-gesetz-zur-suizidhilfe-9b6f5540-c23a-4523-acff-20a3983ed449](http://www.aerzteblatt.de/news/bundestagsabgeordnete-arbeiten-an-neuem-gesetz-zur-suizidhilfe-9b6f5540-c23a-4523-acff-20a3983ed449) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026).

<sup>6</sup> BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15, Rn. 341 (juris).

Missbrauchsgefahren mit sich bringt,<sup>7</sup> trotz fehlender gesetzlicher Verankerung gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz erfährt.<sup>8</sup>

Durch die sog. palliative Sedierung hat sich dieser schmale Grat in den letzten 30 Jahren zu einem beachtlichen „Graubereich“<sup>9</sup> ausgeweitet, wobei diese Maßnahme im Grundsatz zwar medizinisch anerkannt ist, aber auch ethische wie rechtliche Fragen aufwirft.<sup>10</sup> Es geht daher im Folgenden nicht um Missbrauchsfälle, für die der Zugang zu den Schmerzmedikamenten sowie zu den Patienten lediglich genutzt wird, um Tötungsdelikte zu begehen, und die oft erst nach längerer Zeit (und entsprechend vielen Opfern) aufgedeckt werden.<sup>11</sup> Vielmehr soll vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Palliativmedizin der Frage nachgegangen werden, ob bei bestimmten Praktiken, die wohl überwiegend jedenfalls im wohlverstandenen Patienteninteresse stattfinden, der an sich zulässige Bereich indirekter Sterbehilfe verlassen wird. Dazu werden zunächst die Veränderungen mit Blick auf die vormals geführte Debatte um die indirekte Sterbehilfe aufgezeigt und in die wesentlichen Begrifflichkeiten und Voraussetzungen der palliativen Sedierung eingeführt, soweit dies in Anbetracht der bestehenden Unklarheiten möglich ist. Anschließend sollen ethische und rechtliche Bedenken speziell der tiefen kontinuierlichen Sedierung auch unter Berücksichtigung der Option des ärztlich assistierten Suizids erörtert werden.

---

<sup>7</sup> Dazu *van der Maas et al.* The Lancet 1991, 669, 672; *Wöretshofer* in Schumpelick (Hrsg.), *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde – Ein deutsch-niederländischer Dialog*, 2003, 169, 182; s. auch *Alt-Epping* in Bormann (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen*, 2017, 543, 547; *G. Merkel*, *Behandlungsabbruch und Lebensschutz*, 2020, S. 239 ff.

<sup>8</sup> Dies zeigt sich eindrücklich, wenn man die (fehlenden) Maßstäbe beachtet, die der BGH an eine mögliche versuchte Tötung im palliativ-medizinischen Kontext angelegt hat (Beschl. v. 26.5.2020, 2 StR 434/19).

<sup>9</sup> *Alt-Epping* (Fn. 7), S. 547.

<sup>10</sup> Ein Überblick über offene Fragen findet sich bei *Alt-Epping et al.* *Ethik Med* 2015, 219 ff.; vgl. auch *Kudlich* *ZfL* 2023, 491, 500.

<sup>11</sup> Vgl. dazu noch *Schöch* *NStZ* 1997, 409, 410; *Verrel* *MedR* 1997, 249, jeweils bezogen auf den Fall, der BGHSt 42, 301 ff. zugrunde lag, sowie *Schöch/Verrel et al.* *GA* 2005, 553, 576 ff., zusätzlich unter Hinweis auf einen seinerzeit aktuellen Fall möglichen achtfachen Totschlags durch eine Ärztin. Auch heute sind es Einzelfälle, in denen zumeist Pflegekräfte sich offenbar berufen fühlen, über das Leben der ihnen anvertrauten Patienten zu entscheiden, die die mediale Aufmerksamkeit erregen, vgl. dazu nur [www1.wdr.de/nachrichten/missbrauch-in-der-pflege-verhindern-100.html](http://www1.wdr.de/nachrichten/missbrauch-in-der-pflege-verhindern-100.html) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026).

## B. Indirekte Sterbehilfe – früher und heute

Anfangs wurden die Grenzen einer indirekten Sterbehilfe vom BGH denkbar eng gefasst. So heißt es in der maßgebenden Dolantin-Entscheidung aus dem Jahr 1996:

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, daß sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“<sup>12</sup>

Dieser begrenzte Rahmen<sup>13</sup> wurde den Realitäten in mancherlei Hinsichten nicht gerecht, die u.a. von Roxin prägnant hervorgehoben werden: Zum einen dürften unheilbar Kranken nicht nur deshalb lebensverkürzende Schmerzmedikamente verwehrt werden, weil sie nicht unmittelbar sterbend seien. Zum weiteren dürfe es nicht nur um Schmerzlinderung gehen, vielmehr sollte auch für Leidlinderung eine Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen sein, wenn der unheilbar Kranke dies befürworte. Schließlich sei die vom BGH vorausgesetzte Vorsatzform kritikwürdig, sofern diese nicht lediglich als unbeabsichtigte, sondern als unwissentliche Herbeiführung des Todes zu verstehen sei. Denn auch im Fall einer wissentlichen Herbeiführung eines verfrühten Todes dürfe die erforderliche und vom Patienten befürwortete Schmerz- oder Leidlinderung nicht versagt werden.<sup>14</sup>

Inzwischen ist es etablierte Praxis, dass die indirekte Sterbehilfe nicht mehr nur bei Sterbenden Anwendung findet, bei denen sich ohnehin die Frage kausaler Verursachung der Todesfolge stellt,<sup>15</sup> sondern auch bei unheilbar erkrankten Patienten im fortgeschrittenen Stadium, meist einer Tumorerkrankung.<sup>16</sup> Außerdem umfasst die Palliativversorgung neben der Schmerztherapie, bei der der rechtliche Fokus auf der Dosierung

<sup>12</sup> BGHSt 42, 301, 305; 46, 279.

<sup>13</sup> Befürwortend *Dölling* JR 1998, 160, 162.

<sup>14</sup> *Roxin* in *Roxin/Schroth* (Hrsg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, 4. Aufl. 2010, S. 75, 88 ff. m.w.N.

<sup>15</sup> Vgl. BGH NStZ 2020, 29, 30; BGH NStZ 2021, 164. Eine etwaige Strafbarkeit wegen versuchten Totschlags schließt dies indes nicht aus, dazu *G. Merkel* NStZ 2021, 166, 167.

<sup>16</sup> *Henking*, in *Nomos Kommentar Medizinstrafrecht*, 1. Aufl. 2023, § 212 StGB Rn. 45; *Schneider*, in *Münchener Kommentar StGB*, 5. Aufl. 2025, Vor § 211 Rn. 118 m.w.N. In diesem Sinne wohl schon BGH, Urt. v. 7.2.2001 – 5 StR 474/00, Rn. 8 (juris): „tödlich Kranken“; ähnlich BVerwG, Urt. v. 2.3.2017 – 3 C 19/15, Rn. 21 (juris), das die indirekte Sterbehilfe gleichzeitig allerdings als „Hilfe beim Sterben“ einordnet und nur im Zusammenhang mit Behandlungsabbrüchen eine Einleitung des (noch nicht begonnenen) Sterbeprozesses für rechtlich möglich hält.

der eingesetzten Opiate liegt, schon seit längerem auch die sog. palliative bzw. gezielte Sedierung zur Linderung schweren Leids<sup>17</sup> mittels Medikamenten wie insb. Benzodiazepinen (z.B. Midazolam) und Narkotika (z.B. Propofol).<sup>18</sup>

### C. Palliative Sedierung

In den im Jahr 2024 überarbeiteten Rahmenvorgaben der European Association for Palliative Care (im Folgenden: EAPC) werden die Ziele palliativer Sedierung darin gesehen, „to relieve refractory suffering through the monitored proportional use of medications intended to reduce consciousness in patients with life-limiting disease“<sup>19</sup>. Die sozialen und ethischen Implikationen der palliativen Sedierung erforderten die besondere Berücksichtigung bei Patienten, An- und Zugehörigen sowie Behandelnden.<sup>20</sup> Bewusst ausgeklammert ist ein spezifischer Zeitraum der Anwendung palliativer Sedierung, zumal über die Definition des „finalen Stadiums“ einer Erkrankung unter den Palliativmediziner\*innen kein Konsens zu erzielen ist.<sup>21</sup> Leid – ein ebenfalls nicht abschließend geklärter Begriff<sup>22</sup> – kann sich beispielsweise in Zuständen wie Dyspnoe (Atemnot), schwerer innerer Unruhe, panikartigen Angstzuständen, anhaltender Übelkeit und Erbrechen sowie lebensbedrohlichen Blutungen zeigen.<sup>23</sup> Sind diese Symptome für den Patienten unerträglich<sup>24</sup> und lassen sie sich mit konventionellen Methoden nicht behandeln, so spricht man von therapieresistenten Symptomen.<sup>25</sup> Meist entsteht unerträgliches Leid für den Patienten durch das Vorliegen mehrerer physiologischer Symptome. Psychisches Leid – das teilweise als existenzielles Leid bezeichnet wird, wenn es der Hoffnungs- und Ausweglosigkeit der Gesamtsituation entspringt –

---

<sup>17</sup> Schneider et al. Z Palliativ Med 2025, 14; Kopp Z Palliativ Med 2026, 17.

<sup>18</sup> Vgl. Ostgathe et al., Handlungsempfehlung. Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung, S. 29, abrufbar unter: [www.dgpalliativmedizin.de/images/210422\\_Broschuere\\_SedPall\\_Gesamt.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/210422_Broschuere_SedPall_Gesamt.pdf) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026); Alt-Epping et al. Ethik Med 2015, 219, 223 m.w.N.

<sup>19</sup> Surges et al. Palliat Med 2024, 213, 221.

<sup>20</sup> Surges et al. Der Schmerz 2024, 1, 2.

<sup>21</sup> Surges et al. Palliat Med 2024, 213, 219 f.

<sup>22</sup> Dazu Bozzaro/Schildmann JPSM 2018, 288 ff.

<sup>23</sup> Kopp Z Palliativ Med 2026, 16.

<sup>24</sup> Wie dies zu bestimmen wäre, ist ebenfalls unklar, s. Alt-Epping et al. Ethik Med 2015, 219, 222.

<sup>25</sup> Surges et al. Der Schmerz 2024, 1, 2.

kann hinzukommen, soll aber auch für sich genommen eine Indikation begründen können.<sup>26</sup>

Im Gegensatz zu den EAPC-Rahmenvorgaben verzichtet die sog. SedPall-Gruppe, ein deutscher interdisziplinärer Forschungsverbund, bei der Definition einer palliativen Sedierung weitgehend auf eine Festlegung von spezifischen Indikationen und anderen Voraussetzungen für die Sedierung, damit die Terminologie in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen rechtlichen und ethischen Normen anwendbar bleibt.<sup>27</sup> Klargestellt wird allerdings auch hier, dass es sich weder um eine durch die Krankheit bzw. den Sterbeprozess hervorgerufene Bewusstseinstörung oder Bewusstlosigkeit handelt, noch, dass diese als bloße Nebenfolge eines Medikaments auftritt. Eine gezielte palliative Sedierung ist vielmehr eine medizinische Intervention, die darauf *gerichtet* ist, das Bewusstsein des Patienten zu trüben oder auszuschalten.<sup>28</sup> In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurden von der SedPall-Gruppe außerdem konkrete Handlungsempfehlungen formuliert.<sup>29</sup> Daneben hat auch die Arbeitsgruppe Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin eigene Empfehlungen veröffentlicht,<sup>30</sup> auf die zurückzukommen sein wird.

Ob die unterschiedlichen Empfehlungen zur palliativen Sedierung sinnvoll sind, sei dahingestellt.<sup>31</sup> Da einer neueren Studie zufolge nationale und internationale Definitionen von beruflich mit der Palliativversorgung befassten Personen aber ohnehin eher zufällig korrekt bestimmten Situationen zugeordnet werden,<sup>32</sup> spielt die Kenntnis der Definitionen und Empfehlungen der palliativmedizinischen Fachgesellschaften für die berufliche Praxis offenbar nur eine untergeordnete Rolle.<sup>33</sup> Wenn allerdings schon diese wenig bekannt sind, dann sind die rechtlichen

---

<sup>26</sup> Surges *et al.* Der Schmerz 2024, 1, 2 m.w.N.

<sup>27</sup> So Surges *et al.* Der Schmerz 2024, 1, 2.

<sup>28</sup> Ostgathe *et al.* BMC Palliative Care 2023, 2/14; vgl. auch Kremling *et al.* J Palliat Med 2022, 793 ff.; Schneider *et al.* Z Palliativ Med 2025, 14 ff.

<sup>29</sup> Ostgathe *et al.* (Fn. 18).

<sup>30</sup> Neitzke *et al.* Ethik Med 2010, 139 ff.

<sup>31</sup> Zu den insgesamt vertretenen unterschiedlichen Definitionen s. Kremling/Schildmann BMC Palliative Care 2020, 5–12, 15/19, die als gemeinsamen Nenner lediglich „vermindertes Bewusstsein“ ausmachen konnten.

<sup>32</sup> Kremling *et al.* J Palliat Med 2024, 487, 490 f.

<sup>33</sup> Eine ähnliche Studie wurde bereits im Jahr 2014 in Deutschland durchgeführt, damals zeigte sich, dass 36,2 % der Befragten internationale und nationale Empfehlungen nicht zuordnen konnten, auch existierten kaum Werkzeuge der Evaluation und Dokumentation, s. Klosa *et al.* Support Care Cancer 2014, 2621 ff.

Voraussetzungen vielleicht noch weniger bekannt. Beunruhigend ist insoweit, dass von einem Viertel der Befragten nicht erkannt wurde, dass in einem Fall offenkundigen ärztlichen Fehlverhaltens (Verzicht auf Aufklärung und Einwilligung des Patienten) eine wesentliche Voraussetzung der EAPC-Definition fehlt,<sup>34</sup> die palliative Sedierung also von den Befragten als in Übereinstimmung mit der EAPC-Definition und damit wohl auch als rechtlich zulässig erachtet wurde.

#### **D. Tiefe kontinuierliche Sedierung**

Im Folgenden soll nur die palliative Sedierung in Form der tiefen kontinuierlichen Sedierung (kurz: TKS) interessieren. Diese beendet das bewusste Leben eines Menschen: Die Sedierung soll „tief“ sein, um sicherzustellen, dass der Patient nichts mehr erlebt, und sie ist „kontinuierlich“, d.h. sie wird nicht unterbrochen oder von vornherein begrenzt. Sie dauert an, bis der Patient verstirbt. Hat die TKS auf den natürlichen Todeseintritt keinerlei Einfluss, handelt es sich bereits terminologisch nicht um eine Tötung, sondern lediglich um eine Hilfe beim Sterben bzw. Sterbebegleitung.<sup>35</sup> Sobald der Todeseintritt durch Dritte jedoch dergestalt beeinflusst wird, dass er verfrüht eintritt bzw. die Sterbephase verkürzt wird, findet grundsätzlich das Strafrecht Anwendung. Man spricht im medizinischen Kontext auch von „Hastened Death“ bzw. beschleunigtem Tod.<sup>36</sup> Ausnahmen hiervon sind der Abbruch lebenserhaltender Behandlungen und die bereits erwähnte sog. indirekte Sterbehilfe, wobei diese Ausnahmen immer unter dem Vorbehalt eines entsprechenden Patientenwillens stehen.<sup>37</sup>

#### **I. Ethische Erwägungen**

Das mögliche Versterben eines Patienten durch die Medikamentengabe eines Arztes wird in der Medizinethik traditionell als moralisch gutes Handeln angesehen, wenn der vom Arzt beabsichtigte Zweck der Medikamentengabe ein positiver ist und nur auf diese Weise erreicht werden

---

<sup>34</sup> *Kremling et al.* J Palliat Med 2024, 487, 492.

<sup>35</sup> Vgl. *Otto* NJW 2006, 2017, 2018.

<sup>36</sup> Einer Studie zufolge wird Schmerzlinderung und Sedierung in der Palliativversorgung von Patienten als „hastened death“ angesehen, teilweise sogar als „slow euthanasia“, s. *Young et al.* Ann Palliat Med 2021, 3563 ff.

<sup>37</sup> BGH Urt. v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 34 (juris).

kann (sog. Doktrin der Doppelwirkung).<sup>38</sup> Ist das Handeln des Arztes also auf Gesundheit und Wohlergehen unter Berücksichtigung von Autonomie und Würde des Patienten gerichtet,<sup>39</sup> dann macht auch die unbeabsichtigte schlechte *Folge* eines möglicherweise vorzeitigen Versterbens des Patienten die Handlung nicht zu einer moralisch falschen. Wird das Herbeiführen des Todes hingegen zum *Mittel* der Schmerzbekämpfung, kann es nicht mehr mit der Doktrin der Doppelwirkung begründet werden.<sup>40</sup>

Da es in der Palliativmedizin primär um das Wohlergehen unheilbar erkrankter Patienten geht, spricht zunächst nichts dagegen, dass Ärzte sich nicht nur für die Schmerzbehandlung (die auch Leidbehandlung ist) zuständig fühlen, sondern auch für die Behandlung anderer schwer belastender Symptome, soweit diese medizinisch behandelbar sind. Daher scheint die angestrebte Linderung therapierefraktärer Symptome bei gleichzeitig möglicher Lebensverkürzung durch palliative Sedierung<sup>41</sup> zunächst nichts an der ethischen und rechtlichen Ausgangssituation einer indirekten Sterbehilfe zu ändern.<sup>42</sup> Betrachtet man indes die Unterschiede in den Lebenssituationen, die den Begriff der indirekten Sterbehilfe ursprünglich geprägt haben und auf die er heute erstreckt wird, erwachsen Zweifel. So beschreibt Otto im Jahr 2006 die indirekte Sterbehilfe wie folgt:

„Sie ermöglicht es dem Betroffenen, als Person zu sterben, nicht aber als ein nur noch vom Schmerz beherrschtes Wesen, das sich seiner selbst nicht mehr bewusst werden kann.“<sup>43</sup>

Die TKS verhindert indes gerade diese Bewusstwerdung. Das Ziel einer TKS ist daher auch nicht „der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität“<sup>44</sup>, mit denen Palliativversorgung üblicherweise in Verbindung

<sup>38</sup> Siehe May in Neuhäuser/Raters/Stoecker (Hrsg.), Handbuch Angewandte Ethik, 2. Aufl. 2023, S. 773, 774. Zur Kritik daran Stoecker in Neuhäuser/Raters/Stoecker (Hrsg.), Handbuch Angewandte Ethik, 2. Aufl. 2023, S. 223, 228.

<sup>39</sup> Angelehnt an die Deklaration von Genf der World Medical Association, Oktober 2017, [www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesärztekammer\\_Deklaration\\_von\\_Genf\\_04.pdf](http://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesärztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026).

<sup>40</sup> Vgl. Ostgathe et al. (Fn. 18), S. 15 zur palliativen Sedierung.

<sup>41</sup> Einschließlich psychischer Leiden: Nauck et al. Dtsch. Ärztebl. 2014, A 67 ff.; Surges et al. Der Schmerz 2024, 1, 3; Ostgathe et al. (Fn. 18), S. 15.

<sup>42</sup> Vgl. NK/MedizinStR-Henking (Fn. 16), StGB § 212 Rn. 58, 59.

<sup>43</sup> Otto NJW 2006, 2217, 2221; ähnlich Ingelfinger, Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots, 2004, S. 273: Das Leben werde durch die Medikation zu einem „subjektiv erlebbaren Gut“.

<sup>44</sup> So aber die DGP in ihrer Stellungnahme vom 12.3.2019, S. 2, abrufbar unter: [www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Stellungnahme\\_Verhandlung\\_BVerfG\\_120319.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Stellungnahme_Verhandlung_BVerfG_120319.pdf) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026); vgl. auch die Definition von palliativer Pflege der International Association for Hospice



gebracht wird. Richtig ist zwar, dass Patienten infolge einer TKS nicht mehr leiden. Dadurch wird aber kein Wohlergehen bewirkt, sondern die Abwesenheit jeglichen Erlebens. Das ist etwa so, als wollte man körperliche Schmerzen damit bekämpfen, dass man das Leben beendet, weil ein Toter keinen Schmerz mehr spürt.<sup>45</sup>

Die TKS beendet das Leben damit in einer anderen und vielleicht sogar problematischeren Hinsicht, wenn der Patient durch eine gezielte Handlung des Arztes aufhört, als bewusstes und autonomes Wesen oder, um mit Otto zu sprechen, als „Person“ zu existieren.<sup>46</sup> Denn sowohl die ethische Einordnung des Mittels als auch dessen Proportionalität zur angestrebten Folge verändern sich: Für die Linderung schweren Leids wird zwar auch weiterhin das verfrühte Ende des biologischen Lebens in Kauf genommen, hinzu kommt nun aber das beabsichtigte Ende des bewussten Lebens als *Mittel* (nicht als unbeabsichtigte Nebenfolge!) zur Beendigung schweren Leids. Dies kann allenfalls dann noch als „gut“ bewertet werden, wenn der Tod „schlechter“ wäre als eine Existenz ohne Erleben. Da diese Wertung keineswegs unmittelbar einleuchtet, wäre diese Relation ebenso klärungsbedürftig wie die Frage, ob die Herbeiführung dauernder Bewusstlosigkeit überhaupt ein legitimes Ziel medizinischer Behandlung sein kann.<sup>47</sup>

Der Zustand dauernder Bewusstlosigkeit wirft darüber hinaus eine Reihe weiterer ethischer Probleme auf, die bislang kaum diskutiert werden: Was wäre etwa, wenn bei einem Krankenhausbrand nicht alle Patienten gerettet werden könnten – dürfte man diejenigen zurücklassen, die ihr Versterben nicht mehr erleben, um den anderen ein qualvolles Verbrennen zu ersparen? Und was wäre, wenn die Geräte zur Überwachung der Vitalparameter während einer TKS dringend andernorts benötigt würden – dürfte man sie dann dort einsetzen, wo ebenfalls Leben – aber

---

and Palliative Care (IAHPC), 2019, <https://iahpc.org/what-we-do/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/> (zuletzt abgerufen am 7.6.2026). An anderer Stelle geht es darum, „Menschen im Sterben mehr Leben zu geben“, s. Nauck et al. Dtsch. Ärztebl. 2014, A 67 ff., oder „eine möglichst hohe Lebensqualität unter größtmöglicher Selbstbestimmung zu gewährleisten“, DGP, Arbeitskreis Palliativpflege, [www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/ag%20Pflege%20Leitbild.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/ag%20Pflege%20Leitbild.pdf) (zuletzt abgerufen am 7.6.2026).

<sup>45</sup> Rechtlich und ethisch ist dies durchaus vertretbar, vgl. R. Merkel, FS-Schroeder, 2006, 297, 311 f., allerdings nicht mit der Doktrin von der Doppelwirkung.

<sup>46</sup> Teilweise wird in diesem Kontext auch von einem „sozialen Tod“ gesprochen., s. Janssens et al. J Med Ethics 2012, 664, 665.

<sup>47</sup> So sind organprotektive Maßnahmen in der Schweiz unzulässig, wenn sie „dazu führen können, dass die spendende Person in einen dauernden vegetativen Zustand gerät“ (vgl. Art. 10 VII lit. b Transplantationsgesetz). – Besser tot als dauernd bewusstlos, ließe sich folgern.

nicht ohnehin todgeweihtes – gerettet werden könnte? Es ist keineswegs so, dass diese Fragen nur im palliativmedizinischen Kontext auftreten. Hier entfalten sie aber eine besondere Brisanz, weil ein Dritter den Zustand vorsätzlich hervorgerufen und damit eine besondere Verpflichtung gegenüber den nun gänzlich hilfsbedürftigen Patienten hat.

## II. Rechtliche Erwägungen

Wird eine TKS durchgeführt, ist aber auch rechtlich fraglich, ob es sich noch um eine straflose indirekte Sterbehilfe handelt. Schon mit Blick auf das soeben Gesagte werden Überlegungen, die bereits die Tatbestandsmäßigkeit einer Tötung (auf Verlangen) wegen „erlaubter Gefahrschaffung“ oder mit Blick auf den „sozialen Handlungssinn“ verneinen,<sup>48</sup> noch zweifelhafter als bislang bereits: Weder hält sich das Versetzen eines Patienten in den Zustand dauernder Bewusstlosigkeit im Rahmen des (fraglos) Erlaubten noch ist der soziale Handlungssinn damit offensichtlich auf für den Patienten sinnvolle Folgen gerichtet. Auch Notstandserwägungen müssten in Anbetracht der veränderten Abwägung neu ausgerichtet werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die TKS keineswegs nur faktisch bewirkt, dass der Patient das Bewusstsein und damit auch die Möglichkeit verliert, das Behandlungsgeschehen nach seinem Willen zu lenken. Ist das Bewusstsein ausgeschaltet oder so weit getrübt, dass das Geschehen nicht mehr beeinflusst werden kann, verliert der Patient rechtlich gesprochen auch die Tatherrschaft. Diese hat stattdessen der Arzt inne, der die Sedierung eingeleitet hat, sie fortführt und überwacht.

Da ein bewusstloser Patient nicht mehr selbständig Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen kann, gerät die dann unter Umständen fehlende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr als Todesursache bei Patienten in den Blick, die zuvor Nahrung und Flüssigkeit aufgenommen haben.<sup>49</sup> Mit der SedPall-Gruppe ist eine Sedierung zwar so zu überwachen, dass „die *Sedierungsmedikation* nicht zum Tod der Patientin/des Patienten führt“<sup>50</sup>. Berücksichtigt wird jedoch nicht, dass eine Sedierung, die in dem sicheren Wissen vorgenommen wird, dass der Patient dadurch keine lebenserhaltenden Handlungen mehr ausführen kann, aufgrund der Tatherrschaft des Arztes selbst bereits eine kausale und zurechenbare Tötung

<sup>48</sup> Nachweise dazu bei MüKo/StGB-Schneider (Fn. 16), Vor § 211 Rn. 122.

<sup>49</sup> Siehe Alt-Epping et al. Eth Med 2015, 219, 226.

<sup>50</sup> Ostgathe et al. (Fn. 18), S. 16 – Hervorhebung d. Verf.

darstellen kann. Andererseits ist es nicht das Ziel der Palliativmedizin, einen tödlich Erkrankten möglichst lange am Leben zu halten, sondern das verbleibende Leben für den Patienten so erträglich wie möglich zu gestalten. Ist dies nur unter Ausschaltung des Bewusstseins möglich, gibt es keinen vernünftigen Grund, diesen Prozess so lange wie möglich hinauszuzögern, also einen Patienten gegebenenfalls etwa zu reanimieren. Wie man sich das Prozedere bei einem möglichen Todeseintritt vorzustellen hätte, bleibt wohl auch deshalb vage:

„Im Fall der Erhebung von Vitalparametern ist festzulegen, ab welchen Grenzwerten der erhobenen Parameter Konsequenzen gezogen werden, und welche dafür in Betracht kommen.“<sup>51</sup>

Die Arbeitsgruppe Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin empfiehlt denn auch, bei einer TKS auf Ernährung und Hydrierung zu verzichten.<sup>52</sup> Seien lebenserhaltende Therapiemaßnahmen ohne Nutzen für den Patienten, da sie sein Leiden und Sterben lediglich verlängerten, gebe es auch keine Indikation für sie.<sup>53</sup> Leidet der Patient infolge einer TKS nicht mehr, wird durch künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr allerdings auch kein Leiden hervorgerufen oder verlängert, weshalb der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen hierauf nicht gestützt werden kann.<sup>54</sup> Nutzlos werden diese allenfalls durch die TKS und auch nur dann, wenn dadurch das Sterben eingeleitet werden soll. Die Empfehlungen der EAPC und der SedPall-Gruppe sehen im Gegensatz dazu zwar jeweils eine gesonderte Entscheidung über die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr vor.<sup>55</sup> Hintergrund hierfür scheinen allerdings nicht rechtliche Erwägungen in Anbetracht eines möglicherweise verfrühten Todeseintritts zu sein, sondern etwaige religiöse oder kulturelle Vorbehalte der Patienten, die Berücksichtigung finden sollen.<sup>56</sup> In Anbetracht des Umstands, dass man in diesem Zusammenhang von der TKS auch als „slow euthanasia“ spricht,<sup>57</sup> erscheint dies durchaus angemessen.

---

<sup>51</sup> Ostgathe et al. (Fn. 18), S. 31.

<sup>52</sup> Neitzke et al. Ethik Med 2010, 139, 142; kritisch Alt-Epping et al. Eth Med 2015, 219, 225 f.

<sup>53</sup> Neitzke et al. Ethik Med 2010, 139, 140.

<sup>54</sup> Dazu bereits G. Merkel (Fn. 7), S. 423 ff.

<sup>55</sup> Surges et al. Palliat Med 2024, 213, 224; so auch Ostgathe et al. BMC Palliative Care 2023, 10/14.

<sup>56</sup> Surges et al. Der Schmerz 2024, 5.

<sup>57</sup> Alt-Epping et al. Eth Med 2015, 219, 225; vgl. auch Fn. 36; selbst im Handbuch der Palliativversorgung der Internationalen Vereinigung für Hospiz- und Palliativversorgung wird „die Anwendung von ‚terminaler Sedierung‘ (mit der Intention, Patienten im Zustand der Bewusstlosigkeit zu belassen,

So gaben in einer niederländischen Studie zur palliativen Sedierung, die als TKS ohne Aufrechterhaltung künstlicher Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr beschrieben wird, nur 36 % der Ärzte an, dass sie keine Lebenszeitverkürzung beabsichtigt hätten. Hingegen handelten 47 % der Ärzte auch mit dieser Intention und 17 % sogar genau deswegen.<sup>58</sup> Einer Umfrage in belgischen Pflegeheimen zufolge berichteten 37 % der Mediziner, dass sie bei einer TKS das frühere Ableben des Patienten intendierten. Zum Teil geschah dies, weil man das Prozedere bei einer legalen aktiven Sterbehilfe vermeiden wollte, zum Teil, weil die Patienten die Sedation bevorzugten, zum Teil aber auch, weil in den Pflegeheimen eine legale aktive Sterbehilfe nicht gestattet war.<sup>59</sup> Rechtlich entscheidend ist indes nicht die Intention des Mediziners: Kann Leiden nur verhindert werden, indem – mit Einwilligung des Patienten – Leben verkürzt wird, bleibt die Tötungshandlung ganz unabhängig von subjektiven Einstellungen objektiv geboten.<sup>60</sup> Hingegen steht einer vermeidbaren Lebensverkürzung durch den Arzt in Deutschland § 216 StGB entgegen, und vermeidbar ist eine Lebensverkürzung dann, wenn sie durch Maßnahmen zum Lebenserhalt abgewendet werden kann.

An einem Fallbeispiel des Palliativmediziners Alt-Epping sei dies demonstriert: Ein 61-jähriger selbständiger Patient mit der Erstdiagnose eines inkurabel metastasierten Krebsleidens der Bauchspeicheldrüse und erheblicher Übelkeit, die auf keine der gängigen Medikamente anspricht, fordert seinen Arzt auf, ihm Medikamente zu geben, die ihn schlafen lassen bis zum Tode. Maßnahmen zum Lebenserhalt wie Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und eine Überwachung seiner Lebensfunktionen lehnt der Patient ab.<sup>61</sup> Würde der Arzt diese TKS ohne begleitende Maßnahmen durchführen, obgleich die Lebenserwartung noch mehrere Monate beträgt, wäre die damit zugleich wesentlich bewirkte erhebliche, vor allem aber *vermeidbare* Lebensverkürzung aufgrund des Tatherr-

---

bis sie versterben)“ als wahrscheinlich aktive Sterbehilfe ausgewiesen, gleiches gilt für die palliative Sedierung bei existenziellem Leid, s. *International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*, The IAHPC Manual of Palliative Care, 3rd Edition, Euthanasia and physician assisted suicide, abrufbar unter: <https://iahpc.org/resources/publications/manual-of-palliative-care/> (zuletzt abgerufen am 7.6.2026). Allerdings sieht dieselbe Vereinigung auch keinen Anlass, zwischen einem ärztlich assistierten Suizid und einer ärztlichen Tötung bzw. Tötung auf Verlangen ethisch zu unterscheiden, s. ebd.

<sup>58</sup> Rietjens et al. Ann Intern Med 3/2004, 178, 180 f.; vgl. auch Alt-Epping (Fn. 7), S. 543, 545.

<sup>59</sup> Rys/Bilsen European Journal of Public Health 2013, 187, 188.

<sup>60</sup> Vgl. dazu R. Merkel, FS-Schroeder, 2006, 314 ff.

<sup>61</sup> Alt-Epping (Fn. 7), S. 543.

schaftswechsels allein dem Arzt zuzurechnen und damit eine strafbare Tötungshandlung.

Die ethische wie rechtliche Legitimität der indirekten Sterbehilfe beruht darauf, dass Patienten nicht zu einem qualvollen Weiterleben gezwungen werden dürfen.<sup>62</sup> Seit das BVerfG den Weg zu einer auch faktisch möglichen Suizidassistenz rechtlich geebnet hat,<sup>63</sup> muss dieser Weg natürlich auch stationär betreuten Patienten der Palliativmedizin offenstehen.<sup>64</sup> Auch sie haben daher grundsätzlich die Wahl, ob sie mit palliativmedizinischer Unterstützung möglichst schmerzfrei noch weiterleben oder ihr Leben eigenhändig schneller beenden wollen. In Fällen wie dem des selbständigen 61-Jährigen, in denen es indes nicht mehr um das Anliegen der Palliativmedizin ginge, ein möglichst schmerzfreies (bewusstes) Weiterleben zu ermöglichen, sondern mittels tiefer Sedierung den Tod eines Patienten zu beschleunigen, hat die Todesherbeiführung hingegen in der Hand des Patienten zu verbleiben, denn eine (direkte) aktive Sterbehilfe ist Palliativmedizinern auch dann verboten, wenn sie nicht unmittelbar, sondern über den Weg der Bewusstseinsausschaltung den sicheren verfrühten Tod herbeiführt.

Hingegen ist eine Lebensverkürzung rechtlich unproblematisch, wenn sie dem Patienten zuzurechnen ist, weil er sich freiverantwortlich selbst tötet. Eine ärztliche Hilfe bei einem solchen Suizid ist immer dann möglich und erlaubt, wenn die Tatherrschaft beim Sterbewilligen verbleibt. Mit der Suizidassistenz steht auch eine Option zur Verfügung, die das Leben des Patienten besser zu schützen geeignet ist als eine Tötung durch fremde Hand. Denn ein Patient, der sein Leben nicht mehr erträgt, wird es beenden, wenn er kann. Beendet er es nicht, obwohl ihm die Möglichkeit dazu gegeben wird, dann mag er dafür nicht bereit sein oder sich in Anbetracht der eingeräumten Möglichkeit vielleicht sogar besser fühlen. Von Dritten lässt sich jedenfalls nicht mit derselben Sicherheit beurteilen, ob der Patient sein Leben beenden will oder nicht.<sup>65</sup> Um auch bei einer wohlverwogenen und konstanten Entscheidung diese letzte Ent-

---

<sup>62</sup> MüKo/StGB-Schneider (Fn. 16), Vor § 211 Rn. 121.

<sup>63</sup> Wie Fn. 6.

<sup>64</sup> So müsste insb. die Kontaktaufnahme zu Suizidhilfeorganisationen gewährleistet werden, vgl. Dittke/Gutmann MedR 2025, 584, 588.

<sup>65</sup> Zu Pro und Contra eigenhändiger Tötungen s. G. Merkel in Duttge/Ünver (Hrsg.), Aktuelle Fragen des Medizinstrafrechts, 2023, 147, 158 ff.

schlossenheit<sup>66</sup> oder Vollzugsreife<sup>67</sup> und somit die Autonomie der Entscheidung sicherzustellen, ist die Umsetzung beim Patienten zu belassen. Der Arzt darf dem Patienten nach entsprechender Aufklärung also sogar tödlich wirkende Medikamente geben, allerdings darf er die Medikamente dem Patienten nicht selbst verabreichen.<sup>68</sup>

Daraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass die Tötung auf Verlangen in Ausnahmefällen ein gebotenes Mittel sein muss, um schweres Leid des Patienten zu beenden.<sup>69</sup> Diese Ausnahmefälle sind schnell skizziert, denn es sind eben jene Fälle handlungsunfähiger Patienten, die seit der Insulin-Entscheidung des BGH offenkundig in einem anderen (und rechtlich sinnvolleren) Licht gesehen werden als noch im sog. Zivildienst-Fall aus dem Jahr 2003. Wurde seinerzeit vom BGH konstatiert, dass Handlungsunfähigkeit „nicht ein auch in Art. 1 Abs. 1 GG angelegtes Recht auf ein Sterben unter menschenwürdigen Bedingungen begründen“<sup>70</sup> könne, wird in der Insulin-Entscheidung aus dem Jahr 2022 – also nach dem wegweisenden Urteil des BVerfG zum assistierten Suizid – in einem obiter dictum erwogen, „dass § 216 Abs. 1 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>71</sup>.

In der Palliativmedizin betrifft dies zum einen aufgrund ihrer Erkrankung so vollständig gelähmte Patienten, dass ein Suizid für sie ausgeschlossen ist. Dies sind etwa Patienten mit der unheilbaren Krankheit der Amyotrophen Lateralsklerose, einer chronisch-degenerativen Erkrankung der Motoneuronen, die zu vollständiger Lähmung einschließlich der

---

<sup>66</sup> Vgl. bereits *Engisch*, FS-H. Mayer, 1966, 399, 412; *Roxin* NSTZ 1987, 345, 348.

<sup>67</sup> *Jakobs*, Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem: Öffentlicher Vortrag vom 2. Februar 1998, 1998, 21 f., allerdings mit Einordnung der indirekten Sterbehilfe als Selbsttötung.

<sup>68</sup> Einer niederländischen Studie zufolge wurden vor palliativen Sedierungen jedoch zum Teil sogar Wünsche von Patienten nach einem assistierten Suizid zurückgewiesen, s. *Rietjens et al.*, BMJ 2008, 4/7, abrufbar unter: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2292332/pdf/bmj-336-7648-res-00810-el.pdf> (zuletzt abgerufen am 7.6.2026).

<sup>69</sup> *G. Merkel* (Fn. 7), S. 247 ff.

<sup>70</sup> BGH, Urt. v. 20.5.2003 – 5 StR 66/03, Rn. 12 (juris).

<sup>71</sup> BGH, Beschl. v. 28.6.2022 – 6 StR 68/21, Rn. 23 (juris).

Atemlähmung führt.<sup>72</sup> Zum anderen sind Patienten erfasst, die in einer plötzlich auftretenden Krisensituation massiv und nicht behandelbar verbluten, meist infolge einer Tumorerkrankung.<sup>73</sup> Auch diese Patienten sind situativbedingt nicht handlungsfähig. Eine TKS so einzustellen, dass der Patient einige Minuten später am Verbluten oder Ersticken verstirbt und nicht an den verabreichten Medikamenten, mag möglich sein, läge aber regelmäßig in niemandes Interesse (auch nicht dem der Gesellschaft am Schutz des Tötungsverbots). Notwendig wären hingegen vorangehende Gespräche mit den Patienten, die über die Möglichkeit einer solchen Situation aufklären und den Willen der Patienten einbeziehen, damit diese, etwa aufgrund religiöser oder kultureller Einstellungen entscheiden können, ob sie für diesen Fall an der Sedierung oder am Verbluten versterben möchten – und damit auch der Arzt entscheiden kann, ob er zu einer aktiven Sterbehilfe bereit wäre. Dazu wäre freilich ein offener, akzeptierter und möglichst geregelter Umgang mit einer aktiven Sterbehilfe in Ausnahmefällen wie diesen die Voraussetzung. Ein „Dammbruch“ ist in Anbetracht der besonderen Situation dieser Patienten ganz offensichtlich nicht zu befürchten.

## E. Fazit

Die indirekte Sterbehilfe leitet ihre Strafflosigkeit daraus ab, dass sie zwingend geboten ist, um Patienten vor Schmerz oder auch anderem Leid zu bewahren, wobei dies für ausschließlich psychisches oder existenzielles Leid bislang keineswegs geklärt ist. Eine TKS verhindert Leid, aber um den Preis dauernder Bewusstlosigkeit. Kann ein Patient infolge der TKS Handlungen zum Lebenserhalt nicht mehr vornehmen, die ihm zuvor möglich waren, liegt die Tatherrschaft über das unweigerlich zum Tode führende Geschehen zudem allein beim Arzt. Auch wenn dies auf Verlangen des Patienten geschehen sollte, ändert dies doch nichts daran, dass nach geltendem Recht die Grenze zur aktiven Sterbehilfe überschritten wird, die § 216 StGB zieht. Ohne ein entsprechendes Verlangen des Patienten kommt außerdem § 212 StGB in Betracht.

Zwar wäre eine gesetzliche Ausnahme der Sterbehilfe auf Fälle der TKS mit gleichzeitigem Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht bei unheilbar

---

<sup>72</sup> Zu einem Fallbeispiel, das zeigt, dass es in diesen Fällen auch derzeit schon zu einer aktiven Sterbehilfe kommen kann, s. *Anonymus Ethik Med* 2010, 49 f.

<sup>73</sup> Vgl. *Ostgathe et al.* (Fn. 18), S. 6, 28. Ein Beispiel findet sich bei *Alt-Epping* (Fn. 7), S. 543.

Erkrankten mit therapierefraktären Symptomen möglich, allerdings spricht mit Blick auf die Entwicklung der Sterbehilfe in den Niederlanden mehr dafür, den assistierten Suizid zu stärken, anstatt die Entscheidung über Leben und Tod an die Mediziner zu delegieren. Wurden bei Einführung des sog. Sterbehilfegesetzes im Jahr 2002 noch insgesamt 1882 Meldungen zur aktiven und assistierten Sterbehilfe in den Niederlanden registriert,<sup>74</sup> sind Tötungen auf Verlangen auf 10.150 Fälle (98,15 %) im Jahr 2025 stetig angestiegen. Hingegen verbleiben Fälle der Suizidhilfe auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau von zuletzt 175 Fällen (1,7 %). Hinzu kommen 16 Fälle (0,15 %), in denen der Arzt das Leben beendet, wenn der Patient nach einem (versuchten) assistierten Suizid nicht innerhalb einer bestimmten Zeit verstirbt.<sup>75</sup>

Da ein freiverantwortlicher Suizid besser als das Handeln Dritter sicherzustellen vermag, dass der Patient entschlossen ist, seinem Leben ein Ende zu setzen, bedarf es grundsätzlich keiner Legalisierung der Tötung auf Verlangen wie in den Niederlanden. Daraus ergibt sich jedoch zugleich die Ausnahme einer erlaubten direkten Lebensverkürzung für Fälle handlungsunfähiger Patienten – sei es aufgrund ihres körperlichen Zustands oder aufgrund einer plötzlichen Krisensituation. Unter diesen Umständen kann daher auch in der Palliativmedizin eine TKS zur Anwendung kommen.<sup>76</sup> In Anbetracht der unterschiedlichen Anwendungen palliativer Sedierung bei gleichzeitig bestehenden Unsicherheiten auf tatsächlicher, begrifflicher und rechtlicher Ebene ist es jedenfalls dringend erforderlich, erlaubte Formen gesetzlich zu regeln und die auch weiterhin bestehenden Hindernisse bei der Umsetzung eines assistierten Suizids auszuräumen – diese Forderungen sind alt, aber aktueller denn je.

---

<sup>74</sup> Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), Jahresbericht 2004, S. 2.

<sup>75</sup> RTE, Jaarverslag 2025, S. 11, abrufbar unter: <https://open.overheid.nl/documenten/f36fca19-8fd3-47ba-a2c8-81e34a4fc8b4/file> (zuletzt abgerufen am 7.6.2026). Da die TKS in den Niederlanden nicht meldepflichtig ist, fehlen entsprechende offizielle Zahlen. Bekannt ist jedoch, dass die Fälle ihrer Anwendung zwischen den Jahren 2005 und 2015 prozentual deutlich angestiegen sind, s. *van der Heide et al.* N Engl J Med 2017, 492.

<sup>76</sup> Eine weitere Ausnahme besteht im Zusammenhang mit einem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, um Patienten das Sterben zu erleichtern, dazu *G. Merkel* (Fn. 7), S. 275 ff.