

B. Die strafrechtlichen Vorgaben zur Sterbehilfe

Im Folgenden werden die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und deren strafrechtliche Bewertung dargestellt. Wie bereits erwähnt wurde, ist das Strafrecht für die zivilrechtliche Haftung insofern von Bedeutung, als es keine zivilrechtlichen Ansprüche auf strafrechtlich verbotenes Verhalten gibt. Da es für die strafrechtliche Beurteilung entscheidend sein kann, wie nah der Patient dem Tod ist und unter welcher Art von Krankheit er leidet, werden zunächst die rechtlich relevanten Patientengruppen erläutert.

I. Die verschiedenen Patientengruppen

1. Sterbende

Eine Patientengruppe sind die Sterbenden. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung definieren den Sterbenden als einen „Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist“.¹

2. Patienten mit infauster Prognose und weit fortgeschrittener Erkrankung

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wird ferner die Fallgruppe der Patienten mit infauster Prognose und weit fortgeschrittener Erkrankung genannt. Dies sind „Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist“.² Man spricht auch von tödlich Kranken.³

¹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl 2004, A 1298.

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl 2004, A 1298.

³ Vgl. etwa *Roxin*, in Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 325.

3. Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit

Von Sterbenden und tödlich Kranken sind nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung „Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit“ zu unterscheiden.⁴ Damit meint die Bundesärztekammer in erster Linie Patienten mit apallischem Syndrom, also Wachkomapatienten.⁵ Das apallische Syndrom wird auch als „persistent vegetative state“ bezeichnet.⁶ In der anglo-amerikanischen Literatur wird im Fall der Irreversibilität auch von „permanent vegetative state“ gesprochen.⁷ Das apallische Syndrom ist ein neurologisches Krankheitsbild, das durch schwere Hirnfunktionsstörungen verursacht wird. Diesen Patienten fehlt nach dem Stand der Wissenschaft jede bewusste Wahrnehmungsfähigkeit einschließlich der Fähigkeit zur bewussten Schmerzempfindung.⁸ Wachkomapatienten können sich nicht äußern und sind nicht ansprechbar. Wachkomapatienten weisen einen Schlaf-Wach-Rhythmus auf, so dass sie zeitweilig wach sind und die Augen geöffnet haben.⁹ Auch sind bei diesen Patienten vegetative Funktionen, wie Temperatur-, Kreislauf- und Atemregulation, so weit erhalten, dass ein jahrelanges Überleben mit ärztlicher und pflegerischer Unterstützung möglich ist.¹⁰

In der medizinischen Literatur wird herkömmlich davon ausgegangen, dass ein apallisches Syndrom als irreversibel angesehen werden muss, wenn es zwölf Monate nach einer traumatischen zerebralen Läsion oder drei Monate nach einer akuten nichttraumatischen zerebralen Läsion besteht.¹¹ Andere weisen allerdings darauf hin, dass es ganz unterschiedliche Ausprägungen des apallischen Syndroms gebe und dass durch früh einsetzende Therapieverfahren oftmals eine Besserung des Zustands erreicht werden könne. Häufig könne zumindest eine Ja-Nein-Kommunikation erzielt werden.¹² In neuerer Zeit wurden in medizinischen Fachzeit-

⁴ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl 2004, A 1298, A 1299.

⁵ Werden die schwersten zerebralen Schädigungen und die anhaltende Bewusstlosigkeit nicht als kumulative Voraussetzungen verstanden, könnten dem apallischen Syndrom andere schwerste zerebrale Defektzustände, wie etwa eine Alzheimererkrankung mit Erloschensein der Kommunikationsfähigkeit, gleichgestellt werden. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, IV.3., abgedruckt in Staudinger/Hager, § 823 Rn. I 15.

⁶ *Nacimiento*, DÄBl 1997, A-661, A-662.

⁷ *Klein*, intensiv 2000, 63.

⁸ The Multi-Society Task Force on PVS, NEJM 1994, 1499. Kritisch zum fehlenden Schmerzempfinden *Klein*, intensiv 2000, 63, 64 f.

⁹ The Multi-Society Task Force on PVS, NEJM 1994, 1499; *Nacimiento*, in: Höfling, Wachkoma, S. 29, 30.

¹⁰ *Höfling/Rixen*, JZ 2003, 884.

¹¹ The Multi-Society Task Force on PVS, NEJM 1994, 1572 ff.; *Nacimiento*, DÄBl 1997, A-661, A-664.

¹² *Zieger*, in: Höfling, Wachkoma, S. 49, 59 ff. Vgl. auch Enquete-Kommission, BT-Drucksache 15/3700, S. 38.

schriften Fälle von Wachkomapatienten berichtet, die nach der Gabe des Schlafmittelwirkstoffs Zolpidem durch eine so genannte paradoxe Reaktion vorübergehend kommunikationsfähig geworden sind.¹³ Selbst wenn es sich bei diesen Fällen um Fehldiagnosen handeln sollte, zeigt es jedenfalls, dass das apallische Syndrom noch nicht hinlänglich erforscht ist.

II. Die Formen der Sterbehilfe

1. Die aktive Sterbehilfe

Unter aktiver Sterbehilfe wird die gezielte Tötung oder die gezielte Beschleunigung des Todes Eintritts durch aktives Tun verstanden.¹⁴ Aktive Sterbehilfe ist nach ganz herrschender Meinung strafbar, und zwar gemäß § 216 StGB auch dann, wenn der Patient seine Tötung ernsthaft verlangt.¹⁵ Ohne Belang ist, wie nah der Patient dem Tod ist, d. h. auch die nur geringfügige Lebensverkürzung ist strafbare aktive Sterbehilfe.¹⁶

Vor allem in der strafrechtlichen Literatur wird darüber gestritten, ob das Abschalten eines Behandlungsapparates, z. B. eines Beatmungsgerätes, als aktives Tun zu werten ist. Zwar ist das Herausziehen des Steckers oder der Druck auf den Schaltknopf ein Tun, dennoch wird nach heute überwiegender und zutreffender Meinung das Abschalten eines Behandlungsapparates als Unterlassen beurteilt, weil sich der Vorgang nach seiner sozialen Bedeutung als eine Einstellung der Behandlung und damit als ein Unterlassen weiterer Tätigkeit darstellt.¹⁷ Der so genannte technische Behandlungsabbruch ist somit keine aktive Sterbehilfe. Auch die Gegenauffassung, die das Abschalten des Gerätes als aktives Tun begreift, gelangt im Ergebnis mit unterschiedlichen Begründungen zur Straflosigkeit.¹⁸

2. Die indirekte Sterbehilfe

Von indirekter Sterbehilfe wird gesprochen, wenn bei einem Patienten ärztliche Maßnahmen, insbesondere solche zur Schmerzlinderung, vorgenommen werden, die als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Eintritt des Todes beschleunigen.¹⁹ Die indirekte Sterbehilfe wird im Grundsatz allgemein als zulässig angesehen, sofern sie dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten ent-

¹³ Clauss/Nel, Neurorehabilitation 2006, 23 ff.

¹⁴ Fischer, Vor § 211 Rn. 17.

¹⁵ Schönke/Schröder/Eser, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 24 f.; Fischer, Vor § 211 Rn. 17; LK/Jähnke, Vor § 211 Rn. 14.

¹⁶ Fischer, Vor § 211 Rn. 17.

¹⁷ Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 331; a. A. Fischer, Vor § 211 Rn. 20 m. w. N.

¹⁸ Vgl. hierzu Schönke/Schröder/Eser, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 32 m. w. N.

¹⁹ BGHSt 46, 279, 284 f.

spricht.²⁰ Nach zutreffender Ansicht sollte indirekte Sterbehilfe nicht nur zur Bekämpfung von Schmerzen, sondern auch zur Behandlung von sonstigen schweren Leidenszuständen, wie z. B. Atemnot mit Erstickungsangst, eingesetzt werden dürfen.²¹

Unklar ist allerdings, ab welchem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf die indirekte Sterbehilfe erlaubt ist. In einer ersten Entscheidung zur indirekten Sterbehilfe hatte sich der Bundesgerichtshof lediglich für die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe bei einem Sterbenden ausgesprochen²² und auch die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ erwähnen die indirekte Sterbehilfe nur im Zusammenhang mit sterbenden Patienten²³. Ein Bedürfnis nach einer intensiven palliativ-medizinischen Behandlung kann aber auch bereits vor Beginn des eigentlichen Sterbevorgangs entstehen. Bei unheilbaren Krebserkrankungen etwa können unzumutbare Schmerzen auch vor der eigentlichen Sterbephase auftreten. Es erscheint geboten, dass ein Patient in solchen Fällen auch dann eine wirksame Schmerztherapie erhalten darf, wenn mit der Behandlung die Gefahr der Lebensverkürzung verbunden ist. Indirekte Sterbehilfe sollte daher auch bei tödlich Kranken zulässig sein.²⁴

Ferner ist streitig, welche Vorsatzform Voraussetzung für eine zulässige indirekte Sterbehilfe ist. Nach verbreiteter Auffassung handelt nur der Arzt rechtmäßig, der eine Lebensverkürzung lediglich für möglich hält und damit Eventualvorsatz aufweist.²⁵ Nach anderer Ansicht ist auch dann eine zulässige indirekte Sterbehilfe gegeben, wenn eine Lebensverkürzung von vornherein feststeht, der Arzt also mit direktem Vorsatz zweiten Grades handelt.²⁶ Die Abgrenzung zu aktiver Sterbehilfe erfolgt dann anhand des Motivs: Ist das Motiv Leidensminderung, liegt ein Fall erlaubter indirekter Sterbehilfe vor. Ist der Tod des Patienten beabsichtigt, handelt es sich um strafbare aktive Sterbehilfe. Die praktische Bedeutung des Meinungsstreits ist recht gering, da bei neueren Schmerzmitteln kaum noch zu befürchten ist, dass sie als Nebeneffekt das Leben verkürzen.²⁷ Daher wird in den seltensten Fällen eine mit der Therapie verbundene Lebensverkürzung aus Sicht des Arztes feststehen. Wenn aber im Einzelfall eine wirksame Bekämpfung uner-

²⁰ BGHSt 42, 301 ff.; BGHSt 46, 279, 284 f. Zur dogmatischen Begründung der Straflosigkeit siehe Schönke/Schröder/Eser, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 26.

²¹ Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 326; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 575; Verrel, Gutachten 66. DJT, C 103.

²² BGHSt 42, 301 ff.

²³ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl 2004, A 1298.

²⁴ Vgl. BGHSt 46, 279, 285 („beim tödlich Kranken“); Fischer, Vor § 211 Rn. 18 a; Otto, NJW 2006, 2217, 2221; Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 325; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 575; Verrel, Gutachten 66. DJT, C 103. Im zivilrechtlichen Schrifttum siehe Soergel/Spickhoff, § 823 Rn. 32 („zustimmenden Totkranken“). Zum Begriff des tödlich Kranken siehe oben B. I. 2.

²⁵ Siehe BGHSt 46, 279; Schönke/Schröder/Eser, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 26.

²⁶ Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 327; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 575 f.; Verrel, Gutachten 66. DJT, C 102 f.

²⁷ v. Lutterotti, Sterben, S. 124; vgl. auch Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 576.

trägliches Leiden nur mit einer zwar unbeabsichtigten, aber sicher feststehenden Lebensverkürzung möglich ist, sollte dem Patienten die Therapie nicht vorenthalten werden müssen. Diese Auffassung erhöht auch im Vergleich zur Gegenansicht nicht die Gefahr, dass aktive Sterbehilfe als indirekte Sterbehilfe verschleiert wird, weil nach beiden Ansichten die Abgrenzung zwischen aktiver Sterbehilfe und indirekter Sterbehilfe gleichermaßen im subjektiven Tatbestand erfolgt.²⁸

Eine indirekte Sterbehilfe kann auch in einer so genannten „terminalen Sedierung“ liegen. Unter terminaler Sedierung wird die Verabreichung von Medikamenten verstanden, die bis zum Eintritt des Todes das Bewusstsein des Patienten ausschalten oder jedenfalls dämpfen, um den Patienten vor anders nicht kontrollierbaren Schmerzen, Unruhezuständen und anderem schweren Leid zu bewahren.²⁹ Teilweise wird auch von „palliativer Sedierung“ gesprochen.³⁰ Die „terminale Sedierung“ wird in der Literatur bisweilen wohl deshalb als gesondertes Problem behandelt³¹, weil sie in der Regel in Kombination mit der Einstellung der lebenserhaltenden Behandlung erfolgt. Bei genauerer Betrachtung bereitet sie aber in strafrechtsdogmatischer Hinsicht keine spezifischen Schwierigkeiten.³² Wirken die sedierenden Medikamente lebensverkürzend³³, ist die Sedierung unter den Voraussetzungen einer zulässigen indirekten Sterbehilfe rechtmäßig³⁴, d. h. der Tod darf nicht beabsichtigt sein und die Sedierung muss zur Leidensminderung erforderlich sowie von einer Einwilligung seitens des Patienten gedeckt sein. Verkürzt die Verabreichung der Sedativa nicht das Leben des Patienten, liegt darin keine Sterbehilfe. Vielmehr ist sie eine Körperverletzung, die unter den gleichen Voraussetzungen wie andere ärztliche Behandlungen gerechtfertigt sein kann.³⁵ Eine „terminale Sedierung“ kann auch dann zulässig sein, wenn mit ihr die Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen einhergeht, da die Beendigung der lebensverlängernden Behandlung ein isoliert zu betrachtendes Verhalten ist, auf das die Regeln zur passiven Sterbehilfe Anwendung finden.³⁶

²⁸ Zu möglichen Sicherungen gegen Missbrauch siehe *Schöch/Verrel*, GA 2005, 553, 576 ff.

²⁹ *Müller-Busch*, Z Palliativmed 2004, 107, 108. *Rothärmel*, Ethik Med 2004, 349 versteht unter terminaler Sedierung ausschließlich Fälle, in denen der Patient durch die Medikamente das Bewusstsein verliert.

³⁰ *Verrel*, Gutachten 66. DJT, C 105.

³¹ Vgl. *Rothärmel*, Ethik Med 2004, 349 ff.

³² So auch *Verrel*, Gutachten 66. DJT, C 104 f.

³³ Zur Möglichkeit der Lebensverkürzung durch den Einsatz von Sedativa siehe *Müller-Busch*, Ethik Med 2004, 369, 375.

³⁴ *Dutge/Fantaziu/Kling/Schwabenbauer*, Preis der Freiheit, S. 87.

³⁵ *Verrel*, Gutachten 66. DJT, C 104.

³⁶ *Rothärmel*, Ethik Med 2004, 349, 352 und 356; *Verrel*, Gutachten 66. DJT, C 105; a. A. *Neitzke/Frewer*, Ethik Med 2004, 323, 330; *Student*, ZfL 2004, 94, 99. Auch die beiden großen christlichen Kirchen sehen in der terminalen Sedierung eine Aufweichung der Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Siehe Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland/Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Sterbebegleitung, S. 5. Ein eindrucksvolles Fallbeispiel (Beendigung der Sauerstoffzufuhr bei gleichzeitiger Sedierungsbehandlung einer Patientin mit metastasierendem Mammakarzinom, die

3. Die passive Sterbehilfe und der tödliche Behandlungsabbruch

Passive Sterbehilfe bedeutet den Verzicht auf den Beginn oder auf die Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen. Der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat im so genannten „Kemptener Urteil“ ausgeführt, dass der Begriff der passiven Sterbehilfe nur solche Fälle erfasse, in denen „das Grundleiden des Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod *in kurzer Zeit* eintreten wird“.³⁷ Passive Sterbehilfe bedeutet hiernach den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bei einem sterbenden Patienten.³⁸ Passive Sterbehilfe wird allgemein als zulässig angesehen, weil eine Pflicht zur Erhaltung eines verlöschenden Lebens nicht besteht.³⁹

Vor Eintritt des Sterbeprozesses spricht der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs von einem Behandlungsabbruch.⁴⁰ In der Literatur wird begrifflich teilweise weniger genau unterschieden und der Behandlungsabbruch im Sinne der Rechtsprechung auch als passive Sterbehilfe (im weiteren Sinn) bezeichnet.⁴¹ Der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat entschieden, dass der Behandlungsabbruch bzw. die passive Sterbehilfe im weiteren Sinn bei einem unheilbar kranken Menschen zulässig sein kann, sofern die Beendigung der Behandlung dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspricht.⁴² Fraglich blieb allerdings, ob die Unheilbarkeit der Erkrankung zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit eines Behandlungsabbruchs bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten ist. Hierzu hat der 12. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in einem schwer verständlichen⁴³ und vielfach kritisierten Beschluss vom 17.3.2003 Stellung bezogen.⁴⁴ Wegen der Bedeutung dieses Beschlusses für zivilrechtliche Fragen im Bereich des Betreuungsrechts und der Patientenverfügung wird dieser im Zusammenhang mit der rechtlichen Bedeutung von Patientenverfügungen untersucht.⁴⁵

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass weder die passive Sterbehilfe noch der tödliche Behandlungsabbruch die Beendigung ärztlicher Versorgung bedeutet. Vielmehr findet ein Übergang von kurativen zu palliativen Behandlungsmaßnahmen statt.⁴⁶

unter schwerster Luftnot und Panikattacken litt) findet sich bei *Beck*, Ethik Med 2004, 334, 336 ff.

³⁷ BGHSt 40, 257, 260 = BGH NJW 1995, 204.

³⁸ BGHSt 40, 257, 260. Zum Begriff des Sterbenden siehe oben B. I. 1.

³⁹ *Fischer*, Vor § 211 Rn. 19; *Wessels/Hettinger*, Strafrecht BT 1, Rn. 36.

⁴⁰ BGHSt 40, 257, 260.

⁴¹ *Roxin*, in: *Roxin/Schroth*, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 328 f.; *Saliger*, KritV 1998, 118 ff.; *ders.*, MedR 2004, 237, 241.

⁴² BGHSt 40, 257, 260; *Steffen/Paue*, Arzthaftungsrecht, Rn. 423.

⁴³ So auch *Kutzer*, ZRP 2003, 213, 215; *Höfling/Rixen*, JZ 2003, 884, 893.

⁴⁴ BGHZ 154, 205 ff. = NJW 2003, 1588 ff.

⁴⁵ Siehe unter D. II. 1. c) bb).

⁴⁶ Vgl. hierzu *Schöch/Verrel*, GA 2005, 553, 560.

4. Die Beteiligung an einem Suizidgeschehen

a) Die Beihilfe zum Suizid

Unter Sterbehilfe kann auch die Beihilfe zum Suizid verstanden werden.⁴⁷ Nach deutschem Recht ist die Beihilfe zur Selbsttötung mangels rechtswidriger Haupttat straflos.⁴⁸

aa) Abgrenzung zur Tötung in mittelbarer Täterschaft

Die Hilfeleistung zur Selbsttötung ist nur im Fall eines freiverantwortlichen Suizids straflose Beihilfe. Wer im Fall eines nicht freiverantwortlichen Suizids Hilfe leistet, macht sich als mittelbarer Täter eines Tötungsdelikts gemäß §§ 211 ff., 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB strafbar.⁴⁹ Umstritten ist allerdings, nach welchen Kriterien der freiverantwortliche Suizid vom nicht freiverantwortlichen Suizid unterschieden wird. Hierzu stehen sich im Wesentlichen zwei Ansichten gegenüber. Während die so genannte Exkulpationslösung die Freiverantwortlichkeit nur dann verneint, wenn der Suizident unter Umständen handelt, die im Fall einer Fremdschädigung seine Verantwortlichkeit nach den §§ 3 JGG, 19, 20, 35 StGB ausschließen würden⁵⁰, fehlt es nach der Einwilligungslösung bereits dann an der Freiverantwortlichkeit, wenn der Suizidententschluss „nach den Maßstäben der Einwilligungslösung i. V. mit der Dogmatik zur ‚Ernstlichkeit des Verlangens‘ i. S. des § 216 StGB“ „nicht Ausdruck eines freien und ernstlichen Verlangens nach dem eigenen Tod ist.“⁵¹ Für letztgenannte Ansicht wird vorgebracht, dass bei einer Verfügung über das eigene Leben an die Mangelfreiheit der Willensbildung keine geringeren Anforderungen gestellt werden dürften als bei der Einwilligung in eine Körperverletzung und bei der in § 216 StGB geforderten „Ernstlichkeit“ des Sterbewillens.⁵² Als maßgebende Kriterien für die Freiverantwortlichkeit des Selbsttötungsentschlusses kommen nach dieser Ansicht die natürliche Einsichtsfähigkeit des Lebensmüden, sein Urteils- und Hemmungsvermögen sowie die Ernstlichkeit seiner Entscheidung und die Mangelfreiheit seiner Willensbildung in Betracht. Eine freiverantwortliche Selbsttötung sei nur dann anzunehmen, wenn der Suizidententschluss frei von Zwang, zielgerichteter Täuschung und anderen wesentlichen Willensmängeln ist und der Lebensmüde nach seiner geistigen Reife sowie nach seinem psychischen Zustand fähig war, die Tragweite seines Entschlusses sachge-

⁴⁷ So auch *Thias*, Möglichkeiten, S. 52. Vgl. hierzu auch Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, III. 3., abgedruckt in *Staudinger/Hager*, § 823 Rn. I 15.

⁴⁸ BGHSt 46, 279, 284; *Fischer*, Vor § 211 Rn. 10 a m. w. N.

⁴⁹ *Fischer*, Vor § 211 Rn. 11.

⁵⁰ *Roxin*, FS 140 Jahre GA, S. 177, 178 f.; *Botke*, Suizid, S. 250.

⁵¹ *Krey/Heinrich*, Strafrecht BT 1, Rn. 89. Ebenso *Geilen*, JZ 1974, 145, 149 ff.; *Herzberg*, JuS 1974, 374, 379; *LK/Jähnke*, Vor § 211 Rn. 26; *Wessels/Hettinger*, Strafrecht BT 1, Rn. 48 f.

⁵² *Wessels/Hettinger*, Strafrecht BT 1, Rn. 48.

recht zu erfassen und nach dieser Einsicht zu handeln.⁵³ An der Freiverantwortlichkeit fehlt es hiernach zum Beispiel bei Kurzschlusssuiziden aus akuter Verzweiflung, bei Appellselbstmorden sowie bei Suizidversuchen von Kindern und Jugendlichen, es sei denn, ein Jugendlicher verfügt ausnahmsweise über die erforderliche Einsichtsfähigkeit.⁵⁴ Bei einem so genannten Bilanzselbstmord ist demgegenüber die Freiverantwortlichkeit zu bejahen.⁵⁵

Gegen die Einwilligungslösung wird von Vertretern der Exkulpationslösung angeführt, dass sie ein Maß an Rechtsunsicherheit bewirke, das im Grenzbereich von Tötungsstrafbarkeit und Strafflosigkeit unerträglich sei.⁵⁶ Diesem Einwand kann entgegengehalten werden, dass die Schwierigkeiten, die mit der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit verbunden sind, nicht nur beim Suizid, sondern stets beim Unterlassen vital indizierter ärztlicher Behandlung auftreten. Lehnt nämlich ein Patient eine lebensnotwendige medizinische Maßnahme ab, kann von der Einwilligungsfähigkeit des Patienten abhängen, ob das Unterlassen des Arztes rechtmäßig oder strafbare Tötung ist. Die Ernstlichkeit des Verlangens im Sinne von § 216 StGB entscheidet darüber, ob der Täter aus dem vergleichsweise geringen Strafrahmen des § 216 StGB bestraft wird oder ob er wegen Totschlags mit dem deutlich höheren Strafrahmen bzw. wegen Mordes zu lebenslänglicher Freiheitsstrafe verurteilt wird.⁵⁷ Der Einwilligungsfähigkeit und dem ernstlichen Verlangen im Sinne des § 216 StGB kommt also auch in anderen Fällen als in dem des Suizids maßgebliche Bedeutung zu, ohne dass dies als unerträgliche Rechtsunsicherheit kritisiert und in Frage gestellt wird. Im Übrigen kann auch die Feststellung der Schuldunfähigkeit im Sinne von § 20 StGB im Einzelfall erhebliche Schwierigkeiten bereiten.

Auch der Vorwurf, die Einwilligungslösung weite die Strafbarkeit der Suizidteilnahme aus und unterlaufe damit die gesetzgeberische Entscheidung, die Teilnahme am Suizid straflos zu stellen⁵⁸, vermag als Argument gegen die Einwilligungslösung nicht zu überzeugen. Die Einwilligungslösung missachtet nämlich nicht die Strafflosigkeit der Teilnahme am freiverantwortlichen Suizid als solche, sondern definiert die Freiverantwortlichkeit lediglich anders als die Exkulpationslösung. Mit der Einwilligungslösung wird den Erkenntnissen der modernsten Suizidforschung⁵⁹ Rechnung getragen, die zeigen, dass die überwiegende Zahl der Suizidenten der Hilfe bedarf.⁶⁰ Demgegenüber führt die Exkulpationslösung zu einer Schutzlosigkeit hilfsbedürftiger Personen, indem sie die Hilfeleistung zum Suizid von Psychopathen, Neurotikern und verzweifelten Kurzschlussselbstmör-

⁵³ Schreiber, FS Jakobs, S. 615, 618; Wessels/Hettinger, Strafrecht BT 1, Rn. 49.

⁵⁴ Krey/Heinrich, Strafrecht BT 1, Rn. 89.

⁵⁵ Krey/Heinrich, Strafrecht BT 1, Rn. 86.

⁵⁶ Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 341.

⁵⁷ Trifft ein ernsthaftes Tötungsverlangen mit Mordmerkmalen zusammen, wird der Mordtatbestand durch die Tötung auf Verlangen gesperrt. Siehe hierzu Schöнке/Schröder/Eser, § 216 Rn. 2 m. w. N.

So Roxin, FS 140 Jahre GA, S. 177, 179.

⁵⁹ Siehe hierzu G. Kaiser, Kriminologie, § 59 Rn. 18 ff.

⁶⁰ Geilen, JZ 1974, 145, 149 ff.; Herzberg, JuS 1974, 374, 379; Krey/Heinrich, Strafrecht BT 1, Rn. 86.

dem straflos stellt, wenn – wie es regelmäßig der Fall sein wird – die Voraussetzungen des § 20 StGB nicht gegeben sind.⁶¹

Umgekehrt sind auch Suizidfälle denkbar, in denen die Exkulpationslösung durch die analoge Anwendung des § 35 StGB eine Strafbarkeit des Suizidteilnehmers nahelegt, während die Einwilligungslösung unproblematisch und im Ergebnis überzeugend zur Freiverantwortlichkeit des Suizids kommt. Eine Notstandslage im Sinne von § 35 StGB setzt nämlich lediglich voraus, dass in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib oder Freiheit gehandelt wird, um die Gefahr von sich, einem Angehörigen oder einer anderen nahestehenden Person abzuwenden. Leidet ein unheilbar kranker Patient unter nicht mehr ausreichend behandelbaren Schmerzen, begeht er den Suizid, um eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Leibesgefahr, nämlich die Schmerzen, von sich abzuwenden, und befindet sich damit in einer Notstandslage im Sinne von § 35 StGB.⁶² Dass im Fall des schwer kranken, aber einwilligungsfähigen Patienten ein nicht freiverantwortlicher Suizid mit der Folge einer potentiellen Strafbarkeit des Suizidhelfers vorliegen soll, erscheint nicht sachgerecht und wird auch von den Vertretern der Exkulpationslösung so nicht vertreten, wenn sie feststellen, dass bei einem Suizidversuch eines schwer kranken Patienten nach allen vertretenen Ansichten regelmäßig ein freiverantwortlicher Suizid vorliegt.⁶³ Dieses Ergebnis ist aber bei analoger Anwendung des § 35 StGB kaum begründbar. Die Strafbarkeit des Suizidteilnehmers kann allenfalls durch Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe entfallen. Demgegenüber kommt die Einwilligungslösung schon auf Tatbestandsebene unproblematisch zum Ergebnis der Straflosigkeit. Damit wird deutlich, dass die Einwilligungslösung nicht nur der grundsätzlich bestehenden Hilfsbedürftigkeit von Suizidenten gerecht wird, sondern auch in Fällen notstandsbedingter Abwägungssuizide⁶⁴ zu überzeugenden Ergebnissen gelangt.

bb) Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen

Die Abgrenzung von strafloser Beihilfe zum Suizid und strafbarer Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB erfolgt nach überwiegender Meinung danach, wer die Herrschaft über den letzten, den Tod verursachenden Akt innehat. Liegt sie beim Suizidenten, ist die Mitwirkung einer anderen Person lediglich straflose Beihilfe. Liegt sie dagegen bei der anderen Person, handelt es sich um strafbare Tötung auf Verlangen.⁶⁵

⁶¹ LK/Jähne, Vor § 211 Rn. 26; Krey/Heinrich, Strafrecht BT 1, Rn. 87.

⁶² So auch Botke, Suizid, S. 132 Fn. 600.

⁶³ Vgl. Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 341.

⁶⁴ Zu denken ist in diesem Zusammenhang auch an denjenigen, der sich zum Suizid entschließt, weil ihm nicht anders abwendbare, tödliche Folter bevorsteht.

⁶⁵ BGHSt 19, 135, 139 f.; Schönke/Schröder/Eser, § 216 Rn. 11; Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 342; Rengier, Strafrecht BT 2, § 8 Rn. 8; anders Kutzer, NStZ 1994, 110, 112.

b) Die strafrechtliche Beurteilung der unterlassenen Suizidverhinderung

Zu untersuchen bleibt, wie die unterlassene Rettung eines Suizidenten strafrechtlich zu bewerten ist. Diese Frage wird in Rechtsprechung und Literatur nicht einheitlich beurteilt.

aa) Strafbarkeit wegen Tötung durch Unterlassen nach §§ 211 ff., 13 StGB

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs macht sich ein Garant, der beispielsweise als Ehegatte⁶⁶ oder als behandelnder Arzt⁶⁷ für das Leben eines anderen einzustehen hat, wegen Tötung durch Unterlassen gemäß §§ 211 ff., 13 StGB strafbar, wenn er das Leben eines bereits handlungsunfähigen Suizidenten nicht zu retten sucht.⁶⁸ Dies gilt nach der Rechtsprechung für freiverantwortliche und nicht freiverantwortliche Suizide gleichermaßen. Der Bundesgerichtshof hat eine Garantenstellung des behandelnden Arztes auch in einem Fall angenommen, in dem sich eine geistig gesunde, körperlich kranke 76-jährige Patientin nach eingehender Beschäftigung mit der Suizidproblematik und nach reiflicher Überlegung zu einer Selbsttötung entschlossen hat und in einem Abschiedsbrief gebeten hat, sie nicht in ein Krankenhaus zu bringen.⁶⁹ Das Gericht gelangte dennoch zu einem Freispruch des angeklagten Arztes mit der Begründung, unter den gegebenen Umständen könne die „ärztliche Gewissensentscheidung nicht von Rechts wegen als unvertretbar angesehen werden.“⁷⁰ Die dogmatische Einordnung dieser Begründung ist unklar. Teilweise wird davon ausgegangen, dass in einem solchen Fall die Verhinderung des Suizids unzumutbar sei.⁷¹ Andere verstehen die Entscheidung dahingehend, dass die Verhinderung des Suizids nach § 34 StGB gerechtfertigt sei.⁷²

Sofern ein freiverantwortlicher Suizidentenschluss vorliegt, überzeugt die Rechtsprechung nicht und wird dementsprechend von großen Teilen der Literatur auch abgelehnt.⁷³ Abgesehen davon, dass es im Fall eines freiverantwortlichen, ernsthaften Suizidversuchs an einer Garantenstellung des behandelnden Arztes fehlt, weil der Patient die Beziehung zum Arzt jederzeit aus beliebigen Gründen beeen-

⁶⁶ Schönke/Schröder/Stree, § 13 Rn. 18.

⁶⁷ BGHSt 32, 367, 373; BGHSt 40, 257, 266; SK-StGB/Rudolphi, § 13 Rn. 60; Schönke/Schröder/Stree, § 13 Rn. 10.

⁶⁸ BGHSt 2, 150 ff.; BGHSt 32, 367, 373 f. (Wittig).

⁶⁹ BGHSt 32, 367, 373.

⁷⁰ BGHSt 32, 367, 381.

⁷¹ Schmitt, JZ 1984, 866, 868 Fn. 22.

⁷² Herzberg, NJW 1986, 1635, 1639.

⁷³ Schönke/Schröder/Eser, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 41; Fischer, Vor § 211 Rn. 12; Dörling, NJW 1986, 1011, 1012 ff.; Otto, NJW 2006, 2217. In BGH NSTz 1988, 127 findet sich ein Hinweis auf einen möglichen Rechtsprechungswandel.

den und damit den Arzt aus seiner Garantenstellung entlassen kann⁷⁴, begründet eine Garantenstellung keine „Vormundschaftsstellung“ gegenüber einem selbstbestimmungsfähigen Schützling.⁷⁵ Gegen die Rechtsprechung spricht ferner, dass sie mit der Straflosigkeit der aktiven Suizidteilnahme kaum zu vereinbaren ist. So führt sie zu dem widersinnigen Ergebnis, dass die Ehefrau zwar ihrem Mann den Strick zum Erhängen straflos reichen darf, denselben aber bei Eintritt der Bewusstlosigkeit des Mannes wieder durchschneiden muss, wenn sie eine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts vermeiden will.⁷⁶ Außerdem steht die Rechtsprechung im Widerspruch zu dem Grundsatz, dass auch vital indizierte ärztliche Behandlungen zu ihrer Rechtmäßigkeit der Einwilligung des Patienten bedürfen und der Arzt auch unvernünftige Entscheidungen des einwilligungsfähigen Patienten zu respektieren hat.⁷⁷ Unterlässt der Arzt eine lebensnotwendige Behandlung, weil der Patient diese abgelehnt hat, macht sich der Arzt auch bei Eintritt der Bewusstlosigkeit des Patienten nicht strafbar. Die von der Rechtsprechung gemachte Ausnahme, dass dies im Fall eines Suizids nicht gilt, findet im Gesetz keine Stütze⁷⁸ und ist nicht praktikabel. Die Unterscheidung zwischen der Ablehnung einer lebensnotwendigen ärztlichen Behandlung durch einen „Normalpatienten“ und der Ablehnung lebensrettender medizinischer Maßnahmen durch einen Suizidenten ist nämlich in Grenzfällen kaum möglich. So stellt sich die bisher ungeklärte Frage, ob ein Suizident, der nach einem Suizidversuch schwer verletzt, aber bei vollem Bewusstsein ist, zum „Normalpatienten“ wird, der lebenserhaltende Maßnahmen verweigern kann.⁷⁹ Denkbar ist außerdem ein „passiver Suizid“, d. h. ein Suizid durch Unterlassen, der schwer von der „normalen“ Ablehnung ärztlicher Behandlung abzugrenzen ist: Ist etwa der Diabetiker, der sich jede Insulinvergabe verbittet, weil er darin eine einfache Art der Selbsttötung sieht, als Suizidpatient einzuordnen, dem gegen seinen Willen geholfen werden muss? Folgt man der häufig verwendeten Begründung für die rechtlich unterschiedliche Behandlung der Ablehnung medizinischer Maßnahmen durch den Normalpatienten einerseits und durch den Suizidenten andererseits, nämlich dass es ein wesentlicher Unterschied ist, ob man einer Krankheit ihren Lauf lässt oder ob das Leben gezielt beendet werden soll⁸⁰, müsste man wohl darauf abstellen, ob der Patient die Behandlung seiner Krankheit oder sein Leben als solches ablehnt. Da Behandlungsabbruchentscheidungen aber auf Motivbündeln beruhen können, erscheint eine Abgrenzung in diesen Fällen nahezu ausgeschlossen. Daher ist für den Fall einer freiverantwortlichen Selbsttötung die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Strafbar-

⁷⁴ OLG München NJW 1987, 2940, 2943 (Hackethal); *Duttge/Fantazi/Kling/Schwabenbauer*, Preis der Freiheit, S. 93 f.; *Kühl*, Strafrecht AT, § 18 Rn. 72; *Küpper*, Strafrecht BT 1, § 1 Rn. 9; *Roxin*, Strafrecht AT 2, § 32 Rn. 72.

⁷⁵ *Otto*, Gutachten 56. DJT, D 66; *ders.*, NJW 2006, 2217, 2222; *Lackner/Kühl*, Vor § 211 Rn. 15.

⁷⁶ *Küpper*, Strafrecht BT 1, § 1 Rn. 10; *Otto*, Gutachten 56. DJT, D 67.

⁷⁷ Siehe hierzu RGZ 151, 349, 355; BGHSt 11, 111, 114; *Taupitz*, Gutachten 63. DJT, A 12. Siehe auch die Ausführungen unter D. I. und F. II. 2. a).

⁷⁸ OLG München NJW 1987, 2940, 2943; *Verrel*, JZ 1996, 224, 230.

⁷⁹ Ausdrücklich offengelassen in BGHSt 32, 367, 378.

⁸⁰ *Engisch*, ZStW 58 (1939), S. 1, 24; *Kutzer*, NSZ 1994, 110, 114.

keit eines Garanten wegen unterlassener Suizidverhinderung gemäß §§ 211 ff., 13 StGB abzulehnen.

Häufig wird aber weder die Freiverantwortlichkeit noch die Unfreiheit des Suizidentschlusses zweifelsfrei feststehen. Im Hinblick auf die Erkenntnisse der Suizidforschung, dass die Mehrzahl der Suizidversuche reinen Appelcharakter hat und auch der zunächst ernst gemeinte Todeswunsch oft bereits während des Suizidgeschehens vergeht, wird vorgeschlagen, bei Suizidversuchen nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ zu verfahren, also im Zweifel eine Rettungspflicht zu bejahen.⁸¹ Es sei nämlich weitaus erträglicher, einen ernsthaft Lebensmüden an der Verwirklichung seiner Selbsttötung, die er jederzeit erneut versuchen kann, zu hindern, als einen rettungsbedürftigen Menschen sterben zu lassen.⁸²

Gegen die Heranziehung des Grundsatzes „in dubio pro vita“ bestehen aber insofern Bedenken, als dieses Prinzip gegen den im Strafrecht geltenden, üblicherweise aus Art. 103 Abs. 2 GG, Art. 6 Abs. 2 EMRK und § 261 StPO hergeleiteten Grundsatz „in dubio pro reo“ verstoßen könnte.⁸³ Der Grundsatz „in dubio pro reo“ gebietet, im Zweifel zugunsten des Angeklagten zu entscheiden, und gilt jedenfalls für unmittelbar entscheidungserhebliche Tatsachen.⁸⁴ Da die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses das Vorliegen der Garantenstellung ausschließt und damit eine entscheidungserhebliche Tatsache innerhalb des Tatbestands ist, muss „in dubio pro reo“ von der Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden. Während also nach dem Grundsatz „in dubio pro reo“ im Zweifel der Angeklagte vom Vorwurf der Tötung durch Unterlassen freigesprochen wird, bewirkt die Anwendung des Grundsatzes „in dubio pro vita“ in Zweifelslagen eine Strafbarkeit wegen Tötung durch Unterlassen nach §§ 211 ff., 13 StGB. Sofern also der Grundsatz „in dubio pro vita“ als Entscheidungsregel für den Fall eines nicht aufklärbaren Sachverhalts verstanden wird, ist er mit dem strafrechtlichen Zweifelsgrundsatz unvereinbar.

Lässt sich auch nachträglich nicht feststellen, ob der Suizident freiverantwortlich handelte, scheidet daher eine Strafbarkeit wegen vollendeter Tötung durch Unterlassen aus. In Betracht kommt aber eine Strafbarkeit wegen eines (untauglichen) Versuchs der Tötung durch Unterlassen gemäß §§ 211 ff., 13, 22 StGB, sofern der Täter Eventualvorsatz im Hinblick auf das Fehlen eines freiverantwortlichen Suizidentschlusses hatte, d. h. es für möglich hielt, dass der Suizident nicht freiverantwortlich handelte, und dies billigend in Kauf nahm.⁸⁵

⁸¹ Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung, S. 83; Heide, Zwangsbehandlung, S. 113; Verrel, JZ 1996, 224, 230; Wassermann, DRiZ 1986, 291, 295 ausdrücklich auch im Hinblick auf die Strafbarkeit nach §§ 211 ff., 13 StGB. Zum Grundsatz „in dubio pro vita“ siehe auch die Ausführungen unter D. II. 3. b) bb).

⁸² Verrel, JZ 1996, 224, 230; Dölling, NJW 1986, 1011, 1015 f. im Rahmen der Prüfung des § 323 c StGB.

⁸³ Zur Herleitung des Grundsatzes „in dubio pro reo“ vgl. Löwe/Rosenberg/Gollwitzer, § 261 Rn. 103.

⁸⁴ Löwe/Rosenberg/Gollwitzer, § 261 Rn. 112; Meyer-Göfner, § 261 Rn. 29.

⁸⁵ Zu den Anforderungen an das Vorliegen eines Eventualvorsatzes siehe BGHSt 7, 363, 369; BGH NJW 1963, 2236, 2237; BGH StV 1998, 128. Vgl. auch BGHSt 36, 1, 9; BGH NSTz 1994, 584.

Im Rahmen der Beweiswürdigung kann von Bedeutung sein, dass der überwiegende Teil der Suizidenten nicht freiverantwortlich handelt. Bringt ein Angeklagter vor, er sei von einem reiflich überlegten Suizidentenschluss ausgegangen, wird dies den Richter in Fällen, in denen keine Anhaltspunkte für die Freiverantwortlichkeit des Suizidentenschlusses bestehen, häufig nicht überzeugen, weil durchaus in weiten Teilen der Bevölkerung bekannt ist, dass die Mehrzahl der Suizidversuche nicht auf einem reiflich überlegten und ernsthaften Entschluss beruht. Die Erkenntnisse der modernen Suizidforschung können auch bei der Feststellung des objektiven Tatbestands eine Rolle spielen. Dass der überwiegende Teil der Suizidenten nicht freiverantwortlich handelt, ist ein Erfahrungssatz, der bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden kann. Bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass es sich um einen freiverantwortlichen Suizidentenschluss handelt, wird der Richter, der im Rahmen der Beweiswürdigung nicht an den strafrechtlichen Zweifelsgrundsatz gebunden ist⁸⁶, möglicherweise einen nicht freiverantwortlichen Suizid annehmen.

bb) Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323 c StGB

Unterlässt ein Nichtgarant die Rettung des Suizidenten, kommt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323 c StGB in Betracht. Nach der Rechtsprechung stellt die durch einen Selbstmordversuch herbeigeführte Gefahrenlage einen Unglücksfall dar, ohne dass es darauf ankommt, ob der Suizident aufgrund eines freiverantwortlich gefassten oder eines auf Willensmängeln beruhenden Tatentschlusses gehandelt hat.⁸⁷ Dies könne nämlich derjenige, der den Suizidenten antrifft, innerhalb der kurzen Zeitspanne, die für die unter Umständen lebensrettende Entscheidung zur Verfügung steht, regelmäßig nicht zuverlässig beurteilen.⁸⁸ Nach der Rechtsprechung erfordert eine Strafbarkeit gemäß § 323 c StGB nicht, dass der Suizident bereits bewusstlos ist. Die Handlungsunfähigkeit des Suizidenten sei lediglich für die Strafbarkeit wegen Tötung durch Unterlassen von Bedeutung, da eine solche die Tatherrschaft des Garanten voraussetzt.⁸⁹ Im Einzelfall begründet die unterlassene Suizidverhinderung allerdings auch nach der Rechtsprechung keine Strafbarkeit nach § 323 c StGB. Der Bundesgerichtshof hat einen Arzt, der nach dem begonnenen Suizid seines Patienten seinem Gewissen folgend keine Rettungsmaßnahmen ergriff, nicht nach § 323 c StGB bestraft, da in „äußersten Grenzfällen“ die Hilfeleistung nicht zumutbar sei.⁹⁰

Im Schrifttum wird eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323 c StGB im Fall des freiverantwortlichen Suizids überwiegend abgelehnt.

⁸⁶ BGH NJW 2005, 2322, 2324; BGH NStZ 2006, 650; *Meyer-Goßner*, § 261 Rn. 26.

⁸⁷ BGHSt 6, 147 zu § 330 c StGB a. F.; BGHSt 32, 367, 375; anders noch BGHSt 2, 150 f.

⁸⁸ BGHSt 6, 147, 153 f.; BGHSt 32, 367, 376; zustimmend *Kutzer*, MDR 1985, 710, 713.

⁸⁹ BGHSt 13, 162, 169 zu § 330 c StGB a. F.; BGHSt 32, 367, 375.

⁹⁰ BGHSt 6, 147, 154; BGHSt 13, 162, 169; BGHSt 32, 367, 381.

Angesichts der Strafflosigkeit der aktiven Suizidteilnahme⁹¹ sei es wertungswidersprüchlich, das bloße Unterlassen der Suizidverhinderung mit Strafe zu belegen.⁹² Im Übrigen ist die Begründung für das Nichteingreifen des § 323 c StGB im Schrifttum nicht einheitlich. Nach teilweise vertretener Meinung stellt ein freiverantwortlicher Suizid schon keinen Unglücksfall im Sinne von § 323 c StGB dar. Die Subsumtion eines Selbsttötungsversuchs unter den Begriff des Unglücksfalls verstoße jedenfalls dann gegen § 1 StGB und Art. 103 Abs. 2 GG, wenn das Suizidgeschehen im Wesentlichen in einer Weise abläuft, wie es sich der Lebensmüde vorgestellt hat.⁹³ Andere bejahen das Vorliegen eines Unglücksfalls auch bei einem freiverantwortlichen Suizid, halten aber die Hilfeleistung für unzumutbar, wenn nach menschlichem Ermessen von einem ernsthaften und endgültigen Suizidentschluss ausgegangen werden kann.⁹⁴ Herrscht Unklarheit über die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses, soll nach Teilen der Literatur der Grundsatz „in dubio pro vita“ Anwendung finden.⁹⁵

In der Tat erscheint die unterlassene Suizidverhinderung nicht strafwürdig, wenn feststeht, dass es sich um einen freiverantwortlichen und endgültigen Suizidentschluss gehandelt hat und der Lebensmüde mit seiner Rettung nicht einverstanden gewesen wäre. Sofern aber der Suizidentschluss nicht freiverantwortlich ist oder Zweifel an der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses bestehen, sollte jedermann zur Rettung des Suizidenten verpflichtet sein.

Im Rahmen des § 323 c StGB kann die in dem Grundsatz „in dubio pro vita“ enthaltene Wertung zugunsten des Lebensschutzes bei der Auslegung des Tatbestandsmerkmals „Zumutbarkeit“⁹⁶ Berücksichtigung finden. Da der Grundsatz „in dubio pro reo“ innerhalb der Auslegung nicht gilt⁹⁷, kann der Begriff der Zumutbarkeit dahingehend ausgelegt werden, dass die Hilfeleistung grundsätzlich so lange zumutbar ist, wie Zweifel an der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses bestehen. Entsprechend dieser Auslegung ist die Hilfeleistung demgegenüber unzumutbar, wenn die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses zweifelsfrei feststeht.⁹⁸ Da es nicht ausgeschlossen erscheint, in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung und Teilen der Literatur auch einen freiverantwortlichen Suizid unter den Begriff des Unglücksfalls zu subsumieren, begründet diese Auslegung in Zweifelsfällen eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323 c StGB. Ob Zweifel an der Freiverantwortlichkeit bestehen, beurteilt sich

⁹¹ Vgl. hierzu BGHSt 32, 367, 372 m. w. N.

⁹² Roxin, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 313, 343; Schmitt, JZ 1984, 866, 868.

⁹³ Schöнке/Schröder/Cramer/Sternberg-Lieben, § 323 c Rn. 7; Schmitt, JZ 1984, 866, 868.

⁹⁴ Dölling, NJW 1986, 1016; vgl. auch Lackner/Kühl, § 323 c Rn. 7.

⁹⁵ Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung, S. 83; Verrel, JZ 1996, 224, 230; Wassermann, DRiZ 1986, 291, 295.

⁹⁶ Zu der von der wohl h. M. vorgenommenen Einordnung der Zumutbarkeit als Tatbestandsmerkmal siehe Fischer, § 323 c Rn. 9 m. w. N. auch zur Gegenansicht.

⁹⁷ RGSt 62, 369, 372; BGHSt 6, 131, 133; BGHSt 14, 68, 73; Schöнке/Schröder/Eser, § 1 Rn. 52.

⁹⁸ Ähnlich Dölling, NJW 1986, 1011, 1016.

richtigerweise nicht lediglich nach den Tatsachen, von denen der potentiell Hilfspflichtige Kenntnis hat, sondern nach allen objektiv erkennbaren Umständen, weil andernfalls die Verwirklichung des objektiven Tatbestands vom Kenntnisstand des Einzelnen abhinge.⁹⁹ Festzuhalten bleibt, dass eine Strafbarkeit gemäß § 323 c StGB wegen unterlassener Rettung des Suizidenten ausscheidet, wenn keine Zweifel an der Freiverantwortlichkeit des Suizidentenschlusses bestehen. Sofern die Freiverantwortlichkeit aber nicht sicher feststeht, erfüllt die unterlassene Rettung des Suizidenten den objektiven Tatbestand des § 323 c StGB.

⁹⁹ Dölling, NJW 1986, 1011, 1016. Anders wohl Verrel, JZ 1996, 224, 230 („für die damit konfrontierten Personen“).



<http://www.springer.com/978-3-642-12730-4>

Lebenserhaltung als Haftungsgrund

Baltz, P.

2010, XVI, 300 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-12730-4