

[+ Verweise](#)

Zurverfügungstellung eines Selbsttötungsmittels für einen Freitod (Fall Hackethal)

StGB § [216 I](#)

Zur Frage der Strafbarkeit der Zurverfügungstellung eines Tötungsmittels für eine zum Freitod entschlossene schwerstleidende unheilbar Erkrankte auf deren Verlangen. (Leitsatz der Redaktion)

OLG München, *Beschluß* vom 31-07-1987 - 1 Ws 23/87

Zum Sachverhalt:

Die StA legt dem Angeschuldigten Prof. H zur Last, am 18. 4. 1984 Frau E unter Mithilfe der übrigen Angeschuldigten getötet zu haben, wobei er hierzu durch ihr ausdrückliches und ernstliches Verlangen bestimmt worden sei, und erhob gegen Prof. H am 23. 12. 1985 Anklage wegen eines Vergehens der Tötung auf Verlangen nach § [216 I](#) StGB sowie gegen die übrigen Angeschuldigten wegen je eines Vergehens der Beihilfe zu einem Vergehen der Tötung auf Verlangen nach den §§ [216 I](#), [27](#) StGB. Das LG Traunstein hat mit Beschluß vom 22. 12. 1986 die Eröffnung des Hauptverfahrens abgelehnt.

Die sofortige Beschwerde der StA hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen:

... II. Das Rechtsmittel der StA ist zulässig (§ [210 II](#) StPO), jedoch nicht begründet ...

1. Der Senat geht in der Überzeugung, daß weitergehende Erkenntnisse in einer Hauptverhandlung nicht zu erwarten sind, aufgrund der bisherigen Ermittlungen von folgendem Krankheitsverlauf(a) und Tatgeschehen(b) aus.

a) (Frau E litt seit 1977 an Krebs)

Frau E erkannte ihre Situation als ausweglos und reagierte depressiv. In langen therapeutischen Gesprächen mit ihrer Hausärztin äußerte sie, sie könne so nicht weiterleben.

Am 6. 9. 1983 suchte Frau E erstmals Prof. H auf. Seine Krankenblattunterlagen weisen in der Zusammenfassung durch den Sachverständigen Prof. Dr. S im Gutachten vom 11. 7. 1986, soweit dies für das Verfahren von Bedeutung ist, folgendes aus: „Frau E gab keinerlei Organbeschwerden an. Sie habe seit März 1978 ein Basaliom im Gesicht und deshalb ca. 10 bis 15 Gesichtsoperationen bis 1982 durchgemacht. An Medikamenten gab sie an, ca. 18 Gelonida (Schmerzmittel) pro Tag zu nehmen, außerdem ca. 40 Tropfen Valoron (Schmerzmittel) pro Tag und unregelmäßig Dolviran-Zäpfchen ... Das Körpergewicht betrug

58,5 kg bei 161 cm Körperlänge. Anlässlich der Untersuchung klagte Frau E über starke Schmerzen am linken Auge, Stirn-Schläfen-Kopfschmerzen rechts und eine Behinderung des Mundschlusses. Als Befund wird mitgeteilt, daß ein mittlerer Allgemein-, Ernährungs- und Kräftezustand vorliege. Es bestehe ein stark vernarbtes Gesicht mit offenen Wunden am rechten und linken Naseneingang und neben dem linken Nasenflügel. Das rechte Auge sei verschlossen, unter beiden Unterlidern bestünden starke Schwellungen ... Frau E wurde zu Dr. Sp überwiesen mit der Bitte um Stellungnahme zu den plastisch-chirurgischen Möglichkeiten ..." Dr. Sp, bei dem sich Frau E noch am 6. 9. 1983 vorstellte, kam zu der Auffassung, daß man von plastisch-chirurgischer Seite her lediglich die tiefen Geschwürsbildungen entfernen, zwei Schwenklappenplastiken zur Deckung einbringen und ansonsten eine intensive Allgemeinbehandlung durchführen sollte. Am 28. 11. 1983 war Frau E wiederum in der Sprechstunde von Prof. H. Über die Befunde anlässlich des Arztbesuchs ist in den Krankenblattunterlagen aufgeführt, daß das „Krebsid“ inzwischen fortgeschritten sei. ... Eine Computertomographie des Kopfes am 2. 3. 1984 in der Praxis Dr. L, Dr. P ergab eine weitgehend homogene Weichteilverschattung der Nasen-Nebenhöhlen, wobei die vordere knöcherne Begrenzung

OLG München: Zurverfügungstellung eines Selbsttötungsmittels für einen Freitod (Fall Hackethal)

NJW 1987 Heft 46

2941



der linken Oberkieferhöhle fehlte und die seitliche und hintere Begrenzung der rechten Oberkieferhöhle im knöchernen Anteil teilweise aufgelöst war. Auch die angrenzenden Pyramidenstrukturen zeigten destruktive Veränderungen. Die ganze Region war von einem weichteildichten Gewebe ausgefüllt, das auch in die Orbitaspitze (Augenhöhlenspitze) rechts hinein wuchs. Links war die Augenhöhle unauffällig. Die Schädelbasisstrukturen waren in der hinteren Schädelgrube sonst ebenfalls unauffällig. Die mitdargestellten Hirnanteile zeigten bei symmetrischen Verhältnissen im Ventrikelsystem in der rechten Parietalregion eine Aufhellungszone, die so gedeutet wurde, daß es offenbar zu einem Substanzverlust infolge chronischer Minderdurchblutung gekommen sei. Die übrigen Hirnanteile seien unauffällig. Der Befund wurde folgendermaßen beurteilt: Offenbar rezidivierender Oberkieferhöhlentumor rechts mit destruktivem Wachstum in die Schädelbasis und die Orbita (Augenhöhle) hinein.

In seinem Gutachten führt der Sachverständige Prof. Dr. S weiter aus:

„Über den Zustand bei der Entlassung wurde vermerkt, daß das Allgemeinbefinden reduziert und im Vergleich zum Aufnahmebefund schlechter sei. Die Schmerzen seien wechselnd stark, wobei z. T. erhebliche Gesichtsnuralgien bestünden ..."

Am 18. 4. 1984 schied Frau E im Alter von 69 Jahren aus dem Leben.

Den Obduktionsbefund und das Ergebnis der neuropathologischen Zusatzuntersuchung des Gehirns faßt der Sachverständige wie folgt zusammen:

„Bei der Obduktion am 19. 4. 1984 fand sich außer den Anzeichen der später nachgewiesenen tödlichen Vergiftung eine weit fortgeschrittene bösartige Geschwulstbildung im Bereich der Weichteile des Gesichts, die über die mittlere Schädelgrube bis in das Gehirn reichte ..."

Bei der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes kommt der Sachverständige abschließend zu dem Ergebnis, daß man ohne jede Einschränkung sagen könne, daß es sich bei Frau E um eine schwerstkranke Patientin gehandelt habe, die in den

Krankenblattunterlagen geschilderten subjektiven Beschwerden seien ohne Einschränkung glaubhaft, es sei bei diesem Befund sowohl mit schwersten Schmerzzuständen wie auch mit einer starken Einbuße der Funktion der Organe der Mundhöhle, speziell beim Schluckakt, zu rechnen. Bezüglich der Lebenserwartung führt der Sachverständige aus: „Sektion und neuropathologische Zusatzuntersuchung haben ergeben, daß das Geschwulstgewebe bereits auf das Großhirn und die Brücke übergreifen hatte. Obwohl das Vordringen des Geschwulstgewebes im Hirngewebe noch nicht weit fortgeschritten war, stellte doch der Befall der Brücke eine in prospektiver Hinsicht äußerst gefährliche Entwicklung dar. Die Brücke zählt zum sog. Stammhirn, in dem die automatischen Steuerungen lebenswichtiger Funktionen lokalisiert sind. Außerdem verlaufen alle Nervenbahnen, die vom Gehirn zum Rückenmark verlaufen, durch das Stammhirn. Vorwachsendes Geschwulstgewebe kann hier durch direkten Druck wichtige Zentren und Bahnen zerstören, außerdem durch Ödembildung zu Funktionsstörungen führen. Insofern könnte von diesem Befund her auch ein Ableben innerhalb weniger Tage nach dem tatsächlich eingetretenen Tod nicht ausgeschlossen werden.“

b) Frau E hatte sich am 6. 9. 1983 nach der Behandlung in Göttingen in die von Prof. H geleitete Klinik begeben, wo sie zunächst ambulant untersucht und behandelt sowie ein erstes Mal vom 4. 2. 1984 bis 2. 3. 1984 stationär aufgenommen wurde. Etwa vier bis sieben Tage nach der Aufnahme in die Klinik klagte sie Frau Dr. P, zu der sie Vertrauen gewonnen hatte, ihr Leid. Sie äußerte, ihr Leben sei nicht mehr lebenswert, sie könne sich nicht mehr unter die Leute begeben und habe große Schmerzen. Sie wolle sterben, wisse aber nicht, wie sie an Tabletten komme, aus dem Fenster vom 5. Stockwerk zu springen, fehle ihr der Mut, zudem sei sie nicht sicher, ob sie dann auch wirklich tot sei. Sie drängte die Ärztin, die nach ihrem Bekunden noch nie einen so entstellten Menschen gesehen hatte, geradezu, ihr in irgendeiner Weise zu helfen, damit sie mit Sicherheit nicht mehr aufwache. Sie weinte öfters, klammerte sich an sie und bat sie: „Helft mir doch, helft mir doch, ich kann nicht mehr!“ Frau Dr. P verständigte Prof. H vom Todeswunsch seiner Patientin, der jedoch zurückhaltend reagierte. Als sich aber vor ihrer Entlassung aus der Klinik abzeichnete, daß mit einer Besserung nicht mehr zu rechnen war, daß die Krankheit vielmehr schnell fortschreiten würde, ließ sich Frau E von Prof. H das Versprechen geben, ihr, wenn sie den Entschluß fassen sollte, aus dem Leben zu scheiden, dabei mit seinen Möglichkeiten zu helfen. Nachdem sie wieder zu Hause in G. war, verschlechterte sich der Zustand täglich. Die Möglichkeit, Essen und Trinken aufzunehmen, war noch weiter eingeschränkt, sie sah kaum noch etwas und litt an unerträglichen Schmerzen. Frau E rief in dieser Zeit öfters bei Dr. P und Prof. H an, schilderte ihren Zustand und erinnerte an das Versprechen, ihr zum Sterben zu verhelfen. Sie wandte sich ebenso an die Angeschuldigte K. Prof. H erklärte sich schließlich bereit, sein Versprechen einzulösen. Prof. H, Frau K und Frau E verständigten sich darauf, daß Frau E zunächst noch einige Tage in der Klinik verbringen sollte; als Sterbetag war der 18. 4. 1984 vorgesehen. Als sich aus für Frau E nicht erkennbaren Gründen die Aufnahme in die Klinik verzögerte, bat sie in großer Sorge, Prof. H werde sein Versprechen nicht einhalten, Frau K täglich fernmündlich, sich darum zu kümmern, daß sie möglichst bald in die Klinik käme. Am 16. 4. 1984 schließlich brachte die Angeschuldigte Frau E in die Klinik. Dort besprach Frau K mit Prof. H die näheren Einzelheiten, insbesondere welche Gifte in Betracht kämen und wie diese wirkten. Hiervon unterrichtete sie Frau E, die sich spontan für Kaliumcyanid entschied, da sie ein sicheres und schnell wirkendes Gift wünschte. Die Angeschuldigte fuhr anschließend nach Hause, telefonierte aber in der Folgezeit mehrfach mit Frau E. Am 17. 4. 1984 erhielt Prof. H in seinem Sprechzimmer vom Angeschuldigten A das zur Einnahme durch Frau E vorgesehene Kaliumcyanid. Am nächsten Tag zeichnete der Zeuge B mit Einverständnis von Frau E ein zwischen ihr und Prof. H geführtes Gespräch mit einer Kamera auf, bei dem sie zum Ausdruck brachte, nicht mehr leben zu wollen. Am selben Tag

verständigte Frau E die Angeschuldigte davon, daß als Zeitpunkt für den Suizid 19.30 Uhr vorgesehen sei, und bat sie mit Dr. E zu sich in die Klinik ... Gegen 20.00 Uhr kamen die Zeugin P und Prof. H hinzu. Er führte mit Frau E nochmals ein kurzes Gespräch unter anderem darüber, wie gefährlich das Gift sei und welche Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden müßten, damit keine fremden Personen Schaden erleiden. Frau E umarmte schließlich Prof. H, verabschiedete sich von ihm und dankte für seine Hilfe. Während Prof. H mit Dr. E in das Sprechzimmer ging, um ihm dort das Gift auszuhändigen, verblieb die Zeugin P auf Wunsch von Frau E noch im Krankenzimmer bis Dr. E mit dem Gift in einem Pappbecher zurückkam, das ihm Prof. H mit dem Hinweis übergeben hatte, daß der Becher mit Wasser etwa halbvoll aufzufüllen sei und es sich um die mehrfache Dosis dessen handle, was zum Tode eines Menschen erforderlich wäre. Den Anweisungen entsprechend füllte die Angeschuldigte den Becher mit Wasser und brachte ihn Frau E. Diese nahm ihn in die Hand. Nachdem sie sich erkundigt hatte, ob es reiche, wenn sie den Becher in Abständen austrinke, oder ob sie ihn auf einmal leeren müsse, führte sie den Giftbecher zum Mund und trank ihn in mehreren Schlucken aus. Nach kurzer Zeit verlor sie in den Armen der Angeschuldigten K das Bewußtsein, die sie daraufhin auf das Bett zurücksinken ließ, wo sie entspannt liegend ohne einen für die Anwesenden erkennbaren Todeskampf verstarb ...

2. In Übereinstimmung mit der StrK kommt der Senat zu dem Ergebnis, daß ein hinreichender Tatverdacht eines Vergehens der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB und der Beihilfe hierzu nicht vorliegt.

a) Nach geltendem Recht erfüllt die eigenverantwortlich gewollte und verwirklichte Selbsttötung nicht den Tatbestand eines Tötungsdelikts, so daß ohne Rücksicht auf die Lauterkeit der Motive nicht als Anstifter oder Gehilfe bestraft werden kann, wer sich lediglich hieran beteiligt (vgl. BGHSt 32, 367 (371 f.) = NJW 1984, 2639 m. Nachw.).

Wie die straflose Beihilfe zur Selbsttötung von der strafbaren Tötung auf Verlangen abgegrenzt werden kann, ist umstritten.

Mit dem BGH (BGHSt 19, 135 (137) = NJW 1965, 699) ist der Senat der Auffassung, daß die Abgrenzung nach den Grundsätzen der Teilnahmelehre vorzunehmen ist und dabei subjektiv bestimmte Kriterien, ob nämlich der Handelnde die Tat als eigene wollte, ob er den Täterwillen, den Willen zur Tatherrschaft oder eigenes Interesse an der Tat hatte, nicht geeignet sind, sinnvolle Ergebnisse zu gewährleisten. Es kommt allein darauf an, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht. Im Einzelfall ist dafür entscheidend die Art und Weise, wie der Tote über sein Schicksal verfügt hat. Hat er sich in die Hand des anderen begeben, weil er dulgend von ihm den Tod entgegennehmen wollte, dann hatte dieser die Tatherrschaft. Behielt er dagegen bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal, dann tötete er sich selbst, wenn auch mit fremder Hilfe (BGHSt 19, 135 (139 f.) = NJW 1965, 699).

Nach diesen Kriterien der Rechtsprechung scheidet eine unmittelbare Begehungstäterschaft aus. Das Gift wurde Frau E nicht eingeflößt. Sie hat den Giftbecher vielmehr ohne Hilfe Dritter selbst zum Mund geführt und das Gift getrunken. Damit hat sie den lebensvernichtenden Akt eigenhändig ausgeführt.

Trotz eigenhändiger Tötung kann jedoch ein Tötungsdelikt vorliegen, wenn der Suizident als unfreies Werkzeug eines das Geschehen beherrschenden Hintermannes tätig geworden ist. Eine solche Tötung in mittelbarer Täterschaft liegt danach vor, wenn der Suizident nicht eigenverantwortlich gehandelt hat (vgl. Herzberg, NJW 1986, 1636; ders., JA 1985, 134, 336 ff.; Eser, in: Schönke-Schröder, 22. Aufl. (1985), Vorb. §§ 211 ff. StGB Rdnrn. 36, 37

m. Nachw.), wenn er als Werkzeug gegen sich selbst benutzt wurde.

Wo die Grenze der Verantwortungsunfähigkeit liegt, ist umstritten. Teils werden die §§ [20](#), [35](#) StGB § [3](#) JGG analog angewandt und die Auffassung vertreten, daß die Mitwirkung beim Suizid unter dem Gesichtspunkt der Tötung straflos ist, solange der Suizident seine Tat nicht i. S. des § [20](#) StGB aufgrund „einer krankhaften seelischen Störung“, einer „tiefgreifenden Bewußtseinsstörung“, „Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit“ begeht oder i. S. des § [35](#) StGB „in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib und Freiheit“ zum Suizid gezwungen wird, um die drohende Gefahr „von sich, einem Angehörigen oder einer anderen, ihm nahestehenden Person abzuwenden“. Auch wird unter entsprechender Heranziehung des § [3](#) JGG beim Selbstmord Jugendlicher oder von vornherein verantwortungsunfähiger Kinder die aktive Förderung und die Nichthinderung durch einen „Garanten“ als Totschlag beurteilt (so Roxin, in: Festschr. f. Dreher, 1977, S. 349; ders., NStZ 1984, [71](#); vgl. auch Dölling, GA 1984, [76](#) ff.; Bottke, GA 1983, [36](#); Hirsch, JR 1979, [432](#); Charalambakis, GA 1986, [498](#) ff.).

Teils wird Eigenverantwortlichkeit nur dann angenommen, wenn der Entschluß zum Selbstmord Ausdruck eines freien und ernstlichen Verlangens nach dem eigenen Tod ist. Ein selbst zu verantwortender Suizid wird daher erst dann bejaht, wenn dieser den Voraussetzungen der Einwilligung in eine fremde Tat gerecht wird (vgl. Jähnke, in: LK, Vorb. § 211 StGB Rdnr. 25 ff.; Eser, in: Schönke-Schröder, Vorb. §§ 211 ff. StGB Rdnr. 36; Horn, in: SKStGB, § 212 Rdnr. 15; Lackner, StGB, 17. Aufl. (1987), Vorb. § 211 Anm. 3b), wenn der Todeswunsch, gedacht als ein an den mittelbaren Täter gerichtetes Verlangen, z. B. nach einer tödlichen Injektion, beachtlich, „ernstlich“ i. S. von § [216](#) StGB wäre (vgl. Herzberg, JA 1985, [336](#) ff.; ders., NJW 1986, [1637](#)).

Welcher der beiden Meinungen der Vorzug zu geben ist, braucht nicht entschieden zu werden, da Frau E nach dem Ergebnis der Ermittlungen bis zuletzt nach den Kriterien beider Auffassungen im Zustand freier Willensentscheidung eigenverantwortlich gehandelt hat.

Davon, daß bei der Suizidentin ein ernstliches und unbedingtes Tötungsverlangen vorgelegen hat, geht auch die StA aus, da sie die Tat als Tötung auf Verlangen wertet ...

Der Senat vermag aufgrund der Beweisergebnisse die Auffassung der StA nicht zu teilen, der Angeschuldigte Prof. H sei als Täter eines Vergehens der Tötung auf Verlangen nach § [216](#) StGB anzusehen, da er das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht, das Ob, Wann und Wie der Tat bestimmt habe, er das Geschehen bis zuletzt in der Hand gehabt und die Getötete nicht mehr die alleinige volle Freiheit zur Entscheidung darüber besessen habe, die gesetzte Ursachenkette zu beenden, und daß Frau E bis auf das Schlucken des Giftes nichts zur Tatplanung und zum Tatgeschehen beigetragen habe.

Daß sie bis auf das Schlucken des Giftes nicht mitgewirkt habe, trifft nach dem Ermittlungsergebnis schon deshalb nicht zu, weil die Initiative von ihr ausging, sie beharrlich in der Klinik anrief, um Prof. H an sein Versprechen zu erinnern, ihr zum Sterben zu verhelfen, und sie schließlich die Klinik aus eigenem Entschluß aufsuchte.

Die Wertung der StA, die Lebensmüde habe bis auf das Schlucken des Giftes nichts beigetragen, enthält überdies eine unzureichende Gewichtung des Vorgangs der Gifteinnahme, die seiner überragenden Bedeutung im Gesamtgeschehen nicht gerecht wird ...

Zusammenfassend läßt sich daher feststellen, daß die Überlassung des Giftes es Frau E zwar ermöglichte, die Selbsttötung eigenhändig vorzunehmen. Da sie aber bis zuletzt die freie Entscheidung darüber hatte, ob sie das Gift einnimmt oder nicht, beherrschte allein sie und nicht Prof. H noch sonst wer das zum Tode führende Geschehen. Der Beitrag der Angeschuldigten ging damit über den von Gehilfen nicht hinaus und ist deshalb als straflose Beihilfe zur Selbsttötung zu werten.

Die berufliche Stellung des Angeschuldigten Prof. H als Arzt ändert hieran nichts. Auch ein Arzt bleibt jedenfalls straflos, soweit er sich lediglich als Gehilfe aktiv an einer freiverantwortlich verwirklichten Selbsttötung beteiligt. Der Kreis der potentiellen Sterbehelfer wird, wie Eser (MedR 1985, [9](#)) dargelegt, vom Gesetz weder umgrenzt noch differenziert. (Straflose Beihilfe zur Selbsttötung im Falle der Überlassung von Tötungsmitteln an einen freiverantwortlich handelnden Suizidenten durch einen Arzt nehmen u. a. an: Herzberg, NJW 1986, [1638](#); ders. JA 1985, [339](#), Fußn. 135; Hirsch, ZRP 1986, [242](#); Schmitt, JZ 1985, [367](#); Roxin, NStZ 1984, [412](#); Eser, MedR 1985, [9](#); Helgerth, JR 1976, [46](#); Zippelius, JuS 1983, [661](#); Leonardy, DRiZ 1986, [288](#); Wassermann, DRiZ 1986, [296](#); Otto, Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag, S. 65; Schreiber, in: Schriftl. Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Thema „Sterbehilfe“ im Rechtsausschuß des Dt. BT, Sten. Prot., 10. Wahlper., 51. Sitzung, Anl. 85; s. auch Narr, Ärztliches BerufsR, Stand: Januar 1987, Rdnr. 719).

b) Prof. H wurde auch nicht deshalb zum Täter eines Tötungsdelikts, weil er nach Einnahme des Giftes durch die Suizidentin keine ärztlichen Hilfsmaßnahmen ergriffen hat.

aa) Wegen eines Tötungsdelikts kann zwar bestraft werden, wer es unterläßt, den Tod des Opfers abzuwenden, obwohl er rechtlich dafür einzustehen hat, daß dieser Erfolg nicht eintritt (§ [13](#) StGB). Der Senat hält jedoch den hinreichenden Tatverdacht bezüglich eines durch Unterlassen begangenen Tötungsdelikts nicht für gegeben.

Zur Frage, ob und gegebenenfalls wann Prof. H verpflichtet war, tätig zu werden, vertritt die StA in ihrer Beschwerdebegündung die Auffassung, daß Frau E bereits nach Gifteinnahme hinsichtlich des weiteren Geschehens machtlos gewesen sei und deshalb für eine Erfolgsabwendungspflicht auf diesen Zeitpunkt und nicht erst auf den nach Eintritt der Bewußtlosigkeit der Suizidentin abzustellen sei.

Dem vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Solange Frau E bei Bewußtsein war, konnte sie die Einwilligung zur ärztlichen Behandlung erteilen und damit die Voraussetzungen dafür schaffen, daß die Ärzte das zur Rettung Erforderliche veranlassen. Diese Möglichkeit verlor sie erst mit Eintritt der Bewußtlosigkeit.

Von Bedeutung ist daher allenfalls dieser Zeitpunkt, auf den auch der BGH abstellt. Im Urteil vom 4. 7. 1984 (BGHSt 32, [374](#) ([375](#)) = NJW 1984, [2639](#)) legt er dar, daß, solange der Suizident noch Herr des Geschehens ist, die Tatherrschaft bei ihm liegt und der Garant mangels eigener Tatherrschaft nicht aus dem rechtlichen Gesichtspunkt der Garantenhaftung verpflichtet ist, einzuschreiten.

Verliert der Suizident, so der BGH, infolge Bewußtlosigkeit endgültig die tatsächliche Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens ("Tatherrschaft"), so hängt der Eintritt des Todes jetzt allein vom Verhalten des Garanten ab. In dessen Hand liegt es nunmehr, ob das Opfer gerettet wird oder nicht. In diesem Stadium hat nicht mehr der Suizident, sondern nur noch der Garant die Tatherrschaft.

Gleichwohl ist jedoch festzuhalten, daß der Verlust der Handlungsfähigkeit nicht ohne weiteres den Übergang der Tatherrschaft auf den Garanten zur Folge hat und daß nach diesem Zeitpunkt das Unterlassen von Rettungsmaßnahmen nicht unbedingt kausal für den Todeseintritt sein muß.

Voraussetzung für den Übergang der effektiven Tatherrschaft und für das Vorliegen der Kausalität ist jedenfalls, daß der Garant die tatsächliche Möglichkeit besitzt, durch sein Eingreifen dem Geschehen die entscheidende Wende zu geben (BGHSt 2, [150 \(156\)](#); 13, [162 \(166\)](#)) und daß der Tod bei sofortiger ärztlicher Hilfe mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht oder erheblich später eingetreten wäre (BGH, NStZ 1985, [26 \(27\)](#)). Daß Prof. H als Arzt die tatsächliche Möglichkeit gehabt hätte, den Tod mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu verhindern, läßt sich nicht feststellen.

Nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. von C vom 12. 8. 1986 hätten zwar innerhalb von drei bis fünf Minuten nach Eintritt der Bewußtlosigkeit vorgenommene Maßnahmen gute Rettungsaussichten hinsichtlich der Cyanidvergiftung trotz bereits eingetretener Bewußtlosigkeit gehabt, wobei er die Rettungschance auf ca. 66 % schätzte.

Damit ist jedoch zugunsten von Prof. H nicht auszuschließen, daß auch bei sofortigem Tätigwerden der Tod nicht hätte verhindert werden können. Die Tatherrschaft ging deshalb nicht auf ihn über. Zugleich scheidet aber auch der gebotene Nachweis der Kausalität des unterlassenen Eingreifens für den Tod.

bb) Der Senat kommt daher mit der StrK zu dem Ergebnis, daß allenfalls der Tatbestand eines versuchten Vergehens nach § [216](#) StGB für die Zeit nach Eintritt der Bewußtlosigkeit vorliegen kann.

Die Eröffnung des Hauptverfahrens hierwegen setzt voraus, daß der Angeschuldigte vorsätzlich handelte, daß er also wußte oder zumindest damit rechnete, daß sein sofortiges Eingreifen nach Eintritt der Bewußtlosigkeit geeignet gewesen wäre, den Tod zu vermeiden und er dennoch für einen von ihm für möglich gehaltenen Fall der Rettung hat untätig bleiben wollen (vgl. BGHSt 32, [367 \(370\)](#) = NJW 1984, [2639](#)). Hinreichende Anhaltspunkte hierfür liegen jedoch nicht vor.

Welche Kenntnisse der Angeschuldigte Prof. H zum damaligen Zeitpunkt über die Heilungschancen bei einer Vergiftung mit

OLG München: Zurverfügungstellung eines Selbsttötungsmittels für einen Freitod (Fall Hackethal)

NJW 1987 Heft 46

2943



hohen Kaliumcyanidgaben hatte, ist nicht bekannt. Da die Beteiligten sich für Kaliumcyanid ausgesprochen hatten, weil damit ein schneller und schmerzloser Tod herbeigeführt werden sollte, ist anzunehmen, daß der Vorstellung des Angeschuldigten die vom Sachverständigen Prof. Dr. v. C in seinem Gutachten als fulminant, apoplektisch bezeichnete Verlaufsform zugrunde lag, die ernsthafte Chancen zur Rettung nach Eintritt der Bewußtlosigkeit nicht

mehr ermöglicht hätte. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß der Tod nach sehr großen Gaben des Giftes nahezu hundertprozentig und blitzartig unter krampfähnlichen Zuckungen und Atemlähmung erfolgt. Für die Annahme, daß sich die Beteiligten einen solchen Geschehensverlauf vorstellten, spricht auch, daß der Angeschuldigte der Suizidentin 4 g Kaliumcyanid verschaffte, eine Menge, die nach seiner - zutreffenden - Meinung die mehrfache Dosis dessen darstellte, was zur Tötung eines Menschen erforderlich ist.

Bei dieser Sachlage kann nicht davon ausgegangen werden, daß Prof. H eine Rettung der Suizidentin nach Eintritt der Bewußtlosigkeit noch für möglich gehalten hat, so daß ein hinreichender Tatverdacht für eine versuchte vorsätzliche Tötung auf Verlangen nicht gegeben ist.

cc) Die Verkennung der Giftwirkung und der Rettungschancen mag auf Fahrlässigkeit beruhen. Dadurch wird indes nicht schon der hinreichende Verdacht eines Vergehens der fahrlässigen Tötung begründet, da der Nachweis der Kausalität, wie bereits dargestellt, nicht geführt werden kann.

dd) Selbst wenn man jedoch annehmen würde, daß nach Eintritt der Bewußtlosigkeit der Suizidentin bei sofortigem ärztlichen Handeln der Tod mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht oder erheblich später eingetreten wäre und der Angeschuldigte Prof. H dies auch angenommen hätte, dann stünde der Eröffnung des Hauptverfahrens wegen eines Tötungsdelikts entgegen, daß er nach Auffassung des Senats bei der gegebenen Situation strafrechtlich nicht verpflichtet war, den Tod der freiverantwortlich handelnden Suizidentin zu verhindern.

Eine Verpflichtung zur Erfolgsabwendung vom Eintritt der Bewußtlosigkeit an könnte für ihn daraus abgeleitet werden, daß er als Arzt die Behandlung der Patientin übernommen (also aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis) oder durch die Überlassung des tödlichen Giftes eine Gefahrenlage für das Leben der Patientin herbeigeführt hatte (durch sog. Ingerenz).

Aus beiden rechtlichen Gesichtspunkten läßt sich jedoch eine auf die Verhinderung des Todes der Suizidentin gerichtete Garantenstellung nicht begründen.

Die StrK leitet die Rechtspflicht zur Erfolgsabwendung aus dem durch die Übernahme der ärztlichen Behandlung entstandenen Arzt-Patienten-Verhältnis ab.

Dem vermag der Senat nicht zu folgen, da einer Zwangsbehandlung der erklärte Wille der freiverantwortlich handelnden, einsichtsfähigen Suizidentin - wie bei einem „Normalpatienten“ - entgegenstand und die auf den Lebensschutz zielende Garantenstellung entfallen ließ.

Daß das Selbstbestimmungsrecht einer Zwangsbehandlung entgegensteht, wird von der Rechtsprechung für den „Normalpatienten“ anerkannt ((RGZ 151, [349 \(352\)](#); BGHZ 29, [46 \(49\)](#) = NJW 1959, [811](#); BGHZ 29, [176 \(179\)](#) = NJW 1959, [814](#); BGHZ 90, [103 \(105/106\)](#) = NJW 1984, [1397](#); BGHSt 11, [111 \(114\)](#) = NJW 1958, [267](#); BVerGE 52, 131 (170)); aus dem Hinweis des BGH im Urteil vom 26. 10. 1982 (BGH, NJW 1983, [350 \(351\)](#)): „Der entgegenstehende Wille der Kranken war unbeachtlich, weil ihr Leben bedroht war und sie hierüber nicht verfügen konnte“, kann nichts Gegenteiliges geschlossen werden, wie die anschließende Einschränkung in diesem Urteil zeigt, daß dies „zumindest“ für die vom damaligen Angekl. zu treffenden Maßnahmen gelte, die selbst noch keinen körperlichen Eingriff enthielten, nämlich die Verständigung der Angehörigen und des Hausarztes, um mit

deren Hilfe eine Sinnesänderung der lebensbedrohlich Erkrankten zu erreichen (vgl. hierzu auch Kutzer, MDR 1985, [711](#) Fußn. 13)).

Die Auffassung der Rechtsprechung wird auch von der Lehre geteilt ...

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schließt auch die Selbstbestimmung zum Tode ein (Leonardy, DRiZ 1986, [285](#); BGHSt 11, [111](#) ([113/14](#)) = NJW 1958, [267](#); BGHZ 90, [103](#) ([105/106](#)) = NJW 1984, [1397](#)).

Hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen bindet der vom urteilsfähigen Patienten ausgesprochene Verzicht den Arzt auch dann, wenn der Patient im voraussehbaren Verlauf der Krankheit das Bewußtsein verliert und keine wesentliche Veränderung der seiner Erklärung zugrundeliegenden tatsächlichen Umstände erkennbar ist (Kutzer, MDR 1985, [712](#); Dreher-Tröndle, § 223 StGB Rdnr. 9 t), weil die Entscheidung gerade auch für dieses Stadium getroffen wurde, wie auch umgekehrt die Einwilligung zum Heileingriff nicht ihre rechtfertigende Wirkung mit Eintritt der Bewußtlosigkeit verliert.

Ob dabei die Entscheidung des freiverantwortlichen Patienten aus der Sicht des Arztes vernünftig oder unvernünftig ist, ist kein Maßstab für die Gültigkeit oder Ungültigkeit der Entscheidung des Patienten, weil, wie der BGH in BGHSt 11, [113](#) ([114](#)) zutreffend ausgeführt hat, sich niemand zum Richter in der Frage aufwerfen darf, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden.

Verweigert der freiverantwortliche, in Todesgefahr schwebende Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts die Einwilligung in die Vornahme dringend gebotener ärztlicher Eingriffe, so entfällt das aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis abgeleitete Behandlungsrecht und die auf den Lebensschutz zielende Behandlungspflicht des Arztes, er wird zum Begleiter im Sterben und bleibt nur noch Garant für die Basisversorgung des Patienten (vgl. Hiersche, MedR 1987, [84](#)).

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begrenzt damit die prinzipiell vereinbarungsabhängige Garantenschutzverantwortung des Arztes (vgl. Herzberg, JA 1985, [339](#), Fußn. 135; Otto, Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag, S. 40; Schultz, JuS 1985, [270](#), [273](#); Gropp, NStZ 1985, [97](#), [101](#); Jähnke, in: LK, Vorb. § 211 Rdnr. 13; Leonardy, DRiZ 1986, [285](#)).

Eine zwingende rechtliche Begründung dafür, daß anders als beim „Normalpatienten“ die mit der Verweigerung der Einwilligung in lebensverlängernde Maßnahmen auf Aufhebung der Lebensschutzverantwortung des Arztes gerichtete Willenserklärung eines urteilsfähigen, freiverantwortlich handelnden Suizidpatienten rechtlich unbeachtlich sei, vermag der Senat nicht zu erkennen.

Der BGH hatte über einen vergleichbaren Fall bisher noch nicht zu entscheiden. Im Urteil vom 4. 7. 1984 (BGHSt 32, [367](#) ([378](#)) = NJW 1984, [2639](#)) läßt der 3. Strafsenat des BGH zwar ausdrücklich offen, ob das Verbot ärztlicher Eingriffe gegen den Willen des Patienten auch dann gilt, wenn es sich um einen zu rettenden Suizidenten handelt und ob es in der Konsequenz der Entscheidungen in BGHSt 6, [147](#) = NJW 1954, [1049](#) und BGHSt 13, [162](#) ([169](#)) = NJW 1959, [1738](#) liegt, das Recht, über die Vornahme medizinischer Eingriffe selbst zu bestimmen, auch bei dem bewußtseinsklaren, aber schwer verletzten Suizidenten aus übergeordneten Gründen einzuschränken. Jedenfalls dann jedoch, wenn der ohne ärztlichen

Eingriff dem sicheren Tod preisgegebene Suizident schon bewußtlos sei, dürfe sich nach Ansicht des BGH der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewußtlosigkeit erklärten Willen richten, sondern habe in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs selbst zu treffen.

Zur Frage, ob der freiverantwortliche Suizident den Garanten aus seiner Garantenstellung entlassen könne, nahm der 3. Strafsenat keine Stellung. Er schloß sich jedoch im Ergebnis der Entscheidung des Großen Senats für Strafsachen des BGH (BGHSt 6, [147 \(153\)](#) = NJW 1954, [1049](#)) an, der den Willen des Selbstmörders für unbeachtlich erklärt hatte, und begründet dies damit, daß dann, wenn § [323c](#) StGB seine dem solidarischen Lebensschutz dienende Funktion auch in Selbstmordfällen erfüllen solle, die jedermann treffende allgemeine Hilfespflicht nicht davon abhängig gemacht werden könne, ob im konkreten Einzelfall der Selbstmörder aufgrund eines freiverantwortlich gefaßten oder eines auf Willensmängeln beruhenden Tatentschlusses handelt oder gehandelt hat. Dies könne innerhalb der kurzen Zeitspanne, die für die unter Umständen lebensrettende Entscheidung am Unglücksort zur Verfügung stehe, kaum jemand ohne psychiatrisch-psychologische Fachkenntnisse und ohne sorgfältige Abwägung der äußeren und inneren Motivationsfaktoren zuverlässig beurteilen. Aus der neueren Suizidforschung ergebe sich auch, daß häufig ein ursprünglich durchaus ernsthafter Selbsttötungswille nach Beendigung des Suizidversuchs verfallt.

Die Erwägungen des BGH sind allenfalls geeignet, die Unbeachtlichkeit des Verzichts auf die von jedermann zu erbringende Nothilfe (§ [323c](#) StGB) zu begründen, reichen aber nicht aus, dem auf die Entpflichtung des Arztes als Lebensschutzgaranten gerichteten Willen eines freiverantwortlichen Suizidenten die rechtliche Wirksamkeit zu versagen.

Letzterer verliert weder aufgrund des Entschlusses zum Suizid noch infolge des Suizidversuchs seine Rechts- und Geschäftsfähigkeit (vgl. Otto, Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag, S. 66).

Ist der Mensch nicht befugt, aus eigenem Willensentschluß über sein Leben zu verfügen (so BGHSt 6, [147 \(153\)](#) = NJW 1954, [1049](#)), kann dies allenfalls für die allgemeine Nothilfepflicht aus § [323c](#) StGB von Bedeutung sein (so beziehen sich die entsprechenden Ausführungen des BGH in BGHSt 6, [147 \(153\)](#) = NJW 1954, [1049](#); BGHSt 13, [162 \(169\)](#) = NJW 1959, [1738](#); NJW 1983, [351](#) jeweils nur auf diese Pflicht), nicht aber für die Wirksamkeit der Entlassung des

OLG München: Zurverfügungstellung eines Selbsttötungsmittels für einen Freitod (Fall Hackethal)

NJW 1987 Heft 46

2944



Arztes aus den besonderen vereinbarungsabhängigen und kündbaren Rechtsbeziehungen zum Patienten, da eine aus der Unverfügbarkeit des Lebens für den einzelnen ableitbare Verpflichtung zum Weiterleben allenfalls gegenüber der Rechtsgemeinschaft, nicht aber gegenüber seinem Arzt besteht. Somit verfügt der Suizident mit der Entpflichtung des Arztes aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis weder über sein Leben noch über die jedermann treffende allgemeine Nothilfepflicht, sondern lediglich über die zwischen ihm und dem Arzt bestehenden Rechtsbeziehungen.

Auch die von Kutzer (MDR 1985, [713](#), [714](#)) angeführten Gründe einer Behandlungsbedürftigkeit eines Suizidenten, die nach seiner Meinung eine unterschiedliche Beurteilung der beiden Fallgruppen - Behandlungsverzicht trotz lebensbedrohlicher Krankheit

und behandlungsbedürftiger Zustand nach einem Selbstmordversuch - jedenfalls im Ansatzpunkt rechtfertigen, haben nur für die allgemeine Nothilfepflicht aus § [323c](#) StGB Bedeutung. Die Behandlungsbedürftigkeit des Suizidenten begründet Kutzer u. a. damit, daß dieser mit seiner Tat einen Höchstwert negiere, daß die psychische Einstellung des Normalpatienten sich von der eines Suizidenten unterscheide, daß der Wegfall einer strafbewehrten Hilfspflicht fatale Wirkungen hätte und in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten bestünden, rechtzeitig und zuverlässig die freie Verantwortlichkeit festzustellen.

Alle diese Gesichtspunkte mögen ausreichen, eine Behandlungsbedürftigkeit des Suizidenten zu begründen. Aus der Behandlungsbedürftigkeit kann aber noch nicht auf eine entsprechende Behandlungspflicht geschlossen werden. Selbst wenn man aber eine Behandlungspflicht des Arztes annehmen wollte, kann es sich dabei allenfalls um die allgemeine, jedermann treffende Hilfspflicht handeln. Eine darüber hinausgehende, spezielle ärztliche Erfolgsabwendungspflicht vermag selbst ein Unglücksfall nicht zu begründen. Dem entspricht die ständige Rechtsprechung des BGH, daß aus § [323c](#) StGB weder eine Sonderpflicht für Ärzte, noch die Rechtspflicht zur Erfolgsabwendung abgeleitet werden könne (BGH, NJW 1983, [351](#)).

Gegen eine Ungleichbehandlung spricht auch, daß eine Abgrenzung zwischen Normal- und Suizidpatienten nur willkürlich vorgenommen werden kann (vgl. Schmitt, MDR 1986, [619](#); Eser, MedR 1985, [615](#)) und daß sich beide Fallgruppen in Grenzsituationen einander nähern oder gar überschneiden, wie das von Gropp (NStZ 1985, [103](#), Fußn. 65) genannte Beispiel eines herzkranken lebensmüden Patienten zeigt, der sich entschließt, seine lebenserhaltenden Tropfen nicht mehr zu nehmen.

Wie problematisch der Differenzierungsversuch zwischen Normal- und Suizidpatienten ist, zeigt überdies das von Eser (MedR 1985, [15](#)) aufgeführte Beispiel jener Lebensmüden, die einen Suizid unternommen haben, wieder zu Bewußtsein gekommen oder dazu gebracht worden sind und nunmehr eine lebensnotwendige Operation verweigern. Zu Recht stellt Eser die Frage: „Sollen diese - weil Suizident und deshalb hinsichtlich ihres Sterbewillens nicht zu respektieren - nun gleichsam 'zur Strafe' auch gegen ihren fortbestehenden Sterbewillen durch entsprechende ärztliche Maßnahmen zum Leben zurückgezwungen werden? Oder - nunmehr wie jeder andere Terminalpatient - auf Wunsch in Ruhe sterben dürfen?“

Der Senat kommt damit zusammenfassend zu dem Ergebnis, daß die Entbindung des Angeschuldigten Prof. H von seiner Lebensschutzverantwortung nicht anders als bei einem „Normalpatienten“ beurteilt werden kann. Dem von Frau E geäußerten freien Willen kann somit die rechtliche Wirksamkeit nicht abgesprochen werden. Mangels einer aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis resultierenden, auf den Lebensschutz zielenden Garantenpflicht des Angeschuldigten kann daher das Unterlassen einer Behandlung nach Eintritt der Bewußtlosigkeit nicht als strafbare Tötung nach den §§ [216](#), [13](#) StGB angesehen werden.

Eine rechtliche Verpflichtung zur Erfolgsabwendung vom Eintritt der Bewußtlosigkeit an ergibt sich auch nicht daraus, daß Prof. H Frau E das tödliche Gift überlassen und damit eine Gefahrenlage für das Leben der Patientin herbeigeführt hat (Garantenstellung aus Ingerenz). Das „Unrecht“ des Handelns verwirklichte sich hier bereits im Tun. Aus der Straflosigkeit von Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung folgt rechtslogisch zwingend, daß die vom Gesetz gewollte Straflosigkeit der Beteiligung an der Selbsttötung unmöglich sogleich wieder als Strafbarkeit zuzufolge der in eben dieser Beteiligung liegenden Ingerenz in Erscheinung treten kann; so zutreffend Engisch (Festschr. f. Dreher 1977, S. 310 und Fußn. 1 und 13), der

außerdem zu Recht darauf hinweist, daß man andernfalls wieder nehmen würde, was man eben gegeben habe, nämlich die Straflosigkeit (vgl. auch Jähnke, in: LK Vorb, § 211 Rdnr. 24; Schultz, JuS 1985, [275](#); Herzberg, JA 1985, [183](#); Eser, MedR 1985, [9](#); ders., in: Schönke-Schröder, Vorb. §§ 211 ff. Rdnr. 43; Roxin, NStZ 1984, [412](#); Amelung-Weidemann, JuS 1984, [600](#); Stree, JuS 1985, [184](#)).

Daß Prof. H mit der Überlassung des Giftes an Dr. E zur Weitergabe an Frau E möglicherweise gegen ärztliche, berufsrechtliche Pflichten verstoßen hat, etwa die, das Leben seiner Patientin zu erhalten (§ 1 II S. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns), ändert an der strafrechtlichen Beurteilung nichts, da die mit der Giftübergabe geschaffene Gefahrenlage sich weder dadurch erhöhte, daß es sich bei dem Angeschuldigten um einen Arzt handelte, noch dadurch, daß er möglicherweise gegen berufsrechtliche Vorschriften verstieß.

Im übrigen ist von entscheidender Bedeutung, daß der Unrechtsgehalt seines Handelns sich in der (aktiven) Weitergabe des Gifts verwirklicht hat. Die Folgen dieses Handelns für das Lebensrisiko des Suizidenten werden, wie die gesetzgeberische Entscheidung zeigt, die Beihilfe gegenüber dem freiverantwortlich handelnden Suizidenten straflos zu stellen, nicht dem Verantwortungsbereich des Helfers, sondern dem des Suizidenten zugeordnet. Angesichts dieser gesetzgeberischen Wertung wäre es wertungswidersprüchlich, dem Helfer wegen des im aktiven Tun zugleich enthaltenen Verstoßes gegen die Verpflichtung, etwas zu unterlassen, eine Lebensschutzverantwortung aufzubürden und ihn im Falle des Eintritts des Todes wegen eines Tötungsdeliktes zu verfolgen. Dies schließt es jedoch nicht aus, Handlungen des Gehilfen, die einen zusätzlichen Unrechtsgehalt aufweisen (z. B. Verstöße gegen das WaffG, BtMG, eine Berufsordnung), nach den entsprechenden Bestimmungen zu ahnden.

Zu Recht weist im übrigen Eser (JZ 1986, [789](#)) darauf hin, daß berufsrechtliche Pflichten weiter reichen können als die sich aus dem Strafrecht ergebenden allgemeinen Pflichten, daß dem Arzt aus berufsethischen Gründen untersagt sein könne, was - wie derzeit die Beihilfe zur Selbsttötung - vom Strafrecht toleriert werde und damit in die moralische Verantwortung des einzelnen gestellt sei. Er fährt dann fort: „Diese unterschiedlichen Wertungsebenen, die dem Mediziner 'als Mitmensch' erlauben, was ihm 'als Arzt' untersagt ist, aufzuheben, würde bedeuten, die Arztethik zur allgemeinen Richtschnur und das Strafrecht zum Büttel einer sektoralen Berufsethik zu machen. Damit würde - zum anderen - verkannt, daß das Recht - über Lebenserhaltung und Schmerzlinderung hinaus - auch noch von anderen oder ergänzenden Prinzipien geleitet sein kann, wie etwa von einer - im Vergleich zu der primär am 'Wohl' des Patienten orientierten Arztethik - höheren Respektierung des Patientenwillens.“

Die aus dem Wertungszusammenhang abgeleitete Straflosigkeit der aktiven Förderung der freiverantwortlich verwirklichten Selbsttötung durch einen Arzt kann von der Rechtsordnung auch hingenommen werden, weil die berufsrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten eine ausreichende Ahndung etwaiger darin liegender Verstöße gewährleisten.

c) Selbst wenn man mit der StrK von einer fortbestehenden Garantenpflicht für die Zeit nach Eintritt der Bewußtlosigkeit ausgehen würde und annimmt, daß ein vorsätzliches Handeln in einer Hauptverhandlung nachgewiesen werden könnte, fehlt der hinreichende Tatverdacht hinsichtlich einer versuchten Tötung auf Verlangen, weil der Angeschuldigte Prof. H - wie die StrK zutreffend ausführt - nicht rechtswidrig handelte, wenn er sich bei dem Leidenszustand und unter Berücksichtigung des flehentlichen Bittens von Frau E, sie von ihren Leiden zu erlösen, dafür entschied, nichts mehr zu ihrer Rettung zu unternehmen, sondern ihr Selbstbestimmungsrecht zu respektieren.

Mit der StrK ist auch der Senat im Anschluß an die überzeugenden Ausführungen von Herzberg in NJW 1986, [1639](#) ff. der Auffassung, daß bei der Würdigung des Verhaltens des Angeschuldigten das Vorliegen von Rechtfertigungsgründen nach § [34](#) StGB zu prüfen und bei der Rechtsgüterabwägung darauf abzustellen ist, ob der Wert der Erlösung den der Erhaltung des qualvollen, vom Kranken selbst nicht mehr gewollten Lebens wesentlich überwiegt, was der Fall sein kann, wenn der Kranke selber sein Leben nur noch als quälende Last erleidet und es preisgeben will.

d) Der Senat stimmt der StrK auch darin zu, daß selbst dann, wenn Prof. H kein Rechtfertigungsgrund zur Seite stünde, er zumindest nicht schuldhaft gehandelt hätte, weil ihm eine Lebensrettung in Anbetracht der von ihm vorgefundenen außergewöhnlichen Situation nicht zuzumuten gewesen wäre. Die StrK hat hier zur Begründung

OLG München: Zurverfügungstellung eines Selbsttötungsmittels für einen Freitod (Fall Hackethal)

NJW 1987 Heft 46

2945



ausgeführt, daß Frau E schon vor der Einnahme des Giftes jahrelang unter unerträglichen Schmerzen gelitten hatte und ihr Zustand beklagenswert war. Die StrK fährt dann fort: „Das war dem Angeschuldigten aufgrund der früheren Behandlungen bekannt. Er wußte auch, daß Frau E unter keinen Umständen mehr in diesem Zustand weiterleben wollte und daß eine Heilung nicht zu erwarten war. Er mußte davon ausgehen, daß wegen der weit fortgeschrittenen, schon in das Gehirn vorgedrungenen Krebserkrankung der Rest des Lebens der Frau E nur noch in schwersten Leiden bestanden hätte. Wenn er in dieser Grenzsituation den Widerstreit zwischen der Pflicht zum Schutz des Lebens einerseits und der Pflicht zur Achtung des Selbstbestimmungsrechts der schwerkranken Frau andererseits dadurch gelöst hat, daß er nichts mehr unternahm, um sie zum Leben zurückzuholen, so kann seine ärztliche Gewissensentscheidung schon aus diesem Grunde nicht von Rechts wegen als unvertretbar angesehen werden (BGHSt 32, [380](#) ([381](#))).“ Dem schließt sich der Senat an.

e) Die StrK hat zu Recht auch hinsichtlich der übrigen Mitangeschuldigten die Eröffnung des Hauptverfahrens wegen Beihilfe zur Tötung auf Verlangen abgelehnt.

Nach § [27](#) StGB kann als Gehilfe nur bestraft werden, wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe leistet. Wie jedoch festgestellt, fehlt es am hinreichenden Verdacht für das Vorliegen einer vom Angeschuldigten Dr. H begangenen rechtswidrigen versuchten Tötung auf Verlangen, so daß eine Beihilfe der Mitangeschuldigten nicht in Betracht kommt. Im übrigen wäre ihr Verhalten wie bei Dr. H gerechtfertigt und entschuldigt.

3. Im Ergebnis zu Recht wurde auch der hinreichende Tatverdacht eines Vergehens der unterlassenen Hilfeleistung (§ [323c](#) BGB) verneint.

a) Die StrK bejaht in Übereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung des BGH ... das Vorliegen eines Unglücksfalles im Sinne dieser Vorschrift und nimmt an, daß die Angeschuldigten Prof. H, K und Dr. E bereits zu dem Zeitpunkt verpflichtet waren, das ihnen Mögliche und Zumutbare zur Verhinderung des Selbstmordes zu leisten, als sich das Gift in Reichweite der Suizidentin befand, da schon zu diesem Zeitpunkt für Frau E eine konkrete Gefahrenlage entstanden war. Sie erachtet aber die Unterlassung von Rettungsversuchen nach § [34](#) StGB für gerechtfertigt, hilfsweise für entschuldigt, da das Untätigwerden auf einer von der Rechtsordnung hingegenommenen Gewissensentscheidung beruhte.

b) Der Senat ist der Auffassung, daß der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung entfällt, weil die Verhinderung des Suizids bei den gegebenen außergewöhnlichen Umständen nicht mehr als erforderliche „Hilfe“ i. S. des § [323c](#) StGB gewertet werden kann. Das Geschehen ist dadurch gekennzeichnet, daß die Suizidentin bis zuletzt freiverantwortlich gehandelt hat, sie schwerst und unheilbar erkrankt war, sie im nunmehr weit fortgeschrittenen Stadium der Krankheit unerträgliche Schmerzen auszuhalten hatte, erheblich unter ihrer Entstellung litt, sie selbst in der Nahrungsaufnahme zunehmend eingeschränkt war und sie mit ihrem Leben abgeschlossen hatte. Sämtliche Beteiligte waren mit dieser Situation vertraut, hatten keine Zweifel an der Ernstlichkeit der Sterbeabsicht und an der Freiheit des Willens von Frau E und mußten solche auch nicht haben.

Bei dieser Sachlage hätte die Verhinderung der Selbsttötung die unannehmbare Folge gehabt, daß Frau E statt der Beendigung die Verlängerung ihrer Leiden aufgezwungen worden wäre. Die vermeintliche Hilfe hätte lediglich zu einer inhumanen Quälerei geführt.

Ein hinreichender Tatverdacht hinsichtlich eines Vergehens der unterlassenen Hilfeleistung ist auch deshalb zu verneinen, weil der auf Verhinderung des Suizids gerichteten „Hilfeleistung“ der Wille der Suizidentin entgegenstand und dieser Wille ausnahmsweise zu beachten war.

Daß die Hilfeleistungspflicht entfällt, wenn der Bedrohte sich weigert, Hilfe anzunehmen, wird für den Fall anerkannt, daß der Gefährdete über das bedrohte Rechtsgut verfügen kann ...

Aufgrund der vorliegenden extremen Ausnahmesituation konnte Frau E über ihr Leben verfügen. Dieser Beurteilung steht die Rechtsprechung des BGH nicht entgegen.

Der Große Senat des BGH bejaht zwar eine jedermann treffende Rettungspflicht, wenn durch einen Selbstmordversuch eine ernsthafte Gefahrenlage für den Selbstmörder entstanden ist. Dem entgegenstehenden Willen des Suizidenten mißt er keine Bedeutung bei, weil der Selbstmörder nicht befugt sei, aus eigenem Willensentschluß über sein Leben zu verfügen. Da das Sittengesetz jeden Selbstmord - von äußersten Ausnahmefällen vielleicht abgesehen - streng mißbilligt, da niemand selbstherrlich über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben dürfe, könne das Recht nicht anerkennen, daß die Hilfepflicht des Dritten hinter dem sittlich mißbilligten Willen des Selbstmörders zu seinem eigenen Tode zurückzustehen habe (BGHSt 6, [153](#)). Im Urteil vom 4. 7. 84 läßt der BGH zwar offen, ob die vom Großen Senat gegebene Begründung für die Unbeachtlichkeit des Willens des Selbstmörders heute noch im vollen Umfang anerkannt werden könne, er hält jedoch am Ergebnis der Entscheidung fest (BGHSt 32, [375](#) ([376](#))).

Das Prinzip der Unverfügbarkeit des Lebens gilt nach Auffassung des Senats aber keineswegs absolut und ausnahmslos, wie dies bereits in der Begründung des Urteils des Großen Senats des BGH anklingt und wie die Zulassung der tödlichen Notwehr, der Tötung bei Notstand und die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des eine lebensrettende Behandlung ablehnenden Normalpatienten zeigt (vgl. hierzu Eser, JZ 1986, [789](#); Herzberg, NJW 1986, [1643](#); Hoerster, NJW 1986, [1788](#)) und die Anerkennung der Aufopferung des Lebens für andere zum Ausdruck bringt.

Nichts anderes als einen Eingriff in das Leben eines Dritten stellt auch die allseits als zulässig angesehene indirekte Sterbehilfe dar, bei der der Arzt im Einverständnis mit dem todkranken unter erheblichen Schmerzen leidenden Patienten in Kenntnis der lebensverkürzenden Wirkung schmerzlindernde Medikamente verabreicht und damit einen früheren Todeseintritt bewirkt.

Rechtfertigt man diese als Tötung auf Verlangen zu qualifizierende Handlung des Arztes aufgrund einer Güterabwägung nach § 34 StGB (vgl. Schreiber, NStZ 1986, [337](#), [340](#) f.; Otto, Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag, S. 57 m. w. Nachw. in Fußn. 135; Kutzer, MDR 1985, [714](#)), so führte es zu einem Wertungswiderspruch, wenn man bei Vorliegen der Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes zwar die Verfügung über fremdes, nicht aber die über das eigene Leben als gerechtfertigt ansehen würde. Kann in dieser Situation von Rechts wegen über fremdes Leben verfügt werden, dann muß bei vergleichbarer Lage auch eine Verfügung über das eigene Leben zulässig sein.

Wägt man in entsprechender Anwendung der Bestimmung über den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) die widerstreitenden Interessen hier gegeneinander ab, so zeigt sich, daß - wie bereits ausgeführt - durch die Selbsttötung zwar der Wert ihres Lebens geopfert wurde, dieser aber ausnahmsweise wesentlich weniger als der Wert der Erlösung wog, weil die Todkranke ihr Leben nur noch als quälende Last erlitt (vgl. Herzberg, NJW 1986, [1639](#)). Die Verfügung über ihr Leben war damit auch bei Annahme seiner grundsätzlichen Unverfügbarkeit ausnahmsweise gerechtfertigt. Konnte sie aber von Rechts wegen über ihr Leben verfügen, dann war ihr Wille nicht unbeachtlich. Einer irgendwie gearteten „Hilfeleistung“ in Form einer Zwangsbehandlung stand - wie bei einem Normalpatienten - ihr Selbstbestimmungsrecht entgegen.

Eine abweichende rechtliche Beurteilung vermögen auch nicht die von der Rechtsprechung und Lehre herangezogenen Argumente zu rechtfertigen, mit denen eine Pflicht zur Hilfeleistung aufgrund einer durch einen Selbstmordversuch verursachten Gefahrenlage begründet wird.

Soweit der BGH sich bei seiner Argumentation auf die empirischen Schwierigkeiten beruft, rechtzeitig und zuverlässig festzustellen, ob im konkreten Einzelfall der Selbstmörder aufgrund eines freiverantwortlich gefaßten oder eines auf Willensmängeln beruhenden Tatentschlusses handelt oder gehandelt hat (BGHSt 32, [376](#)), ist diese im Normalfall auftretende Schwierigkeit hier ohne Belang, da feststeht, daß Frau E freiverantwortlich das Gift einnahm und auch die Beteiligten hiervon Kenntnis hatten.

Daß nach den Erkenntnissen der neueren Suizidforschung häufig ein ursprünglich durchaus ernsthafter Selbsttötungswille nach Beendigung des Suizidversuchs „verfällt“ (vgl. BGHSt 32, [376](#)), mag zutreffen; ernsthafte Anhaltspunkte für einen Verfall des Todeswunsches haben sich bei Frau E jedoch nicht ergeben und waren bei der besonderen Situation auch nicht zu erwarten. Im übrigen kann, worauf Eser (MedR 1985, [14](#)) zu Recht hinweist, selbst eine noch so hohe Häufigkeit von pathologischem Sterbewillen kein hinreichender Grund dafür sein, einem Suizidenten die Respektierung seines Willens auch dann zu verweigern, wenn dessen Freiverantwortlichkeit nach menschlichem Ermessen außer Zweifel steht.

Kutzer (MDR 1985, [713](#)) weist des weiteren darauf hin, daß das Recht hinsichtlich der Beachtlichkeit des Todeswunsches des Suizidenten jedenfalls im Grundsatz nicht zwischen einem jungen gesunden und einem alten leidenden Menschen, sofern beide im juristischen Sinne entscheidungsfähig seien, unterscheiden könne. Die generelle Hilfespflicht bei Selbstmordversuchen könne also nicht davon abhängig gemacht werden, ob das Opfer, dessen Rettung noch möglich ist, ein Mensch „in den besten Jahren“, der aus objektiv nichtigem oder unverhältnismäßigem Anlaß - etwa aus Verzweiflung über eine zerbrochene Partnerschaft oder aus verletzter Ehre - den Tod gesucht habe oder ein gebrechlicher, ohnehin am Ende seines Lebens stehender Mensch sei, dessen Pflege der Gesellschaft nur noch Mühe und

Kosten verursache. Dem ist zuzustimmen. Dies schließt jedoch nicht aus, daß in Ausnahmefällen - wie hier - eine abweichende Beurteilung von Rechts wegen geboten ist.

Bei Kutzer findet sich als weiteres Argument (MDR 1985, [714](#)), daß der Wegfall einer strafbewehrten Hilfespflicht in Selbstmordfällen fatale Wirkungen hätte. Viele alte Menschen, die unter schwierigen Bedingungen in Heimen oder zu Hause gepflegt werden, könnten

OLG München: Zurverfügungstellung eines Selbsttötungsmittels für einen Freitod (Fall Hackethal)

NJW 1987 Heft 46

2946



sich einem Erwartungsdruck ihrer Umwelt ausgesetzt sehen, der, sei es mittelbar oder unmittelbar, ausgesprochen oder unausgesprochen, von dem Pflegepersonal, dem Heimträger oder den die Pflege leistenden oder sie bezahlenden Verwandten ausgehen könne. Den Gebrechlichen könnte - wenn auch diskret und zurückhaltend - die Auffassung vermittelt werden, daß ihr weiteres Leben sinnlos geworden sei und nur noch unverhältnismäßigen Aufwand verursache, den sie durch den sog. Erlösungstod im Interesse der jüngeren Generation vermeiden könnten. Dieses ernstzunehmende Argument wäre aber nur dann von Bedeutung, wenn die Freiverantwortlichkeit des Willens des Suizidenten bereits hinreichende Bedingung für den Wegfall der Hilfespflicht des Dritten wäre, was aber nicht der Fall ist. Die Freiverantwortlichkeit ist nur eine notwendige, allein jedoch nicht genügende Bedingung für das Entfallen der Hilfespflicht. Hinzukommen muß, daß - wie hier - der Suizident, für die Beteiligten klar erkennbar, so hoffnungslos leidet, daß seine Verfügung über das eigene Leben in entsprechender Anwendung der Grundsätze des rechtfertigenden Notstands (§ [34](#) StGB) als gerechtfertigt anzusehen ist, die vorzunehmende Abwägung also ergibt, daß der Wert des geopfert Lebens wesentlich weniger wiegt als der der Erlösung von seinen Qualen. Dies bietet ausreichende Gewähr dafür, daß die genannten fatalen Wirkungen nicht zu befürchten sind.

Hinsichtlich des Angeschuldigten A, der lediglich das Gift beschafft hat, scheidet unterlassene Hilfeleistung bereits deshalb aus, weil er zum Zeitpunkt der Überlassung des Giftes an Frau E nicht anwesend war.

Im übrigen wäre die Hilfeleistung den Angeschuldigten nicht zuzumuten und ihr Untätigbleiben auch nach § [34](#) StGB gerechtfertigt gewesen.

(Mitgeteilt vom 1. Strafsenat des OLG München)

Anm. d. Schriftltg.:

Der Beschluß ist nicht mehr anfechtbar. - Vgl. im übrigen die in diesem Heft unter Nrn. 10 und 16 abgedruckten Entscheidungen.

NJW 1987, [2940](#)