



**Entscheidung des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Strafrecht, vom
7. Mai 2021 (460 20 23)**

Strafrecht

Vorsätzliche Tötung, ev. fahrlässige Tötung etc.

Beihilfe zum Suizid bei Personen mit psychischer Störung

Damit die Urteilsfähigkeit hinsichtlich des Suizidwunsches einer Person mit psychischer Störung bejaht werden kann, muss dieser auf einem selbstbestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheidprozess beruhen (E. III.6.3). Die Urteilsfähigkeit ist in casu trotz krankheitsbedingt fehlender Krankheitseinsicht der verstorbenen Person zu bejahen, da diese aufgrund ihres in Urteilsfähigkeit gefällten generellen Behandlungsverzichts, welcher auf extensiven Erfahrungen mit psychiatrischen Behandlungen sowie mit der Medizin im Allgemeinen beruhte, für die Wohlerwogenheit des Suizidwunsches unerheblich war (E. III.7.4.1-7.5.3).

Ein psychiatrisches Fachgutachten zur Abklärung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den Suizidwunsch einer Person mit psychischen Störungen ist stets erforderlich, wenn Anzeichen dafür bestehen, dass der Suizidwunsch seinen Ursprung vorwiegend in der psychischen Erkrankung haben könnte. In casu wäre der Beizug eines psychiatrischen Fachgutachtens notwendig gewesen (E. III.7.5.4 sowie E. IV.4.7.3).

Unterlässt es die Beihilfe zum Suizid leistende Person, ein psychiatrisches Fachgutachten beizuziehen, obwohl die suizidwillige Person – wie vorliegend – an einer psychischen Störung leidet und Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Suizidwunsch seinen Ursprung vorwiegend in dieser haben könnte, so kommt bei post mortem festgestellter Urteilsfähigkeit ein strafbarer untauglicher Tötungsversuch in mittelbarer Täterschaft in Betracht (E. III.9.1.4).

Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch diejenige Person (nur) fahrlässig handelt, die sich leichtfertig oder gar – wie vorliegend – frivol (in deutlichem Masse leichtfertig; vgl. BGE 69 IV 75 E. 5) über die Möglichkeit der Tatbestandserfüllung hinwegsetzt und mit der Einstellung handelt, es werde schon nichts passieren, ist vorliegend der Eventualvorsatz und damit ein strafbarer Versuch der Beschuldigten wegen begründeter Zweifel zu verneinen (E. III.9. sowie E. IV.4.7.3-4.9).



Besetzung	Präsident Enrico Rosa, Richter Markus Mattle (Ref.), Richterin Susanne Afheldt, Richter Dominique Steiner, Richter Beat Hersberger; Gerichtsschreiber Florian Jenal
Parteien	Staatsanwaltschaft Basel-Landschaft, Allgemeine Hauptabteilung, Grenzacherstrasse 8, Postfach, 4132 Muttenz, Anklagebehörde und Berufungsklägerin gegen A._____ , vertreten durch Advokat Moritz Gall, Elisabethenstrasse 28, Postfach 425, 4010 Basel, Beschuldigte und Berufungsklägerin
Gegenstand	vorsätzliche Tötung, ev. fahrlässige Tötung etc. Berufungen der Staatsanwaltschaft Basel-Landschaft, Allgemeine Hauptabteilung, sowie der Beschuldigten A._____ gegen das Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft vom 9. Juli 2019

A. Mit Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft vom 9. Juli 2019 wurde die Beschuldigte A._____ (nachfolgend: Beschuldigte) der mehrfachen Widerhandlung gegen das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21) sowie der mehrfachen Widerhandlung gegen das kantonale Gesundheitsgesetz vom 21. Februar 2008 (GesG; SGS 901) schuldig erklärt und zu einer bedingt vollziehbaren Freiheitsstrafe von 15 Monaten, bei einer Probezeit von 4 Jahren, sowie zu einer Busse von Fr. 20'000.00 mit einer Ersatzfreiheitsstrafe von 90 Tagen für den Fall der schuldhaften Nichtbezahlung verurteilt (Ziffer 1). Demgegenüber wurde die Beschuldigte von der Anklage der vorsätzlichen Tötung, eventualiter der fahrlässigen Tötung, freigesprochen (Ziffer 2). Das Verfahren betreffend mehrfache Widerhandlung gegen das kantonale Gesundheitsgesetz betreffend Handlungen vor dem 9. Juli 2016 wurde aufgrund des Eintritts der Verjährung eingestellt



(Ziffer 3). Des Weiteren wurde der Beschuldigten in Anwendung von Art. 44 Abs. 2 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0) i.V.m. Art. 94 StGB für die Dauer der Probezeit untersagt, Personen mit aus den Krankenakten hervorgehender Diagnose einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung (ICD-10 F00 bis F99) Medikamente zur Sterbehilfe (beispielsweise Natrium-Pentobarbital) zu verschreiben (Ziffer 4). Ferner wurde die Beschuldigte nach Art. 426 Abs. 1 und 2 der Schweizerischen Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007 (Strafprozessordnung, StPO; SR 312.0) dazu verurteilt, drei Viertel der Verfahrenskosten, bestehend aus den Kosten des Vorverfahrens in der Höhe von Fr. 25'160.85, den Kosten des Zwangsmassnahmengerichts in der Höhe von Fr. 500.00, den Expertisekosten des gerichtlichen Verfahrens in der Höhe von Fr. 3'935.50, der Zeugenentschädigung in der Höhe von Fr. 282.55 und einer pauschalen Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 30'000.00, zu tragen. Ein Viertel der Verfahrenskosten wurde aus Billigkeitsgründen der Staatskasse auferlegt (Ziffer 5). Schliesslich wurde der Antrag der Beschuldigten auf Ausrichtung einer Parteientschädigung abgewiesen (Ziffer 6). Auf die Begründung dieses Urteils sowie der nachfolgenden Eingaben der Parteien wird, soweit erforderlich, im Rahmen der Erwägungen eingegangen.

B. Gegen dieses Urteil meldete zunächst das Schweizerische Heilmittelinstitut, Swissmedic, mit Eingabe vom 11. Juli 2019 die Berufung an. Die schriftliche Urteilsbegründung wurde der Swissmedic am 24. Januar 2020 zugestellt. Nachdem beim Kantonsgesetzgebung Basel-Landschaft, Abteilung Strafrecht (nachfolgend: Kantonsgesetzgebung), innert der Frist von 20 Tagen gemäss Art. 399 Abs. 3 StPO keine Berufungserklärung seitens der Swissmedic eingegangen war, wurde dieser mit Verfügung vom 21. Februar 2020 eine nicht erstreckbare Frist bis zum 2. März 2020 gesetzt, um zur ausgebliebenen Berufungserklärung Stellung zu nehmen. Mit Eingabe vom 2. März 2020 erklärte Swissmedic, nach Einsicht in das begründete Urteil des Strafgerichts vom 9. Juli 2019 die Berufung zurückzuziehen. In der Folge wurde das Berufungsverfahren betreffend die Berufung von Swissmedic mit Beschluss vom 6. März 2020 von den Traktanden des Kantonsgesetzgebungs abgeschrieben.

C. Gegen das Urteil des Strafgerichts vom 9. Juli 2019 meldete des Weiteren die Staatsanwaltschaft Basel-Landschaft, Allgemeine Hauptabteilung (nachfolgend: Staatsanwaltschaft), mit Eingabe vom 11. Juli 2019 die Berufung an und beantragte sodann in ihrer bereits begründeten Berufungserklärung vom 7. Februar 2020 was folgt: Es sei Dispositivziffer 2 des Urteils des Strafgerichts vom 9. Juli 2019 aufzuheben und die Beschuldigte im Fall von Ziffer 1 der



Anklageschrift der Staatsanwaltschaft wegen vorsätzlicher Tötung schuldig zu sprechen (Ziffer 1). Es sei der Beschuldigten unter Änderung von Dispositivziffer 4 des Urteils des Strafgerichts vom 9. Juli 2020 (recte: 9. Juli 2019) unter Aufrechterhaltung der Zulassung im Bereich der Präventivmedizin in Anwendung von Art. 67 StGB die Durchführung von Sterbehilfe für die Dauer von 5 Jahren zu verbieten (Ziffer 2). Im Übrigen sei das vorinstanzliche Urteil zu bestätigen (Ziffer 3).

D. Mit Eingabe vom 12. Juli 2019 meldete schliesslich die Beschuldigte Berufung gegen das Urteil des Strafgerichts vom 9. Juli 2019 an. In ihrer Berufungserklärung vom 12. Februar 2020 stellte sie die nachfolgenden Rechtsbegehren: Es sei die Beschuldigte in Abänderung von Dispositivziffer 1 des vorinstanzlichen Urteils von den Vorwürfen der mehrfachen Widerhandlung gegen das HMG sowie der mehrfachen Widerhandlung gegen das GesG kostenlos freizusprechen (Ziffer 1). Es sei Dispositivziffer 4 des vorinstanzlichen Urteils vollumfänglich aufzuheben (Ziffer 2). Es sei in Abänderung von Dispositivziffer 5 des vorinstanzlichen Urteils die Beschuldigte von der Bezahlung der Kosten des Vorverfahrens, der Kosten des Zwangsmassnahmengerichts, der Expertisekosten des gerichtlichen Verfahrens, der Zeugenentschädigung sowie der pauschalen Gerichtsgebühr zu befreien (Ziffer 3). Es sei in Abänderung von Dispositivziffer 6 des vorinstanzlichen Urteils der Beschuldigten für das erstinstanzliche Verfahren inklusive Vorverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 98'490.75 zuzusprechen (Ziffer 4). In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei der Beschuldigten eine angemessene Frist zur Berufungsbegründung anzusetzen (Ziffer 5). Dies unter ordentlicher und ausserordentlicher Kostenfolge sowie unter Zuspreehung einer noch zu beziffernden Parteientschädigung für das zweitinstanzliche Verfahren (Ziffer 6).

E. Mit Schreiben vom 12. August 2020 reichte die Beschuldigte ihre schriftliche Berufungsbegründung und mit Eingabe vom 29. September 2020 die Staatsanwaltschaft ihre Berufungsantwort zur Berufungsbegründung der Beschuldigten ein. Sodann erfolgte am 16. November 2020 die Berufungsantwort der Beschuldigten zur Berufungserklärung inklusive Berufungsbegründung der Staatsanwaltschaft. Zudem reichte die Beschuldigte am 10. Dezember 2020 ihre replizierende Stellungnahme zur Berufungsantwort der Staatsanwaltschaft ein.



F. Mit Verfügung des Kantonsgesichts vom 14. Dezember 2020 wurde unter anderem der Schriftenwechsel geschlossen und das mündliche Verfahren angeordnet (Art. 405 StPO). Ferner wurde angeordnet, dass über die Beschuldigte ein aktueller Strafregisterauszug eingeholt wird.

G. Zur Berufungsverhandlung vor Kantonsgesicht erscheinen die Vertreterin der Staatsanwaltschaft sowie die Beschuldigte zusammen mit ihrem Verteidiger, Advokat Moritz Gall, wie auch in Begleitung ihrer Vertrauenspersonen. Die Beschuldigte wird zur Person und zur Sache eingehend befragt. Sowohl die Staatsanwaltschaft als auch die Beschuldigte halten an ihren Anträgen in ihren jeweiligen Berufungserklärungen vollumfänglich fest. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

H. Zu Beginn der Berufungsverhandlung weist der Vorsitzende unter Vorbehalt eines anderslautenden Entscheids des Spruchkörpers anlässlich der Urteilsberatung verfahrensleitend den Beweisantrag der Beschuldigten ab, es sei der Kantonsapotheker, Dr. B.____, als Zeuge zu befragen.

Erwägungen

I. Formelles

1. Gemäss Art. 398 Abs. 1 StPO ist die Berufung zulässig gegen Urteile erstinstanzlicher Gerichte, mit denen das Verfahren ganz oder teilweise abgeschlossen worden ist. Laut Art. 398 Abs. 3 StPO können mit der Berufung gerügt werden: Rechtsverletzungen, einschliesslich Überschreitung und Missbrauch des Ermessens, Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung (lit. a), die unvollständige oder unrichtige Feststellung des Sachverhalts (lit. b) sowie Unangemessenheit, wobei das Berufungsgesicht das Urteil in allen angefochtenen Punkten umfassend überprüfen kann (Art. 398 Abs. 2 StPO). Nach Art. 399 Abs. 1 und 3 StPO ist die Berufung zunächst dem erstinstanzlichen Gesicht innert 10 Tagen seit Eröffnung des Urteils schriftlich oder mündlich anzumelden und danach dem Berufungsgesicht innert 20 Tagen seit der Zustellung des begründeten Urteils eine schriftliche Berufungserklärung einzureichen.



2. Vorliegend wird das Urteil des Strafgerichts vom 9. Juli 2019 angefochten, welches ein taugliches Anfechtungsobjekt darstellt. Mit Eingabe vom 11. Juli 2019 hat die Staatsanwaltschaft innert der zehntägigen Frist gemäss Art. 399 Abs. 1 StPO die Berufung angemeldet (act. S 781). Ebenso hat die Beschuldigte mit Schreiben vom 12. Juli 2019 fristgemäss die Berufungsanmeldung eingereicht (act. S 785). Nachdem der Staatsanwaltschaft die schriftliche Urteilsbegründung am 23. Januar 2020 zugestellt worden war, hat diese mit Eingabe vom 7. Februar 2020 innert der 20-tägigen Frist gemäss Art. 399 Abs. 3 StPO die Berufung erklärt. Der Beschuldigten wurde die schriftliche Berufungsbegründung ebenfalls am 23. Januar 2020 zugestellt, womit ihre vom 12. Februar 2020 datierende Berufungserklärung ebenso innert Frist eingereicht worden ist. Die Staatsanwaltschaft rügt, dass die Frage der Urteilsfähigkeit falsch beurteilt worden sei, mithin einzig eine unrichtige Rechtsanwendung; die Beschuldigte rügt demgegenüber sowohl die unrichtige Feststellung des Sachverhalts als auch Rechtsverletzungen. Dementsprechend erheben beide Parteien zulässige Rügen. Was die Form betrifft, so erfüllen die Eingaben der Staatsanwaltschaft sowie der Beschuldigten die Anforderungen gemäss Art. 385 Abs. 1 StPO. Die Zuständigkeit der Fünferkammer des Kantonsgerichts, Abteilung Strafrecht, als Berufungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Berufungen ergibt sich aus Art. 21 Abs. 1 lit. a StPO sowie aus § 15 Abs. 1 lit. b des kantonalen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Strafprozessordnung (EG StPO; SGS 250). Schliesslich wird die Legitimation der Staatsanwaltschaft wie auch jene der Beschuldigten zur Ergreifung des Rechtsmittels in Art. 382 Abs. 1 und Art. 381 Abs. 1 StPO normiert. Da die Berufungen der Staatsanwaltschaft und der Beschuldigten sämtliche Formalien erfüllen, ist ohne Weiteres auf diese einzutreten.

II. Gegenstand der Berufungen

1. Gestützt auf Art. 404 Abs. 1 StPO überprüft das Berufungsgericht das erstinstanzliche Urteil nur in den angefochtenen Punkten. Die Rechtsmittelinstanz ist bei ihrer Entscheidung nicht an die Begründungen der Parteien und an deren Anträge gebunden, ausser wenn sie Zivilklagen beurteilt (Art. 391 Abs. 1 StPO). Sie darf Entscheidungen nicht zum Nachteil der beschuldigten oder beurteilten Person abändern, wenn das Rechtsmittel nur zu deren Gunsten ergriffen worden ist (Art. 391 Abs. 2 Satz 1 StPO). Dieses Verschlechterungsverbot (Verbot der "*reformatio in peius*") gilt stets nur zugunsten der beschuldigten Person (vgl. NIKLAUS SCHMID/DANIEL JOSITSCH, Schweizerische Strafprozessordnung, Praxiskommentar, 3. Aufl. 2018, Art. 391 N 5).



2. Die Staatsanwaltschaft beantragt in ihrer Berufung neben der Bestätigung der vorinstanzlichen Schuldsprüche die Bestrafung der Beschuldigten wegen vorsätzlicher Tötung. Die Berufung der Beschuldigten richtet sich demgegenüber gegen den im vorinstanzlichen Urteil erfolgten Schuldspruch wegen mehrfacher Widerhandlung gegen das HMG sowie mehrfacher Widerhandlung gegen das GesG. Damit zusammenhängend ficht die Beschuldigte das vorinstanzliche Verdikt betreffend die Kostenfolgen an.

3. Die Beschuldigte verbindet ihre materiellen Anträge mit dem Beweisantrag, es sei der Kantonsapotheker, Dr. B.____, als Zeuge zu befragen. Dieser Beweisantrag ist als Vorfrage i.S.v. Art. 339 Abs. 2 lit. d StPO einzustufen und in Anwendung von Art. 339 Abs. 3 StPO i.V.m. Art. 405 Abs. 1 StPO vor der Prüfung der mit Berufung angefochtenen Punkte zu beleuchten. Der Beweisantrag betrifft denjenigen Sachverhalt, gestützt auf welchen die Vorinstanz die Beschuldigte wegen mehrfacher Widerhandlung gegen das HMG sowie mehrfacher Widerhandlung gegen das GesG verurteilt hat, weshalb die durch die Verfahrensleitung verfügte und vom Gericht in der Folge bestätigte Abweisung des Beweisantrags nachfolgend unter dem entsprechenden Titel abzuhandeln ist (vgl. E. IV.1 hiernach).

III. Vorsätzliche bzw. fahrlässige Tötung

1. Sachverhalt

Vorab ist zu konstatieren, dass vorliegend der Geschehensablauf hinsichtlich der Suizidbeihilfe unbestritten ist, weshalb diesbezüglich in Anwendung von Art. 82 Abs. 4 StPO in grundsätzlicher Weise auf das vorinstanzliche Urteil verwiesen werden kann (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.1a). Zusammengefasst kann der unbestrittene Sachverhalt folgendermassen festgehalten werden: Am 15. Juni 2016 nahm †C.____ eine von der Beschuldigten verschriebene letale Dosis Natrium-Pentobarbital ein, was in der Folge zum Tod von †C.____ führte. Darüber hinaus ist erstellt, dass die Verstorbene in der Zeit vor ihrem Tod für Alltagsgeschäfte urteilsfähig war. Umstritten ist demgegenüber, ob sie zum Zeitpunkt ihres Todes auch hinsichtlich der Frage ihres Suizids urteilsfähig war und somit die Tatherrschaft innehatte.



2. Gutachten zur Urteilsfähigkeit

2.1 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 10 Abs. 2 StPO) hat das urteilende Gericht frei von Beweisregeln und nur nach seiner aus dem gesamten Verfahren gewonnenen persönlichen Überzeugung aufgrund gewissenhafter Prüfung darüber zu entscheiden, ob es eine Tatsache für bewiesen hält. Das Gericht trifft sein Urteil unabhängig von der Anzahl der Beweismittel, welche für eine bestimmte Tatsache sprechen, und ohne Rücksicht auf die Art des Beweismittels. Auch besteht keine Rangfolge der Beweise. Massgebend ist allein deren Stichhaltigkeit (vgl. NIKLAUS OBERHOLZER, Grundzüge des Strafprozessrechts, 4. Aufl. 2020, Rz. 1080; THOMAS HOFER, Basler Kommentar StPO, 2. Aufl. 2014, Art. 10 N 41 ff.). Dem Sachgericht steht im Bereich der Beweiswürdigung ein erheblicher Ermessensspielraum zu (vgl. BGE 144 IV 345 E. 2.2.3.1; BGE 134 IV 132 E. 6.2; BGE 129 IV 6 E. 6.1). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist gemäss der aus Art. 32 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) fliessenden und in Art. 6 Ziff. 2 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) sowie Art. 10 Abs. 3 StPO verankerten Maxime "*in dubio pro reo*" bis zum gesetzlichen Nachweis der Schuld zu vermuten, dass die wegen einer strafbaren Handlung beschuldigte Person unschuldig ist. Als Beweislastregel bedeutet dieser Grundsatz, dass die Anklagebehörde bzw. das Gericht die Schuld der angeklagten Person zu beweisen hat und nicht diese ihre Unschuld nachweisen muss. Die Beweislastregel wird verletzt, wenn das Strafgericht eine angeklagte Person mit der Begründung verurteilt, sie habe ihre Unschuld nicht nachgewiesen (vgl. BGer 6B_850/2018 vom 1. November 2018 E. 1.1.2; BGer 6B_486/2018 vom 5. September 2018 E. 1.1). Als Beweiswürdigungsregel besagt dieser Grundsatz, dass sich das Gericht nicht von der Existenz eines für die beschuldigte Person ungünstigen Sachverhalts überzeugt erklären darf, wenn bei objektiver Betrachtung Zweifel bestehen, ob sich der Sachverhalt so verwirklicht hat. Die Beweiswürdigungsregel ist verletzt, wenn das Gericht an der Schuld der beschuldigten Person hätte zweifeln müssen. Dabei sind bloss abstrakte und theoretische Zweifel nicht massgebend, weil solche immer möglich sind und absolute Gewissheit nicht verlangt werden kann. Es muss sich um erhebliche und nicht zu unterdrückende Zweifel handeln, das heisst um solche, die sich nach der objektiven Sachlage aufdrängen (vgl. BGE 144 IV 345 E. 2.2.1; BGE 138 V 74 E. 7; BGer 6B_850/2018 vom 1. November 2018 E. 1.1.2).

2.2 Laut Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) ist jede Person urteilsfähig, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behin-



derung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit fehlt, vernunftgemäss zu handeln. Bei der Urteilsfähigkeit handelt es sich um eine Rechtsfrage. Demgegenüber ist Sachverhaltsfrage, ob eine Person an einer Beeinträchtigung leidet, welche ihre Fähigkeit vernunftgemässen Handelns und damit ihre Urteilsfähigkeit im Sinne von Art. 16 ZGB entfallen lässt (vgl. REGINA AEBI-MÜLLER, Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegung [Patient], in: Jusletter 22. September 2014, Rz. 83; EUGEN BUCHER/REGINA AEBI-MÜLLER, Berner Kommentar Zivilgesetzbuch, 2. Aufl. 2017, Art. 16 N 193; EVA MARIA BELSER/SANDRA EGLI, Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, ZBJV 156/2020, S. 391; BGE 124 III 5 E. 4; BGE 117 II 231 E. 2c; BGer 8C_253/2008 vom 16. Oktober 2008 E. 1.3).

In casu ergibt sich aus den Akten, dass bei †C._____ im Mai 2015 die Diagnose einer psychischen Dekompensation bei Somatisierungsstörung mit mittelschwerer depressiver Episode mit Schmerzsyndrom ohne eigentliche körperlich diagnostizierte Befunde gestellt worden war (act. 523; act. 515). Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung kann der Sterbewunsch sowohl Ausdruck des therapierbaren Krankheitsbilds als auch ein von diesem unabhängiges, in Urteilsfähigkeit entstandenes Ansinnen sein (vgl. BGE 136 II 415 E. 2.3.4; BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1; BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 7.3). Es gilt daher zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbstbestimmten, wohlwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht ("Bilanzsuizid"), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt. Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden (vgl. BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1). Es stellt sich somit in casu insbesondere aufgrund der Diagnose der Somatisierungsstörung sowie der mittelschweren depressiven Episode bei †C._____ die Frage, ob sich psychopathologische Zustände auf ihre kognitiven und voluntativen Fähigkeiten ausgewirkt haben, sodass die Urteilsfähigkeit gemäss Art. 16 ZGB im Hinblick auf ihren Suizidwunsch beeinträchtigt war (vgl. BGer 5A_748/2008 vom 16. März 2009 E. 3.2). Zur Beantwortung dieser Frage sind besondere sachkundige Kenntnisse und Fähigkeiten i.S.v. Art. 182 StPO erforderlich, weshalb der Beizug eines Sachverständigen von Nöten ist (vgl. BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.5; BGer 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 E. 5.3.1; vgl. MARIANNE HEER, Basler Kommentar StPO, 2. Aufl. 2014, Art. 182 N 7).



2.3 Eine sachverständige Person im Sinne von Art. 182 ff. StPO muss die notwendigen besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem betreffenden Fachgebiet besitzen (Art. 183 Abs. 1 StPO). Für die Beurteilung der Schuldfähigkeit im strafrechtlichen Kontext hat das Bundesgericht entschieden, dass für die Gutachtenerstellung eine medizinische Ausbildung der sachverständigen Person vorausgesetzt ist, weil nur diese gewährleistet, dass eine körperliche oder organische Ursache einer allfälligen psychischen Störung oder Krankheit festgestellt oder ausgeschlossen werden kann. Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychologie verfügt über ein Medizinstudium sowie eine Ausbildung zum Facharzt (vgl. BGE 140 IV 49 E. 2.4.4; BGer 6B_884/2014 vom 8. April 2015 E. 3.3; BGer 6B_850/2013 vom 24. April 2014 E. 2.2; FELIX BOMMER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 20 N 27 f.).

Im Zivilrecht stellt sich die Frage nach der Urteilsfähigkeit von Personen nach deren Ableben insbesondere im Kontext von Verfügungen von Todes wegen regelmässig. Auch in diesem Zusammenhang werden von den Gerichten für gewöhnlich Sachverständige, welche über ein Medizinstudium und über eine Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie verfügen, mit der Beurteilung der Frage beauftragt, wie sich psychopathologische Zustände auf die Willensfähigkeit und die Fähigkeit einer Person zu Einsicht in Wesen, Zweck und Folgen eines Rechtsgeschäfts zu deren Lebzeiten ausgewirkt haben (vgl. BGE 144 III 264 E. 6.2.2; BGer 5A_748/2008 vom 16. März 2009 E. 3.2; BGer 5A_623/2016 vom 24. Mai 2017 E. 2.3.1).

Im Lichte des Dargelegten erhellt, dass im vorliegenden Fall eine sachverständige Person im Sinne der Art. 182 ff. StPO über eine medizinische Ausbildung mit Facharztstitel für Psychiatrie verfügen muss, wenn diese *post mortem* die Urteilsfähigkeit einer Person beurteilen soll. Dies gilt jedenfalls dann, wenn im Streit steht, ob die Beschwerden der zu beurteilenden Person somatischen Ursprungs waren bzw. ob sie an psychischen Störungen im Sinne von Art. 16 ZGB litt und bejahendenfalls, ob diese ihre Einsichts-, Willensbildungs- oder Willensumsetzungsfähigkeit einzuschränken vermochten.

2.4 Zieht das Gericht mangels eigener Fachkenntnis einen Experten bei, ist es bei der Würdigung des Gutachtens grundsätzlich frei (vgl. BGer 6B_440/2018 vom 4. Juli 2018 E. 2.1.3). Kriterien der Würdigung sind die Vollständigkeit, die Nachvollziehbarkeit und die Schlüssigkeit (vgl. HEER, a.a.O., Art. 189 StPO N 10). Auch wenn das gerichtlich eingeholte Gutachten grundsätzlich der freien Beweiswürdigung unterliegt, darf indessen das Gericht in



Fachfragen nicht ohne triftige Gründe von ihm abrücken und muss Abweichungen begründen. Die rechtsanwendenden Behörden dürfen somit nur ausnahmsweise und aus wichtigem Anlass von den Erkenntnissen der Sachverständigen abweichen, da sie naturgemäss nicht über dieselbe Sachkunde wie die Sachverständigen verfügen (vgl. BGE 136 II 539 E. 3.2). Umgekehrt dürfen Gutachten dem Entscheid nur zugrunde gelegt werden, wenn sie das Gericht bezüglich Grundlagen, Begründung und Ergebnis zu überzeugen vermögen. Bestehen Zweifel an der Richtigkeit bzw. Schlüssigkeit eines Gutachtens, sind Ergänzungen oder gar ein neues Gutachten erforderlich (vgl. SCHMID/JOSITSCH, a.a.O., Art. 189 StPO N 5). Das Gericht handelt willkürlich im Sinne von Art. 8, 9 und 29 Abs. 1 BV, wenn es einen Entscheid auf ein nicht zweifelsfreies, nicht schlüssiges oder sonst nach Art. 189 StPO mangelhaftes Gutachten stützt. Gleiches gilt, wenn das Gericht seinen Entscheid auf Schlussfolgerungen einer abweichenden, das ursprüngliche Gutachten nicht überzeugend widerlegenden anderen Expertise stützt. Jedenfalls ist es die Pflicht des Gerichts, sich mit einem (vorab strittigen) Gutachten im Urteil auseinanderzusetzen; ein blosser Hinweis auf das Gutachten genügt nicht (vgl. SCHMID/JOSITSCH, a.a.O., Art. 189 StPO N 5). Demgegenüber sind Rechtsfragen aufgrund des Grundsatzes, dass das Gericht das Recht von Amtes wegen anwendet ("*iura novit curia*"), vom Gericht allein zu beurteilen; eine diesbezügliche Delegation an Sachverständige ist nicht zulässig (vgl. BGE 130 I 337 E. 5.4.1; HEER, a.a.O., Art. 182 StPO N 4).

Gemäss Art. 189 StPO (Ergänzung und Verbesserung des Gutachtens) lässt die Verfahrensleitung das Gutachten von Amtes wegen oder auf Antrag einer Partei durch die gleiche sachverständige Person ergänzen oder verbessern oder bestimmt weitere Sachverständige, wenn das Gutachten unvollständig oder unklar ist (lit. a), mehrere Sachverständige in ihren Ergebnissen erheblich voneinander abweichen (lit. b) oder Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens bestehen (lit. c). Allfällige Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens im Sinne von Art. 189 lit. c StPO müssen konkret und erheblich sein (vgl. ANDREAS DONATSCH, Zürcher Kommentar StPO, 3. Aufl. 2020, Art. 189 N 14). Zulässig ist es diesbezüglich, dass ein Sachverständiger anlässlich der Hauptverhandlung vor Gericht das Gutachten mündlich ergänzt oder präzisiert (vgl. BGer 6B_53/2017 vom 2. Mai 2017 E. 1.4.2).

2.5.1 Die Beschuldigte führt gegen das von der Vorinstanz in Auftrag gegebene Gutachten ins Feld, dass dieses aus verschiedenen Gründen mangelhaft sei, sollte entgegen der Auffassung der Vorderrichter die Berufungsinstanz zum Schluss gelangen, aus dem Gutachten lasse



sich die Urteilsunfähigkeit von †C.____ feststellen. In formeller Hinsicht rügt die Beschuldigte, dass die Umstände der Gutachtensvergabe Zweifel an der Unabhängigkeit des Gutachters aufwürfen. So sei die Staatsanwaltschaft zunächst mit Schreiben vom 12. Juli 2016 an Dr. med. D.____, Leitender Arzt an der Psychiatrischen Klinik E.____, gelangt und habe diesen angefragt, ob er in casu ein Gutachten zur Frage der Urteilsfähigkeit der Verstorbenen erstellen könne (act. 619). Dr. med. D.____ habe mit Schreiben vom 13. Juli 2016 abgelehnt, weil keine Kapazitäten vorhanden gewesen seien (act. 623). In der Folge habe die Staatsanwaltschaft um Empfehlung eines anderen Sachverständigen ersucht, sich mit diesem Anliegen aber nicht erneut an Dr. med. D.____, sondern direkt an den späteren Gutachter, Prof. Dr. med. F.____, gewandt (act. 625). Darüber hinaus finde sich in den Akten der Rückzug eines bereits erteilten Gutachtensauftrags an Dr. med. G.____ (act. 629). Da weder geklärt werden könne, warum der ursprünglich an Dr. med. G.____ erteilte Auftrag zurückgezogen worden sei, noch, warum sich die Staatsanwaltschaft nach der Absage von Dr. med. D.____ für eine Empfehlung nicht an diesen, sondern direkt an den späteren Gutachter, Prof. Dr. med. F.____, gewandt habe, dränge sich der Verdacht auf, dass dieser sich aktiv um die Auftragserteilung bemüht und die Staatsanwaltschaft sogar dazu gebracht habe, einen bereits erteilten Auftrag zurückzuziehen. Dies werde auch bestätigt durch die Aussage von Prof. Dr. med. F.____ anlässlich der Hauptverhandlung vor dem Strafgericht, wonach dieser den Auftrag für interessant gehalten habe und er nur Gutachten erstelle, welche er auch machen wolle (act. S 343). Darüber hinaus habe der Gutachter selbst eingeräumt, dass es sich um sein erstes Gutachten zur Urteilsfähigkeit einer verstorbenen Person im Kontext eines Strafverfahrens handle (act. S 333), weshalb er auch nicht über die notwendige Erfahrung verfüge.

Weiter sei laut der Beschuldigten die strafprozessuale Aktenführungspflicht verletzt, weil aus den Akten die Umstände nicht ersichtlich seien, wie es zur Auftragserteilung an Prof. Dr. med. F.____ gekommen sei. Insbesondere sei nicht klar, was zwischen dem Schreiben der Staatsanwaltschaft vom 12. Juli 2016 an Dr. med. D.____ und der Absage an Dr. med. G.____ vom 9. September 2016 geschehen und aus welchen Gründen schliesslich Prof. Dr. med. F.____ beauftragt worden sei. Die Akten seien so zu führen, dass alle prozessualen Vorgänge daraus nachvollziehbar seien. Über die Relevanz von Aktenstücken habe das Gericht und nicht die Staatsanwaltschaft zu entscheiden. Für die Würdigung des Gutachtens sei von Interesse, wie die Mandatierung des Experten erfolgt und weshalb eine bereits erteilte Zusage zurückgezogen worden sei. Diese Fragen liessen sich jedoch anhand der Akten nicht beantworten.



Sodann macht die Beschuldigte mit Verweis auf BGE 127 I 54 geltend, dass reine Aktengutachten lediglich zulässig seien, wenn bereits mehrere Expertisen zur zu begutachtenden Person vorlägen, diese jüngeren Datums seien und sich die Grundlagen der Begutachtung nicht wesentlich verändert hätten. Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt. Auch die Lehre halte die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit eines Exploranden allein gestützt auf Akten für unzulässig, wobei die Frage der Zurechnungs- mit derjenigen der Urteilsfähigkeit vergleichbar sei.

Weiter hält die Beschuldigte dafür, dass die Beurteilung der Urteilsfähigkeit von †C.____ *post mortem* nicht möglich sei, weil die Urteilsfähigkeit im Zeitpunkt des Suizids vorgelegen haben müsse. Da der Sachverständige anlässlich der Hauptverhandlung zu Protokoll gegeben habe, dass die Urteilsfähigkeit der Verstorbenen vor deren Tod "zu einem gewissen Grad fluktuierend" gewesen sei, könne nicht mit Verweis auf das Gutachten die Urteilsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Einnahme der tödlichen Dosis des Natrium-Pentobarbitals bejaht werden.

In einem weiteren Punkt rügt die Beschuldigte, dass der Gutachter eine Vielzahl an Medizinalberichten und Krankenakten in seine Expertise unzulässigerweise nicht einbezogen habe. Zu den relevanten Berichten und Krankenakten gehörten gemäss Aufzählung der Beschuldigten auch folgende Dokumente:

- Krankenakte betreffend die Verstorbene von Dr. med. H.____, Hausärztin, von Oktober 2015 bis Frühjahr 2016;
- Medizinal- und Pflegeberichte des Alters- und Pflegeheims I.____, wo die Verstorbene von Oktober 2015 bis zu ihrem Ableben am 16. Juni 2016 gewohnt habe und betreut worden sei;
- Medizinal- und Pflegeberichte der Rehaklinik J.____, in welche sich die Verstorbene im Frühjahr 2016 zu einer spezialisierten Therapie für somatoforme Schmerzsyndrome begeben habe; sowie
- Medizinal- und Pflegeberichte der Psychiatrie K.____, in welcher die Verstorbene auf der Basis von freiwilligen Selbsteinweisungen in den Jahren 2011 und 2015 stationär betreut worden sei.



Darüber hinaus habe der Sachverständige es unberechtigterweise versäumt, Bezugspersonen von †C.____ zu befragen. Zu diesen würden gemäss Aufzählung der Beschuldigten folgende Personen gehören:

- L.____, Sohn der Verstorbenen;
- M.____, welcher die Verstorbene im Alters- und Pflegeheim I.____ von Oktober 2015 bis zu ihrem Ableben am 16. Juni 2016 betreut habe;
- N.____, Beiständin der Verstorbenen;
- O.____, welcher ein langjähriger Freund der Verstorbenen gewesen sei und mit dieser für kurze Zeit zusammengelebt habe; sowie
- P.____, welche eine langjährige Freundin der Verstorbenen gewesen sei.

Zudem hält die Beschuldigte dafür, dass die Ablehnung einer psychiatrischen Behandlung durch †C.____ entgegen der Ansicht des Sachverständigen nicht Symptom einer psychischen Erkrankung gewesen sei, sondern mit traumatisierenden Erlebnissen zusammenhänge, die sie erfahren habe, als sie sich freiwillig in psychiatrische Behandlung begeben habe. Darüber hinaus führt die Beschuldigte ins Feld, es sei zweifelhaft, ob eine psychiatrische Behandlung der verstorbenen †C.____ hätte helfen und ihre Leiden auch nur hätte lindern können, zumal sich ihr Zustand nicht gebessert habe, als sie sich in freiwilliger psychiatrischer Behandlung befunden habe.

Schliesslich macht die Beschuldigte geltend, der Gutachter sei fälschlicherweise davon ausgegangen, dass die Leiden der Verstorbenen nicht somatisch begründet gewesen seien. Diesbezüglich weist sie nochmals auf somatische Diagnosen hin, welche ihrer Ansicht nach vom Experten zu Unrecht nicht gewürdigt worden seien (Ösophagitis, Gang- und Gleichgewichtsstörung inklusive Retropulsionstendenz, Tremor, Dyskinesie sowie Dysmetrie). Von besonderer Bedeutung seien die Ösophagitis sowie die Dyskinesie (Störung von Bewegungsabläufen).

2.5.2 Die Staatsanwaltschaft verzichtet sowohl in ihren schriftlichen Eingaben als auch in ihrem Parteivortrag anlässlich der Berufungsverhandlung darauf, auf die formellen Rügen der Beschuldigten zum Gutachten im Berufungsverfahren einzugehen und verweist auf ihre Ausführungen vor der Vorinstanz.



2.5.3 Die vor Kantonsgesicht geltend gemachten formellen Rügen gegen das Gutachten hat die Beschuldigte bereits im vorinstanzlichen Verfahren vorgebracht. Zusammenfassend hat das Strafgesicht zu den formellen Rügen der Beschuldigten festgehalten, dass keine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 100 Abs. 1 StPO ersichtlich und die Ernennung des Sachverständigen sowie die Erteilung des Auftrags zur Erstellung eines Gutachtens gesetzeskonform erfolgt seien. Darüber hinaus seien ungeachtet der Tatsache, dass entsprechende Rügen seitens der Beschuldigten ohnehin verspätet erfolgt seien, keine Ausstandsgründe hinsichtlich der Person des Gutachters, Prof. Dr. med. F.____, ersichtlich (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. I.1.c, E. I.1.d sowie E. I.1.e). Ausserdem erfülle dieser aufgrund seiner Ausbildung und seiner Erfahrung zweifellos die Anforderungen für die Erstellung einer Expertise im vorliegenden Fall (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.2.2).

Sodann befasste sich die Vorinstanz mit der inhaltlichen Kritik der Beschuldigten am vorliegenden Gutachten. Sie kam zum Schluss, die Kritik der Beschuldigten, dass die Erstellung eines Gutachtens zur Urteilsfähigkeit gestützt auf die Akten unzulässig sei, sei unzutreffend (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.2.3.d). Weiter sei die Kritik der Beschuldigten, der Gutachter habe massgebliche somatische Störungen nicht ausreichend berücksichtigt und seine Diagnose demzufolge auf eine unzureichende Basis gestellt, verfehlt (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.2.3.e). Dementsprechend erachteten die Vorderrichter die in der Expertise gestellte Diagnose als mangelfrei zustande gekommen, weshalb von dieser nicht abzuweichen sei. Aufgrund der ausgewiesenen fachlichen Qualifikationen des Sachverständigen sowie dessen Feststellung, dass seine Beurteilung mit hoher Wahrscheinlichkeit zutrefte und dass ein anderer Gutachter mit hoher Wahrscheinlichkeit zum selben Ergebnis gelangt wäre (hohe Interrater-Reliabilität), schloss die Vorinstanz, dass das Gutachten das strafrechtlich geforderte Beweismass für die Sachverhaltserstellung erbringe, zumal abstrakte und theoretische Zweifel nicht massgebend seien, da diese immer möglich blieben und absolute Gewissheit nicht erlangt werden könne (vgl. Urteil der Vorinstanz, E II.1.2.3.e).

In einem letzten Schritt setzten sich die Vorderrichter mit der in der Expertise gestellten Diagnose auseinander. Zunächst hielten sie fest, das Gutachten sei vollständig, nachvollziehbar und schlüssig sowie formell lege artis aufgebaut. Sie schlossen, dass sich die vom Experten vorgenommene medizinische Beurteilung der Einschränkungen von †C.____ auf Basis der gestellten Diagnosen als mangelfrei und nachvollziehbar begründet erweise. Das Gutachten sei



somit insgesamt frei von Mängeln sowie nachvollziehbar und plausibel begründet. Dementsprechend sei auf die Diagnose der Somatisierungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung abzustellen sowie auf die damit einhergehenden Einschränkungen kognitiver Elemente gemäss den Ausführungen des Sachverständigen in der Expertise und an der vorinstanzlichen Hauptverhandlung. Demgegenüber bilde die Frage, ob deswegen auch eine Einschränkung der Urteilsfähigkeit im rechtlichen Sinne gegeben sei, eine vom Gericht zu prüfende Rechtsfrage (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.2.3.a, II.1.2.3.c, II.1.2.4.a, II.1.2.4.b sowie II.1.2.5).

2.5.4 Das Kantonsgesicht stellt fest, dass sich die Vorinstanz mit den Rügen der Beschuldigten gegen das Gutachten, welche vor der Berufungsinstanz wiederholt worden sind, auf mehreren Seiten auseinandergesetzt und diese umfassend gewürdigt hat. Die Schlussfolgerungen der Vorderrichter überzeugen. Um umfangreiche und unnötige Wiederholungen zu vermeiden, kann vorderhand gestützt auf Art. 82 Abs. 4 StPO auf die Ausführungen der Vorinstanz zur formellen und materiellen Kritik am Gutachten verwiesen werden (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. I.1., S. 3-7 sowie E. II.1.2.1-1.2.3, S 10-16). In den nachfolgenden Erwägungen werden die wesentlichen Argumente zusammengefasst und punktuelle Ergänzungen angebracht.

2.5.4.1 Hinsichtlich der formellen Rügen der Beschuldigten in Bezug auf den Ablauf der Erteilung des Gutachtauftrags und die von ihr geltend gemachte Verletzung der strafprozessualen Aktenführungspflicht ist festzuhalten, dass bereits die Vorinstanz diese Kritik gewürdigt und sich erschöpfend und überzeugend mit den von der Beschuldigten ins Feld geführten Argumenten auseinandergesetzt hat: Die Behörden haben nur, aber immerhin, alles aktenkundig zu machen, was zur Sache gehört und entscheidungswesentlich sein kann. Sie können sich jedoch auf die für die Entscheidungsfindung im konkreten Fall wesentlichen Punkte beschränken (vgl. BGer 6B_737/2012 vom 23. Juli 2013 E. 1.3.3; BGE 138 V 218 E. 8.1.2; BGE 130 II 473 E. 4.1 und 4.3). Verfügbarkeitsabklärungen bei potenziell in Frage kommenden sachverständigen Personen und mündlich erteilte Zusagen sind für die Entscheidungsfindung in casu nicht wesentlich, sondern erst die Person des letztlich formell ernannten Gutachters und der Fragenkatalog, welcher diesem gestellt wurde. Die eigentliche Auftragserteilung an Prof. Dr. med. F.____ erfolgte am 24. Oktober 2016 (act. 633). Vorgängig wurde der Beschuldigten in Übereinstimmung mit den strafprozessualen Garantien zunächst am 9. September 2016 sowie in der Folge mittels mehrmaliger Fristerstreckung die Gelegenheit eingeräumt, sich zur Person von Prof. Dr. med. F.____ sowie zum an diesen zu richtenden Fragenkatalog zu äussern (act. 835,



837, 839 sowie 843). Weiter geht aus den Akten hervor, dass die Staatsanwaltschaft der Beschuldigten die Absage an Dr. med. G.____ vom 9. September 2016 zugunsten der Beauftragung von Prof. Dr. med. F.____ mitgeteilt und somit die erforderliche Transparenz gewahrt hat (act. 835; vgl. act. 629 sowie 651). In diesem Zusammenhang ist der Feststellung des Strafgerichts zuzustimmen, wonach aus den Akten hervorgeht, dass am 9. September 2016 eine telefonische Vorbesprechung zwischen der Staatsanwaltschaft und dem Sekretariat der Klinik für Forensik der Psychiatrischen Klinik E.____ stattgefunden hat, bei welcher es um den Ausarbeitungstermin des Gutachtens gegangen ist (act. 641). Die Vorinstanz hat daraus überzeugend geschlossen, es könne davon ausgegangen werden, dass an diesem Datum oder jedenfalls zeitnah dazu eine telefonische Zusage durch die Psychiatrische Klinik E.____ bzw. Prof. Dr. med. F.____ erfolgt sein dürfte, was auch die Beschuldigte einräumt (act. S 459). Dabei ist den Vorderrichtern beizupflichten, dass von der Staatsanwaltschaft eine Aktennotiz über dieses Telefonat zu erwarten gewesen wäre. Ein Verstoss gegen die Aktenführungspflicht gemäss Art. 100 Abs. 1 StPO ist indessen nicht ersichtlich.

2.5.4.2 Darüber hinaus ist der Vorinstanz zuzustimmen, dass hinsichtlich des in casu ernannten Sachverständigen kein Anschein der Befangenheit erkennbar ist. Vielmehr erscheint seine Begründung der nachträglichen Annahme des Gutachtensauftrags, wonach er ein wissenschaftliches Interesse am vorliegenden Fall habe, weil dieser auch aus psychiatrischer Sicht eine nicht alltägliche Fragestellung betreffe, nachvollziehbar. Ebenso wenig zu bezweifeln sind seine Ausführungen dazu, dass seine Verfügbarkeit von der konkreten Auftragslage abhängt und dass er als Klinikleiter über eine gewisse Autonomie verfüge, Aufträge zu priorisieren und so Kapazitäten zu schaffen. Darüber hinaus ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass aus den Antworten des Experten auf die Fragen des Gerichts und der Parteien vor Strafgericht keinerlei Anhaltspunkte hervorgehen, die auf seine Befangenheit wegen seiner persönlichen Einstellung zur Suizidbeihilfe schliessen lassen würden. Ferner hat das Strafgericht zu Recht erwogen, dass davon unabhängig allfällige Ausstandsgründe erst anlässlich der Hauptverhandlung am 9. Juli 2019 und somit rund drei Jahre nach Ernennung des Experten bzw. rund zwei Jahre nach Erstellung des Gutachtens geltend gemacht wurden und somit als verspätet anzusehen sind (vgl. ANDREAS J. KELLER, Zürcher Kommentar StPO, 3. Aufl. 2020, Art. 58 N 3; MARKUS BOOG, Basler Kommentar StPO, 2. Aufl. 2014, Art. 58 N 5 ff.).



2.5.4.3 Soweit die Beschuldigte die fachliche Eignung des Gutachters in Zweifel zieht, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden: Die Vorinstanz hat die fachlichen Qualifikationen des Sachverständigen, welche ihn fraglos als Experten auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie ausweisen, zutreffend zusammengefasst. Der Umstand, dass er noch nie Fragen im Zusammenhang mit der Urteilsfähigkeit einer Person nach deren Ableben im Kontext eines Strafverfahrens begutachtet hat, führt nicht per se zu seiner Ungeeignetheit. Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass der Experte einerseits über Erfahrung bei der postmortalen Beurteilung der Urteilsfähigkeit in Zivilverfahren verfügt, und er andererseits auch unzählige Expertisen zur Frage der Schuldfähigkeit von beschuldigten Personen in Strafverfahren erstellt hat, womit er auch mit den Besonderheiten von Strafverfahren vertraut ist (act. S 333). Er verfügt somit über einschlägige Erfahrung, gestützt auf welche seine Eignung zur Gutachtenserstellung in casu zweifellos zu bejahen ist. Ebenso wenig ist die Kritik der Beschuldigten zu hören, das Medizinstudium des Sachverständigen reiche nicht aus, um im vorliegenden Fall zu beurteilen, ob die Verstorbene an somatischen Erkrankungen litt. In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige auch festgehalten, dass er darauf hingewiesen hätte, wenn er zum Schluss gelangt wäre, seine Fähigkeiten würden nicht ausreichen, um die ihm gestellten Fragen zu beantworten (vgl. act. S 347).

2.5.4.4 Bezüglich der Kritik der Beschuldigten sodann, der Sachverständige hätte bestimmte Krankenakten nicht berücksichtigt, gewisse Personen nicht persönlich befragt sowie fälschlicherweise den Schluss gezogen, dass die Leiden der Verstorbenen nicht somatisch begründet gewesen seien, kann wiederum auf die grundsätzlich zutreffenden Erwägungen des Strafgerichts verwiesen werden. Der Sachverständige hat vor den vorinstanzlichen Schranken die Methodik der Gutachtenserstellung dargelegt und plausibel erklärt, dass weitergehende somatische Abklärungen theoretisch immer möglich seien. Auch hat er schlüssig begründet, weshalb in casu weitere somatische Abklärungen an seinen Schlussfolgerungen nichts mehr zu ändern vermocht hätten (act. S 323 ff.). Somit erweist sich die Schlussfolgerung der Vorinstanz, wonach die vom Sachverständigen gestellte Diagnose nicht zu beanstanden sei, die Beschwerden von †C.____ seien vorwiegend psychischer Natur gewesen und somatische Erkrankungen seien im Hintergrund gestanden, als richtig. Ob und wie die von der Beschuldigten angeführten Dokumente, welche vom Sachverständigen nicht hinzugezogen wurden, dennoch bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit zu berücksichtigen sind, ist in den folgenden Erwägungen abzuhandeln (vgl. E. III.7.2.4 ff. hiernach).



2.5.4.5 Genauso wenig besticht mit Verweis auf BGE 127 I 54 das Argument der Beschuldigten, dass die Voraussetzungen eines Aktengutachtens vorliegend nicht erfüllt seien. Die Vorderichter haben richtig erwogen, dass sich der vorgenannte Entscheid mit reinen Aktengutachten bei noch lebenden Personen auseinandersetzt und deshalb nicht einschlägig ist. Die Vorinstanz legt ausserdem nachvollziehbar dar, dass die Suizidbeihilfe der strafrechtlichen Beurteilung schlechterdings entzogen wäre, würde der Argumentation der Beschuldigten gefolgt, weil verstorbene Personen naturgemäss nicht mehr persönlich untersucht werden können. Darüber hinaus kann auch für die Zulässigkeit eines Aktengutachtens *post mortem* nicht entscheidend sein, ob bereits ein Gutachten jüngerer Datums zur Frage der Urteilsfähigkeit der Suizidentin vorhanden ist, welches zu deren Lebzeiten verfasst wurde. Andernfalls könnte die strafrechtliche Beurteilung dadurch vereitelt werden, dass ein solches Gutachten vor dem Suizid gerade nicht erstellt wird. Dementsprechend hat das Bundesgericht mit Urteil 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 entgegen der Auffassung der Beschuldigten eine Aktenexpertise zur Urteilsfähigkeit eines Suizidenten in einem Strafverfahren als zulässig erachtet. Damit übereinstimmend hat das Bundesgericht auch bereits im von der Beschuldigten zitierten BGE 127 I 54 darauf hingewiesen, dass ein Aktengutachten auch dann in Betracht komme, "wenn der Proband nicht oder nur schwer erreichbar ist oder sich einer Begutachtung verweigert." (E. 2.f). In solchen Konstellationen sei es Sache des Sachverständigen, einzuschätzen, ob die Urteilsfähigkeit gestützt auf die Akten beurteilt werden könne oder nicht. Der Experte hat dementsprechend versichert, er hätte es in der Expertise ausdrücklich festgehalten, wenn die Aktenlage keine Beurteilung zugelassen hätte (act. S 347). Ausserdem hat sich der Sachverständige bereits im schriftlichen Gutachten auf Ergänzungsfrage der Beschuldigten hin nachvollziehbar zur fachlichen Methodik der Erstellung eines Urteilsfähigkeitsgutachtens *post mortem* geäussert. Die Beschuldigte setzt sich mit diesen Ausführungen inhaltlich nicht auseinander (vgl. act. 827).

2.5.4.6 Ebenfalls nicht zu hören ist schliesslich die Kritik der Beschuldigten, der Sachverständige habe anlässlich der vorinstanzlichen Hauptverhandlung ausgesagt, dass die Urteilsfähigkeit der Verstorbenen vor deren Tod "zu einem gewissen Grad fluktuierend" gewesen sei, weshalb dem Gutachten keine verlässliche Aussage zur Urteils(un)fähigkeit zum konkreten Zeitpunkt der Einnahme des tödlichen Medikaments entnommen werden könne. Der Sachverständige hat indes einzig zu Protokoll gegeben, dass die Urteilsfähigkeit generell eine gewisse Fluktuation aufweise, weshalb selbst bei urteilsunfähigen Personen luzide Intervalle auftreten könnten (act. S 391). Im Weiteren hat der Sachverständige erklärt, dass die Suizidbegleitung einen



stabilen Sterbewunsch voraussetzt, was der Grund dafür gewesen sei, weshalb er sich in der Expertise zur Urteilsfähigkeit an den Tagen und Wochen vor dem Tod geäußert und sich nicht einzig auf den Zeitpunkt des Suizids bezogen habe (act. S 391; act. 827). Demgegenüber hielt der Experte auch nach eingehender Befragung durch das Strafgericht und die Parteien an seinen Schlussfolgerungen fest (act. S 407). Es ist daher nicht ersichtlich, weshalb seine allgemeinen Ausführungen zu luziden Intervallen seine Expertise erschüttern sollten.

2.5.4.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass das Gutachten vollständig, nachvollziehbar und schlüssig sowie formell lege artis aufgebaut ist. Dementsprechend hat auch das Kantonsgesicht in sachverhaltlicher Hinsicht auf die in der Expertise gestellten Diagnosen der Somatisierungsstörung F45.0 und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtige schwere Episode ohne psychotische Symptome F30.2, abzustellen. Auf die Beurteilung des Gutachters, wie sich diese psychischen Erkrankungen auf die kognitiven Elemente von †C._____ auswirkten und was dies für die rechtliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit bedeutet, wird in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen (vgl. E. III.7.2.2 ff. hiernach).

3. Recht auf selbstbestimmtes Sterben (Exkurs)

3.1 Es drängen sich vorab einige grundsätzliche Ausführungen zu den grundrechtlichen Garantien und zum öffentlichen Diskurs auf, in dem sich die Suizidbeihilfe bewegt. Die Frage der Urteilsfähigkeit im rechtlichen Sinne kann in casu nicht losgelöst von diesem Rahmen beurteilt werden.

3.2 Fragen rund um das Sterben und den selbstbestimmten Tod sind nicht nur ein Thema, mit welchem sich die Rechtswissenschaft auseinandersetzt, sondern welches die Gesellschaft allgemein beschäftigt. Diesbezüglich zeigte sich in einer im Jahr 2010 durchgeführten repräsentativen Studie, dass die Menschen in der Schweiz das Recht auf Selbstbestimmung hoch werten und der Suizidbeihilfe mehrheitlich grundsätzlich zustimmend gegenüberstehen (vgl. CHRISTIAN SCHWARZENEGGER/PATRIK MANZONI/DAVID STUDER/CATIA LEANZA, Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält, in: Jusletter 13. September 2010).

In einer weiteren, im August 2014 durchgeführten repräsentativen Umfrage bei rund 1'000 Personen aus der deutsch- und französischsprachigen Schweiz befürworteten sogar 68 % der Be-



fragten, dass Suizidbeihilfe auch lebensmüden hochbetagten Personen geleistet werden solle, die nicht an einer körperlichen Krankheit leiden (vgl. PATRICK SCHAERZ, Urteilsbesprechung Polizeigericht des Tribunal du Littoral et du Val de Travers in Boudry [Kanton Neuenburg], Entscheidung vom 8. Juli 2013 [POL.2011.256] und Berufungsentscheid der Strafrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Neuenburg vom 8. Mai 2014 [CPEN.2013.75/dhp] [Besprechung 2015], AJP 2015, S. 1321). Demgegenüber gab in der Studie von SCHWARZENEGGER/MANZONI/STUDER/LEANZA eine Mehrheit der Befragten an, Suizidbeihilfe bei lebensmüden gesunden Menschen abzulehnen (SCHWARZENEGGER/MANZONI/STUDER/LEANZA, a.a.O., Rz 33).

3.3 Auch in der Rechtsprechung der Gerichte – nicht nur in der Schweiz, sondern ebenso im europäischen Ausland – wird dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Zusammenhang mit dem Tod ein hoher Stellenwert eingeräumt.

3.3.1 In der Bundesrepublik Deutschland erklärte etwa der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts jüngst mit Urteil vom 26. Februar 2020, dass das in Deutschland geltende strafbewehrte Verbot der geschäftsmässigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig sei. In seinem Entscheid führte das Verfassungsgericht aus, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht in seiner Ausprägung als Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht nur das Recht umfasse, nach freiem Willen lebenserhaltende Massnahmen abzulehnen und auf diese Weise einem zum Tode führenden Krankheitsgeschehen seinen Lauf zu lassen, sondern es sich auch auf die Entscheidung des einzelnen Menschen erstrecke, sein Leben eigenhändig zu beenden. Das Recht, sich selbst das Leben zu nehmen, stelle sicher, dass das Individuum über sich entsprechend dem eigenen Selbstbild autonom bestimmen und damit seine Persönlichkeit wahren könne (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020 Rz. 209). Dabei sei das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt, andernfalls die Beweggründe der sterbewilligen Person bewertet würden, was mit dem Selbstbestimmungsrecht nicht vereinbar wäre. Massgeblich sei allein der Wille des Grundrechtsträgers, unabhängig von allgemeinen Wertvorstellungen, religiösen Geboten, gesellschaftlichen Leitbildern für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit. Die Entscheidung des einzelnen Menschen, dem eigenen Leben entsprechend dem eigenen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, sei als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020



Rz. 210). Dementsprechend sei das Recht auf selbstbestimmtes Sterben letztlich Ausfluss der Menschenwürde, weil der Mensch nur dann als selbstverantwortliche Persönlichkeit und als Subjekt anerkannt und sein Wert- und Achtungsanspruch nur dann gewahrt sei, wenn er über seine Existenz nach eigenen, selbstgesetzten Massstäben bestimmen könne (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020 Rz. 211). Damit der Suizidentschluss indessen vom Selbstbestimmungsrecht geschützt sei, müsse er auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurückgehen (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020 Rz. 240). Dies setze die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst – etwa von psychischen Störungen – bilden und nach der so gebildeten Einsicht handeln zu können (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020 Rz. 241). Hierzu müsse die sterbewillige Person in der Lage sein, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider ihres Sterbewunsches abzuwägen. Eine freie Willensbildung setze hierbei insbesondere voraus, dass sie Handlungsalternativen zum Suizid erkenne und ihre Entscheidung in Abwägung dieser Alternativen treffe. Es gälten insofern dieselben Grundsätze wie bei der Einwilligung in Heilbehandlungen, bei der ebenfalls Alternativen bekannt sein müssten (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020 Rz. 242). Schliesslich müsse der Sterbewunsch von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit sein, damit von einem freien Willen gesprochen werden könne (vgl. Entscheid 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020 Rz. 244).

3.3.2 Ebenso hat der Verfassungsgerichtshof Österreich (VfGH) mit Entscheid G 139/2019-71 vom 11. Dezember 2020 unlängst das in Österreich geltende strafbewehrte Verbot der Selbsttötung mit Hilfe eines Dritten für verfassungswidrig erklärt. Dabei hat er festgestellt, dass es zur freien Selbstbestimmung gehöre, wie eine Person ihr Leben führen und gestalten wolle. Dazu zähle auch die Entscheidung, ob und aus welchen Gründen sie ihr Leben in Würde beenden möchte. All dies hänge von den Überzeugungen und Vorstellungen des Individuums ab und liege in dessen Autonomie (vgl. VfGH G 139/2019-71 vom 11. Dezember 2020 E. 6 Rz. 73). Dabei wies der VfGH darauf hin, dass ein Sterbewunsch, der auf einem freien Entscheid basiere, vom Staat respektiert werden müsse und der von Art. 2 EMRK garantierte Lebensschutz nicht als Lebenspflicht verstanden werden dürfe (vgl. VfGH G 139/2019-71 vom 11. Dezember 2020 E. 9 Rz. 84). Vorausgesetzt für die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe sei aber, dass der Entschluss der sterbewilligen Person auf freier Selbstbestimmung beruhe, was einen aufgeklärten Willensentschluss und einen dauerhaften Sterbewillen erfordere (vgl. VfGH G 139/2019-71 vom 11. Dezember 2020 E. 10 Rz. 85).



3.3.3 Auch nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) hat das Individuum die grundrechtlich verbürgte Freiheit, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, um ein mühseliges und qualvolles Dasein zu verhindern. Grundlage hierfür bilde Art. 8 EMRK, welcher die Achtung des Privatlebens schützt. Zu würdigen sei dabei, ohne den von Art. 2 EMRK verbürgten Schutz des Lebens in Frage zu stellen, dass in einer Zeit, in der die Medizin mehr und mehr in der Lage sei, das Leben von Menschen künstlich zu verlängern, viele Menschen befürchteten, im Zustand körperlichen oder geistigen Verfalls in Widerspruch zu Vorstellungen ihrer eigenen Identität zum Weiterleben gezwungen zu werden (vgl. Urteil des EGMR i.S. Pretty gegen Vereinigtes Königreich [Nr. 2346/02] vom 29. April 2002 Ziff. 65 und 67).

In einem späteren Entscheid hielt der EGMR sodann fest, dass es das von Art. 8 EMRK verbürgte Recht eines jeden Menschen sei, selbst zu entscheiden, wann und in welcher Form sein Leben enden solle, sofern dieser Mensch in der Lage sei, darüber eine freie Entscheidung zu treffen und entsprechend zu handeln (vgl. Urteil des EGMR i.S. Haas gegen Schweiz [Nr. 31322/07] vom 20. Januar 2011 Ziff. 51; bestätigt in Urteil des EGMR i.S. Koch gegen Deutschland [Nr. 497/09] vom 19. Juli 2012 Ziff. 52). Gleichzeitig machte der EGMR aber auch deutlich, dass in die Prüfung, ob Art. 8 EMRK im Zusammenhang mit dem Sterbewunsch einer Person verletzt sei, auch der Schutz des Lebens gemäss Art. 2 EMRK einbezogen werden müsse. Dieser verpflichte den Staat dazu, verletzliche Personen zu schützen und zu verhindern, dass Suizid von Menschen begangen werde, die sich weder frei noch in voller Kenntnis der Umstände für einen solchen entschieden haben (vgl. Urteil des EGMR i.S. Haas gegen Schweiz [Nr. 31322/07] vom 20. Januar 2011 Ziff. 54; bestätigt in Urteil des EGMR i.S. Koch gegen Deutschland [Nr. 497/09] vom 19. Juli 2012 Ziff. 52). Dementsprechend müssen diejenigen Konventionsstaaten, die sich für eine liberale Regelung der Sterbe- und Suizidbeihilfe entschieden haben, geeignete Massnahmen treffen, um zu gewährleisten, dass die Entscheidung zum Suizid tatsächlich dem freien Willen des betroffenen Individuums entspreche. Dies könne insbesondere durch die Pflicht gewährleistet werden, dass sterbewillige Personen mit psychischen Erkrankungen durch Sachverständige mit psychiatrischem Fachwissen untersucht werden müssen (vgl. Urteil des EGMR i.S. Haas gegen Schweiz [Nr. 31322/07] vom 20. Januar 2011 Ziff. 56 ff.; bestätigt in Urteil des EGMR i.S. Koch gegen Deutschland [Nr. 497/09] vom 19. Juli 2012 Ziff. 52). Diese Rechtsprechung wurde vom EGMR auch in einem Entscheid aus dem Jahre 2013 bestätigt, wobei dieser nicht in Rechtskraft erwachsen ist, weil die Schweizeri-



sche Eidgenossenschaft den Entscheid an die Grosse Kammer des EGMR weiterzog und die Beschwerdeführerin während des Verfahrens verstarb, woraufhin das Verfahren abgeschrieben wurde (vgl. Urteil des EGMR i.S. Gross gegen Schweiz [Nr. 67810/10] vom 14. Mai 2013 Ziff. 59 f. [nicht in Rechtskraft erwachsen]; Urteil der Grossen Kammer des EGMR i.S. Gross gegen Schweiz [Nr. 67810/10] vom 30. September 2014).

3.3.4 Auch das Schweizerische Bundesgericht stimmt gestützt auf Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 EMRK darin überein, dass dem Individuum die Freiheit zukommt, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, soweit die sterbewillige Person in der Lage ist, ihren entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln (vgl. BGE 142 I 195 E. 3.2 und 3.4; BGE 133 I 58 E. 6.1, je mit Hinweisen; BGer 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019 E. 2.2).

Das Bundesgericht hat aber ebenso festgehalten, dass der Pflicht des Staates, das Leben derjenigen Personen zu schützen, die hinsichtlich der Frage des Suizids nicht urteilsfähig sind, hohes Gewicht zukomme (vgl. BGE 142 I 195 E. 3.2; BGE 133 I 58 E. 6.1 sowie 6.3.5.1; vgl. BGer 2C_9/2010 vom 12. April 2010 E. 2.1 ff.). Deshalb setzt die Abgabe einer Substanz zum Zweck eines (begleiteten) Suizids gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf jeden Fall eine sorgfältige Abklärung der Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person voraus, wenn bei dieser der Verdacht auf oder gar die Diagnose einer psychischen Erkrankung bestehe und der Sterbewunsch behandelbares Symptom dieser Krankheit sein könnte. In BGE 133 I 58 verlangte das Bundesgericht diesbezüglich, dass zur Frage der Urteilsfähigkeit bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung ein psychiatrisches Fachgutachten eingeholt werde. Dabei stützte sich das Bundesgericht auf eine im Jahre 2005 veröffentlichte interdisziplinäre Publikation medizinischer und juristischer Fachleute (vgl. KLAUS PETER RIPPE/CHRISTIAN SCHWARZENEGGER/GEORG BOSSHARD/MARTIN KIESEWETTER, Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe [Urteilsfähigkeit], SJZ 101/2005, S. 53 ff.) In einem späteren Entscheid relativierte das Bundesgericht diese Vorgabe insofern, als dass bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung jedenfalls "eine eingehende, sorgfältige medizinisch-psychiatrische Untersuchung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch einen Spezialisten" vorausgesetzt sei (vgl. BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.5; vgl. auch BGer 2C_9/2010 vom 12. April 2010 E. 3.2).



Unabhängig von der Frage, ob ein Gutachten erstellt werden muss oder eine anderweitige eingehende, sorgfältige medizinische Untersuchung und Diagnosestellung ausreicht, hat das Bundesgericht festgehalten, dass selbst eine Beurteilung durch eine medizinisch-psychiatrische Fachperson dann nicht ausreicht, wenn sie sich lediglich auf zwei eineinhalbstündige Gespräche mit der suizidwilligen Person stütze (vgl. BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.5; BGer 2C_9/2010 vom 12. April 2010 E. 3.2).

3.3.5 Soweit ersichtlich, teilt auch die Mehrheit des Schrifttums die Auffassung des Bundesgerichts, wonach der grundrechtlich verbürgte Lebensschutz erfordere, dass eine sachverständige Person mit psychiatrischem Fachwissen die Urteilsfähigkeit beurteile, wenn der Verdacht oder gar die Diagnose psychischer Erkrankungen der sterbewilligen Person im Raum stehe, deren Symptom der Sterbewunsch sein könnte (vgl. EVA MARIA BELSER/SANDRA EGLI, Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, ZBJV 156/2020, S. 409 f.; PETRA VENETZ, Feststellung der Urteilsfähigkeit als gesetzliche Vorgabe – Juristische Aspekte [Feststellung], in: PETERMANN, Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, 2010, S. 61; ANDREAS BRUNNER, Graubereiche in der Sterbehilfe, in: PETERMANN, Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, 2010, S. 229; MARTIN SCHUBARTH, Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen, ZStrR 2009 S. 6; PETRA VENETZ, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht [Suizidhilfeorganisationen], 2008, S. 166 f.; CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod, Jusletter 19. März 2007, Rz. 31; CLAUDE ROUILLER/LEILA ROUSSIANOS, Le droit à la vie et le droit de mourir dignement, in: Jusletter 12. Juni 2006, Rz. 45). Die Wichtigkeit der Abklärung durch eine Fachperson wird dabei damit begründet, dass psychische Erkrankungen weitverbreitet seien, aber oft auf adäquate Therapien gut ansprechen würden und insofern prognostisch günstig seien (vgl. BELSER/EGLI, a.a.O., S. 409 f.; RIPPE/SCHWARZENEGGER/BOSSHARD/KIESEWETTER, a.a.O., Urteilsfähigkeit, S. 61; CATHERINE WALDENMEYER, Beihilfe zum Suizid im gesellschaftlichen Wandel, in: MAIDANA-ELETTI/TOEPKE [Hrsg.], Recht und Gesellschaft, 2014, S. 199 f.).

Zwar halten gewisse Autoren auch dafür, dass ein eigentliches Fachgutachten eine zu hohe Hürde für sterbewillige psychisch kranke Personen darstelle (vgl. PATRICK SCHAEERZ, Urteilsbesprechung Strafgericht des Kantons Basel-Stadt, Einzelgericht, ES.2011.210, Urteil vom 5. Juli 2012 [Besprechung 2013], AJP 2013, S. 948 f.; GERHARD EBNER, Suizidbeihilfe für psychisch Kranke: eine Gratwanderung, in: REHMANN-SUTTER/BONDOLFI/FISCHER/LEUTHOLD [Hrsg.], Bei-



hilfe zum Suizid in der Schweiz, 2006, S. 268). Die Vertreter dieser Mindermeinung schlagen deshalb als Alternative die Prüfung des Sterbewunsches unter Einbezug des nächsten Umfeldes, der behandelnden Ärzte sowie des betreuenden Teams ohne Erstellung eines psychiatrischen Fachgutachtens vor (vgl. EBNER, a.a.O., S. 268).

Andere Autoren wiederum erachten ein psychiatrisches Fachgutachten nur dann als notwendig, wenn eindeutige äussere Anzeichen für die Urteilsunfähigkeit einer psychisch kranken Person vorliegen (vgl. DANIEL HÄRING, Fünf Mythen über Suizidhilfeorganisationen, in: Jusletter 8. Mai 2017, Rz. 28; FRANK TH. PETERMANN, Das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, Eine Urteilsbesprechung von BGE 133 I 58-76 [Urteilsbesprechung], in: PETERMANN [Hrsg.], Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, 2008, S. 371 ff.).

Zu konstatieren ist indes, dass selbst diejenigen Stimmen, welche den Massstab für die Urteilsfähigkeit bei psychisch kranken Personen aufgrund der Höchstpersönlichkeit der Suizidentcheidung nicht allzu hoch anlegen wollen, betonen, die Wohlerwogenheit des Sterbewunsches müsse "auf das Sorgfältigste" abgeklärt werden (vgl. FRANK TH. PETERMANN, Rechtliche Überlegungen zur Problematik der Rezeptierung und Verfügbarkeit von Natrium-Pentobarbital [NaP-Rezeptierung], in: PETERMANN [Hrsg.], Sterbehilfe – Grundsätzliche und praktische Fragen, 2006, S. 358; EBNER, a.a.O., S. 268).

Festzuhalten ist schliesslich, dass sich – entgegen der Auffassung der Beschuldigten – die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie nicht gegen die Forderung des Bundesgerichts stellt, den Sterbewunsch von psychisch kranken Menschen mittels eines psychiatrischen Fachgutachtens überprüfen zu lassen. In der von der Beschuldigten angeführten Literaturstelle weisen die Autoren, welche sich als Vorstandsmitglieder der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie äussern, ausdrücklich darauf hin, dass die Diskussion, wie die Urteilsfähigkeit einer psychisch kranken Person ohne terminale somatische Erkrankung in Bezug auf ihren Sterbewunsch zu beurteilen sei, innerhalb der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht abgeschlossen sei (vgl. GERHARD EBNER/HANS KURT, Suizidhilfe bei Psychischkranken, Stellungnahme zum Gutachten zwecks Aufhebung des Moratoriums von EXIT, in: Schweizerische Ärztezeitung 86/2005; S. 881). Nach Ansicht der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie stelle ein psychiatrisches Fachgutachten indessen nur in denjenigen Fällen, in denen eine psychisch kranke Person zusätzlich an einer somatischen Krank-



heit leide, welche sich in der terminalen Phase befinde und der Tod der betroffenen Person somit absehbar sei, eine zu hohe Hürde dar (vgl. EBNER/KURT, a.a.O., S. 881).

3.4 Aus den vorstehenden Darlegungen erhellt, dass das Recht auf Selbstbestimmung des Individuums hoch zu gewichten ist und aus diesem die Freiheit eines selbstbestimmten Todes fliesst. Gleichzeitig ist angesichts des grundrechtlich verbrieften Lebensschutzes evident, dass diejenigen Personen besonders geschützt werden müssen, welche nicht dazu in der Lage sind, einen selbstbestimmten Entscheid hinsichtlich der Beendigung ihres Lebens zu fällen. In diesem Rahmen sind die sich in casu konkret stellenden Fragen im Folgenden zu untersuchen und zu beurteilen.

4. Beurteilung der Urteilsfähigkeit

4.1 In casu ist somit zu prüfen, ob die verstorbene †C.____ urteilsfähig war, als sie sich für den Suizid entschied bzw. als sie das tödliche Natrium-Pentobarbital einnahm oder ob sie mangels Urteilsfähigkeit keine freiverantwortliche Selbsttötung begehen konnte und die Beschuldigte sich deshalb durch die von ihr geleistete Suizidbeihilfe eines Tötungsdelikts schuldig gemacht hat. Mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung und die Doktrin ist das Strafgericht davon ausgegangen, dass die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid danach zu beurteilen sei, ob die suizidwillige Person (a) ein realistisches Verständnis des Todes, insbesondere von dessen Irreversibilität habe, (b) ihre eigene Lebensqualität adäquat bewerte sowie (c) in der Lage sei, die gegenwärtige Lebensqualität der in der Zukunft zu erwartenden Lebensqualität gegenüberzustellen (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.b).

Die Vorinstanz hat diesbezüglich festgehalten, dass †C.____ unbestritten die Irreversibilität des Todes und dessen Folgen sowohl für sich selbst als auch für ihr Umfeld verstand, was auch vom Sachverständigen bestätigt worden sei (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.1.b).

Sodann sei laut Strafgericht unbestritten und vielfach dokumentiert, dass die Verstorbene ihre Lebensqualität als sehr schlecht eingeschätzt habe und die von ihr vorgebrachten Leiden über Jahre hinweg eine zentrale Rolle in ihrem Leben gespielt hätten. Der Sachverständige habe diesbezüglich bestätigt, dass †C.____ einem schweren subjektiven Leidensdruck ausgesetzt gewesen sei und ihre aktuelle Lebensqualität unbeeinträchtigt erfassen und bewerten habe können, wenn man die Frage von der Krankheitseinsicht abstrahiere (vgl. Urteil der Vorinstanz,



E. III.1.2.2.a). Zusammenfassend hat die Vorinstanz den Schluss gezogen, dass †C.____ ihre aktuelle Lebensqualität richtig habe erfassen und selbständig bewerten können (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.2.b).

Hinsichtlich der Bewertung der zukünftigen Lebensqualität schliesslich hat die Vorinstanz festgestellt, dass die kognitive Einschränkung von †C.____ darin bestanden habe, ihre Schmerzen nicht dem korrekten Krankheitsbild zuordnen zu können. Gestützt hierauf habe der Experte sodann festgestellt, dass die Verstorbene ihre zukünftige Lebensqualität nicht adäquat habe einschätzen können, weil sie mangels Krankheitseinsicht den Nutzen einer psychiatrischen Therapie nicht zu erkennen vermocht habe (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.3.a). Der Sachverständige habe indes gleichzeitig die Therapiemöglichkeiten äusserst zurückhaltend eingestuft und dargelegt, dass in casu weder annähernde Beschwerdefreiheit noch Leistungsfähigkeit zu erreichen gewesen wäre (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.3.b). Ausserdem würde die einschlägige Therapie einem erheblichen Anteil der betroffenen Personen nur wenig Linderung verschaffen und ein kleiner Teil der Betroffenen spreche überhaupt nicht auf die Behandlung an. Bis überhaupt mit ersten Behandlungserfolgen hätte gerechnet werden dürfen, hätte die Therapie für eine spürbare Symptomreduktion in jedem Fall über Monate bis Jahre verfolgt werden müssen, so der Gutachter (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.3.b). Daraus hat das Strafgericht erwogen, dass die Einschätzung der Verstorbenen in Bezug auf ihre zukünftige Lebensqualität nicht falsch gewesen sei, auch wenn sie ihre Leiden nicht dem richtigen Krankheitsbild zugeordnet habe, zumal sie bereits erfolglose Therapieversuche durchlaufen habe, obschon diese gemäss Einschätzung des Experten in zeitlicher Hinsicht nicht lange genug verfolgt worden seien. Jedenfalls im Sinne einer Laienwertung habe †C.____ ihre Situation richtig eingeschätzt (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.3.c). Darüber hinaus habe der Experte auch die Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches von †C.____ bestätigt (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.3.b).

Im Ergebnis hat die Vorinstanz auch im Lichte des grundrechtlichen Selbstbestimmungsrechts hinsichtlich der Entscheidung zum Suizid die Urteilsfähigkeit von †C.____ im relevanten Zeitpunkt bejaht.

4.2 Die Staatsanwaltschaft führt gegen das angefochtene Urteil an, dass die Vorinstanz zu Unrecht die Urteilsfähigkeit bejaht habe. Zwar sei den Vorderrichtern zuzustimmen, dass es



sich beim Kriterium der Urteilsfähigkeit um eine Rechtsfrage handle. Ebenfalls sei korrekt, dass eine sachverständige Person das Gericht bei der Entscheidungsfindung unterstütze, diese aber die normativ wertende Entscheidungsverantwortung des Gerichts nicht übernehmen könne. Es sei jedoch nicht ausgeschlossen, dass ein Experte rein tatsächlich, objektiv und sinngemäss in der Lage sein könne, die Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit im rechtlichen Sinne zu beurteilen. Voraussetzung der Urteilsfähigkeit sei, dass eine suizidwillige Person die Bedeutung ihres Verhaltens und des zum Tod führenden Geschehensablaufs verstehen könne und dass ihr Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, eigenverantwortlich und aufgrund eines frei gebildeten Willens gefasst worden sei. Hierbei komme der Erkenntnisfähigkeit in casu entscheidende Bedeutung zu. Diesbezüglich habe der Sachverständige klar festgehalten, dass die Erkenntnisfähigkeit von †C.____ erheblich eingeschränkt gewesen sei und aufgrund ihrer psychischen Störung nicht von einem freien, unbeeinflussten Willen hinsichtlich ihres Sterbewunsches ausgegangen werden könne. Weiter führt die Staatsanwaltschaft aus, dass keine Urteilsfähigkeit vorliege, wenn der Sterbewunsch Symptom einer psychischen Erkrankung sei. Der Gutachter habe diesbezüglich dargetan, dass das Krankheitsbild von †C.____ über einen vergleichbar langen Zeitraum bei fast allen Patienten zu einem Sterbewunsch führe. Der Umstand, dass dieser bei ihr langanhaltend gewesen sei, könne das Kriterium der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Sterbebegleitung nicht ersetzen. Dementsprechend sei †C.____ nicht urteilsfähig gewesen. Daran vermöge entgegen der Vorinstanz das Recht auf Selbstbestimmung nichts zu ändern, weil dieses in keinem Zusammenhang mit der Frage der Urteilsfähigkeit im normativen Sinne stehe. Im Übrigen würden die Einschätzungen von sachverständigen Personen im Rahmen von Schuldfähigkeitsgutachten, welche ebenfalls von Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie erstellt werden und welche sich ebenfalls mit Rechtsfragen auseinandersetzen würden, von den Gerichten üblicherweise übernommen. Folgte man hingegen den Überlegungen der Vorinstanz, bräuhete es zu jedem medizinisch-psychiatrischen Gutachten ein zusätzliches juristisches Gutachten, welches sich dazu äussere, wie die medizinisch-psychiatrischen Feststellungen des Experten rechtlich zu würdigen seien (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 46). Die Vorinstanz habe zwar die Kriterien herangezogen, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung massgeblich seien, um zu beurteilen, ob eine psychisch kranke Person in Bezug auf ihren Sterbewunsch urteilsfähig sei. Sie habe sodann aber, in Erwägung, dass dem Kriterium des Verständnisses der aktuellen Lebensqualität ein leicht geringeres Gewicht als dem Kriterium des Langandauerns des Sterbewunsches und dem Verständnis der zukünftigen Lebensqualität eine gänzlich eigene Rolle zukomme, eine unzulässige unterschiedliche Gewichtung vor-



genommen. Dies sei nicht mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar. Die Kriterien der Beurteilung der Urteilsfähigkeit müssten alle kumulativ und gleichwertig erfüllt sein, damit die Urteilsfähigkeit bejaht werden könne. Eine vom Einzelfall abhängige, unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Voraussetzungen sei unzulässig. Die Urteilsfähigkeit sei in casu nicht gegeben, weil †C.____ ihre zukünftige Lebensqualität krankheitsbedingt nicht habe einschätzen können (vgl. Berufungserklärung und Berufungsbegründung der Staatsanwaltschaft vom 7. Februar 2020, S. 2 ff.).

4.3 Die Beschuldigte hält demgegenüber den Ausführungen der Staatsanwaltschaft entgegen, dass die Frage der Urteilsfähigkeit von der an den Gutachter gerichteten Frage abweiche. Der Gutachter habe die Frage beantwortet, ob bei †C.____ Einsichtsfähigkeit bezüglich der Natur ihrer Erkrankung vorgelegen habe. Diese Einsichtsfähigkeit sei für die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den Todeswunsch aber nicht relevant. Entscheidend sei einzig, ob †C.____ in der Lage gewesen sei, die Bedeutung sowie die Endgültigkeit des eigenen Todes zu begreifen. Dass dieses Kriterium erfüllt gewesen sei, habe der Sachverständige bestätigt. Hier liege auch der entscheidende Unterschied zum Sachverhalt, welcher dem Bundesgerichtsentscheid 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 zugrunde gelegen sei, bei welchem die sterbewillige Person gerade kein solches Verständnis der Bedeutung des Todes gehabt habe. Das Strafgericht sei somit bei Lichte besehen nicht von der Beurteilung des Experten abgewichen. Dieser habe nämlich bestätigt, dass †C.____ die Bedeutung des Todes verstanden, ihre aktuelle Lebensqualität richtig und auch ihre zukünftige Lebensqualität nicht völlig realitätsfern eingeschätzt habe. Die Vorinstanz habe deshalb zu Recht die Urteilsfähigkeit bejaht. Dieser Schluss sei auch deshalb richtig, weil der Experte anlässlich der vorinstanzlichen Hauptverhandlung das schriftliche Gutachten stark relativiert habe (vgl. Berufungsantwort der Beschuldigten vom 16. November 2020, S. 2 f.; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 47).

Darüber hinaus weist die Beschuldigte darauf hin, dass das schriftliche Gutachten im Lichte der mündlichen Aussagen des Experten anlässlich der Hauptverhandlung vor Strafgericht den falschen Schluss nahelege, die Psychiatrie wäre in der Lage gewesen, der Verstorbenen zu helfen. Der Sachverständige habe anlässlich seiner Befragung vor der Vorinstanz zu Protokoll gegeben, dass es vermessen wäre zu sagen, es gäbe eine Behandlung, die nur lange genug hätte angewendet werden müssen, um †C.____ zu helfen. Eine valide Behandlungsprognose sei gemäss Ausführungen des Gutachters unmöglich. Weiter führt die Beschuldigte ins Feld, dass



sich die Verstorbene sehr wohl freiwillig in psychiatrische Behandlung begeben habe, aber anschliessend gegen ihren Willen nicht mehr entlassen worden sei. Ebenso seien ihre somatischen Beschwerden, insbesondere die Ösophagitis, trotz aktenkundiger Diagnose während ihres Psychiatrieaufenthalts im Jahr 2015 ignoriert worden. Ihr Behandlungsverzicht sei daher nicht Ausdruck ihrer Krankheit gewesen, sondern ein vernunftgemässer Entscheid gestützt auf ihre negativen Erfahrungen. Im Übrigen habe selbst der zweite stationäre Psychiatrieaufenthalt über zweieinhalb Monate im Jahr 2015 trotz guter Compliance keine Besserung ihrer Beschwerden herbeigeführt. Dementsprechend sei auch die Auffassung von †C._____ korrekt gewesen, dass die Psychiatrie nicht in der Lage gewesen sei, ihr zu helfen (vgl. Berufungsantwort der Beschuldigten vom 16. November 2020, S. 9 ff.; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 49 ff.).

Schliesslich führt die Beschuldigte ins Feld, dass der Unterscheidung der medizinischen von der rechtlichen Urteilsfähigkeit insbesondere im Hinblick auf die Beurteilung der zukünftigen Lebensqualität entscheidende Bedeutung zukomme und dementsprechend dem Urteil der Vorinstanz, welche dieses Kriterium im Lichte des Selbstbestimmungsrechts korrekt als in casu massgebend qualifiziert habe, zuzustimmen sei (vgl. Berufungsantwort der Beschuldigten vom 16. November 2020, S. 15 f.).

Auf die skizzierten Argumente der Parteien ist in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen (vgl. E. III.7.1 ff. hiernach).

5. Täterschaft und Teilnahme beim Suizid

Ein Verhalten erfüllt den Straftatbestand der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord gemäss Art. 115 StGB, wenn die Täterin aus selbstsüchtigen Beweggründen handelt und die Selbsttötung zumindest versucht wurde. Der Sache nach stellt Art. 115 StGB einen Spezialtatbestand hinsichtlich der Anstiftung und Gehilfenschaft zum Suizid dar, weil die Selbsttötung straflos ist und Teilnahmehandlungen zu ihrer Strafbarkeit normalerweise einer tatbestandsmässigen und rechtswidrigen Haupttat bedürfen (sogenannte limitierte Akzessorietät; vgl. CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 115 N 1; BGer 6B_961/2015 vom 5. April 2016 E. 2.4.1). Aufgrund der Höchststrangigkeit des Rechtsguts Leben hat sich der Gesetzgeber indessen dafür entschieden, die Teilnahme am Suizid in Abweichung von den allgemeinen Grundsätzen spezialgesetzlich unter Strafe zu stellen, sofern die Täterin aus selbstsüchtigen Beweggründen handelt (SCHWARZENEGGER, a.a.O., Art. 115 StGB N 1). Eine



Anstiftung oder Gehilfenschaft zur Selbsttötung kann allerdings nur dann vorliegen, wenn der sterbewilligen Person die Tatherrschaft über den Geschehensablauf zukommt, was namentlich dann nicht der Fall ist, wenn diese Person nicht urteilsfähig in Bezug auf ihren Sterbewunsch ist (vgl. BGer 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019 E. 2.2; BGer 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 E. 2.1 mit Hinweisen). Der Grund hierfür liegt darin, dass das verfassungs- und völkerrechtlich verbrieftete Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, die Fähigkeit der suizidalen Person voraussetzt, einen Willen frei zu bilden und danach zu handeln (vgl. E. III.3.3.3 f. hiervor). Rechtlich entscheidend ist deshalb, ob die Suizidentin in der Lage war, die Bedeutung ihres Verhaltens und des zum Tod führenden Geschehensablaufs zu verstehen und ob sie den Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, eigenverantwortlich und aufgrund eines frei gebildeten Willens gefasst hat (vgl. E. III.3.3.3 f. hiervor; vgl. BGer 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019 E. 2.2). Verfügt die betroffene Person hingegen mangels Urteilsfähigkeit nicht über die Tatherrschaft, so ist die Hilfeleistung als – vorsätzliche oder fahrlässige – Tötung in mittelbarer Täterschaft unter Verwendung des Opfers als schuldloses Tatwerkzeug anzusehen (vgl. BGer 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019 E. 2.2; BGer 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 E. 2.1 mit Hinweisen; SCHWARZENEGGER, a.a.O., Art. 115 StGB N 8).

6. Der rechtliche Begriff der Urteilsfähigkeit

6.1 Die Definition der Urteilsfähigkeit gemäss Art. 16 ZGB wurde bereits in E. III.2.2 wiedergegeben. Dieser Begriff der Urteilsfähigkeit enthält zwei Elemente: Einerseits eine intellektuelle Komponente, nämlich die Fähigkeit, Sinn, Zweckmässigkeit und Wirkungen einer bestimmten Handlung zu erfassen (vgl. BGE 134 II 235 E. 4.3.2; BGE 124 III 5 E. 1a; BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.2). Erforderlich ist diesbezüglich, dass eine Person fähig ist, eine bestimmte Lage richtig zu beurteilen sowie die Beweggründe und Folgen eines bestimmten Verhaltens richtig zu erkennen (vgl. BGE 127 I 6 E. 7b/aa). Andererseits erfordert die Urteilsfähigkeit ein Willens- bzw. Charakterelement, nämlich die Fähigkeit, gemäss der erlangten Erkenntnis nach dem freien Willen zu handeln und allfälliger fremder Willensbeeinflussung in normaler Weise zu widerstehen (vgl. BGE 134 II 235 E. 4.3.2; BGE 124 III 5 E. 1a; BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.2).

Die Urteilsfähigkeit ist dabei relativ und kann nicht abstrakt festgestellt werden; vielmehr muss sie in Bezug auf eine bestimmte Handlung und deren konkrete Schwierigkeit und Tragweite



beurteilt werden (vgl. BGE 134 II 235 E. 4.3.2; BGE 127 I 6 E. 7b/aa; BGE 124 III 5 E. 1a; BGER 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.2). Dementsprechend schliesst das Vorliegen eines der in Art. 16 ZGB genannten Zustände, wie etwa die psychische Störung, die Urteilsfähigkeit nicht automatisch aus (vgl. BGE 127 I 6 E. 7b/aa).

6.2 Ob das Handeln einer Person objektiv vernünftig ist oder es ihren wohlverstandenen Interessen zuwiderläuft, ist für die Frage der Urteilsfähigkeit nicht entscheidend (vgl. BUCHER/AEBI-MÜLLER, a.a.O., Art. 16 ZGB N 78; ROLAND FANKHAUSER, Basler Kommentar ZGB, 6. Aufl. 2018, Art. 16 N 38; PETER BREITSCHMID, in: Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, BREITSCHMID/JUNGO [Hrsg.], 3. Aufl. 2016, Art. 16 ZGB N 2; REGINA AEBI-MÜLLER/WALTER FELLMANN/THOMAS GÄCHTER/BERNHARD RÜTSCHKE/BRIGITTE TAG, Arztrecht, 2016, § 5 Rz. 77; LENKA ZIEGLER, Sterben in Würde – Wertekonflikt zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht auf Sterben – Selbstbestimmungsrecht am Lebensende, in VASELLA/MORAND [Hrsg.], Werte im Recht – Das Recht als Wert, 2018, S. 99). Hierauf weist auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ausdrücklich hin (vgl. Richtlinie der SAMW "Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende", 6. Aufl. 2014, Ziff. II.2.1). So kann etwa auch eine Person urteilsfähig sein, die aus religiösen Gründen eine wenig invasive lebensrettende Behandlung ablehnt, auch wenn dies für aussenstehende Dritte unverständlich erscheinen mag (vgl. BUCHER/AEBI-MÜLLER, a.a.O., Art. 16 ZGB N 61). Dementsprechend hat das Bundesgericht festgehalten, dass "der professionelle Massstab des Arztes und die Wertewelt des Patienten" nicht zwangsläufig "zu denselben Entscheidungen über Gesundheit und Krankheit" führen und "das Wohl des Patienten nicht ohne Weiteres mit der ärztlich indizierten Behandlung gleichgesetzt werden" dürfe, weshalb zum Patientenwohl gerade auch "die Ablehnung einer vom Arzt für indiziert gehaltenen Behandlung durch den Patienten" gehöre (BGE 124 IV 258 E. 2). Das Patientenwohl richte sich deshalb nach dem Willen der zu behandelnden Person und nicht danach, was nach ärztlicher Auffassung im Patienteninteresse liege (vgl. BGE 124 IV 258 E. 2). Unter Umständen kann die objektive Unvernünftigkeit einer Handlung aber die genauere Abklärung der Urteilsfähigkeit nahelegen, etwa wenn im konkreten Fall die Befürchtung besteht, dass sich die betroffene Person ihrer Handlung bzw. deren Folgen nicht mehr bewusst ist bzw. war (vgl. BGE 124 III 5 E. 4c/cc; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHKE/TAG, a.a.O., § 5 Rz. 77; FANKHAUSER, a.a.O., Art. 16 ZGB N 38).



Auch im Kontext medizinischer Behandlungen erfordert die intellektuelle Komponente der Urteilsfähigkeit im erläuterten Sinne, dass die betroffene Person nicht nur den unmittelbaren Kausalverlauf einer Handlung intellektuell versteht, sondern dass sie sich auch der dadurch verursachten (längerfristigen) Folgen bewusst ist (vgl. BGE 127 I 6 E. 7b/aa). Nicht notwendig ist es dabei aber, dass sie über besondere Fachkenntnisse verfügt. So wird in der Lehre darauf hingewiesen, dass kaum je ein Patient medizinische Kausalzusammenhänge, mögliche Behandlungsverläufe und -alternativen, die Wirkungsweise von Medikamenten usw. vollständig verstehen wird. Dies sei jedenfalls dann unschädlich, wenn sich die betroffene Person insgesamt ein kohärentes Bild machen könne und die für den Entscheid wesentlichen Grundlagen erfasse (vgl. BUCHER/AEBI-MÜLLER, a.a.O., Art. 16 ZGB N 50; AEBI-MÜLLER, a.a.O., Patient, Rz. 66; vgl. ROCHUS JOSSEN, Ausgewählte Fragen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten beim medizinischen Heileingriff, 2009, S. 78).

Für die allgemeine Urteilsfähigkeit im medizinischen Behandlungskontext sei daher zu fordern, dass die erkrankte Person intellektuell in der Lage sei, Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und -alternativen, die damit verbundenen Risiken und Chancen usw. mindestens in groben Zügen zu verstehen (vgl. AEBI-MÜLLER, a.a.O., Patient, Rz. 68). Dabei gelte es zu beachten, dass selbst hochintelligente Personen unter Umständen urteilsunfähig in Bezug auf die Notwendigkeit einer Behandlung sein können, sofern ihre Uneinsichtigkeit Ausdruck ihrer Krankheit sei (BUCHER/AEBI-MÜLLER, a.a.O., Art. 16 ZGB N 55). Demgegenüber würden Fehl abwägungen aus Trotz oder Misstrauen gegen die behandelnden Personen die Urteilsfähigkeit nicht schlechterdings ausschliessen (vgl. MARIO GMÜR, Suizidbeihilfe und Urteilsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, in: PETERMANN [Hrsg.], Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, 2010, S. 39). Hinsichtlich der Frage des Behandlungsverzichts wird im Schrifttum ferner ausgeführt, dass ein solcher selbst dann in Urteilsfähigkeit erfolgen könne, wenn die Behandlung aus medizinischer Sicht als unbedingt geboten erscheine, vorausgesetzt, der Behandlungsverzicht beruhe auf einfühlbaren Motiven (vgl. THOMAS GEISER, Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus juristischer Sicht, in: HAFNER/SEELMANN/WIDMER LÜCHINGER [Hrsg.], Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod, 2014, S. 6; CARMEN LADINA WIDMER BLUM, Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, 2010, S. 86; vgl. ferner EUGEN BUCHER, Der Persönlichkeitsschutz beim ärztlichen Handeln, in: Arzt und Recht, BTJP 1984, 1985, S. 44).



6.3 Damit die Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Personen in Betracht kommt, müssen diese an einer unheilbaren, dauerhaften und schweren psychischen Beeinträchtigung leiden (vgl. BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1). Sind diese Kriterien erfüllt, so ist die Suizidbeihilfe zulässig, sofern der Sterbewunsch auf einem selbstbestimmten, wohlerrungenen und dauerhaften Entscheidungsprozess beruht (vgl. BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1). Das Kriterium der Wohlerrongenheit stellt dabei die intellektuelle Seite der Urteilsfähigkeit dar (vgl. FRANK TH. PETERMANN, Urteilsfähigkeit, 2008, Rz. 303). Dabei stellt sich die Frage, was für konkrete Anforderungen an die Wohlerrongenheit des Sterbewunsches zu stellen sind. Im vom Bundesgericht in BGE 133 I 58 zitierten, auszugsweise in der SJZ veröffentlichten EXIT-Gutachten von RIPPE/SCHWARZENEGGER/BOSSHARD/KIESEWETTER wird hierzu vorgeschlagen, einen Suizidwunsch als wohlerrongen anzusehen, wenn die suizidwillige Person (1) die eigene Lebenssituation angemessen verstehe und beurteile, (2) die wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten (inklusive therapeutischer Optionen) kenne und zu einem angemessenen Urteil über deren Eintrittswahrscheinlichkeit gelangt sei sowie (3) die Optionen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen und persönlichen Wertüberzeugungen geprüft habe (vgl. RIPPE/SCHWARZENEGGER/BOSSHARD/KIESEWETTER, a.a.O., Urteilsfähigkeit, S. 60 f.). Massgeblich sei, dass die Suizidalität als Konsequenz einer selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und den -aussichten erscheine und damit in relativer Unabhängigkeit von der psychischen Störung bestehe (vgl. RIPPE/SCHWARZENEGGER/BOSSHARD/KIESEWETTER, a.a.O., Urteilsfähigkeit, S. 61). Die Prüfung der Wohlerrongenheit sei deshalb von herausragender Bedeutung, weil Suizidwünsche oftmals mit psychischen Störungen einhergingen, die prognostisch günstig seien und auf adäquate Therapie gut ansprächen, weshalb der Sterbewunsch in diesen Fällen als Ausdruck der psychischen Störung zu interpretieren sei (vgl. GEORG BOSSHARD/MARTIN KIESEWETTER/KLAUS PETER RIPPE/CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, Suizidbeihilfe bei Psychischkranken – Antwort der Autoren des Gutachtens auf die Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [Antwort], Schweizerische Ärztezeitung 86/2005, S. 1456; vgl. ausserdem E. III.3.3.5 hiervor). Es sei zu beachten, dass auch bei denjenigen Menschen, die aufgrund einer schweren somatischen Erkrankung einen Sterbewunsch hegten, dieser selbst noch am Lebensende Schwankungen unterliegen könne. Darüber hinaus seien viele Menschen, die am Suizid gehindert worden seien, im Nachhinein froh darüber, noch am Leben zu sein (vgl. WALDENMEYER, a.a.O., S. 199 f.).



Von anderen Stimmen in der Lehre wird demgegenüber darauf hingewiesen, dass aus psychiatrischer Sicht praktisch jeder Suizid als Abschluss einer eigengesetzlichen krankhaften Entwicklung bezeichnet werden könne, was in der Medizin als sogenannte "Ringelsche Operationalisierung des Suizids" bezeichnet werde (vgl. VENETZ, a.a.O., Feststellung, S. 59; FRANK TH. PETERMANN, Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention [Entwurf], AJP 2004, S. 1119 f.). Deshalb müsse die Beurteilung der Urteilsfähigkeit im rechtlichen Sinne von psychisch kranken Personen eigenen, von medizinischen losgelösten Kriterien folgen, damit das Selbstbestimmungsrecht nicht gegenstandslos werde (vgl. VENETZ, a.a.O., Feststellung, S. 59).

Zu bedenken gegeben wird im Schrifttum weiter, dass der Suizidwunsch von Personen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, zwar für gewöhnlich Ausdruck von dieser bzw. durch sie verursacht sei. Dies zeige sich etwa darin, dass bei therapierbaren psychischen Erkrankungen der Suizidwunsch mit der erfolgreichen Behandlung in der Regel wieder verschwinde. Daraus müsse im Umkehrschluss aber auch gefolgert werden, dass bei nicht therapierbaren – namentlich chronifizierten – psychischen Erkrankungen die Suizidalität in relativer Unabhängigkeit von der andauernden psychischen Störung bestehe (PETERMANN, a.a.O., Entwurf, S. 1119 f.). Dementsprechend sei Urteilsfähigkeit bei psychisch kranken Personen dann zu bejahen, wenn sie in der Lage seien, sich zu ihrer Krankheit in ein bewusstes, reflektierendes Verhältnis zu setzen und mit ihren gesunden Anteilen ihren Krankheitszustand, ihren Krankheitsverlauf und die sozialen Implikationen besonnen und nachvollziehbar zu beurteilen (GMÜR, a.a.O., S. 41).

Wie aufgezeigt, ist sich somit die herrschende Doktrin darin einig, dass der Sterbewunsch einer psychisch kranken Person wohlervogen sein muss, wobei diesbezüglich nicht immer der Begriff der Wohlerwogenheit verwendet wird. Unabhängig von den Begrifflichkeiten wird dieses Kriterium von der herrschenden Lehre dann als erfüllt betrachtet, wenn der Sterbewunsch einer psychisch kranken Person auf einer autonomen umfassenden Beurteilung der Situation basiere und somit nicht Ausdruck einer behandelbaren psychischen Störung sei (BELSER/EGLI, a.a.O., S. 407 ff.; BRUNNER, a.a.O., S. 229; VENETZ, a.a.O., Suizidhilfeorganisationen, S. 167; SCHWARZENEGGER, a.a.O., Rz. 31; RIPPE/SCHWARZENEGGER/BOSSHARD/KIESEWETTER, a.a.O., Urteilsfähigkeit, S. 61; ROUILLER/ROUSSIANOS, a.a.O., Rz. 45; PETERMANN, a.a.O., Entwurf, S. 1120). Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Lebensqualität der betroffenen Person so stark eingeschränkt sein könne, dass eine seelische Schmerz- und Erduldungsgrenze überschritten werde, im Rahmen derer die betroffene Person in Abwägung der gesamten Umstände



urteilsfähig den Entscheid für den Suizid fällen könne (VENETZ, a.a.O., Suizidhilfeorganisationen, S. 167). Die Perspektive der Betroffenen reduziere sich in solchen Fällen auf das Gegensatzpaar Weiterleben oder Sterben. Falle im Lichte dieser Möglichkeiten die Entscheidung zugunsten des Suizids aus, sei dies nicht Ausdruck oder Symptom einer (psychischen) Krankheit, sondern die Bilanzierung und Wertung eines Menschen, der seelischen Schmerz erlitt, erleidet und diesen nicht länger zu erleiden gewillt sei (PETERMANN, a.a.O., Urteilsfähigkeit, Rz. 287; PETERMANN, a.a.O., NaP-Rezeptierung, S. 333).

7. Die Urteilsfähigkeit im vorliegenden Fall

7.1 Zunächst ist festzuhalten, dass sich die Expertise einer medizinischen Fachperson darauf beschränkt, den Geisteszustand derjenigen Person möglichst genau zu beschreiben, deren Urteilsfähigkeit in Frage steht. Dabei hat die sachverständige Person aufzuzeigen, ob und in welchem Mass das geistige Vermögen der untersuchten Person versagt hat. Diese Feststellungen über den geistigen Zustand einer Person, über die Art und Tragweite möglicher Störungen und betreffend die Frage, ob und inwieweit die betroffene Person zur Beurteilung der Folgen ihres Handelns und zur Leistung von Widerstand gegenüber Versuchen der Willensbeeinflussung befähigt war, sind *tatsächlicher* Natur. Welche *rechtlichen* Schlüsse aus dem Ergebnis der medizinischen Beurteilung demgegenüber zu ziehen sind, namentlich ob vom beschriebenen geistigen Gesundheitszustand auf die Urteilsfähigkeit im rechtlichen Sinne zu schliessen sei oder nicht, hat hingegen als Rechtsfrage allein das Gericht zu beurteilen (vgl. BGer 5A_623/2016 vom 24. Mai 2017 E. 3.3.1; BGer 5A_501/2013 vom 13. Januar 2014 E. 6.1.3.1; BGer 5A_439/2012 vom 13. September 2012 E. 4.1; BGE 130 I 337 E. 5.4.1; BGE 124 III 5 E. 4; BELSER/EGLI, a.a.O., S. 391; AEBI-MÜLLER, a.a.O., Patient, Rz. 91).

7.2.1 In tatsächlicher Hinsicht, insbesondere bezüglich des Gesundheitszustands und zur Frage der Urteilsfähigkeit der verstorbenen †C.____, liegen dem Kantonsgesicht zahlreiche Hauptbeweismittel vor:

Ein vom 1. Juli 2009 datierender ärztlicher Bericht des Spitals Q.____ über eine am 8. Juni 2009 bei †C.____ durchgeführte 24-h-Impedanz-pH-Metrie, welcher eine Refluxkrankheit für sauren als auch nicht sauren Reflux ausschliesst und festhält, es bestehe weder ein positiver Symptom-Index noch eine positive Symptom-Assoziations-Probabilität (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 6).



Ein vom 19. Mai 2010 datierender Arztbericht des Spitals R.____ über ein gleichentags bei †C.____ durchgeführtes CT des Abdomens, welches feststellt, dass keine intraabdominelle Raumforderung, keine Lymphadenopathie sowie keine entzündlichen Foci nachgewiesen werden können. Es werden demgegenüber eine kleine Leberzyste im Segment 5 sowie Hinweise auf myomatöse Transformation des Uterus festgestellt (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 6).

Ein ärztliches Attest des Spitals Q.____, datierend vom 26. November 2010, bezüglich einer Oesophagogastro-Duodenoskopie vom 25. November 2011, welches †C.____ einen im Wesentlichen unauffälligen endoskopischen Befund bescheinigt (Beilagenordner 2, Lasche 8).

Ein Arztbericht des Spitals Q.____ vom 10. Dezember 2010, wonach bei †C.____ wegen Halschmerzen gleichentags ein CT des Halses durchgeführt und dabei keine eindeutigen Befunde festgestellt werden konnten und allenfalls weitere Abklärungen durch eine Endoskopie empfohlen werden (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 6).

Ein vom 29. Dezember 2010 datierender ärztlicher Bericht des Spitals Q.____ bezüglich einer am 6. Dezember 2010 bei †C.____ durchgeführten High Resolution Impedanz-Manometrie des Oesophagus. Der Bericht stellt fest, dass sich keine relevante Motilitätsstörung des Oesophagus ergibt respektive diese durch die Oesophagus-Manometrie ausgeschlossen werden kann. Weiter hält der Bericht fest, dass in Kenntnis der 24-h-Impedanz-pH-Metrie und der Oesophagogastro-Duodenoskopie von funktionellen Beschwerden im Bereich der Speiseröhre respektive des Magens im Sinne einer funktionellen Dysphagie respektive eines "functional heartburn" auszugehen ist. Der Bericht attestiert diesbezüglich limitierte Therapieoptionen (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 7. Februar 2011 datierendes Attest des Spitals Q.____ zu einem bei †C.____ gleichentags durchgeführten CT des Schädels, welches konstatiert, dass keine intrakranielle Blutung, Raumforderung oder territoriale Ischämiezeichen vorliegen. Weiter bescheinigt der Bericht eine geringe cerebellär/infratentoriell betonte Atrophie. Ein Hydrocephalus schliesst der Bericht aus (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 4/ Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Ein ärztlicher Bericht der Psychiatrie T.____, vom 8. Februar 2011 betreffend ein ärztliches Konsilium vom 7. Februar 2011 attestiert †C.____ eine mittelschwere depressive Episode mit



somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) sowie – unter der Bedingung, dass körperliche Ursachen ausgeschlossen werden können – eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Weiter hält der Bericht fest, dass aktenanamnestisch zusätzlich eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und unsicher vermeidenden Anteilen (ICD-10: F61.0) sowie die Verdachtsdiagnose einer Minderintelligenz (ICD-10: F72.0) bekannt seien. Ferner bescheinigt der ärztliche Bericht †C.____, keine Krankheitseinsicht und keine Behandlungswilligkeit bezüglich der psychiatrischen Problematik zu haben (vgl. Beilagenordner 3, Originalakten Psychiatrie K.____).

Ein Pflegebericht zum von †C.____ freiwillig angetretenen, vom 9. Februar 2011 bis zum 19. März 2011 dauernden stationären Aufenthalt in der Psychiatrie K.____, gemäss welchem die Verstorbene mehrmals ihre Entlassung verlangt habe, ihr diese jedoch jeweils verwehrt wurde, wobei keine formelle Anordnung einer erwachsenenschutzrechtlichen Zurückbehaltung ersichtlich ist (vgl. Pflegeberichteinträge vom 24. Februar 2011, 16:59 Uhr; vom 23. Februar 2011, 18:09 Uhr; vom 23. Februar 2011, 14:24 Uhr; vom 15. Februar 2011, 9:19 Uhr; vom 15. Februar 2011, 6:29 Uhr; vom 14. Februar 2011, 18:29 Uhr; vom 14. Februar 2011, 15:15 Uhr; vgl. Beilagenordner 3, Originalakten Psychiatrie K.____).

Ein im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt von †C.____ vom 9. Februar 2011 bis zum 19. März 2011 verfasster, vom 12. April 2011 datierender Austrittsbericht der Psychiatrie K.____, welcher bei †C.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), anamnestisch eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70), eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1), eine gastro-ösophageale Refluxkrankheit mit massiven Refluxbeschwerden, wobei eine am 25. November 2010 durchgeführte Gastroskopie einen im Wesentlichen unauffälligen endoskopischen Befund zutage gefördert habe und histologisch bei einer 24-h pH-Metrie im Juni 2009 keine Hinweise für sauren Reflux hätten gefunden werden können, diagnostiziert (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital R.____).

Ein ärztlicher Bericht des Spitals R.____ vom 17. Oktober 2013 zum gleichentags durchgeführten Röntgen des linken Knies von †C.____, welcher eine mediale Gelenkspaltverschmälerung mit randosteophytären Ausziehungen vor allem am Femurkondylus medial und lateral und weniger am Tibiaplateau feststellt. Weiter attestiert er mässige Gonarthrose sowie keinen relevan-



ten suprapatellären Erguss. Ferner bescheinigt der Bericht geringe Ansatzendinopathie der Quadrizepssehne am Patellaoberrand und mässige Retropatellararthrose vor allem caudal sowie eine zentrierte Artikulation (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Ein vom 4. Dezember 2014 datierendes Attest des Spitals S.____ zu einer bei †C.____ gleichentags durchgeführten Sonographie des Abdomens wegen Schmerzen im Unterbauch links und Durchfall, welcher eine sonomorphologisch unauffällige Darstellung der parenchymatösen Bauchorgane ohne Nachweis einer fokalen Pathologie feststellt. Weiter hält das Attest fest, dass die Milz normal gross ist und aspektmässig der Status nach Cholecystektomie, Gallenwege und Pankreasgang schlank sind. Ein Harnstau wird ausgeschlossen, wobei die Harnblase gering gefüllt ist. Ein Ascites wird verneint. Ferner stellt das Attest eine unauffällige Organperfusion sowie eine normale Weite der Bauchorta fest. Schliesslich wird bescheinigt, dass keine verdickte Darmwand oder Divertikel nachweisbar sind, soweit eine sonographische Einsehbarkeit gegeben ist (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 5. Dezember 2014 datierender Arztbericht von PD Dr. med. U.____, Facharzt FMH Gastroenterologie, in XA.____, in welchem †C.____ gestützt auf eine bei ihr wegen Durchfalls und Refluxsymptomatik gleichentags durchgeführte Ultraschalluntersuchung eine Verkalkungsstruktur in der Leber bei Zustand nach Cholezystektomie bescheinigt wird. Ferner attestiert der Bericht eine Antrumgastritis, eine linksseitige Colitis (Entleerungsstörung bei Divertikulose) sowie eine unscharf begrenzte 15 mm grosse Struktur im Bereich des Processus uncinatus im Pankreas (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein von PD Dr. med. U.____, Facharzt FMH Gastroenterologie, in XA.____, vom 11. Dezember 2014 datierendes ärztliches Attest über eine am 10. Dezember 2014 bei †C.____ durchgeführte Colonoskopie, welches hyperplastische Polypen im Rektum sowie einzelne Divertikelöffnungen im Sigma bescheinigt (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein ebenfalls von PD Dr. med. U.____, Facharzt FMH Gastroenterologie, in XA.____, vom 11. Dezember 2014 datierender ärztlicher Bericht über eine am 10. Dezember 2014 bei †C.____ durchgeführte Gastroskopie, welcher im gesamten Ösophagus verteilt längliche, lachs-farbige Schleimhauterosionen und leichte Verletzlichkeit mit Blutung der Schleimhaut feststellt, die sogar nach Berührung mit dem Instrument oder der Zunge auftreten. Weiter werden längli-



che Furchen wie bei einer eosinophilen Ösophagitis festgestellt. Ferner attestiert der Bericht, dass nach der Entnahme von Proben aus der gesamten Speiseröhre zur Histologie sickernde Blutungen aus allen Biopsiestellen auftreten. Gestützt hierauf bescheinigt der Arztbericht eine erosive Ösophagitis mit Verdacht auf Refluxkrankheit sowie diskrete Antrumgastritis (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 12. Dezember 2014 datierender Laborbefund der V.____ AG zu den anlässlich der Colonoskopie und Gastroskopie vom 10. Dezember 2014 entnommenen Gewebeprobe, welcher kein entzündetes Gewebe oder sonstige Unauffälligkeiten feststellt (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 18. Dezember 2014 datierender Arztbericht des Spitals S.____ über ein gleichentags bei †C.____ durchgeführtes CT des Abdomens und Beckens, welcher einen im Wesentlichen unauffälligen Befund attestiert (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 22. Januar 2015 datierendes ärztliches Attest des Spitals R.____ über ein am selben Datum bei †C.____ durchgeführtes CT des Schädels, welcher bescheinigt, dass keine intrakranielle Blutung feststellbar ist. Weiter attestiert es, dass keine Hinweise auf eine intrakranielle Raumforderung oder Ischämie gefunden werden konnten, soweit eine Abgrenzung im Nativ-CT möglich war. Schliesslich wird empfohlen, eine MRI-Untersuchung durchzuführen, sofern der Schwindel bei †C.____ anhalten sollte (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital R.____).

Ein ärztlicher Bericht der Psychiatrie K.____ vom 27. Januar 2015 betreffend ein im Januar 2015 durchgeführtes ärztliches Konsilium, welcher bescheinigt, dass †C.____ ein mit der Beurteilung im Jahr 2011 identisches Zustandsbild zeige. Ferner diagnostiziert der Bericht bei ihr eine mittelgradig depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.11) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Dabei verneine †C.____ jegliche psychische Ursache für ihre Beschwerden (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital R.____).

Ein im Anschluss an einen Aufenthalt von †C.____ im Spital R.____ vom 22. Januar 2015 bis 27. Januar 2015 verfasster, vom 13. Februar 2015 datierender Austrittsbericht, welcher ihr eine Somatisierungsstörung bei rezidivierender depressiver Störung, aktuell leichte Episode, eine



Gleichgewichtsstörung unklarer Ätiologie sowie den Verdacht auf eine erosive Refluxerkrankung (wobei auf zwei Gastroskopien aus den Jahren 2010 und 2013 verwiesen wird, welche beide unauffällig gewesen seien, wohingegen bei einer im Dezember 2014 durchgeführten Gastroskopie makroskopisch eine erosive Ösophagitis, eine diskrete Antrumgastritis, eine histologisch nicht-atrophe, entzündungsfreie Magenmukosa, jedoch kein Nachweis von dysplastischen oder malignen Veränderungen sowie kein Helicobacter-pylori-Nachweis hätten diagnostiziert werden können) bescheinigt. Weiter attestiert der Bericht †C.____ eine Dys- und Odynophagie mit Schmerzen lateral des Kehlkopfes, einen Vitamin-B12-Mangel sowie eine Malnutrition (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital R.____).

Ein Arztbericht vom 30. April 2015 des Spitals W.____, welcher gestützt auf eine am 23. April 2015 bei †C.____ durchgeführte neuropsychologische Untersuchung bei ihr eine leichte neuropsychologische Störung diagnostiziert. Darüber hinaus stellt der Bericht fest, dass in der Klinik X.____ in XB.____ eine mittelschwere depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert worden seien (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Die Krankenakten der früheren Hausärztin der Verstorbenen, Dr. med. Y.____, in XC.____, welche festhalten, dass †C.____ im Jahr 2015 (erneut) einen stationären Psychiatrieaufenthalt angetreten hat, nachdem sie am 10. Februar 2015 in der Hausarztpraxis von Dr. med. Y.____ aus dem Fenster springen wollte und es zu einem Handgemenge kam. Eine fürsorgliche Unterbringung durch die zuständige Erwachsenenschutzbehörde sei jedoch nicht angeordnet worden (vgl. Beilagenordner 3, Originalakten Dr. med. Y.____). Gemäss dem Protokoll der staatsanwaltschaftlichen Zeugeneinvernahme vom 15. November 2016 von Dr. med. Z.____, dann zumal von der Psychiatrie K.____, habe †C.____ freiwillig den stationären Psychiatrieaufenthalt angetreten, nachdem sie Dr. med. Y.____ dazu überzeugen konnte (vgl. act. 941).

Ein Pflegebericht zum Aufenthalt von †C.____ in der Psychiatrie K.____ vom 10. Februar 2015 bis zum 30. April 2015, aus welchem zu entnehmen ist, dass nach ihrem freiwilligen Eintritt †C.____ mehrmals ihre Entlassung begehrte, ihr diese aber jeweils verwehrt wurde (vgl. Pflegeberichteinträge vom 10. April 2015, 19:39 Uhr; vom 30. März 2015, 10:37 Uhr; vom 6. März 2015, 14:59 Uhr; vom 4. März 2015, 14:55 Uhr; vom 23. Februar 2015, 15:26 Uhr; vom 16. Februar 2015, 12:28 Uhr; Beilagenordner 3, Originalakten Psychiatrie K.____). Aus den Pflegeberichten geht ebenso hervor, dass die Schluckbeschwerden von †C.____ durch das



Personal der Psychiatrie K.____ nicht eigens angegangen wurden, obwohl die Diagnose der Ösophagitis bekannt und auch im Austrittsbericht der Psychiatrie K.____ vom 28. Mai 2015 als Hauptdiagnose aufgeführt war. Einem Eintrag der Pflegeberichte zum 28. April 2015 ist Folgendes zu entnehmen: "Berichtet von Schluckbeschwerden [...]. Habe ihr am Nachmittag 1/2 Temesta aus der Reserve gegeben [...]." Für den 11. April 2015 ist festgehalten: "Klagt kurz über Schluckbeschwerden, PP geht nicht näher darauf ein". Für den 9. April 2015 ist verzeichnet: "Klagt über Brennen im Hals." Für den 21. März 2015 findet sich ein Eintrag: "Um 16.00 Uhr habe sie das Reserve Pantazol nehmen müssen, weil sie wieder ein punktuell Brennen im Hals gehabt habe. Es nütz[t] jedoch nichts." Ein Eintrag vom 7. März 2015 lautet: "Fr. †C.____ klagt über Halsschmerzen, es seien keine erkältungsbedingten Halsschmerzen, sondern Schmerzen in der Speiseröhre", wobei nicht weiter auf die Problematik eingegangen wird. Für den 6. März 2015 ist eingetragen: "Fr. †C.____ klagt über Halsschmerzen und Unwohl, hat kein Fieber, habe ihr Tee angeboten." Für den 24. Februar 2015 findet sich folgender Eintrag: "Fr. †C.____ kam etwas später wegen Schmerzen im Hals. Habe sie angewiesen, sich einen Tee zu machen" (vgl. Beilagenordner 3, Originalakten Psychiatrie K.____). Ebenso ist den Medizinalberichten der behandelnden Ärzte zu entnehmen, dass †C.____ wiederholt über ihre Schluckbeschwerden klagte. Dies ergibt sich insbesondere aus den Einträgen vom 30. April 2015, 8. April 2015 sowie vom 20. Februar 2015 (vgl. Beilagenordner 3, Originalakten Psychiatrie K.____).

Ein im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt von †C.____ vom 10. Februar 2015 bis zum 30. April 2015 verfasster, vom 28. Mai 2015 datierender Austrittsbericht der Psychiatrie K.____, mit welchem ihr eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine parasuizidale Handlung in der Einweisungssituation, eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), histrionische Persönlichkeitszüge, ein Glaukom (nicht näher bezeichnet; ICD-10: H40.9) eine gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-10: K21.0) sowie eine Polyarthrose (nicht näher bezeichnet; ICD-10: M15.9) bescheinigt werden (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Ein im Anschluss an einen Aufenthalt von †C.____ im Spital S.____ vom 17. Mai 2015 bis 22. Mai 2015 verfasster, vom 9. Juni 2015 datierender Austrittsbericht, mit welchem bei ihr eine psychische Dekompensation bei bekannter Somatisierungsstörung mit/bei histrionischer Persönlichkeitsstörung, eine mittelgradige depressive Episode sowie eine Gleichgewichts- und



Gangstörung diagnostiziert wird. Ferner attestiert der Bericht †C.____ eine Malnutrition (ED: 01/2015), eine Hypercholesterinämie sowie eine gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Ein vom 8. Juli 2015 datierendes ärztliches Attest des Spitals S.____ betreffend eine gleichentags bei †C.____ durchgeführte MRI-Untersuchung, in welchem ein unauffälliger Befund des Neurokraniums sowie deutliche Schleimhautschwellung in den Kieferhöhlen und im Sinus sphenoidalis festgestellt wird (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 15. Juli 2015 datierender Arztbericht, wonach anlässlich eines gleichentags in der Neuropraxis AA.____ durchgeführten neurologischen Konsiliums bei †C.____ eine dissoziative Bewegungsstörung mit Tremor sowie Retropulsionstendenz im Rahmen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 28. Juli 2015 datierender ärztlicher Bericht des Spitals S.____, welcher bezüglich einer am selben Datum bei †C.____ durchgeführten Sonografie des Abdomens ein gut 6 mm grosses, typisches Hämangiom hoch oben vorne im Lebersegment VII und ansonsten einen unauffälligen Befund bescheinigt (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 5. August 2015 datierender, von PD Dr. med. U.____, Facharzt FMH Gastroenterologie, in XA.____, verfasster Arztbericht, welcher bezüglich einer am 4. August 2015 bei †C.____ durchgeführten Ultraschalluntersuchung festhält, dass sich im Vergleich zum Bericht vom 5. Dezember 2014 zur Ultraschalluntersuchung vom selben Datum keine wesentlichen Veränderungen ergeben (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 3).

Ein vom 23. September 2015 datierendes ärztliches Attest des Spitals R.____, welches hinsichtlich einer am 18. September 2015 bei †C.____ durchgeführten EEG-Untersuchung im Spital R.____ ihr im Zusammenhang mit ihren Bewegungsstörungen eine Grundaktivität im Rahmen der Altersnorm, keinen Herdbefund sowie keine epilepsieverdächtigen bzw. epilepsiespezifischen Potentiale bescheinigt (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 1).

Ein vom 5. November 2015 datierender Arztbericht des Spitals R.____, welcher über eine am 21. Oktober 2015 im Rahmen einer gastroenterologischen Sprechstunde vorgenommene Un-



tersuchung von †C.____ bei ihr funktionelle Abdominalbeschwerden im Sinne einer funktionellen Dyspepsie, eine gastroösophageale Refluxkrankheit, eine Malnutrition sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert (vgl. Beilagenordner 2, Lasche 2).

Ein vom 6. Januar 2016 datierendes Dossierübergabeprotokoll der Organisation BB.____, in welchem festgehalten wird, dass †C.____ seit August 2015 monatlich bei der Organisation BB.____ anrufe und darüber klage, sie sei nicht psychisch, sondern einzig körperlich krank, wobei die Ärzte indessen nichts finden würden (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten der Organisation BB.____).

Ein Gesprächsbericht von CC.____, Mitarbeiterin der Organisation BB.____, vom 23. März 2016 über ein am 22. März 2016 mit †C.____ geführtes Gespräch, in welchem dokumentiert wird, dass diese die Möglichkeit vehement verneine, ihre Symptome könnten eine psychische Ursache haben. Man wolle sie nur mit Medikamenten vollstopfen, die sie nicht vertrage (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten der Organisation BB.____).

Ferner liegen dem Kantonsgesetz die im Rahmen von staatsanwaltschaftlichen Einvernahmen deponierten Aussagen verschiedener Ärzte vor, welche †C.____ behandelt haben. So erläutert Dr. med. Z.____, welche die Verstorbene während ihres Aufenthalts in der Psychiatrie K.____ Anfang 2015 betreut hat, anlässlich ihrer Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft am 15. November 2016, dass die psychische Erkrankung von †C.____ behandelbar sei (vgl. act. 943 f.). Dr. med. DD.____, Oberärztin in der Psychiatrie K.____, erklärt anlässlich ihrer Einvernahme vom 24. November 2016 durch die Staatsanwaltschaft ebenso, dass die psychischen Störungen, an denen †C.____ gelitten habe, therapiert werden könnten (vgl. act. 1003). Dr. med. EE.____, welcher †C.____ am 12. und 13. Februar 2015 während ihres stationären Psychiatrieaufenthalts betreute, führt anlässlich seiner Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft am 16. Januar 2017 aus, dass psychische Beschwerden, wie sie die Verstorbene gehabt habe, behandelbar seien und dies zum "täglich Brot" in der Psychiatrie gehöre (vgl. act. 1055). Die ehemalige Hausärztin von †C.____, Dr. med. H.____, in XD.____, gibt anlässlich ihrer Einvernahme bei der Staatsanwaltschaft vom 9. Januar 2017 an, dass die Verstorbene gedanklich auf ihre körperlichen Leiden eingeeengt gewesen sei. Sie habe alle begonnenen Therapien wieder abgebrochen und die Einnahme von Medikamenten abgelehnt, weil sie der Meinung gewesen sei, diese nicht zu vertragen. Rein fachlich sei sie gemäss Dr. med. H.____ daher nicht



ausreichend behandelt worden, weder medizinisch noch psychosomatisch (vgl. act. 1043 und 1047).

Weiter liegt die Zeugenaussage von FF.____, Wohnbereichsleiterin im Alters- und Pflegeheim I.____, in XD.____, in welchem †C.____ vor ihrem Tod gelebt hat, vor, wonach diese Angst gehabt habe, Medikamente einzunehmen, weil sie befürchtet habe, sich damit umzubringen (vgl. Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft vom 24. November 2016, act. 987).

Ferner ist die Zeugenaussage des langjährigen Freunds und kurzzeitigen Partners von †C.____, O.____, aktenkundig, wonach die Verstorbene nichts von einer psychiatrischen Diagnose habe hören wollen (vgl. Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft vom 15. November 2016, act. 929).

Sodann befindet sich in den Akten eine Zeugenaussage von CC.____, Beraterin bei der Organisation BB.____, wonach aus den Krankenakten ersichtlich gewesen sei, dass †C.____ die ihr empfohlenen psychiatrischen Therapiemöglichkeiten nicht wahrgenommen habe und dies Bedingung für eine Suizidbeihilfe durch die Organisation BB.____ gewesen sei (vgl. Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft am 30. November 2016, act. 1017), was durch eine Zeugenaussage von GG.____, Leiterin Freitodbegleitung bei der Organisation BB.____, bestätigt wird (vgl. Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft vom 17. November 2016, act. 955).

Der vor Strafgericht als Zeuge befragte Dr. HH.____, welcher als Psychiater konsiliarisch im Alters- und Pflegeheim I.____ für deren Bewohner tätig war, gibt an, bei der Verstorbenen eine mittelschwere depressive Episode mit somatischen Symptomen und Verdacht auf Somatisierungsstörung diagnostiziert zu haben (vgl. act. S 311).

Ferner liegen dem Gericht die anlässlich der Berufungsverhandlung von der Beschuldigten vorgetragene Aussagen vor: †C.____ habe die Einnahme bestimmter Medikamente abgelehnt, weil sie diese nicht vertragen habe (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 6 f. sowie 27). Die Beschuldigte sei aufgrund der von ihr persönlich durchgeführten Untersuchungen überzeugt gewesen, die diagnostizierten somatischen Erkrankungen, insbesondere die Ösophagitis, seien bei den Beschwerden von †C.____ im Vordergrund gestanden und eine psychosomatische Störung habe sich erst auf dem Boden der somatischen Erkrankungen entwickelt, weshalb die



psychische Erkrankung im Hintergrund gestanden sei (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 13 f.). Die bei †C.____ diagnostizierte Ösophagitis sei allerdings sehr schwierig zu behandeln (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 16). Es bestehe eine aus ihrer Sicht problematische Tendenz bei der Ärzteschaft, frühere Diagnosen aus Berichten anderer Ärzte unhinterfragt und ohne eigene Untersuchungen zu übernehmen (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 26).

Schliesslich zieht das Kantonsgesicht die Sterbetafeln für die Schweiz 2008/2013 heran, wonach die verbleibende statistische Lebenserwartung einer geschiedenen 65-jährigen Frau 20.8 Jahre beträgt (vgl. Sterbetafeln für die Schweiz 2008/2013 des Bundesamts für Statistik aus dem Jahr 2017, S. 38).

7.2.2 Der beigezogene Gutachter, Prof. Dr. F.____, Klinikdirektor und Chefarzt, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie FMH, der Psychiatrischen Klinik E.____, attestiert im wissenschaftlich forensisch-psychiatrischen Gutachten vom 31. August 2017 betreffend die Urteilsfähigkeit der am 15. Juni 2016 verstorbenen †C.____ (nachfolgend: Gutachten) †C.____ schwere psychische Störungen (vgl. Gutachten, Antworten auf Fragen 1, 2 und 4, act. 813 f.). Dabei diagnostiziert er in Übereinstimmung mit den bestehenden Diagnosen eine Somatisierungsstörung F45.0 sowie eine rezidivierende depressive Störung, wobei er über die bereits attestierten leichten und mittelgradigen Episoden hinausgehend eine gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome F30.2 bescheinigt (vgl. Gutachten, act. 783 ff., 813). Dies begründet der Sachverständige zusammenfassend mit dem anhaltenden Sterbewunsch der Verstorbenen, ihrer Verzweiflung, ihren geschilderten Beschwerden, ihrer Perspektivlosigkeit, ihrer Einengung auf den Sterbewunsch und ihrer Angst, anderen Menschen zur Last zu fallen (vgl. Gutachten, act. 791; act. S 365). Demgegenüber schliesst der Experte die zum Teil in den Krankenakten vorzufindenden Diagnosen der Intelligenzminderung sowie der Persönlichkeitsstörung aus (vgl. Gutachten, act. 793 ff.). Diese Beurteilung bestätigt der Sachverständige anlässlich der Hauptverhandlung vor dem Strafgericht auch nach Einvernahme der geladenen Zeugen sowie der Fragen der Vorinstanz und der Parteien zum schriftlichen Gutachten (vgl. act. S 323 ff. sowie 407).

7.2.2.1 In somatischer Hinsicht bestätigt der Experte die Diagnosen einer Malnutrition, einer Polyarthrose sowie von Magenbeschwerden im Sinne einer Dyspepsie nach gastroösophagealem Reflux und Helicobacter pylori-Infekt. Des Weiteren führt der Sachverständige im Gutach-



ten in somatischer Hinsicht die operativen Entfernungen des rechten Mittellappens der Lunge wegen Bronchiektasien sowie der Gallenblase auf (act. 799). Ferner bestätigt der Experte vor den gerichtlichen Schranken die Diagnose einer erosiven sophagitis (act. S 371 ff.).

Zur Begründung der Diagnose der Somatisierungsstörung hält der Gutachter fest, dass es †C.____ aufgrund ihres hohen Autonomiebedrfnisses und der hohen Ansprüche, welche sie an sich selber gestellt habe, nicht möglich gewesen sei, aus psychischen Gründen medizinische Hilfe oder andere Unterstützung anzunehmen, weshalb der einzige Ausweg aus ihrer Situation die Entwicklung körperlicher Beschwerden gewesen sei (vgl. act. 797). Dabei habe sich ihr Autonomiebedürfnis auch in ihrer ausgeprägten Sorge, anderen Menschen, insbesondere ihrem Sohn zur Last zu fallen, gezeigt. Diese Sorge sei gar ein wichtiges Element für ihre Depression gewesen (vgl. act. 797; vgl. ebenso act. S 325, S 365). Entsprechend sei es kurz vor der Vollendung ihres 60. Altersjahres zur Dekompensation gekommen, was zum Verlust ihres damaligen niederschweligen und geschtzten Arbeitsplatzes geführt habe (vgl. act. 797). Ab diesem Zeitpunkt habe sich die negative Entwicklung beschleunigt und auch die körperlichen Beschwerden und der Sterbewunsch von †C.____ hätten zugenommen (vgl. act. 797). Dabei führt der Sachverständige einen Teil ihrer Dekompensation darauf zurück, dass ihr Sohn nach XE.____ gereist war und die damalige Hausärztin daraufhin dringlich empfohlen hatte, dass sie in ein Heim ziehen solle (act. 797). Insofern hätten die Dekompensation und die dadurch verursachten körperlichen Beschwerden von †C.____ dazu geführt, dass sie etwa durch den Umzug ins Alters- und Pflegeheim stärker in ihrer Autonomie eingeschränkt worden sei, was den Prozess der Dekompensation im Sinne einer Negativspirale weiter verstärkt habe.

7.2.2.2 Hinsichtlich des Verständnisses ihrer aktuellen Situation bescheinigt der Gutachter †C.____, dass sie – wenn man von der Frage der Krankheitseinsicht abstrahiere – ihre Lebensqualität im Lichte ihrer Beschwerden als auch im Kontext der möglichen Erleichterungen im Alltag durch den Eintritt ins Altersheim verglichen mit den dadurch verursachten Einschränkungen richtig erfasst habe (vgl. act. S 325). Darüber hinaus erläutert der Sachverständige, dass es allgemein für die Bewertung des eigenen Leidenszustands keine Rolle spiele, ob eine Person wissenschaftlich korrekt die eigenen Schmerzen und Beschwerden einschätzen könne, weil selbst Fachleute hierzu oft nicht in der Lage seien, wenn es sie selbst betreffe (vgl. act. S 397).



Bezüglich der Frage, ob bei †C.____ kognitive Einschränkungen hinsichtlich ihrer Fähigkeit bestanden, ihre gegenwärtigen und zukünftigen Möglichkeiten einzuschätzen und abzuwägen, führte der Experte aus, dass die psychischen Funktionen von †C.____ wegen der diagnostizierten psychischen Störungen bereits auf der Erkenntnisebene stark eingeschränkt gewesen seien. Es müsse angenommen werden, dass sie nicht in der Lage gewesen sei, andere als die von ihr vermuteten körperlichen Ursachen für ihr Leiden wahrzunehmen, obschon ihr alternative Krankheitsmodelle von mehreren Ärzten angeboten worden seien (vgl. Gutachten, act. 807; vgl. act. S 397 ff.). Ihr Sterbewunsch habe daher mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einer falschen Annahme basiert, weil sie sich kein realitätsnahes Bild habe machen können (vgl. act. S 331 f.). Aus forensisch-psychiatrischer Sachverständigensicht sei schon die Erkenntnisfähigkeit von †C.____ als Folge ihrer psychischen Störungen dermassen beeinträchtigt gewesen, dass nicht von einem freien, unbeeinflussten Willen hinsichtlich ihres Sterbewunsches ausgegangen werden könne (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 13, act. 807).

Darüber hinaus hätten auch hinsichtlich der Wertungsfähigkeit von †C.____ wesentliche, multipel begründete Beeinträchtigungen vorgelegen. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen müsse verneint werden, dass †C.____ noch in der Lage gewesen sei, ihre Situation inklusive der medizinischen Diagnosen und ihrer sozialen Situation und die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der psychiatrischen Therapie gegenüber derjenigen des Suizids rational zu beurteilen und sich dann über deren Tragweite und Opportunität ein vernünftiges Urteil zu bilden (vgl. Gutachten, act. 809 f.). Die Beurteilung der Behandlungsmöglichkeiten bei Somatisierungsstörungen mit schwerwiegender Ausprägung, wie sie bei †C.____ offensichtlich vorgelegen hätten, sei selbst für Fachleute komplex und mit hoher interindividueller Streuung (vgl. Gutachten, act. 809). Versuche man sich ein Gesamtbild der Situation von †C.____ zum fraglichen Zeitpunkt hinsichtlich ihrer Wertungsfähigkeit zu machen, so komme man zweifelsfrei zum Schluss, dass ganz wesentliche, multipel begründete Beeinträchtigungen vorgelegen hätten (vgl. Gutachten, act. 811).

7.2.2.3 Hinsichtlich der Behandelbarkeit des diagnostizierten Krankheitsbilds erläutert der Sachverständige zunächst, dass fast jede psychische Erkrankung behandelbar sei (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 3, act. 815). Dabei müsse aber einerseits beachtet werden, dass Behandelbarkeit in casu nicht mit Heilbarkeit gleichgesetzt werden dürfe, weil – ähnlich wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder entsprechenden Erkrankungen des Bewegungsapparates – vor-



liegend eine vollständige oder annähernde Beschwerdefreiheit und Leistungsfähigkeit nicht möglich gewesen wäre (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 3, act. 815). Andererseits weist der Sachverständige darauf hin, dass es aufgrund der hohen interindividuellen Variabilität des Ansprechens auf die einschlägigen Therapien nicht möglich sei, in casu eine valide Behandlungsprognose abzugeben, weil man wisse, dass es einen erheblichen Anteil von Menschen gebe, die nur wenig von diesen Behandlungen profitierten, auch wenn sie sehr kompetent durchgeführt würden, und einen sehr kleinen, nicht quantifizierbaren Teil Menschen, die überhaupt nicht darauf ansprächen (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 3, act. 815; vgl. act. S 329). Allerdings führt der Sachverständige in Übereinstimmung mit den †C.____ behandelnden Ärzten auch aus, dass es für ihre Erkrankung mittlerweile gut etablierte Verfahren mit Behandlungsansätzen gebe, die vergleichbar seien mit jenen bei körperlichen Erkrankungen (vgl. act. S 329). Diese Behandlungen seien geeignet, substantielle Symptomreduktionen mit dem Ziel des Perspektivenwechsels, der damit besseren Motivation bezüglich Therapien und der Entwicklung einer besseren Lebensqualität herbeizuführen (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 3, act. 815). Im Idealfall werde die psychisch kranke Person so lange adäquat therapiert, bis deren Zustand dahingehend gebessert sei, dass sie über genügend gesunde Anteile verfüge, um mit diesen einen urteilsfähigen Entscheid über die weitere Behandlung zu fällen (vgl. act. S 327). Diesbezüglich führt der Experte aus, dass es Medikamente gebe, welche die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten von psychisch kranken Personen verbessern könnten, womit durch das richtige Einstellen von Medikamenten die kognitiven Fähigkeiten von †C.____ hätten wiederhergestellt werden können (vgl. act. S 335).

Substantielle Symptomreduktionen und eine Wiederherstellung der krankheitsbedingt eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten hätten aber gemäss Darlegung des Gutachters mehrerer Monate oder gar Jahre in einer psychiatrischen Therapie mit psychosozialer Begleitung und Wertegestaltung bedurft (vgl. act. S 331). Gestützt auf diese Feststellung legt der Experte in Übereinstimmung mit der ehemaligen Hausärztin von †C.____, Dr. med. H.____, dar, dass sich die Verstorbene immer wieder auf einschlägige Therapieversuche eingelassen habe, diese aber abgebrochen habe, womit sie die Therapien nicht konsequent mit der medizinischen Notwendigkeit verfolgt habe und ihre Beschwerden daher innert der wenigen Wochen, welche sie in psychiatrischer Behandlung verbrachte, nicht hätten substantiell ändern können (vgl. Gutachten, act. 809 f.; vgl. act. S 331 sowie S 397). Zwar sei Therapiebereitschaft bei †C.____ immer wieder kurzfristig vorhanden gewesen, aber sie habe diese Therapien nicht durchzuhalten ver-



mocht (vgl. act. S 397). Dies hänge damit zusammen, dass praktisch jede psychische Erkrankung zu einem gewissen Grad fluktuiere, weshalb es auch bei Personen mit Somatisierungsstörungen vorkomme, dass diese immer wieder im Intervall Vertrauen in Therapeuten fassen könnten und sich auch auf Behandlungen einliessen, diese aber auch immer wieder abbrechen würden. Bei †C.____ sei dies prototypisch schwer ausgeprägt gewesen (act. S 325 f.). Ihr mangelnder Durchhaltewille bezüglich der einschlägigen Therapie sei dementsprechend Ausdruck ihrer Erkrankung, weshalb man ihr deswegen keinen Vorwurf machen könne (vgl. act. S 397). Darüber hinaus stellte der Gutachter in Übereinstimmung mit den Aussagen der Beschuldigten, der ehemaligen Hausärztin von †C.____, Dr. med. H.____, der Wohnbereichsleiterin im Alters- und Pflegeheim I.____, FF.____, sowie der Mitarbeiterin der Organisation BB.____, CC.____, fest, dass die Verstorbene die Einnahme von Medikamenten grundsätzlich abgelehnt habe und deshalb eine auf Medikation abgestützte Besserung des Zustands der Verstorbenen nicht möglich gewesen sei, was ebenfalls Ausdruck ihrer Erkrankung gewesen sei (vgl. act. S 331 sowie S 335).

Bezüglich der Frage, ob der Verzicht auf weitere (psychiatrische) Therapien durch †C.____ als bewusster Entscheid, welcher frei von kognitiven Einschränkungen zustande gekommen ist, gesehen werden kann, hält der Experte im schriftlichen Gutachten fest, dass die Verstorbene nicht in der Lage gewesen sei, ihre Situation (medizinische Diagnosen, soziale Situation) und die entsprechenden Optionen (Therapie, Suizid) rational zu beurteilen und sich dann über die Verweigerung einer psychiatrischen Behandlung zugunsten des Suizids ein vernünftiges Urteil zu bilden (vgl. Gutachten, act. 809). Selbst für einen psychisch kompetenten Menschen, welcher nicht wie die Verstorbene mit wenigen Ausnahmen deutlich isoliert sei, unter massiven subjektiven Beschwerden und Beeinträchtigungen leide und fiktiv angenommen eine gute Lebensperspektive hätte, sei die Abwägung des Eingehens weiterer therapeutischer Optionen bei diesen psychiatrischen Diagnosen anspruchsvoll (vgl. Gutachten, act. 809). Die Beurteilung des konkreten individuellen Behandlungserfolges bei Somatisierungsstörungen mit schwerwiegender Ausprägung, wie sie bei †C.____ offensichtlich vorgelegen hätten, sei selbst für Fachleute komplex und mit hoher interindividueller Streuung (vgl. Gutachten, act. 809). Dementsprechend könne der Verzicht auf weitere Therapien zugunsten des Suizids nicht als frei von kognitiven Einschränkungen gefasster Entscheid qualifiziert werden (vgl. Gutachten, act. 809).



7.2.2.4 Auf die im Gutachten gestellte Frage, ob der Sterbewunsch der Verstorbenen auf einem selbst bestimmten, wohlwogenen und dauerhaften Entscheid beruhte, antwortet der Experte, dass die Wohlerwogenheit ein normativer Begriff sei und von einem psychiatrischen Sachverständigen nicht beurteilt werden könne. Hingegen könne bezüglich der "Urteilsfähigkeit im engeren Sinne" festgestellt werden, dass aus der retrospektiven Sachverständigensicht die Selbstbestimmung von †C.____ im Zeitraum der Tage und wenigen Wochen vor dem assistierten Suizid bei Weitem nicht der Selbstbestimmung eines psychisch gesunden und kompetenten Menschen entsprochen, sondern dass der Todeswunsch seinen Ursprung in den diagnostizierten psychischen Störungen als Abbild der Dekompensation ihres Lebens gehabt habe. Allerdings müsse dieser Prozess als "dauerhaft" bezeichnet werden (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 7, act. 817 f.).

7.2.2.5 An seinen Schlussfolgerungen im Gutachten hält der Sachverständige vor den vorinstanzlichen Schranken zwar in den Grundzügen fest (vgl. act. S 331 f., S 359). Er räumt allerdings deutlich relativierend ein, es bestehe in der Psychiatrie eine gewisse Gefahr, dass körperliche Beschwerden vorschnell als psychisch eingestuft würden (vgl. act. S 335 f., S 379). Auch sei das Vorhandensein von Urteilsfähigkeit zu einem gewissen Grad fluktuierend in Abhängigkeit der Symptomatik (act. S. 391). Vorliegend sei bei †C.____ ausserdem spezifisch zu beachten, dass sie ein ausgeprägtes Autonomiebedürfnis gehabt habe und sehr normorientiert gewesen sei (vgl. act S. 399). Es sei ihr deshalb noch schwerer als anderen Menschen gefallen, ein psychisches Leiden in Erwägung zu ziehen und anzunehmen. Ausserdem dürfte sie in ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit negative Beispiele erlebt haben mit Menschen mit psychischen Störungen, die sie selber gepflegt habe, die zerfallen seien und bei denen es traurig gewesen sei, dies mitzuerleben. Es sei mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass †C.____ Negativebeispiele von Verhalten von Psychiaterinnen und Psychiatern erlebt haben dürfte (vgl. act. S 399 sowie den genauen Wortlaut gemäss Audioprotokoll des Strafgerichts 703_140508, 45 min 13 s – 46 min 48 s: *"Ich kann eine Hypothese formulieren: Erstens allgemein, was für Frau †C.____ auch zutrifft, psychische Störungen sind sehr stigmatisiert, nicht alle gleich, aber viele. Kein Mensch möchte psychisch krank sein. Viel lieber – wenn überhaupt – somatische Ursachen von irgendeinem Problem. Man ist nicht depressiv, sondern hat ein Burn-Out usw. Man benennt es ein wenig um. Dann glaube ich auch spezifisch für Frau †C.____, weil sie ja – das steht auch wiederholt im Ganzen – ein hohes Autonomiebedürfnis hatte, sie war wahrscheinlich ganz eine gewehrige Frau, so wie sie beschrieben wurde von*



Frau Dr. A.____, aber auch schon im IV-Gutachten 2009, sehr normorientiert. Solchen Menschen fällt es enorm noch schwerer als anderen, psychische Leiden überhaupt in Erwägung zu ziehen und anzunehmen. Das kommt noch dazu. Ich glaube, das sind ein wenig die Hauptursachen. Eine weitere Ursache mag sein, dass sie natürlich in ihrer beruflichen Tätigkeit einerseits negative Beispiele erlebt hat von Menschen, die sie pflegte mit psychischen Störungen, die zerfallen, bei denen es traurig ist, das mitzuerleben, und [dass sie] mit gewisser Wahrscheinlichkeit auch Negativbeispiele von Verhalten von Psychiaterinnen und Psychiatern erlebt hat. Absolut."). Für den Experten sei als Hypothese am wahrscheinlichsten, dass die Verstorbene negative Erfahrungen gemacht habe (act. S. 399). Der Experte weist diesbezüglich auch darauf hin, dass die Mehrheit der Patienten, die intensiveren Kontakt zur – insbesondere stationären – Psychiatrie hätten, und nicht nur die Minderheit, über deutlich negative Erfahrungen berichten würden (vgl. act S. 401). Die Erfahrungen, welche †C.____ mit der Psychiatrie gemacht und welche sie zweifellos als schlecht empfunden habe, dürften eine Rolle bei ihrem Verzicht auf weitere psychiatrische Behandlungen gespielt haben (vgl. act. S 401).

Damit der Therapieverzicht von †C.____ indes frei von kognitiven Einschränkungen zustande gekommen bzw. nicht als Ausdruck ihrer psychischen Erkrankung qualifiziert werden könnte, müsste – so der Gutachter vor den Schranken des Strafgerichts – ein gewisses Abstraktionsvermögen von einzelnen und allenfalls auch wiederkehrenden negativen Erlebnissen vorhanden sein (vgl. act. S 401 sowie den genauen Wortlaut gemäss Audioprotokoll des Strafgerichts 703_140508, 49 min 47 s – 50 min 25 s: *"Natürlich prägt es einen Menschen auch, das ist nicht wegzudiskutieren, das ginge uns allen so. Die Frage ist, bis zu welchem Ausmass, und das ist genau der Punkt bei der Erkenntnis- und Wertungsfähigkeit: Ist man in der Lage, zu abstrahieren von einzelnen oder vielleicht auch wiederkehrenden negativen Erlebnissen, in Abhängigkeit von Vertrauenspersonen, die einen beraten können um das zu korrigieren, und das kann negative Auswirkungen haben, negative Erlebnisse auf Seiten der Psychiatrie, schlussendlich auf die Haltung gegenüber Therapiemöglichkeiten.").* Ein reflektierter, von der psychischen Erkrankung unabhängiger Therapieverzicht, basierend auf der Erkenntnisfähigkeit betreffend Chancen und Risiken wäre aufgrund negativer Erfahrungen mit der Psychiatrie dann möglich, wenn jemand sehr massive und nicht nur einmalige, sondern sehr wiederholt, andauernde negative Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht hätte. Dann habe es eine Relevanz (vgl. act. S 401). Die seitens des Präsidiums des Strafgerichts gestellte Frage, ob diesfalls ein bewusster Entscheid der Verstorbenen, keine Therapien mehr in Anspruch zu nehmen, anzunehmen wäre, beantwortet



der Experte vor den vorinstanzlichen Schranken explizit damit, dass ein von der psychischen Störung unabhängiger Entschluss zum Therapieverzicht möglich wäre, wenn †C.____ extensive (psychiatrische) Erfahrungen oder extensive medikamentöse Erfahrungen gehabt hätte, aber das ergebe sich nicht aus den Akten. Es lägen keine längerfristigen Unterbringungen oder allenfalls Unterbringungen gegen ihren Willen oder eine Zwangsmedikation vor. In solchen Fällen fehle es an der Verhältnismässigkeit zwischen Ursache und Erfolg (vgl. act. S 401 f.). Seines Wissens seien beide Eintritte in die stationäre Psychiatrie in den Jahren 2011 und 2015 freiwillig erfolgt, auch wenn es wegen des Vorfalls mit "aus dem Fenster springen" hart an der Grenze der Freiwilligkeit gewesen sei. Dabei komme es immer darauf an, wie man Freiwilligkeit definiere. Wenn der Patient nicht völlig Widerspruch erhebe und mit sich reden lasse, dann sei dies aus forensisch-psychiatrischer Sicht freiwillig. Zwischen Urteilsfähigkeit und Einwilligung eines Patienten einerseits und dem Erfordernis von erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen andererseits liege ein ebensolcher Graubereich (vgl. act. S. 403).

7.2.2.6 Hinsichtlich der voluntativen Kriterien, d.h. der Fähigkeit zur Willensbildung und jener, gemäss diesem gebildeten Willen zu handeln, stellt der Experte fest, dass †C.____ durch die diagnostizierten Erkrankungen nicht beeinträchtigt gewesen sei (vgl. Gutachten, act. 811 f.). Weiter bescheinigt der Gutachter, bei der Verstorbenen hätte keine schwerwiegende Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten vorgelegen, obwohl dies bei den ihr diagnostizierten psychischen Störungen für gewöhnlich häufig der Fall sei. Darüber hinaus würden die Fragen der medizinischen Behandlung sowie des assistierten Suizids per se keine sehr hohen Anforderungen an die intellektuellen Fähigkeiten eines Menschen stellen (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 8, act. 819). Im Übrigen gibt der Sachverständige vor den Schranken der Vorinstanz zu Protokoll, dass †C.____ trotz ihrer psychischen Erkrankung in der Lage gewesen sei, die Bedeutung des Todes und dessen Endgültigkeit zu erkennen und zu überblicken sowie dem Tod einen persönlichen Wert beizumessen (act. S 323).

7.2.2.7 Zur Frage schliesslich, ob mit den bei †C.____ diagnostizierten Einschränkungen für gewöhnlich auch ein Sterbewunsch einhergehe, würden gemäss den Ausführungen des Sachverständigen keine validen wissenschaftlichen Daten vorliegen. Konstatiert werden müsse vor dem Hintergrund der klinischen Erfahrung allerdings, dass bei Menschen mit vergleichbar schweren psychischen Störungen über einen vergleichbar langen Zeitraum hinweg fast immer irgendwann ein Sterbewunsch auftrete. Rund ein Fünftel der von schweren psychischen Stö-



rungen betroffenen Personen würden sich im Laufe ihres Lebens suizidieren. Indessen sei der Sterbewunsch nur in wenigen Fällen "zeitlich und qualitativ so stabil", wie es bei †C._____ der Fall gewesen sei (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 4, act. 815).

7.2.3 Wie in E. III.2.2 hiervor eingangs ausgeführt, ziehen Staatsanwaltschaft und Gerichte eine oder mehrere sachverständige Personen bei, wenn sie nicht über die besonderen Kenntnisse oder Fähigkeiten verfügen, die zur Feststellung oder Beurteilung eines Sachverhalts erforderlich sind (vgl. Art. 182 StPO). Zieht das Gericht mangels eigener Fachkenntnis einen Experten bei, ist es bei der Würdigung des Gutachtens grundsätzlich frei (vgl. BGer 6B_440/2018 vom 4. Juli 2018 E. 2.1.3). Aus dem Grundsatz der freien richterlichen Beweiswürdigung folgt, dass dem Gutachten kein höherer Beweiswert zukommen kann als anderen Beweismitteln (vgl. ANDREAS DONATSCH, Zürcher Kommentar StPO, 3. Aufl., Art. 189 N 21). Kriterien der Würdigung sind die Vollständigkeit, die Nachvollziehbarkeit und die Schlüssigkeit von Gutachten (vgl. HEER, a.a.O., Art. 189 StPO N 10). Auch wenn das gerichtlich eingeholte Gutachten grundsätzlich der freien Beweiswürdigung unterliegt, darf indessen das Gericht in Fachfragen nicht ohne triftige Gründe von ihm abrücken und muss Abweichungen begründen. Die rechtsanwendenden Behörden dürfen somit nur ausnahmsweise und aus wichtigem Anlass von den Erkenntnissen der Sachverständigen abweichen, da sie naturgemäss nicht über dieselbe Sachkunde wie die Sachverständigen verfügen (vgl. BGE 136 II 539 E. 3.2). Umgekehrt dürfen Gutachten dem Entscheid nur zugrunde gelegt werden, wenn sie das Gericht bezüglich Grundlagen, Begründung und Ergebnis zu überzeugen vermögen (vgl. E. III.2.4 hiervor). Dem Sachverständigen sind bloss Sach-, keine Rechtsfragen zu unterbreiten. Die Beantwortung letzterer obliegt zwingend dem Gericht. Daraus folgt, dass das Gericht nicht auf eine Expertenaussage abstellen darf, wenn mit dieser eine Rechtsfrage beantwortet wird (BGE 130 I 337 E. 5.4.1, unter Hinweis auf BGE 113 II 429 E. 3a mit Hinweisen).

Zu beachten gilt es in diesem Zusammenhang ebenso, dass der Sachverhalt aufgrund der Untersuchungsakten und der vor Gericht vorgebrachten Argumente nach den allgemein gültigen Beweisregeln zu erstellen ist, wenn eine beschuldigte Person die ihr vorgeworfene Tat bestreitet. Gemäss der aus Art. 32 Abs. 1 BV fliessenden und in Art. 6 Ziff. 2 EMRK sowie Art. 10 Abs. 3 StPO verankerten Maxime "*in dubio pro reo*" ist bis zum gesetzlichen Nachweis ihrer Schuld zu vermuten, dass die einer strafbaren Handlung beschuldigte Person unschuldig ist (Art. 10 Abs. 1 StPO; vgl. E. III.2.1 hiervor). Als Beweislastregel bedeutet die Maxime "*in dubio*



pro reo", dass es Sache der Strafbehörde ist, die Schuld der beschuldigten Person zu beweisen, und nicht diese ihre Unschuld nachweisen muss (ESTHER TOPHINKE, Basler Kommentar StPO, 2. Aufl. 2014, Art. 10 N 80; BGE 127 I 38 E. 2a). Als Beweiswürdigungsregel besagt die Maxime, dass sich das Gericht nicht von einem für die beschuldigte Person ungünstigen Sachverhalt überzeugt erklären darf, wenn bei objektiver Betrachtung erhebliche und nicht zu unterdrückende Zweifel bestehen, ob sich der Sachverhalt so verwirklicht hat. Bloss abstrakte und theoretische Zweifel genügen nicht, weil solche immer möglich sind. Relevant sind mithin nur unüberwindliche Zweifel, d.h. solche, die sich nach der objektiven Sachlage aufdrängen (vgl. Art. 10 Abs. 3 StPO; TOPHINKE, a.a.O., Art. 10 StPO N 82 f.; BGE 138 V 74 E. 7; BGE 127 I 38 E. 2a). Der Grundsatz "*in dubio pro reo*" besagt indes nicht, dass bei sich widersprechenden Beweismitteln unbesehen auf den für die beschuldigte Person günstigeren Beweis abzustellen ist. Die Entscheidungsregel kommt nur zur Anwendung, wenn nach erfolgter Beweiswürdigung als Ganzes relevante Zweifel verbleiben (BGE 144 IV 345 E. 2.2.3.1 ff.). Das Gericht darf sich nicht nach Gutdünken und rein subjektivem Empfinden von der Schuld der angeklagten Person überzeugt erklären. Vielmehr muss die Beweiswürdigung und Sachverhaltsfeststellung gestützt auf alle vorhandenen und verwertbaren Beweise begründbar und für einen verständigen Menschen objektiv nachvollziehbar sein. Eine Verurteilung darf nur ergehen, wenn das Gericht über jeden vernünftigen Zweifel hinaus überzeugt ist, dass sämtliche Strafbarkeitsvoraussetzungen in tatsächlicher Hinsicht vorliegen. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit reicht hierfür nicht. Auf der anderen Seite ist absolute Gewissheit angesichts der Unvollkommenheit der Erkenntnismittel und des menschlichen Urteilsvermögens nicht erreichbar. Gefordert ist indessen ein sehr hoher Grad an Wahrscheinlichkeit. Wichtige Bedeutung für die Nachvollziehbarkeit der Sachverhaltsfeststellung haben neben der Urteilsbegründung Denk- und Naturgesetze, Erfahrungssätze, technische und wissenschaftliche Erkenntnisse, gesicherte empirische Befunde, Lebenserfahrung und nicht zuletzt der gesunde Menschenverstand (TOPHINKE, a.a.O., Art. 10 StPO N 83, m.w.H.).

7.2.4.1 Es wurde bereits ausgeführt, dass vorliegend kein Anlass besteht, vom vollständigen, nachvollziehbaren, schlüssigen sowie formell lege artis erstellten Gutachten hinsichtlich der medizinischen Diagnosestellung abzuweichen, zumal der Sachverständige ein ausgewiesener Experte auf seinem Fachgebiet ist. Es kann diesbezüglich auf das bereits Dargelegte verwiesen werden (vgl. E. III.2.5.4.1 ff. hiavor). Angesichts der oben festgehaltenen gutachterlichen Feststellungen sowie der damit im Einklang stehenden medizinischen Berichte und Zeugenaussa-



gen stellt das Kantonsgesicht daher in *tatsächlicher Hinsicht* zunächst fest, dass die Verstorbene in den letzten Tagen und Wochen ihres Lebens an einer Somatisierungsstörung F45.0 sowie an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtige schwere Episode ohne psychotische Symptome F30.2, litt (vgl. E. III.2.5.4.7 hiervor). Weiter sieht es das Kantonsgesicht gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen als erstellt an, dass die diagnostizierten psychischen Erkrankungen von †C.____ grundsätzlich therapierbar waren und im inkriminierten Zeitpunkt lediglich die konkreten Behandlungschancen aufgrund der hohen interindividuellen Variabilität des Ansprechens auf die Therapie durch den Gutachter nicht abschliessend beurteilt werden können. Ferner ist im Lichte der Expertise festzustellen, dass die Verstorbene krankheitsbedingt nicht über die kognitiven Fähigkeiten verfügte, die Natur ihrer Erkrankung und damit einhergehend die möglichen Behandlungen zu erfassen.

7.2.4.2 Was hingegen die Frage des Therapieverzichts betrifft, so konstatiert das Kantonsgesicht, dass die diesbezüglichen Einschätzungen des Gutachters nicht in jeder Hinsicht mit den übrigen Beweisen und Indizien, welche ebenso in die Beweiswürdigung einzubeziehen sind, übereinstimmen: Wie bereits erwähnt, soll †C.____ laut Gutachter lediglich Therapieversuche bzw. "Anbehandlungen" absolviert haben, ohne über extensive psychiatrische Behandlungserfahrungen zu verfügen. Darum sei ihr Therapieverzicht nicht frei von kognitiven Einschränkungen getroffen worden (vgl. E. III.7.2.2.3-7.2.2.5 hiervor, unter Hinweis insbesondere auf act. 809 f., S 401 f.). Zur Erstellung dieser Expertise führt der Sachverständige vor den strafgerichtlichen Schranken aus, dass er sich jeweils nur auf die Austrittsberichte der jeweiligen Institutionen und die darin gemachten Ausführungen und gestellten Diagnosen verlassen habe und andere Akten, wie etwa die von der Beschuldigten angeführten Pflege- und Medizinalberichte der stationären Psychiatrieaufenthalte in den Jahren 2011 und 2015 oder den Gastroskopiebericht vom 11. Dezember 2014, welcher eine erosive Ösophagitis bescheinigt (vgl. E. III.7.2.1 hiervor), nicht beigezogen habe (vgl. act. S 361 sowie S 377). Das Kantonsgesicht muss jedoch auch diese vom Sachverständigen nicht hinzugezogenen Krankenakten bei der Beweiswürdigung berücksichtigen, um sich ein möglichst vollständiges Bild der Beweislage zu machen (vgl. E. III.7.2.3 hiervor). So ergibt sich aus den bereits oben (vgl. E. III.7.2.1) dargestellten Pflegeberichten der Psychiatrie K.____, dass †C.____ sowohl in den Jahren 2011 als auch 2015 trotz mehrfachen und wiederholten Verlangens nicht aus der stationären Psychiatrie entlassen wurde, obschon sie beide Aufenthalte formell freiwillig angetreten hatte. Für den Antritt des zweiten stationären Psychiatrieaufenthalts im Jahre 2015 bedurfte es einer gewissen Überzeugungsar-



beit, was aufgrund ihrer negativen Erlebnisse im Jahre 2011 nachvollziehbar erscheint. Der Gutachter selbst bezeichnet derartige Konstellationen als im "Graubereich" liegend (vgl. act. S 403), womit das Vorliegen einer möglicherweise zwangsweisen und gerade nicht freiwilligen Unterbringung der Verstorbenen zumindest nicht von der Hand zu weisen ist. Zudem geht insbesondere aus dem Austrittsbericht zum stationären Psychiatrieaufenthalt im Jahre 2015 wie auch deutlich aus den Pflegeberichten aus dem Jahre 2015 hervor, dass den †C.____ behandelnden Fachkräften die Diagnose der Ösophagitis bewusst war, und sie dennoch den Halsbeschwerden der Verstorbenen wenig bis keine Beachtung schenkten. Hervorzuheben ist hierbei ebenso der Arztbericht von PD Dr. med. U.____, Facharzt FMH Gastroenterologie, vom 11. Dezember 2014 über eine am 10. Dezember 2014 bei †C.____ durchgeführte Gastroskopie, welcher eine äusserst verletzte Schleimhaut festgestellt hat. Daraus wird ersichtlich, dass die Halsbeschwerden der Verstorbenen auf einen realen somatischen Befund zurückzuführen waren, wobei die entsprechende Diagnose der Psychiatrie K.____ bekannt war, wie sich aus dem Austrittsbericht vom 28. Mai 2015 ergibt (vgl. E. III.7.2.1 hiervor). Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass sich die Verstorbene seit dem Jahr 2009, mithin bis zu ihrem Tod im Jahr 2016, insgesamt sieben lange Jahre immer wieder in medizinischer Behandlung befand, bis sich ihr Sterbewunsch endgültig verfestigte und sie diesen auch mit Nachdruck einforderte, um ihrem Leid endlich ein Ende zu setzen.

Unter Berücksichtigung all dieser Umstände stellt sich daher für das Kantonsgesicht die Frage, ob angesichts der vom Gutachter nicht hinzugezogenen Aktenstücke eine Rückweisung des Gutachtens wegen allfälliger Unvollständigkeit bzw. Ungenauigkeit zur Ergänzung angezeigt ist. Diese Frage ist zu verneinen: Gemäss Art. 189 StPO weist das Gericht ein Gutachten zur Verbesserung oder Ergänzung zurück, wenn dieses unvollständig oder unklar ist (lit. a), mehrere Sachverständige in ihren Ergebnissen erheblich voneinander abweichen (lit. b) oder Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens bestehen (lit. c). Von der Verbesserung bzw. Ergänzung des Gutachtens gemäss Art. 189 StPO kann indessen dann abgesehen werden, wenn sich diese aufgrund der Ausführungen der sachverständigen Person erübrigt (vgl. HEER, a.a.O., Art. 189 StPO N 16; DONATSCH, a.a.O., Art. 189 StPO N 7). In casu hat der Gutachter ausdrücklich bestätigt, unter welchen Voraussetzungen ein gültiger Therapieverzicht von †C.____ angenommen werden könne, nämlich zusammengefasst bei extensiven, negativen psychiatrischen Erfahrungen (vgl. E. III.7.2.2.5, unter Hinweis insbesondere act. S 401 f.). Dementsprechend ist in



tatsächlicher Hinsicht festzustellen, dass der Gutachter diese für das Gericht äusserst relevante Frage im Sinne eines Alternativsachverhalts bereits beantwortet hat (vgl. E. III.7.2.5 hiernach).

7.2.5 Die obgenannten (E. III.7.2.4.2) zusätzlichen Tatsachen, nämlich die vom Gutachter nicht beigezogenen Krankenakten als weitere relevante Beweismittel berücksichtigend, kommt das Kantonsgesicht bei der Beurteilung des Resultats der Beweisauswertung in Beachtung des Grundsatzes "*in dubio pro reo*" nicht umhin, abweichend zu den tatsächlichen Feststellungen des Experten hinsichtlich seiner hauptsächlichen Sachverhaltshypothese zum Schluss zu gelangen, dass †C.____ sehr wohl über derartige Erfahrungen mit der Psychiatrie verfügte, wurde doch, wie oben (E. III.7.2.1) dargestellt und in E. III.7.2.4.2 zusammengefasst, ihre Autonomie im Zusammenhang mit den stationären Aufenthalten in der Psychiatrie in den Jahren 2011 und 2015 aufs Einschneidendste eingeschränkt und konnte dort zudem die Behandlung der von ihr beklagten (realen) somatischen Beschwerden nicht hinreichend medizinisch vorgenommen werden. All diese negativen Erfahrungen waren im Sinne der gutachterlichen Ausführungen zum Alternativsachverhalt auch geeignet, †C.____ derart zu prägen, dass nicht ohne begründete Zweifel ausgeschlossen werden kann, der Therapieverzicht könnte unabhängig von den durch die psychischen Erkrankungen verursachten Einschränkungen zustande gekommen sein. Mithin kann in casu der Nachweis einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit des Sachverhalts dergestalt, dass die Verstorbene nicht über genügend Erfahrung mit psychiatrischen Behandlungen verfügte und angesichts dessen deren Verzicht auf weitere psychiatrische Behandlungen einzig Ausdruck ihrer psychiatrischen Erkrankung gewesen sein konnte, nicht erbracht werden. Vielmehr ist von dem für die Beschuldigte günstigeren und nicht bloss eine theoretische Möglichkeit darstellenden obgenannten Alternativsachverhalt auszugehen. Daraus zieht das Kantonsgesicht die nachfolgenden rechtlichen Schlüsse:

7.3 Wie erläutert, muss für die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Personen gemäss BGE 133 I 58 zunächst eine "unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung" vorliegen (vgl. E. 6.3.5.1 des zitierten Bundesgerichtsentscheids). Diese Voraussetzungen sind mit Blick auf die Sachverhaltsdarstellung in E. III.7.2.2.1, III.7.2.2.3 und III.7.2.2.5 vorliegend zweifelsohne erfüllt: Gemäss den Feststellungen des Sachverständigen litt †C.____ zusammenfassend an einer unheilbaren (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 3, act. 815), dauerhaften (vgl. Gutachten, Antworten auf Fragen 4 und 7, act. 813 f. und 817 f.),



schweren (vgl. Gutachten, Antworten auf Frage 2 und 4, act. 813 f.) psychischen Beeinträchtigung (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 1, act. 813).

Unbestritten und durch das Gutachten erstellt (vgl. bereits E. III.7.2.2.4, III.7.2.2.7) ist die weitere Bedingung für eine zulässige Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Personen, dass der Sterbewunsch von †C.____ dauerhaft war. So hält auch der Sachverständige dazu fest, dass ihr Leidenszustand und die darauf basierende Suizidalität als dauerhaft bezeichnet werden müssen (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 7 in fine, act. 817 f.). Darüber hinaus war der Sterbewunsch von †C.____ "zeitlich und qualitativ" aussergewöhnlich stabil (so auch Gutachten, Antwort auf Frage 4, act. 815). Ebenso gutachterlich attestiert ist sodann der Umstand, dass ihre Fähigkeit, einen Willen unabhängig von Fremdbeeinflussung zu bilden und durchzusetzen, nicht beeinträchtigt war (vgl. Gutachten, act. 811 f.).

7.4.1 Es verbleibt, die entscheidende Frage zu prüfen, ob die Verstorbene *urteilsfähig* war. Dabei ist vorliegend einzig das Teilelement fraglich, ob das intellektuelle Element der Urteilsfähigkeit erfüllt ist, mithin ob der Suizidentschluss der Verstorbenen wohlerwogen war. Die Kriterien der Wohlerwogenheit wiederum sind, wie ausgeführt, dass die Verstorbene (1) die eigene Lebenssituation angemessen verstehen und beurteilen konnte, (2) ihre wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten (inklusive therapeutische Optionen) kannte und zu einem angemessenen Urteil über diese Möglichkeiten gelangt war sowie (3) ihre Optionen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen und persönlichen Wertüberzeugungen geprüft hat (vgl. E. III.6.3 hiavor).

7.4.2 Unbestritten ist zunächst, dass †C.____ ihr subjektiv empfundenenes Leiden richtig eingeschätzt hat (so bereits das Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.3.c, sowie die Ausführungen des Gutachters vor Strafgericht, act. S 397). Abstrahiert von der Frage der Krankheitseinsicht habe sie gemäss der Feststellung des Experten sodann ihre Lebensqualität im Lichte ihrer Beschwerden als auch im Kontext der möglichen Erleichterungen im Alltag durch den Eintritt ins Altersheim verglichen mit den dadurch verursachten Einschränkungen richtig erfasst, wobei eine wissenschaftlich korrekte Einordnung der Beschwerden unerheblich sei (vgl. bereits E. III.7.2.2.2, unter Hinweis auf act. S 325, und S 397). Angesichts des Dargelegten kommt das Kantonsgesicht zum Schluss, dass das normative Kriterium des angemessenen Verständnisses und der angemessenen Beurteilung der eigenen Lebenssituation erfüllt ist.



7.4.3 Fraglich ist indessen, ob auch das zweite Kriterium als in rechtlicher Hinsicht erfüllt gilt, mithin ob †C.____ auch ihre zukünftigen Möglichkeiten, insbesondere ihre Behandlungsoptionen, gekannt hat und zu einem angemessenen Urteil über diese gelangt ist.

7.4.3.1 Unbestritten ist in diesem Zusammenhang, dass der Verstorbenen die psychiatrischen Diagnosen und Therapiemöglichkeiten erläutert worden waren und sie insofern über diese informiert war (vgl. die gutachterlichen Ausführungen in act. 807 f., act. S 397 ff.).

Zu beurteilen ist demgegenüber, ob die Verstorbene trotz mangelnder Krankheitseinsicht auch zu einem angemessenen Urteil über diese Optionen gelangen konnte. Dabei ist die von der Staatsanwaltschaft ins Feld geführte Feststellung des Experten, dass der Sterbewunsch von †C.____ die Folge ihrer psychischen Erkrankung war (vgl. Gutachten, act. 817 f.), für sich alleine genommen nicht entscheidend. Denn wie vorstehend dargelegt, kann bei einer psychischen Erkrankung ein Suizidwunsch in relativer Unabhängigkeit von der psychischen Störung bestehen, wenn er auf einer wohlerrwogenen Entscheidung beruht, welchenfalls Urteilsfähigkeit zu bejahen ist (vgl. E. III.6.3 hiervor).

7.4.3.2 Wie bereits in tatsächlicher Hinsicht ausgeführt, geht das Kantonsgesicht im Lichte des oben dargestellten Sachverhalts, wie er sich gestützt auf sämtliche vorliegenden Akten, wozu schergewichtig, aber nicht nur die gutachterlichen Einschätzungen gehören, präsentiert (vgl. E. III.7.2.5), von der Sachverhaltsvariante aus, wonach †C.____ über substantielle bzw. hinreichend massive negative Erfahrungen mit medizinischen und insbesondere psychiatrischen Behandlungen verfügte. Sie litt seit dem Jahre 2009 an ihren Beschwerden und lief seither geradezu "von Pontius zu Pilatus", um diese abklären zu lassen. Dies umfasste sowohl somatische als auch psychiatrische Untersuchungen. Vor dem Hintergrund der gutachterlichen Feststellungen hinsichtlich dieses Alternativsachverhalts (vgl. Prot. Hauptverhandlung Strafgericht, act. S 401 f.) zieht daher das Kantonsgesicht den rechtlich relevanten Schluss, dass bei der Verstorbenen ein von ihren psychischen Erkrankungen hinreichend unabhängiger, gültiger Therapieverzicht vorgelegen hat.

7.4.3.3 Das Kantonsgesicht gelangt somit hinsichtlich der Rechtsfrage, ob die Urteilsfähigkeit gemäss Art. 16 ZGB in Bezug auf den generellen Verzicht auf weitere psychiatrische Behandlungen gegeben war, zu den nachfolgenden Erwägungen: Der Experte hat zwar festgehalten,



dass die Verstorbene bei ihrem Verzicht auf weitere Behandlungen nicht urteilsfähig gewesen sei, weil die Unwägbar- und Unannehmlichkeiten einer weiteren Behandlung zum Suizid nicht in einem ausgewogenen Verhältnis gestanden seien (vgl. act. S 401). Dabei gilt es aber zu beachten, dass vernunftgemässes Handeln im Sinne von Art. 16 ZGB nicht mit vernünftigem Handeln gleichgesetzt werden darf (vgl. E. III.6.2 hiervor). Darüber hinaus müssen der professionelle ärztliche Massstab und die Wertewelt der zu behandelnden Person nicht unbedingt zu denselben Schlüssen führen (BGE 124 IV 258 E. 2). Zwar kann die objektive Unvernünftigkeit einer Handlung unter Umständen als Indiz für die fehlende Urteilsfähigkeit herangezogen werden (vgl. BGE 124 III 5 E. 4c/cc). Allerdings gibt derselbe Sachverständige vor Strafgericht zu Protokoll, unter welchen Umständen – nach seinem eigenen bzw. ärztlichen Massstab – ein bewusster Entscheid der Verstorbenen gegen weitere psychiatrische Behandlungen als in Urteilsfähigkeit getroffen anzunehmen wäre, wobei er selbst gestützt auf die ihm vorliegenden Akten diese Umstände zumindest teilweise (betreffend die negativen Erfahrungen der Verstorbenen mit der Psychiatrie, welche einen Einfluss auf den Behandlungsverzicht hatten) bejaht (vgl. E. III.7.2.2.5 hiervor, unter Hinweis auf act. S 401 f.). Diesbezüglich wird auch im Schrifttum dafürgehalten, dass ein Behandlungsverzicht selbst dann in Urteilsfähigkeit erfolgen kann, wenn die Behandlung aus medizinischer Sicht als unbedingt geboten erscheint, vorausgesetzt, dass der Entscheid auf einfühlbaren Motiven beruht (vgl. THOMAS GEISER, Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus juristischer Sicht, in: HAFNER/SEELMANN/WIDMER LÜCHINGER [Hrsg.], Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod, 2014, S. 6; CARMEN LADINA WIDMER BLUM, Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, 2010, S. 86; ähnlich EUGEN BUCHER, Der Persönlichkeitsschutz beim ärztlichen Handeln, in: Arzt und Recht, BTJP 1984, 1985, S. 44).

Vorliegend beruht der Verzicht auf weitere psychiatrische Behandlungen angesichts des erstellten Sachverhalts ohne Weiteres auf einfühlbaren Motiven: Wie bereits im Sachverhalt dargestellt, begab sich †C._____ im Jahre 2011 freiwillig in stationäre psychiatrische Behandlung und wurde anschliessend offenbar gegen ihren Willen dazu gezwungen, diese weiterzuführen. Obschon sie diese schlechte Erfahrung gemacht hatte, trat sie nach entsprechender Überzeugungsarbeit dennoch im Jahre 2015 erneut eine weitere stationäre psychiatrische Behandlung an und wiederum wurde †C._____ gegen ihren mehrfach erklärten Willen in der Klinik zurückbehalten. Darüber hinaus wurde ihre aktenkundige und der sie behandelnden Institution bekannte Speiseröhrenerkrankung der Ösophagitis während ihres Aufenthalts nicht hinreichend behan-



delt. Dass †C._____ nach all ihren Erfahrungen mit der Medizin im Allgemeinen und mit der Psychiatrie im Besonderen keine weitere psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen wollte, ist durchaus als einfühlbar im Rechtssinn zu werten.

Wenn – wie in casu – ein Mensch mit über Jahre anhaltendem, erheblichem Leidensdruck bzw. derart ausgeprägter (Leidens-)Erfahrung auf eine bestimmte Behandlungsform generell verzichtet, und in der vorliegenden Konstellation die Urteilsfähigkeit hinsichtlich dieses generellen Verzichts als gegeben anzusehen ist, ist dies zu respektieren. Die Sachlage ist insofern in casu mit jener vergleichbar, in der eine Person aus religiösen Gründen bestimmte Behandlungen generell ablehnt, selbst wenn diese objektiv erfolgversprechend sein mögen. Auch dieser Person muss die Urteilsfähigkeit zuerkannt werden, obschon aus Sicht einer dritten Person, die den fraglichen religiösen Glauben nicht teilt, der Behandlungsverzicht unvernünftig erscheinen mag. Wenn wie hier der generelle Verzicht auf psychiatrische Behandlungen der Verstorbenen als urteilsfähiger Entscheid qualifiziert werden muss, so reduzieren sich ihre Entscheidungsoptionen auf das Weiterleben mit ihrem schweren Leiden oder den Suizid. †C._____ verblieben nur diese beiden Möglichkeiten, befand sie sich doch – wie hiervor dargelegt (vgl. E. III.7.2.4.2) – über rund sieben Jahre wiederholt in medizinischer Behandlung, weshalb sie es nach dieser langen Zeit nachvollziehbar leid war, weitere Abklärungen und Therapieversuche jedweder Art in Anspruch zu nehmen. Zwar erfordert Urteilsfähigkeit einen Realitätsbezug (vgl. BREITSCHMID, a.a.O., Art. 16 ZGB N 3). Aufgrund des erstellten bewussten Therapieverzichts ist einer Behandlungsprognose indessen – welche aufgrund der gutachterlichen Feststellungen ohnehin bestenfalls als nicht gerade optimistisch zu bezeichnen war – bereits im Ansatz der Boden entzogen. Die fehlende Krankheitseinsicht war insofern aufgrund der besonderen Situation der Verstorbenen nicht wesentlich für die sich ihr stellende Frage.

7.4.3.4 Das Kantonsgesicht kommt deshalb zum Schluss, dass es angesichts des gutachterlich festgestellten erheblichen und seit Jahren andauernden Leidensdrucks bei †C._____, ihrer aktenkundigen unzähligen Abklärungen und Therapieversuche sowie ihrer extensiven und teilweise schweren Erfahrungen mit der Psychiatrie und der Medizin im Allgemeinen nicht als geradezu unvernünftig bezeichnet werden kann, wenn sie generell auf weitere Behandlungen verzichtete und stattdessen ihrem Leiden durch Selbsttötung ein Ende setzen wollte. †C._____ hatte ihre seelische Schmerz- und Erduldungsgrenze überschritten (vgl. VENETZ, a.a.O., Suizidhilfeorganisationen, S. 167). Sie lehnte psychiatrische Behandlungen aufgrund durchlebter traumati-



scher Erlebnisse generell und ebenso somatische Behandlungen aufgrund der unzähligen erfolglosen Abklärungen und Therapieversuche ab, weshalb sich ihre Optionen darauf beschränkten, entweder mit ihren Beschwerden weiterzuleben oder ihrem Leiden ein Ende zu setzen. Die beiden Optionen – Weiterleben in Leid oder Sterben – formen in casu den Kern bzw. das kohärente Bild, welches die Verstorbene in Bezug auf ihre zukünftigen Möglichkeiten erfassen musste. Sie tat dies, womit es sich bei ihrem Entschluss zum Suizid um die Bilanzierung und Wertung eines Menschen handelte, der über Jahre hinweg seelischen Schmerz erlitt, erleidet und nachvollziehbar diesen nicht länger zu erleiden gewillt war (vgl. PETERMANN, a.a.O., Urteilsfähigkeit, Rz. 287; PETERMANN, a.a.O., NaP-Rezeptierung, S. 333).

Dementsprechend muss vorliegend konstatiert werden, dass †C.____ die in casu für sie massgebliche Realität richtig erfasst hat. Mithin ist die weitere Voraussetzung der Kenntnis ihrer wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten (inklusive therapeutische Optionen) und des angemessenen Urteils über diese zu bejahen.

Nicht zuletzt wird dieser Schluss durch die Tatsache abgerundet, dass angesichts der laut Gutachter äusserst ungewissen Therapiechancen (vgl. E. III.7.2.2.3 hiervor) die Einschätzung von †C.____ auch de facto freilich der Realität entsprach.

7.4.4 Dementsprechend gilt es als letztes normatives Teilelement der Wohlerwogenheit zu prüfen, ob †C.____ in diesem Sinne ihre Optionen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen und persönlichen Wertüberzeugungen geprüft hat. Dieses Kriterium muss mit Blick auf den erstellten Sachverhalt ebenfalls als erfüllt erachtet werden: †C.____ war bereits seit dem 1. Dezember 1983 Mitglied der Organisation BB.____ (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten der Organisation BB.____). Darüber hinaus gab der Sohn der Verstorbenen, L.____, bei seiner Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft am 14. November 2016 zu Protokoll, dass seine Mutter mit ihm spätestens in den zehn Jahren vor ihrem Tod häufig über das Thema selbstbestimmtes Sterben gesprochen habe, weil es immer ihr Wunsch gewesen sei, eigenständig über ihr Lebensende zu entscheiden, sollte sie einmal krank werden (vgl. act. 911). Damit übereinstimmend hat – wie bereits dargestellt – auch der Sachverständige bestätigt, dass †C.____ trotz ihrer psychischen Erkrankung in der Lage war, die Bedeutung des Todes und dessen Endgültigkeit zu erkennen und zu überblicken sowie dem Tod einen persönlichen Wert beizumessen (vgl. act. S 323 ff.). Im Übrigen hat er auch attestiert, dass die Verstorbene die Folgen



des Todes sowohl für sich selbst als auch für ihr Umfeld verstand (vgl. Gutachten, Antworten auf Fragen 8 und 12, act. 819 sowie act. 823; act. S 323 f.). Dies wird zusätzlich durch die Aussagen des Sohnes der Verstorbenen anlässlich seiner Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft sowie durch jene des Zeugen M.____ anlässlich der vorinstanzlichen Hauptverhandlung bestätigt. L.____ gab zu Protokoll, dass †C.____ bei der Festlegung des Termins für ihren Suizid auf ihn Rücksicht genommen habe (vgl. act. 911). Der Zeuge M.____ gab ausserdem vor den vorinstanzlichen Schranken zu Protokoll, dass die Verstorbene die Mitarbeiter des Altersheims, in welchem sie vor ihrem Tod wohnte, zu sich gebeten habe, um diese über ihren Entscheid für den Suizid zu informieren und ihn zu erklären (vgl. act. S 305 ff.). Somit ist in rechtlicher Hinsicht zu bejahen, dass sich die Verstorbene ausführlich mit dem Thema der Selbsttötung auseinandergesetzt hatte.

7.4.5 Insgesamt ist dementsprechend, gestützt auf die Ausführungen in E. III.7.4.4, von einem dauerhaften Sterbewunsch der an einer unheilbaren, dauerhaften, schweren psychischen Beeinträchtigung leidenden †C.____ auszugehen. Des Weiteren beruhte für das Kantonsgesicht der Suizidwunsch der Verstorbenen insgesamt auf einem selbst bestimmten, wohlwogenen und dauerhaften Entscheidprozess im Sinne der von BGE 133 I 58 aufgestellten Voraussetzungen, d.h. †C.____ konnte (1) die eigene Lebenssituation angemessen verstehen und beurteilen, (2) ihre wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten erkennen und zu einem angemessenen Urteil über diese Möglichkeiten gelangen sowie (3) ihre Optionen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen und persönlichen Wertüberzeugungen prüfen. Das Kantonsgesicht gelangt deshalb zur Überzeugung, dass der Sterbewunsch der Verstorbenen das Ergebnis einer im Kernpunkt selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und den eigenen Lebensaussichten darstellte. Ihr Entschluss muss daher als wohlwogen im erläuterten Sinne eingestuft werden (vgl. E. III.6.3 hiervor), weshalb, nach Vorliegen auch aller übrigen Voraussetzungen gemäss Art. 16 ZGB, die entsprechende Urteilsfähigkeit der Verstorbenen beim Entschluss und bei der Durchführung ihres Suizids zu bejahen ist.

7.5.1 Es verbleibt anzumerken, dass an der Annahme von Urteilsfähigkeit die Feststellung des Experten, wonach †C.____ irrig davon ausgegangen sei, an einer somatischen Erkrankung zu leiden, nichts zu ändern vermag: In einer Konstellation wie der vorliegenden kann nicht verlangt werden, dass sich die betroffene Person zusätzlich förmlich zur (psychischen) Natur ihrer Erkrankung bekennen muss, wenn dies letztlich an der von ihr vorgenommenen – im Ergebnis



im Kernpunkt korrekten – Einschätzung ihrer aktuellen und zukünftigen Situation nichts ändert. Ist die betroffene Person, wie hier †C.____, unheilbar psychisch krank, und schätzt sie den ihr bevorstehenden langen Leidensweg mit ungewissem Ausgang – losgelöst von der Krankheitseinsicht bzw. Erkenntnisfähigkeit hinsichtlich Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten – im Ergebnis grundsätzlich richtig ein, ist einzig massgeblich, ob sie ihre Möglichkeiten, welche ihr nach dem in Urteilsfähigkeit ergangenen generellen Verzicht auf weitere Behandlungen verbleiben, richtig abwägt. Tut sie dies – wie hier –, so muss dies genügen, unabhängig davon, ob sie zusätzlich ihre medizinischen Symptome korrekt einzuordnen vermag. In diesem Zusammenhang verbleibt in Übereinstimmung mit der Vorinstanz festzuhalten, dass die Beurteilung der Urteilsfähigkeit im rechtlichen Sinne – insbesondere im Kontext medizinischer Behandlungen – immer eine Wertung beinhaltet (vgl. AEBI-MÜLLER, a.a.O., Patient, Rz. 65; REGINA AEBI-MÜLLER, Perpetuierte Selbstbestimmung? Einige vorläufige Gedanken zur Patientenverfügung nach neuem Recht [Selbstbestimmung], ZBJV 149/2013, S. 157). Diese Wertung muss in Übereinstimmung mit den grundrechtlichen Garantien, mit anderen Worten verfassungskonform erfolgen, weshalb das Argument der Staatsanwaltschaft, das Selbstbestimmungsrecht sei bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit gemäss Art. 16 ZGB in dieser Absolutheit unbeachtlich, unzutreffend ist (vgl. nur BGE 142 V 457 E. 3.1; BGE 141 V 221 E. 5.2.1; BGE 138 IV 232 E. 3; BGE 137 III 217 E. 2.4.1 betreffend verfassungskonforme Auslegung und ihre Grenzen).

Das Recht auf Selbstbestimmung würde denn auch seines Gehaltes beraubt, wenn die Urteilsfähigkeit der Verstorbenen vorliegend verneint würde. Wenn der Sachverständige festhält, fast jede psychische Erkrankung sei im Grundsatz theoretisch behandelbar (vgl. Gutachten, Antwort auf Frage 3, act. 815), wäre es grundsätzlich fraglich, ob die Urteilsfähigkeit bei psychisch kranken Personen überhaupt je bejaht werden könnte, wenn man den Verzicht auf weitere psychiatrische Behandlungen als per se unvernünftig einstufen und gestützt darauf die Urteilsfähigkeit verneinen würde, obschon der Verzicht auf diese Behandlung aufgrund des erstellten Sachverhalts auf Gründen fusst, welche der Sachverständige selbst anlässlich seiner Befragung vor den vorinstanzlichen Schranken in casu als mögliche Grundlage einer vernunftgemässen Entscheidung anerkennt.

7.5.2 Nicht gefolgt werden kann indessen den Ausführungen der Vorinstanz, welche der Einschätzung der zukünftigen Möglichkeiten inklusive der Therapieoptionen generell eine untergeordnete Rolle zukommen lassen will: Das Strafgericht nimmt gestützt auf die ex post gutachter-



lich festgestellten ungewissen Therapiechancen an, †C.____ hätte ex ante ihre zukünftigen Therapiemöglichkeiten trotz fehlender Krankheitseinsicht richtig erfasst. Dies ist unzulässig, weil es der Sache nach eine stellvertretend für die Verstorbene vorgenommene Abwägung zwischen den Chancen der einschlägigen Therapie sowie der damit verbundenen möglichen – wenn auch ungewissen – Verbesserung der Lebensqualität (welche †C.____ krankheitsbedingt gerade nicht einschätzen konnte) und der Alternative, dem Leiden durch Suizid ein Ende zu setzen, darstellt. Die Entscheidung aber, welchen Wert eine Person ihrem Leben im Lichte ihrer Möglichkeiten noch zubilligen möchte, kann und darf einzig die betroffene Person selbst vornehmen.

7.5.3 Losgelöst davon führt der Sachverständige überzeugend zur psychiatrischen Behandlung allgemein aus, dass grundsätzlich angestrebt werden müsse, den Zustand einer psychisch kranken Person etwa durch Abgabe von Medikamenten zu bessern, um sie sodann im Laufe der (in zeitlicher Hinsicht überschaubaren) Behandlung immer weiter aufklären zu können, bis sie schliesslich eine Behandlungsvereinbarung respektive eine Patientenverfügung errichten könne. Gestützt auf diese könne später der Wille der betroffenen Person ermittelt werden, wenn sich ihre psychische Störung wieder verschlimmere (vgl. act. S 327). Das bedeutet allerdings nicht, dass eine Patientenverfügung die Urteilsfähigkeit im Zeitpunkt einer Suizidbegleitung zu ersetzen vermag. Damit die Beihilfe zum Suizid ohne selbstsüchtige Beweggründe straflos ist, muss die suizidwillige Person in jedem Fall zum Zeitpunkt der Selbsttötung die Tatherrschaft innehaben, was zwingend ihre Urteilsfähigkeit erfordert.

7.5.4 Schliesslich kann die Frage, wie sich eine psychische Erkrankung einer Person auf deren Realitätswahrnehmung und deren Fähigkeit zu einer freien Willensbildung auswirkt, und wie diese krankheitsbedingten Einschränkungen gegebenenfalls behandelt werden können, grundsätzlich nicht ohne psychiatrisches Fachwissen beantwortet werden. Dies zeigt der vorliegende Fall eindrücklich auf. Deshalb ändert die Bejahung der Urteilsfähigkeit im vorliegenden Fall nichts an der bundesgerichtlichen Vorgabe, dass der Sterbewunsch eingehend durch eine Person mit medizinisch-psychiatrischem Fachwissen beurteilt werden muss, wenn Anzeichen für eine schwere psychische Erkrankung bestehen (vgl. BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.5). Dies hat in einem Fachgutachten zu erfolgen, damit insbesondere die notwendigen methodischen Grundsätze eingehalten werden und das Ergebnis nachträglich überprüft werden kann. Dass dies für die betroffenen Personen unter Umständen leidvoll und teuer sein kann, ist einzuräumen, muss aber hingenommen werden (vgl. BELSER/EGLI, a.a.O., S. 410).



Leidet eine Person an einer tödlichen Krankheit, welche sich bereits im terminalen Stadium befindet, und hat sich als Reaktion auf diese terminale somatische Erkrankung einfühlbar eine reaktive psychische Störung – namentlich eine Depression – entwickelt, so ist ein psychiatrisches Fachgutachten hinsichtlich der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den Sterbewunsch indes nach Auffassung des Kantonsgerichts nur dann erforderlich, wenn eindeutige äussere Anzeichen bestehen, dass die Suizidalität ihren Ursprung in der psychischen Erkrankung haben könnte. Andernfalls genügt eine Beurteilung durch die behandelnden Ärzte, wobei das nächste Umfeld sowie das betreuende Team der sterbewilligen Person in diese Beurteilung einzubeziehen sind (vgl. E. III.3.3.5 hiervor; in diese Richtung wohl auch BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2014 E. 6.4 sowie 7.3; vgl. zum Ganzen E. IV.4 hiernach). Gleiches gilt, wenn eine Person mit einer vorbestehenden psychischen Erkrankung an einem tödlichen somatischen Leiden erkrankt ist und sodann im terminalen Stadium der tödlichen somatischen Erkrankung einen einfühlbaren Sterbewunsch entwickelt hat. In einem solchen Fall ist ein psychiatrisches Fachgutachten einzig dann zu verlangen, wenn deutliche äussere Anzeichen bestehen, dass der Sterbewunsch seinen Ursprung allein in der psychischen Störung haben könnte. Liegen keine solchen Anzeichen vor, genügt auch diesfalls eine Beurteilung durch die behandelnden Ärzte, unter Einbezug des nächsten Umfelds sowie des betreuenden Teams. Differenziert zu betrachten sind sodann jene Fälle, in welchen eine Person tödlich somatisch erkrankt ist, wobei sich die Krankheit noch nicht im terminalen Stadium befindet, und die erkrankte Person an einer vorbestehenden psychischen Störung leidet oder im Nachgang zur somatischen Erkrankung einfühlbar ein reaktives psychisches Leiden entwickelt hat. Handelt es sich diesfalls um eine tödliche somatische Erkrankung, welche unheilbar ist, sich zunehmend negativ auf die Lebensqualität der betroffenen Person auswirkt und deren sicher tödlicher Verlauf höchstens hinausgezögert werden kann, so erscheint ein psychiatrisches Fachgutachten in den Augen des Kantonsgerichts ebenfalls einzig dann angezeigt, wenn deutliche äussere Anzeichen bestehen, dass der Sterbewunsch seinen Ursprung bzw. seine Hauptgrundlage in der psychischen Störung haben könnte. Andernfalls erscheint wiederum eine Beurteilung durch die behandelnden Ärzte, unter Einbezug des nächsten Umfelds sowie des betreuenden Teams, als ausreichend.

In der vorliegenden Konstellation war somit zwingend ein medizinisch-psychiatrisches Fachgutachten zu erstellen, weil bei †C.____ eine schwere psychische Krankheit vorlag, die nicht ohne Weiteres als reaktive Erkrankung im Zusammenhang mit einem tödlichen, geschweige denn terminalen somatischen Leiden qualifiziert werden konnte. Aus diesem Grund hätte somit eine



Medizinalperson mit Facharztstitel in Psychiatrie in einem Fachgutachten beurteilen müssen, ob der Sterbewunsch von †C.____ primär ein therapierbares Symptom ihrer psychischen Erkrankung bildete oder ob die Suizidalität in relativer Unabhängigkeit davon bestand. Entsprechend ist in den nachfolgenden Erwägungen zu prüfen, welche Konsequenzen in casu aus der Unterlassung einer derartigen fachärztlichen Beurteilung im Vorfeld der Suizidbegleitung folgen (vgl. E. IV.4. hiernach).

8. Fazit

Zufolge Urteilsfähigkeit von †C.____ hinsichtlich ihres Suizids kam dieser selbst die Tatherrschaft bezüglich ihrer Selbsttötung zu. Unter Hinweis auf die dogmatischen Ausführungen in E. III.5 hiervor fällt damit ein vollendetes Tötungsdelikt seitens der Beschuldigten als mittelbare Täterin ausser Betracht, womit sie in entsprechender Abweisung der Berufung der Staatsanwaltschaft vom Vorwurf der vorsätzlichen, eventualiter fahrlässigen vollendeten Tötung freizusprechen ist.

9. Vorsatz

9.1 Vorinstanzliches Urteil sowie Parteistandpunkte

9.1.1 Obschon die Vorinstanz die Urteilsfähigkeit von †C.____ bejaht hat, hat sie sich in einem Obiter Dictum zusätzlich dazu geäußert, ob der subjektive Tatbestand der vorsätzlichen Tötung in casu erfüllt gewesen wäre. Sie führt hierzu in tatsächlicher Hinsicht zunächst aus, die Indizien zum Wissen und Wollen der Beschuldigten ergäben sich einerseits aus deren Depositionen im Rahmen der Strafuntersuchung sowie vor den vorinstanzlichen Schranken als auch aus ihrem Schreiben vom 2. Juni 2016 an den Stiftungsrat der Organisation II.____, welchem sie als Präsidentin selbst angehöre. Darin beschreibe die Beschuldigte die Untersuchungen, welche †C.____ durchlaufen habe, sowie ihre eigene Wahrnehmung der gesundheitlichen Situation der Verstorbenen. Insgesamt habe die Beschuldigte geschlossen, dass der Sterbewunsch der Verstorbenen langanhaltend und wohlervogen gewesen sei. Vor den Schranken habe die Beschuldigte ferner zu Protokoll gegeben, dass ihr vor der Suizidbegleitung alle Krankenunterlagen hinsichtlich †C.____ vorgelegen hätten. Sie habe keine Zweifel an der Urteilsfähigkeit der Verstorbenen gehabt, andernfalls sie diese nicht in den Tod begleitet hätte (vgl. Urteil der Vorinstanz, E II.2.1.c ff.).



Weiter führen die Vorderrichter aus, dass sich der Stiftungsrat der Organisation II.____ aus der Beschuldigten als Präsidentin sowie deren Lebenspartner, JJ.____, und ihrem Rechtsanwalt, KK.____, als Mitglieder zusammengesetzt habe und dieses Organ gemäss den Depositionen der Beschuldigten für die Kontrolle der Zulässigkeit der Suizidbegleitung in casu zuständig gewesen sei. Weder die Mitglieder des Stiftungsrats der Organisation II.____ noch der von der Beschuldigten zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit beigezogene Hausarztkollege, Dr. med. LL.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, in XF.____, verfügten jedoch über eine psychiatrische Ausbildung. Letzterer verfüge einzig über eine Zusatzausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin (vgl. Urteil der Vorinstanz, E II.2.1.e).

Gestützt auf diese tatsächlichen Feststellungen erwog die Vorinstanz, dass der Beschuldigten aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in der Suizidbeihilfe spätestens nach dem Bundesgerichtsentscheid 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009, welcher grosses mediales Aufsehen erregt habe, habe klar gewesen sein müssen, dass bei psychisch kranken Personen eine Abklärung der Urteilsfähigkeit durch eine medizinische Fachperson mit psychiatrischer Ausbildung zu erfolgen habe. Aus dem festgestellten Sachverhalt erhellte weiter, dass die Beschuldigte tatsächlich über diese Kenntnis verfügte. Die Beschuldigte habe sich deshalb bewusst um den Beizug eines Psychiaters foutiert. Dementsprechend habe sie ihre eigene Beurteilung an die Stelle derjenigen der psychiatrisch geschulten Fachpersonen gesetzt, welche bei †C.____ laut den Krankenakten psychische Erkrankungen diagnostiziert hätten. Der Stiftungsrat der Organisation II.____ sei ausserdem entgegen den Ausführungen der Beschuldigten als Kontrollorgan ungeeignet, weil keine personelle Unabhängigkeit bestehe und die Mitglieder des Stiftungsrats auch nicht über die notwendigen Fachkenntnisse verfügen würden, die Urteilsfähigkeit psychisch kranker Personen zu beurteilen. Die Beschuldigte habe sich somit insgesamt derart schwerwiegende Sorgfaltspflichtverletzungen zuschulden kommen lassen, dass im Lichte des Bundesgerichtsentscheids 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 wahrscheinlich auf Eventualvorsatz zu schliessen wäre, wobei die Frage mangels Erfüllung des objektiven Tatbestands offengelassen werden könne (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.1.2.6).

9.1.2 Die Staatsanwaltschaft vertritt ebenfalls die Auffassung, dass die Beschuldigte (mindestens) eventualvorsätzlich gehandelt habe. Sie wirft der Vorinstanz diesbezüglich jedoch vor, sie hätte bei gleichzeitiger Bejahung der Urteilsfähigkeit von †C.____ sowie des vorsätzlichen



Handelns der Beschuldigten diese wegen untauglichen Tötungsversuchs gemäss Art. 22 Abs. 1 StGB verurteilen müssen (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 46).

9.1.3 Die Beschuldigte macht demgegenüber geltend, dass sie die Verstorbene mehrmals persönlich untersucht, deren Krankengeschichte eingehend studiert und persönliche Gespräche mit ihren engen Bezugspersonen geführt habe, welche allesamt die Urteilsfähigkeit nicht angezweifelt hätten. Ebenso sei die Urteilsfähigkeit selbst in den Austrittsberichten, welche im Anschluss an die Psychiatrieaufenthalte der Verstorbenen in den Jahren 2011 und 2015 verfasst wurden, nie angezweifelt worden. †C.____ sei stets als zu allen Qualitäten orientiert bezeichnet worden. Insgesamt habe die Beschuldigte im Lichte ihrer langjährigen Erfahrung und der von ihr vorgenommenen Abklärungen darauf vertrauen dürfen, dass sie die Urteilsfähigkeit der Verstorbenen lege artis abgeklärt habe und diese vorgelegen sei (vgl. Berufungsbegründung der Beschuldigten vom 20. August 2020, S. 15 f.).

9.1.4 Da das Kantonsgesicht der Staatsanwaltschaft darin zustimmt, dass eine Verurteilung wegen untauglichen Tötungsversuchs bei Bejahung sowohl des (Eventual-)Vorsatzes der Beschuldigten als auch der Urteilsfähigkeit der Verstorbenen in Frage kommt, ist nachfolgend dieser Fragestellung im Sinne einer Ratio Decidendi nachzugehen.

9.2 Abgrenzung zwischen Vorsatz und bewusster Fahrlässigkeit

9.2.1 Gemäss Art. 12 Abs. 2 StGB verübt ein Verbrechen oder Vergehen *vorsätzlich*, wer die Tat mit Wissen und Willen ausführt. Der Vorsatz erfordert auf der Wissensseite ein aktuelles Wissen um die Tatumstände (für Einzelheiten vgl. MARCEL ALEXANDER NIGGLI/STEFAN MAEDER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 12 N 25; GÜNTER STRATENWERTH, Schweizerisches Strafrecht - Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 4. Aufl. 2011, § 9 Rz. 65 ff.). Bei Delikten, die den Eintritt eines Erfolges erfordern, gehört zur Wissensseite des Vorsatzes eine Vorstellung über den Zusammenhang zwischen dem eigenen Handeln und dem Erfolg. Der Vorsatz bezieht sich nicht nur auf Tatumstände, deren Vorhandensein oder Eintreten die Täterin für sicher hält. Er kann sich auch auf solche erstrecken, deren Vorhandensein oder Eintreten sie nur für möglich erachtet (vgl. BGE 125 IV 242 E. 3c; BGE 103 IV 65 E. I.2; NIGGLI/MAEDER, a.a.O., Art. 12 StGB N 26; STRATENWERTH, a.a.O., § 9 Rz. 75). Neben dem Wissen um die reale Möglichkeit der Tatbestandserfüllung verlangt der Vorsatz auch den Willen, den Tatbestand zu verwirklichen. Die Täterin muss sich gegen das rechtlich geschützte Gut entscheiden (vgl. BGE 130 IV



58 E. 8.2). Dieser Wille ist gegeben, wenn die Verwirklichung des Tatbestandes das eigentliche Handlungsziel der Täterin ist oder ihr als eine notwendige Voraussetzung zur Erreichung ihres Zieles erscheint. Dasselbe gilt, wenn die Verwirklichung des Tatbestandes für die Täterin eine notwendige Nebenfolge darstellt, mag sie ihr auch gleichgültig oder gar unerwünscht sein (vgl. NIGGLI/MAEDER, a.a.O., Art. 12 StGB N 46 f. sowie 50; STRATENWERTH, a.a.O., § 9 Rz. 95 ff.). Neben diesem direkten Vorsatz erfasst Art. 12 Abs. 2 StGB auch den Eventualvorsatz. Hier strebt die Täterin den Erfolg nicht an, sondern weiss lediglich, dass dieser möglicherweise mit der willentlich vollzogenen Handlung verbunden ist. Die Rechtsprechung bejaht Eventualvorsatz, wenn die Täterin den Eintritt des Erfolgs bzw. die Tatbestandsverwirklichung für möglich hält, aber dennoch handelt, weil sie den Erfolg für den Fall seines Eintritts in Kauf nimmt, sich mit ihm abfindet, mag er ihr auch unerwünscht sein (vgl. BGE 130 IV 58 E. 8.2.; BGE 125 IV 242 E. 3c; BGE 121 IV 249 E. 3a; BGE 119 IV 1 E. 5a, je mit Hinweisen). Handelt eine Täterin in Kenntnis, dass ihr bestimmte Umstände nicht bekannt sind, und entscheidet sie sich somit bewusst für Nichtwissen, kann sie sich nicht darauf berufen, dass die Tatbestandsverwirklichung nicht antizipierbar gewesen sei (vgl. BGE 135 IV 12 E. 2.3.1).

Für die Willenskomponente des Vorsatzes gilt nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts, dass nicht unbesehen vom Wissen der Täterin auf deren Willen geschlossen werden darf. Indessen kann sich der Nachweis des Vorsatzes regelmässig nur auf äusserlich feststellbare Indizien stützen, die Rückschlüsse auf die innere Einstellung der Täterin erlauben. Hierzu gehört unter anderem die Schwere der Sorgfaltspflichtverletzung. Je schwerer diese wiegt, desto eher darf auf die Inkaufnahme der Tatbestandsverwirklichung geschlossen werden (vgl. BGE 134 IV 29 E. 3.2.2; BGE 131 IV 1 E. 2.2; BGE 130 IV 58 E. 8.4). Dahinter steckt der anhand von Körperverletzungsdelikten entwickelte Gedanke, dass in der Missachtung elementarer Sorgfaltsregeln eine Gleichgültigkeit gegenüber Integritätsinteressen Dritter zum Ausdruck kommt, welche in besonders krassen Fällen auch den Schluss auf die Inkaufnahme des Verletzungserfolgs zulässt (vgl. BGE 135 IV 12 E. 2.3.2). Zu den relevanten Umständen können aber auch die Beweggründe der Täterin und die Art der Tathandlung gehören (vgl. BGE 130 IV 58 E. 8.4; BGE 125 IV 242 E. 3c mit Hinweisen).

9.2.2 Im Unterschied zur eventualvorsätzlich handelnden Täterin vertraut demgegenüber die *bewusst fahrlässig* Handelnde darauf, dass der Erfolg nicht eintreten werde. Die Abgrenzung zwischen Eventualvorsatz und bewusster Fahrlässigkeit kann im Einzelfall schwierig sein



(vgl. STRATENWERTH, a.a.O., § 9 Rz. 61 ff.). Sowohl die eventualvorsätzlich als auch die fahrlässig handelnde Täterin wissen um die Möglichkeit oder das Risiko der Tatbestandsverwirklichung. Hinsichtlich der Wissensseite stimmen somit beide Erscheinungsformen des subjektiven Tatbestandes überein. Unterschiede bestehen jedoch beim Willensmoment: Die bewusst fahrlässig handelnde Täterin vertraut (aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit) darauf, dass der von ihr als möglich vorausgesehene Erfolg nicht eintrete, sich das Risiko der Tatbestandserfüllung mit hin nicht verwirklichen werde. Das gilt selbst für diejenige Täterin, die sich leichtfertig bzw. frivol (vgl. BGE 69 IV 75 E. 5) über die Möglichkeit der Tatbestandserfüllung hinwegsetzt und mit der Einstellung handelt, es werde schon nichts passieren. Demgegenüber nimmt die eventualvorsätzlich handelnde Täterin den Eintritt des als möglich erkannten Erfolgs ernst, rechnet mit ihm und findet sich mit ihm ab. Wer den Erfolg derart in Kauf nimmt, "will" ihn im Sinne von Art. 12 Abs. 2 StGB. Nicht erforderlich ist, dass die Täterin den Erfolg "billigt" (vgl. BGE 133 IV 9 E. 4.1; eingehend bereits BGE 96 IV 99; BGE 103 IV 65 E I.2; STRATENWERTH, a.a.O., § 9 Rz. 105).

9.3 Im vorliegenden Fall

9.3.1 Hinsichtlich der Sachverhaltsfeststellung im Zusammenhang mit dem subjektiven Tatbestand ist vorab festzuhalten, dass die Vorderrichter im vorinstanzlichen Urteil auf vier Seiten tatsächliche Feststellungen zum Wissen und Willen der Beschuldigten gemacht haben. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, kann in Anwendung von Art. 82 Abs. 4 StPO in grundsätzlicher Weise auf diese Feststellungen verwiesen werden (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.1a). In den nachfolgenden Erwägungen werden die wesentlichen Sachverhaltsaspekte nochmals zusammengefasst und ergänzt.

9.3.2 Im vorliegenden Fall kommt das Kantonsgesicht in Würdigung der nachfolgenden Umstände bzw. bei einer Bewertung des Resultats der Beweisauswertung anders als die Vorinstanz zum Schluss, dass die Beschuldigte lediglich in frivoler Weise darauf vertraut hat, die Verstorbene sei zu vernunftgemäsem Handeln im hiervor dargelegten Sinne in Bezug auf ihren Sterbewunsch fähig gewesen (vgl. E. III.6.1 ff. hiervor), obschon die Beschuldigte keine psychiatrisch ausgebildete Fachperson beigezogen hat, um die Urteilsfähigkeit von †C.____ abzuklären. Diesbezüglich hat die Vorinstanz aber zu Recht festgehalten, dass weder die Beschuldigte noch die Mitglieder des Stiftungsrats der Organisation II.____ noch der von der Beschuldigten beigezogene Dr. med. LL.____ über eine Facharztausbildung in Psychiatrie verfügen, welche sie befähigen würde, die Untersuchung psychischer Erkrankungen der vorliegen-



den (schweren) Form fachgerecht durchzuführen. Insbesondere ist den Vorderrichtern zuzustimmen, dass die Ausbildung von Dr. med. LL.____ in Psychosomatik der Akademie für psychosomatische und psychosoziale Medizin ("APPM", vgl. act. 501) – ohne seine fachlichen Fähigkeiten damit in Frage stellen zu wollen – nicht mit einem Facharzt in Psychiatrie gleichgestellt werden kann, erfordert doch die von ihm absolvierte Zusatzausbildung lediglich 360 Fortbildungsstunden, während für den Titel Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über das Staatsexamen hinaus ein sechsjähriges Zusatzstudium verlangt wird, wobei für jedes Ausbildungsjahr gemäss Bologna-System mit zwischen 1'500 und 1'800 Stunden Fortbildung zu rechnen ist (vgl. das Ausbildungsprogramm des Interdisziplinären Schwerpunkts Psychosomatische und Psychosoziale Medizin [SAPPM] auf www.sappm.ch [besucht am 7. Mai 2021]; vgl. Anhang 1 der Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen vom 27. Juni 2007 [Medizinalberufeverordnung, MedBV; SR 811.112.0] sowie Ziff. 1.2 der Empfehlungen der Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten für die Anwendung von ECTS vom 23. August 2004). In diesem Zusammenhang haben die Vorderrichter auch korrekt festgehalten, dass die Begutachtung durch Dr. med. LL.____ weder hinsichtlich des Umfangs und der Struktur noch der Detailtiefe die Anforderungen an eine Abklärung durch eine Fachperson mit psychiatrischer Ausbildung erfüllt (vgl. Darlegungen des Sachverständigen anlässlich der vorinstanzlichen Hauptverhandlung, act. S 351). Ferner ist dem Strafgericht darin beizupflichten, dass der Stiftungsrat der Organisation II.____ keine geeignete Kontrollinstanz ist, die Abklärung der Urteilsfähigkeit von sterbewilligen Personen mit psychischen Erkrankungen zu validieren. Die Vorderrichter haben diesbezüglich zu Recht festgestellt, dass die personelle Unabhängigkeit fehlt, wenn die Beschuldigte selbst über von ihr gestellte Anträge als Vorsitzende des fraglichen Entscheidgremiums befindet und sich die restlichen Mitglieder aus ihrem Lebenspartner und ihrem Rechtsanwalt zusammensetzen (vgl. Auszug aus dem Handelsregister des Kantons Basel-Landschaft vom 13. März 2018 hinsichtlich der Organisation II.____, act. 499). Es kommt hinzu, dass – wie bereits festgehalten – keines der Mitglieder des Stiftungsrats über eine psychiatrische Fachausbildung verfügt, womit dieser auch nicht über das notwendige Fachwissen verfügt, um in Fällen wie dem vorliegenden eine effektive Kontrolle auszuüben.

9.3.3 Festzuhalten ist darüber hinaus, dass der Beschuldigten laut ihren eigenen Aussagen die Krankenakten von †C.____ und damit die psychiatrischen Diagnosen der Somatisierungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung bekannt waren (vgl. act. S 419). Ebenso



war sie darüber informiert, dass die Verstorbene Mitglied der Organisation BB.____ war und diese dem Gesuch um Suizidbeihilfe von †C.____ vom August 2015 im April 2016 nicht stattgegeben hatte (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten der Organisation BB.____), wobei die Beschuldigte hierüber von der Verstorbenen lediglich mündlich informiert worden war. Über die Akten der Organisation BB.____ verfügte die Beschuldigte demgegenüber nicht (vgl. act. S 411; act. 1067; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 19 f.).

9.3.4 Allerdings weist der vorliegende Fall neben der Gemeinsamkeit der ausgebliebenen psychiatrischen Fachbegutachtung auch einige bedeutende Unterschiede zum Sachverhalt auf, welcher dem von der Vorinstanz herangezogenen Bundesgerichtsentscheid 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 zugrunde lag: Die Beschuldigte hat zum unterbliebenen Beizug einer psychiatrischen Fachperson erläutert, dass sie in anderen Fällen einen solchen erfolglos angestrebt habe, weshalb sie in casu davon ausgegangen sei, eine entsprechende Suche nach einer medizinischen Fachperson mit psychiatrischer Ausbildung wäre wiederum erfolglos verlaufen (vgl. act. S 413; vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 9 f. sowie 17 f.). Andererseits hat die Beschuldigte vor den gerichtlichen Schranken glaubhaft angegeben, dass sie es vorgezogen hätte, wenn sie eine psychiatrisch ausgebildete Fachperson hätte beiziehen können (vgl. act. S 427; vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 9 f.). Einen solchen Beizug hätte sie aber einzig deshalb gewünscht, um sich abzusichern, weil sie an der Urteilsfähigkeit von †C.____ keinerlei Zweifel gehabt habe (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 9 f.). Sofern Zweifel an der Urteilsfähigkeit bestehen würden, sei der Beizug einer psychiatrischen Fachperson unbedingt erforderlich (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 9). Es gehe nicht an, urteilsunfähige Personen in den Suizid zu begleiten, einzig um einen harten Suizid zu verhindern (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 40). Auf die Frage, warum die Beschuldigte gerade Dr. med. LL.____ in casu zur Erstattung einer Zweitmeinung beigezogen habe, hat sie vor den gerichtlichen Schranken erläutert, dass dieser über eine Ausbildung in Psychosomatik verfüge und er deshalb am ehesten qualifiziert gewesen sei, eine Zweitbeurteilung vorzunehmen, weil bei der Verstorbenen eine Somatisierungsstörung diagnostiziert worden sei (vgl. act. S 415 sowie S 423). Die bei der Verstorbenen diagnostizierte Depression habe die Beschuldigte hingegen als reaktiv eingestuft, da es insbesondere bei schwer somatisch erkrankten Personen häufig vorkomme, dass diese als Reaktion auf ihre Erkrankung und das dadurch verursachte Leiden depressiv würden (vgl. act. S 427; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8). Bei Personen mit lediglich reaktiven Depressionen sei eine Beurteilung der Urteilsfähigkeit durch eine Fach-



person mit psychiatrischer Ausbildung nicht notwendig (vgl. act S 445). Ähnlich hat sich GG.____, Leiterin Freitodbegleitung der Organisation BB.____, anlässlich ihrer Zeugeneinvernahme durch die Staatsanwaltschaft am 17. November 2016 geäußert, nämlich dass bei der Organisation BB.____ kein psychiatrisches Fachgutachten verlangt werde, wenn lediglich eine reaktive Depression diagnostiziert werde (vgl. act. 955).

Auf die Frage, warum die Beschuldigte Dr. med. LL.____ aufgrund seiner Ausbildung in Psychosomatik als befähigt erachtete, die Urteilsfähigkeit von †C.____ zu beurteilen, obwohl sich deren frühere Hausärztin Dr. med. H.____ hierzu nicht in der Lage sah und obwohl sie über dieselbe Ausbildung in Psychosomatik verfügt, hat die Beschuldigte zu Protokoll gegeben, dies hänge allenfalls mit dem unterschiedlichen Erfahrungsschatz zusammen, da Dr. med. H.____ noch relativ wenig Erfahrung als Hausärztin und keine Erfahrung mit der Beurteilung der Urteilsfähigkeit suizidwilliger Personen habe (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 37 sowie 40). Möglich sei auch, dass sie sich nicht dem Risiko einer Strafverfolgung habe aussetzen wollen oder dass ethisch-religiöse Gründe ausschlaggebend gewesen sein könnten (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 37). Die Beschuldigte stimmte ferner der Einschätzung von Dr. med. H.____ zu, dass †C.____ nicht austherapiert gewesen sei, wobei man sie aufgrund ihres in Urteilsfähigkeit zustande gekommen Therapieverzichts zu keinen Behandlungen habe zwingen dürfen (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 40 f.).

Die Beschuldigte hat ferner darauf hingewiesen, dass sie die gesamten Krankenakten von †C.____ beigezogen habe (vgl. act. S 419; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 10 f.). Diesbezüglich hat sie in ihrem Schreiben vom 2. Juni 2016 an den Stiftungsrat der Organisation II.____ festgehalten, dass den Patientenunterlagen die Diagnose psychischer Erkrankungen zu entnehmen sei, im Bericht der Psychiatrie K.____ die Urteilsfähigkeit der Verstorbenen jedoch nicht angezweifelt werde (vgl. act. 496; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8 f., 17 f., 28 f., 31 f. sowie 41). In diesem Zusammenhang ist zu konstatieren, dass die Darlegung der Beschuldigten insoweit zutrifft, als sich der Austrittsbericht der Psychiatrie K.____ vom 28. Mai 2015 neben den Schlussdiagnosen nach ICD-10 (insbesondere mittelgradige depressive Episode und Somatisierungsstörung) zur Frage der Urteilsfähigkeit der Verstorbenen nicht äussert (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).



Zudem hat die Beschuldigte vor der Sterbebegleitung mit Bezugspersonen der Verstorbenen gesprochen. So hat die Beiständin der Verstorbenen, N.____, anlässlich ihrer Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft zu Protokoll gegeben, dass die Beschuldigte sie zur Urteilsfähigkeit von †C.____ befragt und N.____ angegeben habe, überhaupt keinen Zweifel an ihrer Urteilsfähigkeit gehabt zu haben (vgl. act. 969 f.). Auch FF.____, Wohnbereichsleiterin im Alters- und Pflegeheim I.____, in welchem die Verstorbene vor ihrem Tod gelebt hatte, hat anlässlich ihrer Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft ausgesagt, dass die Beschuldigte mit ihr und der Verstorbenen ein längeres Gespräch geführt habe und dabei mögliche Diagnosen, Therapien und der Sterbewunsch von †C.____ besprochen worden seien (vgl. act. 991 f.). Die Beschuldigte hat ausserdem in ihrem Schreiben vom 2. Juni 2016 an den Stiftungsrat der Organisation II.____ darauf hingewiesen, dass sie mit der Verstorbenen und deren Sohn ein längeres Gespräch geführt habe (vgl. act. 496). Gestützt auf dieses Gespräch sei sie zur Überzeugung gelangt, dass der Sterbewunsch ohne Fremdbeeinflussung zustande gekommen sei (vgl. act. 496). Der Sohn der Verstorbenen, L.____, hat das persönliche Gespräch im Alters- und Pflegeheim I.____ bestätigt (vgl. act. 911).

Weiter hat die Beschuldigte erklärt, es sei aus den mit der Verstorbenen persönlich geführten Gesprächen für sie klargeworden, dass †C.____ fähig gewesen sei zu realisieren, wie deren Sohn unter dem Suizid leiden würde. Die Verstorbene habe ferner verstehen können, dass ihr Sohn nach dessen Rückkehr aus dem Ausland Zeit zum Abschied nehmen benötigt habe. Sie habe auch erkannt, was der Tod für sie und das Altersheim, in dem sie gewohnt habe, bedeute. Die Beschuldigte sei deshalb überzeugt gewesen, dass die Verstorbene zu vernunftgemässen Handeln in der Lage gewesen sei (vgl. act. S 417; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8 ff sowie 33 f.). Die Verstorbene habe auch die verschiedenen Diagnosen und die dazugehörigen Behandlungsmöglichkeiten, mit anderen Worten die Alternativen zum Suizid, reflektiert (vgl. act S 437 f.). †C.____ habe sich aber gegen den Befund gewehrt, sie würde sich ihre Beschwerden nur einbilden, weshalb sie Mühe gehabt habe, die Diagnose der Somatisierungsstörung anzunehmen (vgl. act. S 439; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 6 f.). Darüber hinaus habe die Verstorbene der Beschuldigten geschildert, wie traumatisch sie den stationären Aufenthalt in der Psychiatrie und die vorangehenden ambulanten und stationären Behandlungen durch psychiatrische Fachpersonen erlebt habe, weshalb es nachvollziehbar und zu respektieren sei, wenn †C.____ auf weitere psychiatrische Behandlungen verzichtet habe (vgl. act. S 431 f.; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 20 sowie 22). Wichtig sei indessen, dass



die sterbewillige Person im Vorfeld einer Suizidbegleitung bewusst ihre Möglichkeiten abgewogen habe, so die Beschuldigte (vgl. act. S 437 f.).

Ferner schildert die Beschuldigte, dass der Verstorbenen effektiv somatische Diagnosen gestellt worden seien. Als diese das erste Mal die Beschuldigte aufgesucht habe, habe sie über intensive Bauchbeschwerden, Verdauungsbeschwerden und Nahrungsmittelunverträglichkeiten geklagt. Bei einer persönlichen Untersuchung habe die Beschuldigte eine somatische Diagnose hinsichtlich der Bauchbeschwerden stellen können. Ausserdem sei aus den Unterlagen, welche sie von der Beiständin von †C.____ erhalten habe, die Diagnose einer Ösophagitis ersichtlich gewesen. Darüber hinaus habe die Verstorbene Muskelkontraktionen im Gesicht gehabt, welche teilweise über Stunden angehalten hätten. Diese seien zwar möglicherweise psychosomatisch bedingt gewesen, hätten aber davon unabhängig bei †C.____ ein enormes Leiden verursacht. Als Hausärztin könne die Beschuldigte zwar nicht sagen, wie viele der Beschwerden somatischen und wie viele psychosomatischen Ursprungs gewesen seien. Sie habe die somatischen Diagnosen gehabt und davon ausgehen müssen, dass allenfalls ein Teil auch psychisch überlagert gewesen sei (vgl. act. S 419 f. sowie den genauen Wortlaut gemäss Audioprotokoll des Strafgerichts 703_155537, 28 min 47 s – 29 min 16 s: *"Ich kann als Hausärztin nicht sagen, wie viel ist psychosomatisch und wie viel ist wirklich somatisch, aber ich habe die somatischen Diagnosen, ich muss davon ausgehen, dass allenfalls ein Teil auch psychisch überlagert ist. Und die psychiatrischen Diagnosen: Ich habe tagtäglich mit Depressionen zu tun, ich habe tagtäglich mit Burn-Out zu tun."*). Sie sei aber so oder anders überzeugt gewesen, dass die somatischen Diagnosen im Vordergrund gestanden und die psychosomatischen Beschwerden lediglich als untergeordnete Folge der somatischen Beschwerden entstanden seien (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8, 12 f., 14 sowie 34).

Die Beschuldigte hat schliesslich vor den gerichtlichen Schranken geltend gemacht, dass sie über 35 Jahre als Hausärztin tätig gewesen sei und über 13 Jahre Erfahrung in der Sterbehilfe verfüge. Während diesen 13 Jahren sei sie 6 Jahre lang als Konsiliarärztin für die Organisation MM.____ tätig gewesen und habe regelmässig Beurteilungen der Urteilsfähigkeit von sterbewilligen Personen durchgeführt (vgl. act. S 417; vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8 sowie 40). Seit der Gründung ihrer eigenen Suizidbeihilfeorganisation habe sie ausserdem schätzungsweise 400 Personen in den Tod begleitet (vgl. act. S 429). Sie verfüge entsprechend über ein grosses Wissen bezüglich Palliativmedizin und Freitodbegleitung, weshalb sie es sich



aufgrund ihrer praktischen Erfahrung und Routine zutraue, die Urteilsfähigkeit von suizidalen Personen zu beurteilen (vgl. act. S 417). Damit übereinstimmend hat die Beschuldigte bekräftigt, dass sie in casu die Frage der Urteilsfähigkeit von †C.____ aufgrund der psychiatrischen Diagnosen zwar als heikel erachtet habe, für sie aber nie Zweifel an der Urteilsfähigkeit bestanden hätten (vgl. act. S 429; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8 f.).

Auch in ihrer Berufungsantwort weist die Beschuldigte auf die Diagnosen der Ösophagitis und der Dyskinesie bei der Verstorbenen hin, welche in casu besonders wichtig seien (vgl. Berufungsantwort der Beschuldigten vom 16. November 2020, S. 13 ff.). Zutreffend sind diesbezüglich ihre Ausführungen, dass die Diagnose der Ösophagitis dem Austrittsbericht des Spitals S.____ vom 9. Juni 2015 (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____), dem Austrittsbericht der Psychiatrie K.____ vom 28. Mai 2015 (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____), dem Bericht des Spitals R.____ vom 5. November 2015 (vgl. Beilagenordner 2, Originalakten Spital Q.____, Lasche 2) sowie dem Gastroskopiebericht von Dr. U.____ vom 11. Dezember 2014 (vgl. Beilagenordner 2, Originalakten Spital Q.____, Lasche 3) zu entnehmen sei. Nicht gefolgt werden kann der Beschuldigten demgegenüber, wenn sie behauptet, es sei eine somatische Diagnose bezüglich der Dyskinesien der Verstorbenen gestellt worden. Erwähnt werden zwar orofaziale Dyskinesien im Kurzeintrittsbericht der Psychiatrie K.____ vom 10. Februar 2015 sowie im Verlaufsbericht der Psychiatrie K.____ im Eintrag vom 11. Februar 2015, 11:42 Uhr (vgl. Beilagenordner 3, Originalakten Psychiatrie K.____). Es wird aber keine Diagnose gestellt, ob diese Dyskinesien somatischen oder psychischen bzw. psychosomatischen Ursprungs waren. Im Übrigen ist bezüglich der von der Beschuldigten ins Feld geführten Spätdyskinesien darauf hinzuweisen, dass dem Bericht von Dr. med. NN.____, Facharzt FMH für Neurologie, in XA.____, zum Konsilium vom 15. Juli 2015 Folgendes zu entnehmen ist: "Hinweise für eine extrapyramidale Krankheit auch [sic!] Nebenwirkungen von Neuroleptika im Sinne von Spätdyskinesien fehlen." (act. Beilagenordner 3, Originalakten Neuropraxis AA.____). Der Experte hat diesbezüglich auch erläutert, dass er gestützt auf die zitierte Beurteilung durch Dr. med. NN.____ eine Dismethrie bei †C.____ ausgeschlossen habe (vgl. act. S 389). Schliesslich hat auch die Beschuldigte vor den gerichtlichen Schranken eingeräumt, es sei denkbar, dass die Dyskinesien psychosomatisch begründet gewesen seien (vgl. act. S 419 f.). Zu konstatieren ist angesichts des Erläuterten allerdings, dass die Darlegung der Beschuldigten, wonach den Krankenakten auch somatische Diagnosen zu entnehmen seien, aufgrund der Diagnose der Ösophagitis zumindest teilweise zutrifft.



9.3.5 Im Lichte dieser Umstände kommt das Kantonsgesicht zum Schluss, dass die Beschuldigte, obschon sie von einer Abklärung des psychiatrischen Krankheitsbilds der Verstorbenen durch eine Person mit psychiatrischer Fachausbildung abgesehen hatte, von der Fähigkeit der Verstorbenen, eine wohlerwogene Entscheidung in Bezug auf ihren Sterbewunsch zu fällen, ausgegangen ist. Der vorliegende Fall kann demnach nicht verglichen werden mit jenem Sachverhalt, der 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 zugrunde liegt. Im dortigen Fall hatte der Beschuldigte mit der suizidalen Person lediglich ein zweistündiges persönliches Gespräch sowie vier ungefähr halbstündige Telefongespräche geführt, bevor er Suizidhilfe leistete. Jener Beschuldigte hatte ausserdem angegeben, dass er die Urteilsfähigkeit bei psychisch kranken Personen nicht besonders abkläre, weil er nach einer Minute erkennen könne, ob jemand urteilsfähig sei. Dementsprechend hatte er auch ausdrücklich bestätigt, die Krankengeschichte der sterbewilligen Person in keiner Weise eingesehen zu haben. Vielmehr hatte es ihm nach eigenen Angaben ausgereicht, dass er den Sterbewunsch für menschlich einfühlbar und verständlich gehalten hatte. Das Gesicht befand deshalb, dass der Beschuldigte im dem Bundesgesichtsentscheid 6B_48/2009 zugrunde gelegenen Sachverhalt seine eigene Auffassung an die Stelle der normativen Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit gesetzt habe und es ihm gleichgültig gewesen sei, ob der Sterbewillige urteilsfähig gewesen sei.

In casu kann demgegenüber angesichts des Dargelegten nicht gesagt werden, die Beschuldigte hätte durch die Unterlassung jeglicher Abklärungen zum Ausdruck gebracht, dass ihr gleichgültig gewesen wäre, ob die Verstorbene urteilsfähig war. Die Beschuldigte hat die Krankengeschichte der Verstorbenen, welche neben psychischen auch somatische Diagnosen enthielt, beigezogen. Weiter hat sie mit der Verstorbenen eingehende Gespräche geführt und auch deren Bezugspersonen befragt. Darüber hinaus hat sie eine Zweitmeinung eingeholt und glaubhaft betont, wie wichtig es ihr gewesen sei, dass †C.____ ihre Behandlungsmöglichkeiten gekannt und abgewogen habe sowie dass diese bewusst auf weitere psychiatrische Behandlungen verzichtet habe. Der Beschuldigten ist insofern keine Gleichgültigkeit gegenüber Integritätsinteressen Dritter vorzuwerfen, welche den Schluss auf die Inkaufnahme des Verletzungserfolgs zulassen würde (vgl. BGE 135 IV 12 E. 2.3.2). Vielmehr ist der Beschuldigten, welche über eine langjährige Erfahrung und Routine als Ärztin, insbesondere im Bereich der Palliativmedizin und Freitodbegleitung verfügt, zuzugestehen, dass sie lediglich in pflichtwidriger Unvorsichtigkeit und damit frivol darauf vertraute, die Fähigkeit der Verstorbenen zu vernunftgemäsem Handeln in Bezug auf ihren Sterbewunsch sei durch allfällige psychische Erkrankungen



gen nicht eingeschränkt gewesen, weshalb von deren uneingeschränkter Urteilsfähigkeit auszugehen sei.

9.3.6 Das Kantonsgesicht verwirft dementsprechend die Ansicht der Vorinstanz, wonach das Verhalten der Beschuldigten den Schluss auf Eventualvorsatz nahelegen würde. Zu konstatieren ist diesbezüglich, wie bereits erwähnt, dass der Staatsanwaltschaft zuzustimmen ist, wonach das Strafgericht die Frage des untauglichen Versuchs gemäss Art. 22 Abs. 1 StGB zu prüfen gehabt hätte, wenn es den Eventualvorsatz als gegeben erachtet hätte. Diesfalls wäre insbesondere zu beurteilen gewesen, ob †C.____ zufolge Urteilsfähigkeit als untaugliches Tatmittel einer versuchten Tötung in mittelbarer Täterschaft zu qualifizieren gewesen wäre (vgl. die Ausführungen zur Untauglichkeit von Tatmitteln und Tatobjekten bei STEFAN TRECHSEL/PETER NOLL/MARK PIETH, Schweizerisches Strafrecht – Allgemeiner Teil I, 7. Aufl. 2017, S. 187 f.).

Da das Kantonsgesicht indessen hier ein (eventual-)vorsätzliches Handeln seitens der Beschuldigten verneint, kommt zusammenfassend auch kein Schuldspruch wegen *versuchter* vorsätzlicher Tötung in Frage.

IV. Vorwurf der Verstösse gegen das HMG und das GesG

1. Beweisantrag auf Befragung des Kantonsapothekers

1.1 Vor der inhaltlichen Prüfung dieses Vorwurfs gilt es zunächst, den seitens der Beschuldigten mit Berufungsbegründung vom 20. August 2020 (Rz. 72 sowie 88) gestellten Beweisantrag auf Befragung von Dr. B.____, welcher zum Zeitpunkt des angeklagten Sachverhalts Kantonsapotheker des Kantons Basel-Landschaft war, zu beurteilen. Die Beschuldigte verlangt dessen Befragung in ihrer schriftlichen Berufungsbegründung, um ihre Vorbringen zu beweisen, dass das zur Suizidbeihilfe verwendete Medikament Natrium-Pentobarbital stets nach derselben Rezeptur hergestellt und von Apothekern lediglich in letaler Dosis (15 g) abgefüllt werde sowie das Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung vom 30. April 2014 empfehle, Natrium-Pentobarbital nicht direkt der suizidwilligen Person, sondern deren Ärzten auszuhändigen.



1.2 Dieser Beweisantrag ist abzuweisen. Beweisanträge sind auch im Berufungsverfahren jederzeit zulässig (vgl. BGE 143 IV 214 E. 5.4; BGer 6B_542/2016 vom 5. Mai 2017 E. 3.4.3). Es sind allerdings gemäss den aus Art. 29 BV fliessenden Verfahrensgarantien nur diejenigen Beweise abzunehmen, die sich auf Tatsachen beziehen, welche für die Entscheidung erheblich sind (vgl. BGE 127 I 54 E. 2b; BGer 6B_272/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 2.3.2). Dementsprechend kann das Gericht einen Beweisantrag ablehnen, wenn es in willkürfreier Würdigung der bereits abgenommenen Beweise zur Überzeugung gelangt, der rechtlich erhebliche Sachverhalt sei genügend abgeklärt, und es überdies in willkürfreier antizipierter Würdigung der zusätzlich beantragten Beweise annehmen kann, seine Überzeugung werde auch durch diese nicht mehr geändert (vgl. BGE 137 II 266 E. 3.2; BGer 6B_272/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 2.3.2).

Vorliegend ist von der Befragung des Kantonsapothekers Dr. B.____ kein Erkenntnisgewinn zu erwarten. Es ist vielmehr unbestritten und durch die Verfahrensakten objektiviert, dass Natrium-Pentobarbital stets nach derselben Rezeptur hergestellt und durch die Apotheker lediglich in letaler Dosis (15 g) abgefüllt wird (vgl. die sich bei den Verfahrensakten befindenden Rezepte für Natrium-Pentobarbital; act. 503, 1213-1249 sowie 1253). Darüber hinaus befindet sich das von der Beschuldigten angeführte Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung vom 30. April 2014 ebenfalls bei den Verfahrensakten (vgl. act. 1293 f.).

2. Anwendbares Recht

Des Weiteren ist vorab die Frage nach dem anwendbaren Recht zu beleuchten: Das HMG wurde am 18. März 2016 revidiert und die Änderungen traten am 1. Januar 2018 in Kraft, wobei in der Folge abermals eine Revision des HMG stattfand und die nunmehr aktuell geltende Fassung am 1. August 2020 in Kraft getreten ist. Zum Zeitpunkt, als sich die unter Anklageziffer II.1 vorgeworfenen Sachverhalte ereigneten, war hingegen noch das HMG mit Stand vom 1. Januar 2014 in Kraft.

Nach der im Zeitpunkt des vorliegenden Urteils aktuellen Version des HMG gelten Widerhandlungen, die eine konkrete Gefährdung der Gesundheit von Menschen zur Folge haben, als Verbrechen und werden mit Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren sanktioniert, wobei mit der Freiheitsstrafe eine Geldstrafe verbunden werden kann (vgl. Art. 86 Abs. 2 lit. a HMG i.V.m. Art. 86 Abs. 1 lit. a bis g HMG in der Fassung per 1. August 2020). Sofern die Widerhandlung keine



konkrete Gefährdung bewirkt, handelt es sich um ein Vergehen, das mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird (vgl. Art. 86 Abs. 1 lit. a bis h HMG in der Fassung per 1. August 2020). Demgegenüber handelte es sich nach der vom 1. Januar 2014 bis zum 1. Januar 2018 geltenden Fassung des HMG bei Widerhandlungen, welche eine konkrete Gefährdung bewirkten, lediglich um Vergehen, die mit Gefängnis oder mit Busse bis Fr. 200'000.00 bestraft wurden (vgl. aArt. 86 Abs. 1 HMG in der Fassung vom 1. Januar 2014). Bewirkte die Widerhandlung keine konkrete Gefährdung, stellte diese nach altem Recht gar nur eine Übertretung dar, die mit Busse bis zu Fr. 50'000.00 sanktioniert wurde (vgl. aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 HMG in der Fassung vom 1. Januar 2014).

Nach dem Gesagten ist zunächst der Vorinstanz (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.2.1) zuzustimmen, wonach das zur Tatzeit geltende Recht für die Beschuldigte das mildere ist, weshalb dieses gemäss Art. 2 Abs. 2 StGB i.V.m. Art. 333 Abs. 1 StGB vorliegend zur Anwendung gelangt (sogenannter "*lex mitior*"-Grundsatz; vgl. PETER POPP/ANNE BERKEMEIER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 2 N 1 ff.).

3. Rüge der Verletzung des Anklageprinzips

3.1 Im Zusammenhang mit der Prüfung des Tatbestands der Verschreibung eines Arzneimittels ohne Kenntnis des Gesundheitszustands der Patientin gemäss aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. aArt. 26 Abs. 2 HMG (Vergehen) bzw. aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 HMG sowie aArt. 26 Abs. 2 HMG (Übertretung) stellt sich namentlich die Frage, wie der ausgebliebene Beizug einer psychiatrischen Fachperson durch die Beschuldigte rechtlich zu werten ist.

Die Beschuldigte wendet in formeller Hinsicht ein, dass die Anklageschrift nicht genügend umschreibe, welche Sorgfaltspflicht sie verletzt habe und eine Sorgfaltspflichtverletzung auch nicht nachgewiesen werden könne. Die Staatsanwaltschaft werfe der Beschuldigten vor, dass sie kein psychiatrisches Fachgutachten habe erstellen lassen, womit sich die Anklage auf BGE 133 I 58 stütze. Dieser Entscheid formuliere vier Kriterien, die vorliegen müssten, damit ein psychiatrisches Fachgutachten einzuholen sei. Gemäss diesen vier Kriterien müsse bei der sterbewilligen Person (1) eine Beeinträchtigung psychischer Natur vorliegen, welche (2) schwer, (3) dauerhaft und (4) unheilbar sein müsse. Das Bundesgericht lasse aber offen, was unter diesen vier Kriterien konkret verstanden werden müsse. Die Beschuldigte führt weiter aus, der Begriff



der psychischen Beeinträchtigung könne anders als jener der psychischen Krankheit nicht objektiviert werden. Ebenso wenig lasse sich objektivieren, wann eine solche Beeinträchtigung schwer, mittel oder bloss leicht sei. Ferner könne BGE 133 I 58 nicht entnommen werden, wann eine Beeinträchtigung dauerhaft sei. Schliesslich weist die Beschuldigte darauf hin, dass Krankheiten oft nicht heilbar, aber behandelbar seien, weshalb es als unüberlegt erscheine, wenn das Bundesgericht in seiner Entscheidung von Heilbarkeit spreche. Insofern seien die Kriterien des Bundesgerichts zu unbestimmt, als dass sie eine Strafbarkeit zu begründen vermögen würden. In jedem Fall sei der Anklageschrift kein Vorwurf zu entnehmen, dass die vom Bundesgericht formulierten Kriterien in casu erfüllt wären und die Beschuldigte damit verpflichtet gewesen wäre, ein psychiatrisches Fachgutachten beizuziehen. Im Übrigen stellten die in der Anklageschrift vorgeworfenen rezidivierende depressive Störung und Somatisierungsstörung per se keine unheilbaren, dauerhaften und schweren psychischen Beeinträchtigungen dar. Diese seien darüber hinaus auch bloss behauptet, aber nicht nachgewiesen und von der Beschuldigten bestritten (vgl. Berufungsbegründung der Beschuldigten vom 20. August 2020, S. 7 ff.; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 52 f.).

Die Staatsanwaltschaft hält der Rüge der Verletzung des Anklageprinzips entgegen, die Anklageschrift umschreibe die der Beschuldigten zur Last gelegten Delikte in ihrem Sachverhalt und hinsichtlich des objektiven und subjektiven Tatbestandes derart, dass die Vorwürfe genügend konkretisiert und somit für die Beschuldigte klar seien. Soweit die Beschuldigte den Nachweis einer Sorgfaltspflichtverletzung bestreite, rüge sie eine mangelnde Beweisführung, welche bereits aus formellen Gründen keine Verletzung des Anklagegrundsatzes darstellen könne (vgl. Berufungsantwort der Staatsanwaltschaft vom 29. September 2020, S. 2 f.).

3.2 Nach dem Anklagegrundsatz bestimmt die Anklageschrift den Gegenstand des Gerichtsverfahrens (Umgrenzungsfunktion; Art. 9 und Art. 325 StPO; Art. 29 Abs. 2 und Art. 32 Abs. 2 BV; Art. 6 Ziff. 1 und Ziff. 3 lit. a und b EMRK). Das Gericht ist an den in der Anklage wiedergegebenen Sachverhalt gebunden (Immutabilitätsprinzip), nicht aber an dessen rechtliche Würdigung durch die Anklagebehörde (vgl. Art. 350 Abs. 1 StPO). Die Anklage hat die der beschuldigten Person zur Last gelegten Delikte in ihrem Sachverhalt so präzise zu umschreiben, dass die Vorwürfe in objektiver und subjektiver Hinsicht genügend konkretisiert sind. Das Akkusationsprinzip bezweckt zugleich den Schutz der Verteidigungsrechte der beschuldigten Person und dient dem Anspruch auf rechtliches Gehör (Informationsfunktion). Die beschuldigte



Person muss unter dem Gesichtspunkt der Informationsfunktion aus der Anklage ersehen können, wessen sie angeklagt ist, was eine zureichende Umschreibung der Tat bedingt. Entscheidend ist, dass die Betroffene genau weiss, welcher konkreter Handlungen sie beschuldigt und wie ihr Verhalten rechtlich qualifiziert wird, damit sie sich in ihrer Verteidigung richtig vorbereiten kann. Sie darf nicht Gefahr laufen, erst an der Gerichtsverhandlung mit neuen Anschuldigungen konfrontiert zu werden (BGE 143 IV 63 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

Nach Art. 325 Abs. 1 lit. f StPO muss die Anklage "möglichst kurz, aber genau" die Tatvorwürfe umschreiben. Behauptungen oder Beschreibungen, die nicht zur Untermauerung des eingeklagten Tatbestandes erforderlich sind, sind wegzulassen. Zur notwendigen Umschreibung gehören möglichst präzise Angaben über Ort, Datum und Zeit. Wesentlich ist ausserdem die Darstellung des Tathergangs, die alle objektiven und subjektiven Tatbestandselemente der nach Auffassung der Staatsanwaltschaft erfüllten Straftatbestände umfassen muss (vgl. Botschaft zur Vereinheitlichung des Strafprozessrechts vom 21. Dezember 2005, S. 1276).

Zentrales Element jeder Anklage ist der Anklagevorwurf. Art. 325 Abs. 1 lit. f StPO basiert auf dem Anklageprinzip, wonach die Anklage einen genau umschriebenen Sachverhalt zu enthalten hat, und verlangt, dass die der beschuldigten Person zur Last gelegte Straftat in ihren Einzelheiten präzise, aber kurz zu umschreiben ist. Entgegen früheren Strafprozessordnungen geht Art. 325 Abs. 1 lit. f StPO von einer auf das absolut Wesentliche beschränkten Tatumschreibung aus. Allgemein formuliert besteht diese Tatumschreibung darin, dass dem vorgeworfenen gesetzlichen Tatbestand folgend zunächst alle objektiven Merkmale mit Sachverhaltsbehauptungen "unterlegt" werden. Beim subjektiven Tatbestand und hier primär beim Vorsatz genügt gemäss Lehre und Praxis das Anführen desselben. Bei Fahrlässigkeitsdelikten müssen die eine solche Strafhaftung begründenden Elemente (pflichtwidriges Verhalten, Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit der Tatfolgen) näher umschrieben werden (NIKLAUS SCHMID/DANIEL JOSITSCH, Schweizerische Strafprozessordnung, Praxiskommentar, 3. Aufl. 2018, Art. 325 N 7 ff.). Es sind mithin die objektiven und subjektiven Umstände anzuführen, welche das Verhalten der beschuldigten Person als unvorsichtige Pflichtwidrigkeit erscheinen lassen, was erfordert, dass aus der Anklageschrift zumindest implizit hervorgeht, wie sich die Beschuldigte hätte sorgfältig verhalten sollen (vgl. STEFAN HEIMGARTNER/MARCEL ALEXANDER NIGGLI, Basler Kommentar StPO, 2. Aufl. 2014, Art. 325 N 35; NATHAN LANDSHUT/THOMAS BOSSHARD, Zürcher Kommentar StPO, 3. Aufl. 2020, Art. 325 N 21).



Ungenauigkeiten sind so lange nicht von entscheidender Bedeutung, als für die beschuldigte Person keine Zweifel darüber bestehen, welches Verhalten ihr angelastet wird. Die Anklageschrift ist nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck der Umgrenzung des Prozessgegenstandes und der Information der beschuldigten Person, damit diese die Möglichkeit hat, sich zu verteidigen (NIKLAUS OBERHOLZER, Grundzüge des Strafprozessrechts, 4. Aufl. 2020, N 821).

3.3 In casu ist der Staatsanwaltschaft zuzustimmen, dass der Anklageschrift ein den gesetzlichen Anforderungen genügender Vorwurf zu entnehmen ist, wonach die Beschuldigte es unterlassen habe, eine medizinische Fachperson mit psychiatrischer Facharztausbildung beizuziehen, obschon ihr bewusst gewesen sei, dass sich in casu psychiatrische Fachfragen stellten. Dieser Vorwurf ist insbesondere dem Verweis in Anklageziffer II.1 auf Ziff. I.2.5 zu entnehmen, welcher seinerseits auf Ziff. I.2.3 verweist, wo es heisst:

"(...) Dies tat die Beschuldigte absichtlich und im Wissen, dass sich die Frage der Urteilsfähigkeit bei psychisch kranken Menschen in Bezug auf den Suizidwunsch im besonderen Masse stellt und im vollen Bewusstsein der hierfür erforderlichen unabhängigen psychiatrischen Fachabklärung sowie mit dem Willen, die Frage der Urteilsfähigkeit von †C.____ nicht der gebotene[n] Überprüfung zu unterziehen (...)."

Weiter wird ebenfalls in Ziff. I.2.3 der Anklageschrift das Schreiben der Beschuldigten vom 2. Juni 2016 an den Stiftungsrat der Organisation II.____, wonach die Beschuldigte es bedauert habe, keine Psychiater für die Beurteilung des Todeswunsches sterbewilliger Personen zu finden, sie aber dennoch nicht bereit gewesen sei, †C.____ die Suizidbegleitung zu verwehren, zitiert (vgl. act. 495 ff.).

Aus der Anklageschrift wird somit genügend klar, was die Staatsanwaltschaft der Beschuldigten vorwirft, nämlich keine "psychiatrische Fachabklärung" durchgeführt zu haben bzw. haben zu lassen und dennoch in Kenntnis der psychiatrischen Diagnosen ein tödliches Medikament verschrieben zu haben. Es kann nicht ernsthaft behauptet werden, der Beschuldigten hätte sich aus der Anklageschrift nicht erschlossen, welcher konkreter Handlungen sie beschuldigt und wie ihr Verhalten von der Staatsanwaltschaft rechtlich qualifiziert wird. Dementsprechend hat sich die Beschuldigte auch sowohl vor der Vorinstanz als auch im vorliegenden Berufungsverfahren eingehend zu den entsprechenden Vorwürfen geäußert.



Fehl geht sodann die Behauptung der Beschuldigten, die in BGE 133 I 58 aufgestellten Kriterien der unheilbaren, dauerhaften und schweren psychischen Beeinträchtigung seien die Voraussetzung dafür, dass ein psychiatrisches Fachgutachten überhaupt eingeholt werden müsse. Vielmehr handelt es sich bei diesen Kriterien um eine der Voraussetzungen dafür, dass Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Personen zulässig ist. Ob sie erfüllt sind, muss eine psychiatrische Fachperson beurteilen. Insofern sind die genannten Kriterien Gegenstand und nicht Voraussetzung der psychiatrischen Fachbeurteilung (vgl. BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1). Dies gilt insbesondere in einem Fall wie dem vorliegenden, in dem vor der Suizidbeihilfe abzuklären gewesen wäre, ob die bei der Verstorbenen diagnostizierte Somatisierungsstörung die Anforderungen an die Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Personen zu erfüllen vermocht hätte. Dementsprechend sind die Darlegungen der Beschuldigten, der Anklageschrift sei kein entsprechender Vorwurf zu entnehmen, unbehelflich.

Soweit die Beschuldigte schliesslich geltend macht, sie bestreite die Validität der Diagnosen der Somatisierungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtige schwere Episode, betrifft dies – wie die Staatsanwaltschaft zu Recht anmerkt – den Nachweis des strafbaren Verhaltens, was nicht Gegenstand des Anklagegrundsatzes bildet. Im Übrigen sind die Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störung und insbesondere die Diagnose der für den vorliegenden Fall massgebenden Somatisierungsstörung in casu durch das Gutachten erstellt, womit auch die Behauptung der Beschuldigten fehlgeht, diese seien von der Staatsanwaltschaft lediglich behauptet worden (vgl. E. III.2.5.4.7 hiavor; vgl. zu den unzutreffenden Rügen der Beschuldigten hinsichtlich des Gutachtens ausserdem E. III.2.5.4.1 ff. hiavor).

Aus dem Dargelegten folgt, dass keine Verletzung des Anklageprinzips festgestellt werden kann, weshalb eine Prüfung der Tatbestände nach aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. aArt. 26 Abs. 2 HMG (Vergehen) bzw. gegebenenfalls aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 HMG sowie aArt. 26 Abs. 2 HMG (Übertretung) durch das Kantonsgesicht nachfolgend vorzunehmen ist.



4. Verschreiben eines Arzneimittels ohne Kenntnis des Gesundheitszustands der Patientin gemäss aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. aArt. 26 Abs. 2 HMG respektive aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 HMG sowie aArt. 26 Abs. 2 HMG

4.1 Die Vorinstanz verurteilte die Beschuldigte gestützt auf aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. aArt. 26 Abs. 2 HMG wegen Verschreibens eines Arzneimittels in Unkenntnis des Gesundheitszustands der Patientin. Zur Begründung führten die Vorderrichter aus, dass unbestritten und erstellt sei, die Beschuldigte habe †C.____ bewusst und gewollt eine tödlich wirkende Dosis Natrium-Pentobarbital von 15 g verschrieben. Ebenso unbestritten und erstellt sei ferner, dass die Beschuldigte keine Fachperson mit psychiatrischer Facharztausbildung beigezogen habe, um das Ausmass der bei †C.____ diagnostizierten psychischen Erkrankungen und deren Einfluss auf ihre kognitiven Fähigkeiten abzuklären. Die Beschuldigte habe das tödliche Medikament daher in Verletzung ihrer Berufspflichten bzw. in Überschreitung ihrer Kompetenzen ohne die vom Gesetz verlangte Kenntnis des Gesundheitszustands der Verstorbenen verschrieben. Dadurch habe die Beschuldigte eine konkrete Gefahr für die Gesundheit von †C.____ geschaffen. Daran ändere deren von den Vorderrichtern festgestellte Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt ihres Suizids nichts. Denn nicht nur sei Natrium-Pentobarbital ein tödliches Medikament und damit per se hochgradig gefährlich für die Gesundheit von Menschen, sondern es hätten mit den bei †C.____ diagnostizierten psychischen Erkrankungen auch objektive Anzeichen für kognitive Einschränkungen bestanden, welche sich auf die Fähigkeit zu vernunftgemässen Handeln hätten ausgewirkt haben können. Die Gefährdung der Gesundheit von †C.____ sei deshalb konkret und nicht bloss abstrakt gewesen. Im Übrigen habe der Beschuldigten aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, welche sie als in der Sterbehilfe tätige Ärztin zweifellos kenne, klar gewesen sein müssen, dass sie zum Beizug einer psychiatrischen Fachperson verpflichtet gewesen wäre, weshalb das Strafgericht auf mindestens eventualvorsätzliches Handeln geschlossen hat (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.2.).

4.2 Die Beschuldigte wendet gegen die Verurteilung durch die Vorinstanz zusammengefasst ein, es gebe keine gesetzliche Pflicht, bei Suizidbegleitungen psychiatrisches Fachwissen beizuziehen, wenn die sterbewillige Person an psychischen Erkrankungen leide. Die Vorinstanz und die Staatsanwaltschaft würden sich zu Unrecht auf BGE 133 I 58 stützen. Die in diesem Entscheid vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien, wann Suizidbegleitung bei einer psychisch kranken Person zulässig sei, seien derart offen formuliert, dass im Lichte des strafrechtlichen Bestimmtheitsgebots eine Nichtbeachtung dieser Kriterien keine Strafbarkeit begründen



könne. Im Übrigen verlange aArt. 26 Abs. 1 HMG die Einhaltung der Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften. Diese würden aber keinen Beizug einer Person mit psychiatrischer Facharztausbildung vorschreiben. Vielmehr stehe es der Ärztin aufgrund der ärztlichen Therapiefreiheit frei, zu entscheiden, welche Methoden sie zur Abklärung und Diagnosestellung hinsichtlich des Gesundheitszustands einer Patientin anwenden wolle. Die Beschuldigte habe die gesamten Krankenakten von †C.____ beigezogen, diese persönlich untersucht und auch mit deren Bezugspersonen gesprochen. Die Beschuldigte habe sich im Lichte ihrer grossen Erfahrung in der Suizidbegleitung auf diese Abklärungen verlassen dürfen und sei nicht verpflichtet gewesen, eine psychiatrisch ausgebildete Fachperson beizuziehen. In jedem Fall habe die Beschuldigte darauf vertraut, in Kenntnis des Gesundheitszustands von †C.____ gehandelt zu haben (vgl. Berufungsbegründung der Beschuldigten vom 20. August 2020, S. 9 ff.; Protokoll Berufungsverhandlung, S. 52 f.).

4.3 Die Staatsanwaltschaft hält den Ausführungen der Beschuldigten entgegen, dass das Bundesgericht unmissverständlich festgehalten habe, Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Menschen sei nur dann zulässig, wenn deren Sterbewunsch durch eine Medizinalperson mit psychiatrischem Facharztstitel abgeklärt worden sei. Die Beschuldigte verfüge über keinen derartigen Facharztstitel und habe dennoch in Kenntnis der psychischen Erkrankungen von †C.____ das tödliche Natrium-Pentobarbital verschrieben, weshalb die Verurteilung durch die Vorinstanz zu bestätigen sei (vgl. Berufungsantwort der Staatsanwaltschaft vom 29. September 2020, S. 3).

4.4 Vorab ist zu konstatieren, dass vorliegend der äussere Geschehensablauf hinsichtlich der Verschreibung des Natrium-Pentobarbitals und wie es zu diesem gekommen ist, unbestritten ist. Es kann diesbezüglich auf das hiervor bereits Dargelegte verwiesen werden (vgl. E. III.1. sowie E. III.7.2.1 hiervor). Im Übrigen kann in Anwendung von Art. 82 Abs. 4 StPO in grundsätzlicher Weise auf das vorinstanzliche Urteil verwiesen werden (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.1.1a sowie E.II.2.1). Demnach stellt sich der unbestrittene Sachverhalt zusammengefasst wie folgt dar: Am 15. Juni 2016 nahm †C.____ eine von der Beschuldigten mittels ärztlichem Rezept verschriebene letale Dosis Natrium-Pentobarbital ein, was in der Folge zum Tod von †C.____ führte. Im Vorfeld klärte die Beschuldigte den Gesundheitszustand der Verstorbenen dadurch ab, dass sie einerseits deren gesamte Krankenakten einsah und andererseits †C.____ persönlich untersuchte sowie deren Bezugspersonen befragte. Ferner zog die Beschuldigte



ihren Kollegen, Dr. med. LL.____, bei, um eine Zweitmeinung zu erhalten (vgl. E. III.7.2.1 sowie E. III.9.3 hiervor).

4.5 Das Kantonsgesicht würdigt in tatsächlicher Hinsicht betreffend die Abklärungen des Gesundheitszustands von †C.____ ausserdem insbesondere folgende Hauptbeweismittel:

Ein im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt von †C.____ vom 9. Februar 2011 bis zum 19. März 2011 verfasster, vom 12. April 2011 datierender Austrittsbericht der Psychiatrie K.____, welcher bei der Verstorbenen u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie anamnestisch eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70) diagnostiziert und ihr gleichzeitig bescheinigt, eine "bewusstseinsklare, allseitig orientierte Patientin" zu sein (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital R.____).

Ein im Anschluss an einen Aufenthalt von †C.____ im Spital R.____ vom 22. Januar 2015 bis 27. Januar 2015 verfasster, vom 13. Februar 2015 datierender Austrittsbericht, welcher †C.____ u.a. eine Somatisierungsstörung bei rezidivierender depressiver Störung, aktuell leichte Episode, attestiert. Gleichzeitig hält der Austrittsbericht fest: "Die Patientin war in allen Qualitäten orientiert." (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital R.____).

Ein im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt von †C.____ vom 10. Februar 2015 bis zum 30. April 2015 verfasster, vom 28. Mai 2015 datierender Austrittsbericht der Psychiatrie K.____, welcher ihr u.a. eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine parasuizidale Handlung in der Einweisungssituation sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) bescheinigt, gleichzeitig aber festhält: "Psychopathologischer Befund bei Eintritt am 10.02.2015: [...] Patientin zu allen Qualitäten orientiert. [...]. Psychopathologischer Befund bei Austritt am 30.04.2015: [...] Wach und zu allen Qualitäten orientiert. [...]." (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Ein im Anschluss an einen Aufenthalt von †C.____ im Spital S.____ vom 17. Mai 2015 bis 22. Mai 2015 verfasster, vom 9. Juni 2015 datierender Austrittsbericht, in welchem u.a. eine psychische Dekompensation bei bekannter Somatisierungsstörung mit/bei histrionischer Persönlichkeitsstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden, wobei



gleichzeitig festgehalten wird, dass es sich um eine "ängstliche aber zu allen Qualitäten orientierte Patientin" handle (vgl. Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____).

Eine der Beschuldigten von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft ausgestellte Bewilligung vom 18. Oktober 2013 zum Betrieb einer Praxisapotheke (vgl. act. 1153 f.).

Darüber hinaus liegen dem Kantonsgesicht die Depositionen der Beschuldigten anlässlich der Berufungsverhandlung vor. Vor den Schranken macht die Beschuldigte geltend, dass sie sich auf die Einschätzung insbesondere in den psychiatrischen Berichten verlassen habe, wonach †C.____ zu allen Qualitäten orientiert gewesen sei. Da diese Einschätzung in den Berichten vorbehaltlos gemacht worden sei, sei sie davon ausgegangen, die psychiatrischen Diagnosen hätten keine relevanten Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten von †C.____ zur Folge gehabt (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8 f., 17 f., 28, 31 f. sowie 41). Die Beschuldigte habe zwar nicht mit Sicherheit sagen können, wie viele der Beschwerden der Verstorbenen somatisch und wie viele psychosomatisch gewesen seien. Gestützt auf die umfangreichen Krankenakten, welche ihr vorgelegen hätten, sowie die persönlichen Untersuchungen, welche sie durchgeführt habe, sei sie indessen zur Überzeugung gelangt, dass die ihr bekannten psychiatrischen Diagnosen im Hintergrund und die ebenfalls aus den Krankenakten ersichtlichen somatischen Diagnosen, welche sie zusätzlich durch ihre persönlichen Untersuchungen habe bestätigen können, im Vordergrund gestanden seien (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8, 12 f., 14 sowie 34). Darüber hinaus gibt die Beschuldigte vor den Schranken an, dass sie die Frage der Urteilsfähigkeit in ihrem Schreiben an den Stiftungsrat der Organisation II.____ vom 2. Juni 2016 (vgl. act. 495 ff.) lediglich deshalb als "heikel" bezeichnet habe, weil sie darauf habe hinweisen wollen, dass sie sich insbesondere aufgrund der teilweise in den Akten vorzufindenden Diagnose der Intelligenzminderung mit diesem Punkt besonders ausführlich auseinandergesetzt habe, wobei sie die Intelligenzminderung gestützt auf ein neuropsychologisches Gutachten des Spitals W.____ aus dem Jahr 2015 habe ausschliessen können (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8; Arztbericht vom 30. April 2015 des Spitals W.____, Beilagenordner 4, Originalakten Spital S.____). Die Anmerkung, dass die Suizidbegleitung "heikel" sei, sei insofern nicht Ausdruck von Zweifeln gewesen, sondern sie habe vielmehr der Absicherung der Beschuldigten gedient, indem sie das Thema transparent gemacht habe (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 8 ff.). Im Übrigen habe sie in diesem Schreiben in gewisser Weise



auch ihren Frust darüber, dass kurz vor diesem Zeitpunkt die Memory Clinic des Spitals W._____ die Zusammenarbeit mit ihrer Stiftung beendet habe, zum Ausdruck gebracht (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 40).

4.6 Gemäss aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG wird mit Gefängnis oder mit Busse bis zu Fr. 200'000 bestraft, wer vorsätzlich Arzneimittel verschreibt, dabei gegen Bestimmungen des HMG verstösst und dadurch die Gesundheit von Menschen konkret gefährdet.

Gefahr ist ein Zustand, bei dem nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge die Verletzung des geschützten Rechtsgutes als drohendes Ereignis bevorsteht (vgl. STEFAN MAEDER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 129 N 11). Aus dem Begriff "Verletzung" des geschützten Rechtsguts ergibt sich, dass eine Gefahr die Bedrohung eines *unerwünschten* Erfolgs voraussetzt (vgl. GERHARD FIOKA, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 258 N 17). Konkret ist die Gefahr dann, wenn der Schadenseintritt nicht bloss eine abstrakte Möglichkeit darstellt, sondern im konkreten Einzelfall eine ernstliche Wahrscheinlichkeit vorliegt. Diese Wahrscheinlichkeit ist durch eine objektiv-nachträgliche Prognose zu ermitteln (MAEDER, a.a.O.).

Wie bereits hiervor ausgeführt, haben urteilsfähige Personen in der Schweiz unter entsprechenden Voraussetzungen ein verfassungs- und völkerrechtlich verbrieftes Recht, ihrem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen (vgl. E. III.3.3.3 ff. hiervor). Dabei gilt es zu beachten, dass die Verfügung über das eigene Leben durch eine urteilsfähige Person im Rahmen eines Suizids keine Verletzung ihrer eigenen Rechtsgüter bewirken kann, weil die Selbsttötung ein von der Rechtsgutträgerin gewollter, d.h. erwünschter Erfolg ist. Umgekehrt setzt hingegen die Verletzung eines Rechtsguts grundsätzlich einen seitens der Rechtsgutträgerin nicht gewollten, d.h. unerwünschten Erfolg voraus (vgl. MARCEL ALEXANDER NIGGLI/CAROLA GÖHLICH, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Vor Art. 14 N 55). Daraus folgt, dass im Vorfeld des Suizids einer urteilsfähigen Person keine konkrete Gefährdungslage bestehen kann, weil die konkrete Gefährdung – wie vorstehend dargelegt – nichts Anderes ist als eine drohende Verletzung des geschützten Rechtsguts, wobei der bevorstehende Suizid einer urteilsfähigen Person gerade nicht deren Rechtsgüter zu verletzen droht (vgl. MARCEL ALEXANDER NIGGLI/CAROLA GÖHLICH, a.a.O., N 14 sowie 55). Der vom Strafgericht herangezogene Umstand, dass die Beschuldigte im Vorfeld des Suizids von †C._____ trotz der ihr bekannten Diagnosen psychischer Erkrankungen keine psychiatrische Fachperson zur Beurteilung ihrer kognitiven Fähigkeiten beigezo-



gen hat, vermag in dieser Konstellation hieran nichts zu ändern. Die ausgebliebene Begutachtung durch eine medizinische Fachperson mit psychiatrischer Ausbildung mag zwar je nach Konstellation grundsätzlich und allgemein gesehen ein gefährliches Verhalten darstellen. Sie führt aber nicht dazu, dass eine Person, welche sich als urteilsfähig erweist, ihre Rechtsgüter selbst zu verletzen droht. Solches Verhalten ist allein abstrakt gefährlich, weshalb der Gesetzgeber letztlich auch insbesondere wegen der häufig auftretenden Beweisschwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Nachweis konkreter Gefährdungen im Bereich des HMG die abstrakten Gefährdungsdelikte zu Vergehen hochgestuft hat (vgl. E. IV.2. hiervor; vgl. Botschaft vom 7. November 2012 zur Änderung des Heilmittelgesetzes, BBl 2013, 105). Das kann der Beschuldigten in casu aufgrund des lex mitior-Grundsatzes aber gerade nicht zum Nachteil gereichen: Ein Vergehen gemäss aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG fällt hier mangels konkreter Gefährdung von vornherein ausser Betracht, weshalb die Beschuldigte in entsprechender Gutheissung ihrer Berufung abweichend zum vorinstanzlichen Urteil vom Vorwurf der Verschreibung eines Arzneimittels in Unkenntnis des Gesundheitszustands der Patientin gemäss aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. aArt. 26 Abs. 2 HMG freizusprechen ist. Demnach ist in einem nächsten Schritt zu prüfen, ob allenfalls der weniger gravierende Übertretungstatbestand gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 HMG sowie aArt. 26 Abs. 2 erfüllt ist.

4.7.1 Nach aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG wird mit Haft oder mit Busse bis zu Fr. 50'000.00 bestraft, wer vorsätzlich die Tatbestände nach aArt. 86 Abs. 1 HMG erfüllt, ohne dass dadurch die Gesundheit von Menschen gefährdet wird. Dabei erfasst aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG die Verschreibung von Arzneimitteln, welche unter Verletzungen anderer Bestimmungen des HMG erfolgt.

4.7.2 Nach aArt. 26 Abs. 2 HMG darf ein Arzneimittel nur verschrieben werden, wenn der Gesundheitszustand der Konsumentin oder des Konsumenten bzw. der Patientin oder des Patienten bekannt ist. Die Lehre folgert daraus, dass die Vitaldaten der Patientin, ihr Gesundheitszustand, Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten sowie das Interaktionspotential mit anderen Wirkstoffen aus Arznei- oder Nahrungsmitteln der verschreibenden Ärztin bekannt sein müssen (vgl. MAX GIGER/URS SAXER/ANDREAS WILDI/MARKUS B. FRITZ, Arzneimittelrecht, 2013, S. 12 f.; vgl. BGE 142 II 80 E. 2.1). Die Verschreibungspflicht durch die Ärztin gewährleiste, dass sich die Patientin darauf verlassen könne, dass das verschriebene Arzneimittel für ihre Behandlung geeignet sei, weil die Ärztin als fachkundige Wissensvermittlerin zwischen Patientin



und Pharmaunternehmen auftrete, indem sie einen Therapieentscheid treffe und die Fachinformation eines Arzneimittels prüfe (vgl. URS JAISLI, Basler Kommentar Heilmittelgesetz, 2006, Art. 31 N 47). Gemäss den Gesetzesmaterialien besteht die ratio legis von Art. 26 Abs. 2 HMG darin, die Ausstellung von "Blanko-Rezepten" zu verhindern (BBI 1999, 3514; zustimmend HEIDI BÜRGI, Basler Kommentar Heilmittelgesetz, 2006, Art. 26 N 20). Mit der Verhinderung von "Blanko-Rezepten" ist gemeint, dass sich Patienten nicht ein bestimmtes Medikament "wünschen" können sollen und die Ärztin diesem Wunsch unbesehen nachkommt (SCHAERZ, a.a.O., Besprechung 2015, S. 1315). Nicht in jedem Fall zwingend notwendig für die Kenntnis des Gesundheitszustands im Sinne von aArt. 26 Abs. 2 HMG ist es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, dass die verschreibende Ärztin die Patientin auch persönlich untersucht (vgl. BGer 2C_901/2012 vom 30. Januar 2013 E. 4.3.2).

4.7.3 Bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln müssen die anerkannten Regeln der medizinischen und der pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden (vgl. aArt. 26 Abs. 1 HMG; BGE 142 II 80 E. 2.2; BGE 134 IV 175 E. 4.1; BGE 133 I 58 E. 4.1.2; BGer 2C_92/2011 vom 12. April 2012 E. 3.9.1; BGer 9C_397/2009 vom 16. Oktober 2009 E. 4.3).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verletzt ein Arzt seine Sorgfaltspflichten dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählt, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt (vgl. BGE 134 IV 175 E. 3.2; BGE 130 IV 7 E. 3.3 mit Hinweisen; BGer 6B_63/2020 vom 10. März 2021 E. 3.3.2; BGer 6B_89/2018 vom 1. Februar 2019 E. 3.1.3; BGer 6B_408/2013 vom 18. Dezember 2013 E. 4.2). Bei der Diagnose einer Gesundheitsbeeinträchtigung muss ein Arzt mithin nicht die Erhebung eines zutreffenden Befundes garantieren. Er muss jedoch bei der Feststellung und Beurteilung der gesundheitlichen Störung in jedem Fall fachgerecht vorgehen und die erforderlichen Mittel und Erkenntnisquellen nutzen. Mehrdeutige Krankheitsbilder muss er durch die ihm zur Verfügung stehenden Mittel aufklären. Der Arzt handelt unsorgfältig, wenn sich sein Vorgehen nicht nach den durch die medizinische Wissenschaft aufgestellten und generell anerkannten Regeln richtet und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft nicht entspricht (vgl. BGE 130 IV 7 E. 3.3 mit Hinweisen; BGer 6B_63/2020 vom 10. März 2021 E. 3.3.2; BGer 6B_1287/2018 vom 11. März 2019 E. 1.1). Zu den Sorgfaltspflichten eines Arztes gehört



des Weiteren, dass er die Diagnose nicht vollendet, bevor er nicht alle gebotenen Untersuchungsmethoden angewandt hat (vgl. BGE 64 II 200 E. 4.a; BGE 57 II 196 E. 3; BGE 34 II 32 E. 5; WALTER FELLMANN, Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten [Rechtsverhältnis], in: KUHN/POLEDNA [Hrsg.], *Arztrecht in der Praxis*, 2. Aufl. 2007, S. 123). Ein Verstoss gegen die ärztliche Kunst liegt daher dann vor, wenn ein Arzt eine zweifelsfrei erforderliche Untersuchung nicht vornimmt (FELLMANN, a.a.O., *Rechtsverhältnis*, S. 123). Liegt eine unrichtige Beurteilung vor, so hat der Arzt für diese insbesondere dann einzustehen, wenn er auf objektiv ungenügender Untersuchung beruht (vgl. BGE 120 Ib 411 E. 4.a).

Gemäss Art. 40 lit. a des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) üben Medizinalpersonen ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft aus und halten sich an die Grenzen der Kompetenzen, die sie im Rahmen ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung erworben haben. Von dieser Bestimmung erfasst sind gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. a MedBG diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf selbständig ausüben (vgl. WALTER FELLMANN, in: AYER/KIESER/POLEDNA/SPRUMONT [Hrsg.], *Medizinalberufegesetz [MedBG] Kommentar*, 2009, Art. 40 N 13 sowie 15 ff.). Im Einzelfall verpflichtet Art. 40 lit. a MedBG die Medizinalperson, einen Spezialisten beizuziehen, wenn ihr die fachlichen Kompetenzen für das Vorgehen fehlen, welches zum Wohl der Patientin erforderlich ist (FELLMANN, a.a.O., Art. 40 MedBG N 86). In diesem Zusammenhang legt Art. 17 Abs. 2 lit. a MedBG fest, dass die Weiterbildung gemäss MedBG die Ärztinnen und Ärzte dazu befähigen solle, sichere Diagnosen zu stellen. Zu den vom MedBG genannten Weiterbildungen zählen insbesondere gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. b MedBV die Facharztstitel. Dementsprechend wird im Schrifttum darauf hingewiesen, dass nur Medizinalpersonen mit Facharztstitel die zu ihrem jeweiligen Fachgebiet zählenden Eingriffe und Behandlungen ausführen dürfen (vgl. HARDY LANDOLT/IRIS HERZOG-ZWITTER, *Sorgfaltspflicht der Ärzte*, HAVE 2016, S. 108). Ein Behandlungsfehler ist einem Arzt deshalb bereits dann vorzuwerfen, wenn er infolge unzureichender fachlicher Zuständigkeit nicht zu einem sicheren Befund gelangen kann und dennoch die gesteigerten Möglichkeiten einer Medizinalperson mit Fachspezialisierung nicht beizieht (vgl. BERND-RÜDIGER KERN/MARTIN REHBORN, in: LAUFS/KERN/REHBORN [Hrsg.], *Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. 2019, § 96 Rz. 32; ANTOINE ROGGO/DANIEL STAFFELBACH, *Offenbarung von Behandlungsfehlern/Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht – Plädoyer für konstruktive Kommunikation*, AJP 2006, S. 418).



Wie bereits erwähnt, hat das Bundesgericht in BGE 133 I 58 die Pflicht zur Einholung eines psychiatrischen Fachgutachtens, sofern eine Person wegen solcher Leiden Suizid begehen will, welche sie einzig aufgrund einer psychischen Erkrankung erduldet, statuiert. Auch psychische Erkrankungen können unter Umständen einen derart grossen Leidensdruck erzeugen, dass der kranken Person ihr Leben auf Dauer als nicht mehr lebenswert erscheint. Allerdings kann in solchen Fällen nur eine medizinisch geschulte Person mit Facharzttitel in Psychiatrie beurteilen, ob ein solcher Sterbewunsch frei von den durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen kognitiven Einschränkungen zustande gekommen ist. Eine solche Beurteilung muss in einem vertieften Fachgutachten erfolgen (vgl. BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1 f.). Dass sich die Ausfuhungen des Bundesgerichts in BGE 133 I 58 auf aArt. 26 Abs. 2 HMG beziehen, ergibt sich aus den Ausfuhungen in E. 4.1.2 sowie E. 6.2.3, was auch im Schrifttum anerkannt wird (vgl. PETERMANN, a.a.O., Urteilsbesprechung, S. 375).

In einem späteren Entscheid relativierte das Bundesgericht die Vorgabe eines vertieften Fachgutachtens insofern, als dass bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung jedenfalls eine eingehende, sorgfältige medizinisch-psychiatrische Untersuchung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztl. Begleitung durch einen Spezialisten vorausgesetzt ist (vgl. BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.5; vgl. auch BGer 2C_9/2010 vom 12. April 2010 E. 3.2). Dass bei suizidwilligen Personen mit psychischer Erkrankung eine eingehende Untersuchung durch eine Fachperson mit psychiatrischer Ausbildung zu erfolgen hat, zumindest, sofern die sterbewillige Person nicht in erster Linie an einer terminalen somatischen Krankheit leidet, entspricht auch der herrschenden Lehre (vgl. E. III.3.3.5 hiervor). Nimmt ausserdem ein Spezialist mit entsprechender Fachqualifikation eine Beurteilung vor, darf er sich nicht lediglich auf zwei eineinhalbstündige Gespräche mit der suizidwilligen Person stützen, andernfalls das Erfordernis der eingehenden, sorgfältigen medizinischen Untersuchung und Diagnosestellung nicht erfüllt ist (vgl. BGer 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015 E. 6.5; BGer 2C_9/2010 vom 12. April 2010 E. 3.2).

Es ist insofern festzuhalten, dass ein psychiatrisches Fachgutachten immer dann erforderlich ist, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Sterbewunsch einer psychisch kranken Person seinen Ursprung in der psychischen Erkrankung haben könnte (vgl. die eingehenden Ausfuhungen in E. III.7.5.4 hiervor).



Wenn demgegenüber – wie vorstehend dargelegt – bei Vorliegen einer unheilbar tödlichen respektive terminalen somatischen Erkrankung die betroffene Person als Reaktion auf diese Erkrankung einfühlbar ein psychisches Leiden – insbesondere eine Depression – entwickelt oder sie bereits vor der tödlichen somatischen Erkrankung an einer psychischen Störung gelitten hat und auch hier der Sterbewunsch als einfühlbar dasteht bzw. dieser nicht dominierend von der psychischen Störung hervorgerufen sein könnte, so kommt dem behandelnden Arzt – wie in E. III.7.5.4 dargelegt – ein Entscheidungsspielraum zu, ob es des Beizugs einer psychiatrisch ausgebildeten Fachperson bedarf.

4.8 Als Zwischenergebnis ist zu konstatieren, dass der objektive Tatbestand von aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 HMG sowie aArt. 26 Abs. 2 HMG vorliegend erfüllt ist: Die Tätigkeit der Beschuldigten als selbständige Ärztin ist unbestritten und ergibt sich beispielsweise auch aus ihrer Bewilligung zum Betrieb einer Praxisapotheke (vgl. act. 1153 f.), weshalb sie der Regelung von Art. 40 lit. a MedBG untersteht. Festzustellen ist ferner, dass die Beschuldigte zwar alle Krankenakten betreffend †C.____ eingesehen, diese persönlich untersucht und auch deren Bezugspersonen persönlich befragt hat. Sie hat deshalb nachgewiesenermassen Kenntnis der bei der Verstorbenen diagnostizierten psychischen Erkrankungen gehabt. Diesbezüglich gibt die Beschuldigte allerdings glaubhaft an, dass nach ihrer Einschätzung bzw. Überzeugung somatische und nicht psychische Erkrankungen bei den Beschwerden von †C.____ im Vordergrund standen.

Zwar kommt das Kantonsgesicht vorliegend mit der Vorinstanz – wenn auch mit anderer Begründung – zum Schluss, dass die Urteilsfähigkeit von †C.____ zu bejahen ist. Das ändert allerdings nichts daran, dass sich die Einschätzung der Beschuldigten, die psychischen Erkrankungen von †C.____ seien lediglich untergeordnete Folge der somatischen Erkrankungen gewesen, im Lichte der gutachterlichen Feststellungen als falsch erwiesen hat. Im Übrigen ist auch erstellt und unbestritten, dass weder die Beschuldigte noch der von ihr beigezogene Hausarztkollege, Dr. med. LL.____, über einen Facharztstitel in Psychiatrie verfügen. Es ist insofern nicht im Bereich ihrer Kompetenzen gelegen, angesichts der (mehrfach attestierten) Diagnose der Somatisierungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung bei der Verstorbenen ohne Beizug einer medizinisch ausgebildeten Fachperson für Psychiatrie darüber zu entscheiden, wie die psychiatrischen Diagnosen einzuordnen gewesen sind, da sie schlicht nicht über die hierfür nötige Aus- bzw. Weiterbildung verfügte. Insofern hat die Beschuldigte



keine Kenntnis des Gesundheitszustands im Sinne von aArt. 26 Abs. 2 HMG von †C.____ gehabt, da – wie der Gutachter in casu festgestellt hat – entgegen den Ausführungen der Beschuldigten die Somatisierungsstörung und nicht somatische Erkrankungen im Vordergrund standen. Ein solches Verhalten begründet aber gerade jene abstrakte Gefährdung, welche der Gesetzgeber durch die Strafbestimmungen des HMG verhindern wollte und welche er aufgrund des hohen Gefährdungspotenzials inzwischen wie dargelegt zum Vergehen hochgestuft hat. An dieser abstrakten Gefährlichkeit des Handelns der Beschuldigten ändert schliesslich auch der Umstand nichts, wonach das Gericht post mortem festgestellt hat, dass †C.____ urteilsfähig in Bezug auf den Suizid war. Aus den genannten Gründen ist somit der objektive Tatbestand des obgenannten Übertretungstatbestands erfüllt.

4.9 In einem nächsten Schritt ist der subjektive Tatbestand zu prüfen. Hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Eventualvorsatz und bewusster Fahrlässigkeit kann auf das bereits Dargelegte verwiesen werden (vgl. E. III.9.2 hiervor).

Sinn und Zweck von aArt. 26 HMG ist es, ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis bei der Verwendung von Arzneimitteln sicherzustellen (vgl. Botschaft vom 1. März 1999 zu einem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte, BBl 1999 III, 3513). Diesbezüglich wird im Schrifttum darauf hingewiesen, dass Natrium-Pentobarbital einzig dem Zweck diene, den sicheren und schmerzlosen Tod zu ermöglichen, und deshalb die Frage nach einer möglichen Gesundheitsschädigung der Patientin durch die verschriebene Substanz in den Hintergrund trete (vgl. SCHAERZ, a.a.O., Besprechung 2015, S. 1316; vgl. ferner PETERMANN, a.a.O., Urteilsbesprechung, S. 375). Dieser Auffassung ist zuzustimmen. Wenn es um die Verschreibung eines Medikaments geht, welches den Tod der Patientin herbeiführen soll, so müssen die verschreibenden Ärzte sicherstellen, dass bei der sterbewilligen Person keinerlei Einschränkungen ihrer kognitiven Fähigkeiten vorhanden sind, welche einer Einwilligung in die Abgabe des tödlichen Medikaments entgegenstehen könnten. Das ist der Gesundheitszustand, der für die gesetzeskonforme Abgabe von Natrium-Pentobarbital abgeklärt werden muss, was sich auch, wie bereits mehrfach ausgeführt, aus den Ausführungen in BGE 133 I 58 E. 6.3.5 ff. ergibt. Ebenso wurde bereits darauf hingewiesen, dass Anzeichen für psychische Erkrankungen, welche den Sterbewunsch beherrschen könnten, den Beizug einer psychiatrisch ausgebildeten Fachperson erfordern (vgl. E. IV.4.7.3 hiervor).



Angesichts der vorliegenden Beweismittel kommt das Kantonsgesicht nicht umhin, ein eventualvorsätzliches Handeln der Beschuldigten als nicht rechtsgenügend nachgewiesen zu beurteilen und stattdessen zu konstatieren, dass diese – wenn auch frivol – dennoch darauf vertraute, über ausreichende Kenntnis des Gesundheitszustands von †C.____ zu verfügen: Zu den von der Beschuldigten vorgenommenen Untersuchungshandlungen, namentlich das Studium der Krankenakten, die persönliche Untersuchung der Verstorbenen, die Befragung deren Bezugspersonen, die Einholung einer Zweitmeinung sowie die langjährige Berufserfahrung, kann auf das bereits zum subjektiven Tatbestand hinsichtlich der vorsätzlichen Tötung Ausgeführte verwiesen werden (vgl. E. III.9.3 hiervor). Im Übrigen ist festzuhalten, dass insbesondere der Austrittsbericht der Psychiatrie K.____ vom 12. April 2011, der Austrittsbericht des Spitals R.____ vom 13. Februar 2015, der Austrittsbericht der Psychiatrie K.____ vom 28. Mai 2015 sowie der Austrittsbericht des Spitals S.____ vom 9. Juni 2015 in Übereinstimmung mit den Depositionen der Beschuldigten allesamt festhalten, dass †C.____ zu allen Qualitäten orientiert war. Die Beschuldigte ging – das zeigt das Beweisergebnis – fälschlicherweise davon aus, die Urteilsfähigkeit sei nicht relativ, sondern absolut, weshalb sie offenbar der irrigen Meinung war, aus einer allgemeinen und wenig aussagekräftigen Feststellung wie "zu allen Qualitäten orientiert" auf die Urteilsfähigkeit spezifisch in Bezug auf den Sterbewunsch schliessen zu können. Weiter ist zu konstatieren, dass es die Beschuldigte in Verstoss gegen die Sorgfaltspflichten gemäss aArt. 26 HMG unbestrittenermassen unterlassen hat, eine psychiatrisch ausgebildete Person mit Facharztstitel beizuziehen. Gestützt auf die gutachterlichen Feststellungen ist heute ausserdem erwiesen, dass die psychischen Erkrankungen von †C.____ bei ihren Beschwerden im Vordergrund standen, womit die Beschuldigte nicht über die laut aArt. 26 Abs. 2 HMG erforderliche Kenntnis des Gesundheitszustands der Verstorbenen verfügte. Das Vertrauen der Beschuldigten darauf, dass bei †C.____ keine die Fähigkeit zu vernunftgemässen Handeln einschränkenden kognitiven Beeinträchtigungen vorlagen, fusste auf der falschen Prämisse, dass die Verstorbene hauptsächlich an somatischen Krankheiten litt und die psychischen Erkrankungen lediglich reaktiv waren. Bei seiner Beurteilung berücksichtigt das Kantonsgesicht aber auch die Umstände, dass die von der Beschuldigten betonte somatische Diagnose der Ösophagitis erstellt ist, die Beschuldigte selbst persönliche Untersuchungen und weitreichende Abklärungen vorgenommen hat und ihre Beteuerungen, wonach sie aufgrund ihrer weitreichenden Abklärungen und ihrer langjährigen Erfahrung überzeugt gewesen sei, es habe sich bei den der Verstorbenen attestierten psychischen Erkrankungen um solche reaktiver Art gehandelt, welche keinen Einfluss auf deren kognitive Fähigkeiten hatten, glaubhaft erscheinen. Im Lichte dieser



Umstände kommt das Kantonsgesicht zum Schluss, dass die Beschuldigte frivol darauf vertraut hat, die psychischen Erkrankungen von †C._____ seien lediglich reaktiv gewesen, womit sie im Sinne eines Sachverhaltsirrtums davon ausgegangen ist, den Gesundheitszustand der Verstorbenen im Sinne von aArt. 26 Abs. 2 HMG zu kennen. Der (Eventual-)Vorsatz ist somit zu verneinen. Die Beschuldigte ist daher in entsprechender Gutheissung ihrer Berufung vom Vorwurf des Verschreibens eines Arzneimittels ohne Kenntnis des Gesundheitszustands der Patientin gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 26 Abs. 2 HMG freizusprechen.

4.10 Abgesehen davon stellt das Kantonsgesicht fest, dass die fahrlässige Tatbegehung von aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG, welche in aArt. 87 Abs. 3 HMG normiert ist, nicht angeklagt ist: Zwar macht die Staatsanwaltschaft geltend, sie habe genügend konkretisiert, dass der Beschuldigten im Rahmen der Sorgfaltspflichtwidrigkeit vorgeworfen werde, sie habe keine psychiatrische Fachperson beigezogen. Es ist aber festzustellen, dass der Anklage weder im Titel von Anklageziffer II.1 noch in den aus Sicht der Staatsanwaltschaft anwendbaren Gesetzesbestimmungen und erst recht nicht im angeklagten Lebenssachverhalt Ausführungen zur Verletzung einer Sorgfaltspflicht, geschweige denn zur Vorhersehbarkeit oder zur Vermeidbarkeit hinsichtlich des Tatbestands von Art. 87 Abs. 1 lit. f HMG i.V.m. Art. 87 Abs. 3 HMG i.V.m. Art. 26 Abs. 2 HMG zu entnehmen sind. Es liegt insofern kein Fall vor, in welchem die Anklage lediglich nicht den gesetzlichen Anforderungen im Sinne von Art. 333 Abs. 1 StPO entspricht, sondern vielmehr ein Fall einer unvollständigen Anklage (vgl. SCHMID/JOSITSCH, a.a.O., Art. 333 StPO N 2). Da die Tatvorwürfe im Berufungsverfahren nicht um einen Sachverhalt ergänzt werden dürfen, der erstinstanzlich nicht zu beurteilen war, ist dem Kantonsgesicht eine Rückweisung der Anklage in Anwendung von Art. 333 Abs. 2 StPO versagt (vgl. BGer 6B_1370/2019 vom 11. März 2021 E. 1.5.3).

5. Verjährung eines Teils des unter Anklageziffer II.2 und II.3 angeklagten Sachverhalts

5.1 Betreffend die Frage der Verjährung der gemäss Anklageziffern II.2 und II.3 angeklagten Sachverhalte unter den Bestimmungen des HMG ist der Vorinstanz zuzustimmen, dass auch hier das alte Recht mit Stand per 1. Januar 2014 zur Anwendung gelangt, weil dieses das mildere ist. Dies rührt daher, dass das unter den Anklageziffern II.2 und II.3 vorgeworfene unbefugte Herstellen von Arzneimitteln unter dem geltenden HMG als Vergehen gemäss Art. 86



Abs. 1 lit. a HMG und nicht wie unter dem alten Recht als Übertretung gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG zu würdigen wäre.

Hinsichtlich der Verjährungsfrist findet daher der Umrechnungsschlüssel von Art. 333 Abs. 6 lit. b StGB Anwendung, gemäss welchem die altrechtliche Verfolgungsverjährungsfrist von Übertretungen verdoppelt wird, sofern diese über ein Jahr beträgt. Da die altrechtliche Verjährungsfrist gemäss aArt. 87 Abs. 5 HMG fünf Jahre dauerte, beträgt die gestützt auf Art. 333 Abs. 6 lit. b StGB umgerechnete Verjährungsfrist somit zehn Jahre.

Die Vorinstanz hat in diesem Zusammenhang richtig festgehalten, dass auf die Vergehenstatbestände des HMG mangels spezialgesetzlicher Bestimmungen die Verjährungsfristen des StGB anwendbar sind (vgl. Art. 333 Abs. 1 StGB). Die Verjährungsfrist des StGB für Vergehen betrug bis zum 1. Januar 2014 sieben Jahre und wurde per 1. Januar 2014 auf zehn Jahre verlängert (vgl. aArt. 97 Abs. 1 lit. c StGB mit Stand am 1. Juli 2013 sowie der geltende Art. 97 Abs. 1 lit. c StGB). Für Übertretungen sieht das geltende Recht gemäss Art. 87 Abs. 5 HMG demgegenüber nach wie vor eine Verjährungsfrist von fünf Jahren vor.

Eine Kombination des alten und des neuen Rechts dergestalt, dass betreffend die Qualifikation der vorgeworfenen Sachverhalte als Übertretung das alte Recht und betreffend die anwendbare Verjährungsfrist das neue Recht zur Anwendung gelangen könnte, ist nicht möglich: Gemäss dem Grundsatz der Alternativität ist auf ein und dieselbe Tat nur entweder das alte oder das neue Recht als Ganzes anwendbar (vgl. BGE 134 IV 82 E. 6.2.3). Eine kombinierte Anwendung der beiden Rechte ist hingegen ausgeschlossen (vgl. BGE 134 IV 82 E. 6.2.3; BGE 119 IV 145 E. 2c; BGE 114 IV 1 E. 2a, je mit Hinweisen).

Im Übrigen trifft auch die Feststellung der Vorderrichter zu, dass die Verjährung selbst dann zum Zeitpunkt des vorinstanzlichen Urteils nicht eingetreten gewesen wäre, wenn die Verjährungsfrist des StGB für Vergehen von zehn Jahren bzw. für den Vorwurf der im Jahre 2013 begangenen Tat von sieben Jahren angewandt worden wäre. Das Strafgericht hat somit richtig erkannt, dass im Ergebnis eine Verjährung der unter Ziffern II.2 und II.3 der Anklageschrift angeklagten Sachverhalte gemäss HMG nicht eingetreten ist. Vor Kantonsgesicht gilt es diesbezüglich ferner zu beachten, dass das vorinstanzliche Urteil die Verjährung gemäss Art. 97



Abs. 3 StGB i.V.m. Art. 109 StGB sowie Art. 333 Abs. 1 StGB unterbrochen hat (vgl. BGE 135 IV 196 E. 2.4 ff.; STEFAN HEIMGARTNER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 109 N 13).

5.2 Hinsichtlich der Frage der Verjährung der unter Anklageziffer II.2 und II.3 angeklagten Sachverhalte gemäss kantonalem Übertretungsstrafrecht ist der Vorinstanz beizupflichten, dass betreffend diese Delikte eine Verjährungsfrist von drei Jahren gemäss Art. 109 StGB gilt. Die Anwendbarkeit von Art. 109 StGB ergibt sich dabei aus § 1 Abs. 1 des Gesetzes über das kantonale Übertretungsstrafrecht vom 21. April 2005 (Übertretungsstrafgesetz, ÜStG; SGS 241). Dementsprechend hat das Strafgericht richtig erkannt, dass betreffend die angeklagten kantonalrechtlichen Widerhandlungen die Verfolgungsverjährung betreffend diejenigen Sachverhalte eingetreten ist, welche sich vor dem 9. Juli 2016 ereignet haben. Somit verbleiben diesbezüglich nachfolgend (E. IV.6) einzig die letzten drei Tathandlungen gemäss Tabelle auf Seite 6 der Anklageschrift zu prüfen. Bei diesen hat das vorinstanzliche Urteil die Verjährungsfrist wiederum unterbrochen (vgl. E. IV.5.1 hiervor).

6. Herstellung eines Arzneimittels nach Magistralrezeptur ohne Bewilligung durch den Bezug und die eigenmächtige Beschriftung des mit Blankoetiketten versehenen Wirkstoffs sowie durch Umetikettieren des für andere Patienten bezogenen Wirkstoffs / Heilmittelabgabe ohne Berechtigung

6.1 Das Strafgericht hat die Beschuldigte wegen unbefugten Herstellens eines Arzneimittels sowie wegen Heilmittelabgabe ohne Berechtigung gestützt auf den Übertretungstatbestand von aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b und c HMG schuldig gesprochen. Es hat seinen Schuldspruch damit begründet, dass Natrium-Pentobarbital als gemäss formula magistralis hergestelltes Arzneimittel im Sinne von aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG zu qualifizieren sei, welches auf ärztliche Verschreibung für eine bestimmte Person hergestellt werde. Unzulässig sei es, Dosen von Natrium-Pentobarbital auf Vorrat für noch unbestimmte Personen zu beziehen, weil das tödliche Medikament einem bestimmten Patienten verschrieben werden müsse. Eine erst nachträgliche Verschreibung, nachdem das Natrium-Pentobarbital bereits bezogen worden sei, sei unzulässig, weshalb die Herausgabe unbeschrifteter Natrium-Pentobarbital-Dosen unstatthaft sei. Eine letale Dosis des Wirkstoffes ohne Beschriftung mit dem Patientenamen sei nicht regelkonform hergestellt und deshalb nicht verkehrsfähig, weil die korrekte Etikettierung zum Herstellungsakt des Arzneimittels gehöre. Die Beschuldigte sei indes nicht gemäss aArt. 5 HMG zur Herstellung von Arzneimitteln nach formula magistralis befugt, wes-



halb sie mit der vorsätzlichen Beschriftung von mit Blankoetiketten versehenen Natrium-Pentobarbital-Dosen und der Umetikettierung von für andere Patienten bezogenem Natrium-Pentobarbital eigenmächtig und widerrechtlich einen Teil des Herstellungsprozesses nach formula magistralis an sich gezogen habe. Darüber hinaus würden die Bestimmungen des aHMG vorsehen, dass die Abgabe von nach formula magistralis hergestellten Arzneimitteln durch den oder die Apothekerin direkt an die Patientin oder an eine von dieser zur Stellvertretung ermächtigten Person zu erfolgen habe. Dementsprechend stelle es eine Heilmittelabgabe ohne Berechtigung im Sinne von aArt. 86 Abs. 1 lit c HMG dar, wenn eine Ärztin auf Vorrat ein nach formula magistralis hergestelltes Arzneimittel – in casu Natrium-Pentobarbital – beziehe, um dieses anschliessend unter Umgehung der Kontrolle des oder der Apothekerin direkt an die Patientin abzugeben. Da indessen gemäss der Vorinstanz eine konkrete Gefährdung der Gesundheit von Personen weder angeklagt noch nachgewiesen sei, hat sie die Beschuldigte einzig wegen des Übertretungstatbestands von aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG verurteilt.

6.2 Die Beschuldigte räumt zunächst ein, dass sie über keine Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln verfüge. Ihr Vorgehen sei jedoch mit der Apothekerin OO.____ abgeprochen gewesen, mit der sie zusammengearbeitet habe. Ausserdem habe der damals zuständige Kantonsapotheker, Dr. B.____, am 21. November 2017 bestätigt, dass das zwischen der Beschuldigten und ihrer Apothekerin vereinbarte Vorgehen rechtskonform sei. Im Übrigen stelle Natrium-Pentobarbital kein nach formula magistralis hergestelltes Arzneimittel dar, weil ein solches sich dadurch auszeichne, dass die behandelnde Ärztin individuell anordne, welche Wirkstoffe das durch die Apothekerin nach formula magistralis zuzubereitende Medikament beinhalten müsse. Natrium-Pentobarbital werde demgegenüber stets nach derselben Rezeptur angefertigt und durch die Apothekerin lediglich noch in der letalen Dosis portioniert. Das entscheidende Erfordernis einer Magistralrezeptur, dass die verschreibende Ärztin der Apothekerin eine einzelfallspezifische Anordnung zur Herstellung des Medikaments erteile, sei daher vorliegend nicht erfüllt. Darüber hinaus stelle die Beschriftung eines Medikaments mit den Personalien der Patientin keinen Teil des Herstellungsprozesses dar, weshalb das Arzneimittel nach dessen Abfüllung und Beschriftung mit der Angabe des in der Abfüllung enthaltenen Wirkstoffs bereits fertig hergestellt sei. Ferner sei die Etikettierung eines Medikaments nicht als Teil des Herstellungsprozesses zu sehen, sondern höchstens als eine straflose, dem Herstellungsvorgang untergeordnete Hilfeleistung. Schliesslich habe die Beschuldigte jedenfalls zu keinem Zeitpunkt für möglich gehalten oder in Kauf genommen, dass sie durch die Beschriftung der Etiketle bzw. die



Umetikettierung ein Arzneimittel herstellen könnte (vgl. Berufungsbegründung der Beschuldigten vom 20. August 2020, S. 16 ff.).

6.3 Die Staatsanwaltschaft lässt sich zu den Vorbringen der Beschuldigten hinsichtlich der Übertretungstatbestände weder in ihrer Berufungsantwort noch anlässlich der Berufungsverhandlung vernehmen.

6.4 Vorab ist zu konstatieren, dass der Geschehensablauf hinsichtlich des Bezugs und die eigenmächtige Beschriftung des mit Blankoetiketten versehenen Natrium-Pentobarbitals sowie dessen Umetikettierung und Abgabe an Patienten unbestritten ist, weshalb diesbezüglich in Anwendung von Art. 82 Abs. 4 StPO in grundsätzlicher Weise auf das vorinstanzliche Urteil verwiesen werden kann (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.2.2).

Darüber hinaus liegen dem Kantonsgesicht die Depositionen der Beschuldigten vor den Schranken vor, wonach sich diese auf ihre Apothekerin OO.____ sowie den damaligen Kantonsapotheker Dr. B.____ verlassen habe, weshalb sie davon ausgegangen sei, das Umetikettieren von nicht benutzten Natrium-Pentobarbital-Abfüllungen bzw. das Ausfüllen von Blankoetiketten stelle keine Herstellung im Sinne des HMG dar (vgl. Protokoll Berufungsverhandlung, S. 42 f.).

Des Weiteren haben sowohl die Apothekerin OO.____ (Einvernahme vom 10. Januar 2018, act. 1435 ff.) als auch der damalige Kantonsapotheker Dr. B.____ (Einvernahme vom 14. Februar 2018, act. 1489 ff.) bei der Staatsanwaltschaft Aussagen getätigt. OO.____ hat anlässlich ihrer Einvernahme bestätigt, dass sie angenommen habe, die Beschuldigte habe rechtmässig gehandelt, wobei die Initiative von der Beschuldigten ausgegangen sei und diese OO.____ versichert habe, es gebe keinerlei rechtliche Bedenken hinsichtlich des zwischen ihnen vereinbarten Vorgehens (vgl. act. 1437 f. sowie 1443). Dr. B.____ hat demgegenüber angegeben, dass er mit der Beschuldigten erst ab Sommer 2017 Kontakt gehabt habe, nachdem er von der Staatsanwaltschaft schriftlich um Auskunft gebeten worden sei und festgestellt habe, dass das Verhalten der Beschuldigten und von OO.____ nicht dem im Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung empfohlenen Verhalten entsprochen habe (vgl. act. 1491).



Dem Kantonsgesicht liegt weiter das Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfe mit Stand vom 30. April 2014 vor (vgl. act. 1293 f.). Gemäss dessen Ziff. 4.5 ist das Gefäss, in welches das Natrium-Pentobarbital abgefüllt wird, mit einem deutlichen Hinweis zu versehen, dass es nur für diejenige Person verwendet werden darf, deren Name, Vorname und Geburtstag auf dem Gefäss angebracht ist (vgl. act. 1295). Ferner darf gemäss Ziff. 4.6 die für einen bestimmten Patienten bereitgestellte Dosis nicht für eine andere Person verwendet werden (vgl. act. 1295).

Ferner liegt das Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfe mit Stand vom 29. Oktober 2015 bei den Akten (vgl. act. 1297 f.). Auch hier hält Ziff. 4.5 fest, dass das Gefäss, in welches das Natrium-Pentobarbital abgefüllt wird, mit einem deutlichen Hinweis zu versehen ist, dass es nur für diejenige Person verwendet werden darf, deren Name, Vorname und Geburtstag auf dem Gefäss angebracht ist (vgl. act. 1297). Auch hier ist ausserdem festgehalten, dass gemäss Ziff. 4.6 die für einen bestimmten Patienten bereitgestellte Dosis nicht für eine andere Person verwendet werden darf (vgl. act. 1299).

Es ist daher festzustellen, dass die Aussage der Beschuldigten, sie habe sich bei ihrem Vorgehen auf den Kantonsapotheker sowie die Apothekerin OO.____ verlassen, durch deren Aussagen widerlegt wird. Vielmehr kam ein Kontakt mit dem Kantonsapotheker erst zustande, nachdem sich die gemäss Anklageziffern II.2 und II.3 vorgeworfenen Sachverhalte ereignet hatten. Dies wird auch durch die Vereinbarung der Beschuldigten mit OO.____ vom 4. bzw. 15. November 2017 belegt, deren Kenntnisnahme durch den Kantonsapotheker am 21. November 2017 erfolgt und unterschriftlich bestätigt worden ist (vgl. act. 1311). Des Weiteren erscheint die Aussage von OO.____, sie habe sich auf die Beschuldigte verlassen (vgl. act. 1437 f. sowie 1443), als plausibel und glaubhaft.

6.5 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung fallen unter aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG (Magistralrezeptur, formula magistralis) jene Arzneimittel, die auf ärztliche Verschreibung hin im Bedarfsfalle einzeln zubereitet werden, weil die Substanz etwa in der benötigten Zusammensetzung oder Dosierung nicht auf dem Markt erhältlich ist (vgl. BGE 132 II 298 E. 4.4.1). Da das Natrium-Pentobarbital nicht in der letalen Dosis für die Suizidbeihilfe auf dem Markt verfügbar ist, fällt es unter aArt. 9 Abs. 2 HMG. Dies wird entsprechend auch in der Lehre so vertreten



(vgl. LAURA PULTRONE, Rezeptierung von NaP für die Suizidbeihilfe – Unter besonderer Betrachtung der Möglichkeit einer Rezeptierung an gesunde Personen, in: CONINX/EGE/MAUSBACH [Hrsg.], Prävention und freiheitliche Rechtsordnung, 2017, S. 184; vgl. ferner KLAUS P. HOTZ, Barbiturat – das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital NaP, in: WEHRLI/SUTTER/KAUFMANN [Hrsg.], Der organisierte Tod, Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende: Pro und Contra, 2. Aufl. 2015, S. 261; vgl. auch die Ausführungen im Bericht des Bundesrates "Palliativ Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe", Juni 2011, S. 23; Ergänzungsbericht des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements zum Bericht "Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?", Juli 2007, S. 4).

Laut aArt. 5 Abs. 1 lit. a HMG ist eine Bewilligung von Swissmedic nötig, damit eine Person Arzneimittel herstellen darf. Hinsichtlich Arzneimitteln gemäss aArt. 9 Abs. 2 lit. a bis c^{bis} HMG, worunter auch die nach Magistralrezeptur hergestellten Wirkstoffe fallen, sieht aArt. 5 Abs. 2 lit. a HMG indessen vor, dass der Bundesrat die Herstellung dieser Arzneimittel unter eine kantonale Melde- oder Bewilligungspflicht stellen kann. Der Bundesrat hat in der Folge in Art. 6 Abs. 2 der inzwischen ausser Kraft getretenen Verordnung vom 17. Oktober 2001 über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (Arzneimittel-Bewilligungsverordnung, AMBV; SR 812.212.1) vorgesehen, dass Personen, welche über eine Detailhandelsbewilligung zum Vertrieb von Arzneimitteln gemäss Art. 30 HMG verfügen, eine Risikoprüfung gemäss Anhang 1b der AMBV durchführen können. Sofern die Risikoprüfung einen im Anhang 1b der AMBV festgelegten Schwellenwert nicht überschreitet, ist lediglich eine kantonale Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln nach formula magistralis erforderlich (Art. 6 Abs. 2 AMBV). Die aktuell geltende Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich vom 14. November 2018 (Arzneimittel-Bewilligungsverordnung, AMBV; SR 812.212.1) sieht in deren Art. 8 eine mit der altrechtlichen identische Lösung vor, wonach im Falle einer entsprechenden Risikoprüfung eine kantonale Bewilligung anstelle einer Bewilligung von Swissmedic ausgestellt werden kann.

Der Begriff der Herstellung umfasst laut der Legaldefinition gemäss aArt. 4 Abs. 1 lit. c HMG sämtliche Arbeitsgänge der Heilmittelproduktion von der Beschaffung der Ausgangsmaterialien über die Verarbeitung bis zur Verpackung, Lagerung und Auslieferung des Endproduktes sowie die Qualitätskontrollen und die Freigaben. Gemäss Entscheid der eidgenössischen Rekurskommission für Heilmittel gehört zum Verpackungsvorgang auch, dass das Arzneimittel (primär und sekundär) verpackt, etikettiert und mit der erforderlichen Arzneimittelinformation versehen



sowie kontrolliert und freigegeben wird (vgl. Entscheid der Eidgenössischen Rekurskommission für Heilmittel VPB-69.98 vom 11. Mai 2005 i.S. B. AG [HM 04.085] E. 3.2.1). Ebenso wird im Schrifttum festgehalten, dass der Herstellungsprozess auch die Etikettierung mitumfasst (vgl. BORIS KREIT, Bekämpfung der Heilmittelkriminalität, Bern 2016, S. 13).

Das Abgabesystem des Heilmittelgesetzes beruht im Interesse der Arzneimittelsicherheit und des Patientenschutzes auf einer Fachberatung durch entsprechende Hinweise im Rahmen der Verschreibung und der Abgabe (vgl. Botschaft vom 1. März 1999 zu einem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte, BBl 1999 III, 3513 f.; BGE 142 II 80 E. 2.2). Dabei hat die Apothekerin grundsätzlich nach den Vorgaben der ärztlichen Verschreibung zu handeln, muss sich indessen bei der das Rezept ausstellenden Person über die Richtigkeit vergewissern, wenn sie nach den Umständen an der medizinischen Indikation des verschriebenen Arzneimittels zweifeln muss (vgl. BGE 142 II 80 E. 2.2; BGE 140 II 520 E. 3.2; BGer 9C_397/2009 vom 16. Oktober 2009 E. 4.3; BÜRGI, a.a.O., Art. 24 HMG N 11 und Art. 26 HMG N 10 ff.).

Dementsprechend erhellt aus dem Schutzgedanken des HMG, dass dessen Bestimmungen eine Validierung der Abgabe von nach formula magistralis hergestellten Arzneimitteln durch die zuständige Apothekerin oder den zuständigen Apotheker verlangen. Dies muss zweifelsohne auch für einen tödlichen Wirkstoff wie Natrium-Pentobarbital gelten, auch wenn dessen Zusammensetzung stets dieselbe ist. Die Beschriftung mit den Personalien der Patientin oder des Patienten und somit das entsprechende Ausfüllen der Etiketten auf den Natrium-Pentobarbital-Behältern bzw. deren Umetikettierung bildet daher einen Herstellungsvorgang bezüglich eines nach formula magistralis hergestellten Arzneimittels im Sinne von aArt. 9 Abs. 2 HMG. Würde die Beschriftung mit den Patientendaten nicht hierunter subsummiert, könnte das vom HMG vorgesehene Kontrollsystem entgegen dem Gesetzeszweck unterlaufen werden.

Schliesslich sieht der Wortlaut von aArt. 9 Abs. 2 HMG vor, dass die in einer Apotheke nach formula magistralis in Ausführung einer ärztlichen Verschreibung für eine bestimmte Person hergestellten Arzneimittel nur auf ärztliche Verschreibung hin abgegeben werden dürfen. Dabei besteht die Abgabe eines Heilmittels gemäss der Legaldefinition von aArt. 4 Abs. 1 lit. f HMG in der "entgeltlichen oder unentgeltlichen Übertragung oder Überlassung eines verwendungsfertigen Heilmittels für die Verwendung durch den Erwerber oder die Erwerberin sowie für die Anwendung an Drittpersonen oder an Tieren". Die Verwendungsfertigkeit zeichnet sich dabei



dadurch aus, dass ein Heilmittel sämtliche Schritte der Herstellung gemäss aArt. 4 Abs. 1 lit. c HMG durchlaufen hat oder entsprechend dessen Eignung und Bestimmung zur unmittelbaren Abgabe hätte durchlaufen müssen (vgl. Entscheid der Eidgenössischen Rekurskommission für Heilmittel VPB-69.98 vom 11. Mai 2005 i.S. B. AG [HM 04.085] E. 3.2.1). Wer berechtigt ist, nach formula magistralis hergestellte Arzneimittel abzugeben, ergibt sich aus dem Wortlaut von aArt. 9 Abs. 2 HMG sowie dem vorstehend dargelegten, vom Gesetzgeber vorgesehenen Vieraugenprinzip, wonach die ärztliche Verschreibung von dem oder der Apothekerin validiert werden muss. Die Abgabe einer Dosis Natrium-Pentobarbital muss somit direkt durch den oder die Apothekerin erfolgen.

6.6 Aus dem Dargelegten erhellt, dass die Einwände der Beschuldigten unbehelflich sind. Unbestritten ist, dass die Beschuldigte über keine Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln verfügt. Soweit sie geltend macht, sie habe keinen Vorsatz in Bezug auf die Herstellung eines Arzneimittels gehabt, ist sie nicht zu hören. Die Beschuldigte hat selbst ausgeführt, dass sie über 13 Jahre Erfahrung in der Sterbehilfe verfüge und seit der Gründung ihrer eigenen Suizid-beihilfeorganisation ausserdem schätzungsweise 400 Personen in den Tod begleitet habe (vgl. act. S 417 sowie S 429). Sie kann sich daher nicht ernstlich darauf berufen, kein Unrechtsbewusstsein in Bezug auf ihr Vorgehen gehabt zu haben, zumal das von ihr selbst angerufene Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfe mit Stand vom 30. April 2014 (vgl. act. 1293 f.) als auch mit Stand vom 29. Oktober 2015 (vgl. act. 1297 f.) in Ziff. 4.5 ausdrücklich festhält, auf der Etikette müssen zusätzlich zum Verwendungszweck Name, Vorname und Geburtstag des konkreten Patienten aufgeführt sein. Es kommt hinzu, dass die Beschuldigte vor den gerichtlichen Schranken selbst dargelegt hat, ihr sei aus ihrer Tätigkeit als Konsiliarärztin für die Organisation MM.____ bekannt gewesen, dass die Verwendung von bereits etikettierten Dosen Natrium-Pentobarbital für andere Patienten unzulässig ist (vgl. act. S 453). Schliesslich hat die Apothekerin OO.____, von welcher die Beschuldigte das Natrium-Pentobarbital bezogen hat, entgegen der Beschuldigten anlässlich ihrer Einvernahme durch die Staatsanwaltschaft vom 10. Januar 2018 zu Protokoll gegeben, die Initiative sei von der Beschuldigten ausgegangen und diese habe OO.____ versichert, dass das vereinbarte Vorgehen rechtlich zulässig sei (vgl. act. 1437 f.). Die Behauptung der Beschuldigten, sie habe kein Arzneimittel herstellen wollen, ist somit als unbeachtlicher Subsumptionsirrtum zu qualifizieren (vgl. BGE 112 IV 132 E. 4.b; BGE 138 IV 13 E. 8.1 f.; BGE 124 IV 286 E. 1.h).



Auch hinsichtlich des Vorwurfs der Abgabe von Natrium-Pentobarbital ohne Berechtigung sind die Argumente der Beschuldigten nicht überzeugend. Zwar macht sie zu Recht geltend, dass das von ihr angerufene Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfe mit Stand vom 30. April 2014 (vgl. act. 1295) als auch mit Stand vom 29. Oktober 2015 (vgl. act. 1299) in Ziff. 4.7 festhält, dass die Abgabe des Medikaments an die behandelnde Ärztin erfolgen könne bzw. diese das Arzneimittel bis zur Suizidbegleitung aufbewahre. Dies betrifft aber einzig das bereits verwendungsfertige und somit bereits für eine bestimmte Patientin oder für einen bestimmten Patienten vorgesehene Natrium-Pentobarbital. Unzulässig ist es demgegenüber, wenn eine Ärztin bei sich vorrätige Natrium-Pentobarbital-Dosen abgibt und damit die gesetzlich vorgesehene Validierung durch den oder die Apothekerin umgeht. Auch das Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung lässt keine anderen Schlüsse zu. Dass die Beschuldigte selbst unberechtigterweise den letzten Herstellungsschritt an sich gezogen hat, indem sie selbst die Natrium-Pentobarbital-Behälter mit den Patientendaten beschriftet hat, ändert nichts daran, dass die Verwendung des Medikaments eine Abgabe im Sinne des Gesetzes darstellt, da ein Heilmittel auch dann verwendungsfertig im Sinne von aArt. 4 Abs. 1 lit. f HMG ist, wenn es entsprechend dessen Eignung und Bestimmung zur unmittelbaren Abgabe sämtliche Herstellungsschritte gemäss aArt. 4 Abs. 1 lit. c HMG hätte durchlaufen müssen (vgl. E. IV.6.5 hiervor). Insofern kann offengelassen werden, ob das Natrium-Pentobarbital durch die Beschriftung durch die Beschuldigte zum verwendungsfertigen Heilmittel im eigentlichen Sinne geworden ist. Eine Abgabe im Sinne des Gesetzes liegt jedenfalls vor, und die Beschuldigte war dazu nicht berechtigt. Nicht zu beanstanden ist demgegenüber die Praxis, dass die von den Patienten dazu bevollmächtigten behandelnden Medizinalpersonen das Natrium-Pentobarbital entgegennehmen und bis zur Sterbebegleitung bei sich sicher verwahren.

Beizupflichten ist der Vorinstanz schliesslich, dass weder Rechtfertigungs- noch Schuldausschlussgründe ersichtlich sind. Insbesondere haben die Vorderrichter richtig festgehalten, dass die von der Beschuldigten geltend gemachten dringlichen Situationen, in denen kurzfristig der tödliche Wirkstoff erhältlich gemacht werden müsse, die normalerweise liefernde Apotheke aber gerade z.B. wegen Ferien geschlossen ist, keinen Rechtfertigungs- oder Schuldausschlussgrund darstellen. Für dringliche Situationen muss und kann die Beschuldigte Alternativlösungen suchen. Dass dies möglich ist, hat – wie die Vorinstanz zu Recht festgehalten hat – etwa der Bezug von Natrium-Pentobarbital durch die Beschuldigte im Kanton XG._____ im Jahre 2018



bewiesen (vgl. act. 1345 f.). Zuzustimmen ist dem Strafgericht sodann, dass eine konkrete Gefährdung der Gesundheit von Menschen im Zusammenhang mit dem Vorwurf des Herstellens von Arzneimitteln nach formula magistralis aus der Anklageschrift nicht ersichtlich und auch nicht angeklagt ist, womit die gravierendere Tatbestandsvariante von vornherein entfällt (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. III.3.2).

Demgemäss ist der Schuldspruch der Vorinstanz wegen Herstellung von Arzneimitteln gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b und c HMG, aArt. 5 Abs. 1 lit. a HMG sowie aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG in diesbezüglicher Abweisung der Berufung der Beschuldigten zu bestätigen.

7. Vorratshaltung eines widerrechtlich hergestellten und somit nicht verwendungsfertigen und verkehrsfähigen Arzneimittels

7.1 Schliesslich hat das Strafgericht die Beschuldigte wegen des Vorwurfs der Vorratshaltung eines widerrechtlich hergestellten und somit nicht verwendungsfertigen und verkehrsfähigen Arzneimittels gestützt auf § 82 Abs. 1 lit. a GesG i.V.m. § 48 Abs. 1 GesG und § 27 Abs. 1 der Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 17. März 2009 (Arzneimittelverordnung; SGS 913.11) schuldig gesprochen. Die Beschuldigte habe nicht über die gemäss § 48 GesG erforderliche Bewilligung zur Lagerung eines noch nicht verwendungsfertigen und verkehrsfähigen Arzneimittels verfügt. Die Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke vermöge daran nichts zu ändern, zumal diese gemäss § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung nur in der Schweiz zugelassene oder rechtmässig eingeführte Arzneimittel abdecke. In Magistralrezeptur hergestellte, aber noch nicht verwendungsfertige und verkehrsfähige Arzneimittel seien indes keine in der Schweiz zugelassenen Arzneimittel. Deshalb stelle die Vorratshaltung von Natrium-Pentobarbital eine gestützt auf § 82 Abs. 1 lit. a GesG zu ahndende Übertretung dar.

7.2 Die Beschuldigte hält den vorinstanzlichen Erwägungen entgegen, dass Medizinalpersonen, die ihre Tätigkeit selbstständig ausüben, gemäss aArt. 9 des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121) Betäubungsmittel ohne Bewilligungen beziehen, lagern, verwenden und abgeben dürften. Da sowohl das HMG als auch das BetmG den Zweck verfolgen würden, die Gesundheit von Menschen zu schützen, wäre es nach Ansicht der Beschuldigten unverantwortlich, eine letale Dosis Natrium-Pentobarbital direkt an sterbewillige Personen oder an von die-



sen bezeichnete Vertreter abzugeben. Aus diesem Grund hätte ein Konsens unter den in der Sterbehilfe tätigen Ärztinnen und Apothekerinnen bestanden, wonach die letale Dosis des Wirkstoffes immer nur der Ärztin bzw. einer von dieser bezeichneten Vertretung ausgehändigt und bei dieser aufbewahrt worden sei. Dies spiegle sich auch im Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfe mit Stand vom 30. April 2014, welches empfehle, das Präparat ausschliesslich direkt der zuständigen Ärztin auszuliefern und von dieser aufbewahren zu lassen, wieder. Es liege daher kein Verstoss gegen das kantonale Übertretungsstrafrecht vor (vgl. Berufungsbegründung der Beschuldigten vom 20. August 2020, S. 22 f.).

7.3 Vorab ist zu konstatieren, dass der Geschehensablauf hinsichtlich des Aufbewahrens der mit Blankoetiketten versehenen Natrium-Pentobarbital-Dosen im Tresor der Beschuldigten in XH.____ unbestritten ist, weshalb diesbezüglich in Anwendung von Art. 82 Abs. 4 StPO in grundsätzlicher Weise auf das vorinstanzliche Urteil verwiesen werden kann (vgl. Urteil der Vorinstanz, E. II.2.2).

Dem Kantonsgesicht liegen ausserdem das bereits genannte Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfe mit Stand vom 30. April 2014 und 29. Oktober 2015 sowie die Depositionen von OO.____ und Dr. B.____ vor (vgl. E. IV.6.4 hiervor).

Ausserdem befindet sich die der Beschuldigten von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft ausgestellte Bewilligung vom 18. Oktober 2013 zum Betrieb einer Praxisapotheke bei den Akten (vgl. act. 1153 f.).

7.4 Gemäss § 82 Abs. 1 lit. a GesG wird mit Busse bestraft, wer eine nach diesem Gesetz bewilligungspflichtige Tätigkeit ausübt, ohne im Besitz der entsprechenden Bewilligung zu sein.

Von Bundesrechts wegen sind Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der sogenannten Selbstdispensation erst dann ermächtigt, Medikamente abzugeben, wenn sie über eine entsprechende kantonale Detailhandelsbewilligung gemäss Art. 30 HMG verfügen (vgl. BGE 140 II 520 E. 3.1). Gemäss § 48 GesG bedarf einer Bewilligung der Direktion, wer Heilmittel in Praxisapotheken lagert und abgibt, sofern nicht das eidgenössische Heilmittelinstitut oder eine andere Bundes-



behörde für die Bewilligungserteilung zuständig ist. Nach § 54 Abs. 1 GesG sind Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Befugnis berechtigt, Heilmittel an ihre Patienten abzugeben, sofern sie über eine Bewilligung nach § 48 verfügen. Laut § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung sind Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung zum Betrieb einer Praxisapotheke berechtigt, im Rahmen von § 54 GesG in der Schweiz zugelassene oder rechtmässig eingeführte Arzneimittel zu lagern und an ihre Patientinnen und Patienten oder an die Halterinnen und Halter kranker Tiere abzugeben.

Gemäss aArt. 2 Abs. 1 lit. b HMG gelten die Bestimmungen des HMG für jene Betäubungsmittel gemäss BetmG, welche als Heilmittel verwendet werden. Unter den Begriff Heilmittel fallen gemäss aArt. 2 Abs. 1 lit. a HMG die Arzneimittel und Medizinprodukte. Arzneimittel sind gemäss der Legaldefinition von aArt. 4 Abs. 1 lit. a HMG Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen. Medizinprodukte sind demgegenüber gemäss aArt. 4 Abs. 1 lit. b HMG solche Produkte, einschliesslich Instrumente, Apparate, In-vitro-Diagnostika, Software und andere Gegenstände oder Stoffe, die für die medizinische Verwendung bestimmt sind oder angepriesen werden und deren Hauptwirkung nicht durch ein Arzneimittel erreicht wird.

Wird Natrium-Pentobarbital in der Suizidbeihilfe eingesetzt, so ist es als Arzneimittel zu qualifizieren. Es ist diesfalls ein Produkt chemischen Ursprungs, das zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen Organismus bestimmt ist. Da das Gesetz aufgrund der Formulierung "insbesondere" keine abschliessende Aufzählung enthält, braucht nicht entschieden zu werden, ob sich die Verwendung von Natrium-Pentobarbital zum Zwecke der Selbsttötung unter den Begriff "Behandlung von Krankheiten" im Sinne des HMG subsumieren liesse. Überzeugender erscheint diesbezüglich aber, Natrium-Pentobarbital zum Zwecke der Suizidbegleitung generell den Bestimmungen des HMG zu unterstellen, unabhängig davon, ob die suizidwillige Person an einer Krankheit leidet oder nicht. Dies ergibt sich allein schon aus dem Schutzzweck des HMG, welcher diesbezüglich weiter geht als das BetmG und deshalb Vorrang hat (vgl. THOMAS EICHENBERGER, Basler Kommentar HMG, 2006, Art. 2 N 9 f.).



Natrium-Pentobarbital ist in der Schweiz im Humanmedizinbereich nicht als Arzneimittel zugelassen, weshalb die Verschreibung und Herstellung dieses Wirkstoffes für die Verwendung zur Suizidbeihilfe im Rahmen der Bestimmung von Art. 9 Abs. 2 lit. a HMG nach formula magistralis erfolgt (vgl. E. IV.6.5 hiervor). Die Bestimmungen des HMG und des kantonalen Gesundheitsgesetzes gehen daher den Bestimmungen des BetmG vor, weil im Rahmen der Suizidbeihilfe Natrium-Pentobarbital nicht als Betäubungsmittel, sondern als nach formula magistralis hergestelltes Arzneimittel verwendet wird. Da gemäss § 27 Arzneimittelverordnung die Befugnis zur Führung einer Praxisapotheke lediglich die Lagerung von in der Schweiz zugelassenen oder rechtmässig aus dem Ausland in die Schweiz eingeführten Arzneimitteln umfasst, ist die Lagerung von Natrium-Pentobarbital in letaler Dosis zum Zwecke der Suizidbeihilfe in Praxisapotheken somit nach anwendbarem kantonalem Recht unzulässig, sofern nicht gemäss § 49 Abs. 1 lit. d GesG eine eigene Bewilligung hierfür erteilt wurde.

7.5 Die Beschuldigte verfügt zwar über eine kantonale Bewilligung zum Betrieb einer Praxisapotheke (vgl. act. 1153 f.). Diese erstreckt sich aber im Lichte des Dargelegten nicht auf die Bewilligung zur Lagerung von Natrium-Pentobarbital in letaler Dosis zum Zwecke der Suizidbeihilfe. Das ergibt sich auch aus Ziff. 2 der fraglichen Bewilligung, welche unter dem Titel "Bewilligungsumfang" erläutert, dass die Bewilligung lediglich "zum Bezug, zur Lagerung und Abgabe von in der Schweiz zugelassenen Arzneimitteln gemäss Art. 23-26 des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG) vom 15. Dezember 2000" berechtigt (vgl. act. 1153).

Nicht zu hören ist der Einwand der Beschuldigten, sie hätte vorsatzlos gehandelt. Es kann sinngemäss auf das bereits Dargelegte verwiesen werden (vgl. E. IV.6.6 hiervor). Die Beschuldigte unterlag – wenn überhaupt – höchstens einem unbeachtlichen Subsumptionsirrtum.

Unbehelflich sind ausserdem die Ausführungen der Beschuldigten, dass es zu gefährlich wäre, wenn Natrium-Pentobarbital in den Apotheken direkt an die sterbewillige Person oder an eine von dieser bezeichneten Vertreterin abgegeben würde. Es wurde bereits vorstehend dargelegt, dass nicht zu beanstanden ist, wenn das einer bestimmten Patientin verschriebene Natrium-Pentobarbital durch die dazu bevollmächtigte behandelnde Ärztin in der Apotheke im Vorfeld der Suizidbegleitung entgegengenommen wird (vgl. E. IV.6.6 hiervor). Der Vorwurf, welcher der Beschuldigten gemacht wird, ist denn auch ein anderer: Die Staatsanwaltschaft wirft der Beschuldigten vielmehr vor, dass sie Natrium-Pentobarbital-Dosen bei sich zuhause in einem



Tresor aufbewahrt hat, welche mangels entsprechender Etikettierung respektive Verschreibung noch gar nicht für bestimmte Patienten bestimmt gewesen sind. Insofern liegt der Vorwurf darin, dass die Beschuldigte mit der Lagerung des Natrium-Pentobarbitals einzig ihre eigenen Abläufe vereinfachte. Dies stellt zweifellos keinen im strafrechtlichen Sinne beachtlichen Rechtfertigungs- oder Schuldausschlussgrund dar. Nicht vorgeworfen wird der Beschuldigten im vorliegenden Verfahren demgegenüber, sie habe das bereits für eine bestimmte Person vorgesehene Präparat persönlich in der Apotheke abgeholt.

Aus der vorgenannten Erwägungen erhellt, dass in entsprechender Abweisung der Berufung der Beschuldigten der Schuldspruch der Vorinstanz gestützt auf § 82 Abs. 1 lit. a GesG i.V.m. § 48 Abs. 1 GesG und § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung zu bestätigen ist.

V. Strafzumessung

1. Das Strafgericht verurteilte die Beschuldigte wegen mehrfacher Widerhandlung gegen das HMG sowie mehrfacher Widerhandlung gegen das GesG zu einer bedingt vollziehbaren Freiheitsstrafe von 15 Monaten, bei einer Probezeit von 4 Jahren, sowie zu einer Busse von Fr. 20'000.00, wobei für den Fall schuldhafter Nichtbezahlung der Busse eine Ersatzfreiheitsstrafe von 90 Tagen angedroht wurde (Dispositiv-Ziffer 1). Zusätzlich wurde der Beschuldigten in Anwendung von Art. 44 Abs. 2 StGB i.V.m. Art. 94 StGB für die Dauer der Probezeit untersagt, Personen mit aus den Krankenakten hervorgehender Diagnose einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung (ICD-10 F00 bis F99) Medikamente zur Sterbehilfe (bspw. Natrium-Pentobarbital) zu verschreiben (Dispositiv-Ziffer 4).

2.1 Die Berufungsinstanz fällt ein neues Urteil (Art. 408 StPO) und hat die Strafe nach ihrem eigenen Ermessen festzusetzen. Unter dem Vorbehalt des Verbots der "*reformatio in peius*" gemäss Art. 391 Abs. 2 StPO muss sie sich nicht daran orientieren, wie die erste Instanz die einzelnen Strafzumessungsfaktoren gewichtet hat (vgl. BGer 6B_298/2013 vom 16. Januar 2014 E. 6.2).

2.2 Gemäss Art. 47 StGB sind bei der Strafzumessung das Vorleben und die persönlichen Verhältnisse sowie die Wirkung der Strafe auf das Leben der Täterin zu berücksichtigen (Abs. 1). Das Verschulden wird nach der Schwere der Verletzung oder Gefährdung des be-



troffenen Rechtsguts, nach der Verwerflichkeit des Handelns, den Beweggründen und Zielen der Täterin sowie danach bestimmt, wie weit die Täterin nach den inneren und äusseren Umständen in der Lage war, die Gefährdung oder Verletzung zu vermeiden (Abs. 2). Hat die Täterin durch eine oder mehrere Handlungen die Voraussetzungen für mehrere gleichartige Strafen erfüllt, so verurteilt sie das Gericht zu der Strafe der schwersten Straftat und erhöht sie angemessen (Art. 49 Abs. 1 StGB).

2.3 Das Gericht bewertet das Verschulden ausgehend von der objektiven Tatschwere. Es muss dazu gemäss Art. 50 StGB festhalten, was die für die Strafzumessung erheblichen Umstände sind und wie es diese gewichtet. Hierzu muss das Gericht in seinem Urteil darlegen, welche verschuldensmindernden und welche verschuldenserhöhenden Gründe im konkreten Fall gegeben sind, um so zu einer Gesamteinschätzung des Tatverschuldens zu gelangen (vgl. BGE 136 IV 55 E. 5.5). Es liegt im Ermessen des Sachgerichts, in welchem Umfang es die verschiedenen Strafzumessungsfaktoren berücksichtigt. Es muss nicht auf Umstände ausdrücklich eingehen, die es – ohne dass dies ermessensverletzend wäre – bei der Strafzumessung als nicht massgebend oder nur von geringem Gewicht erachtet (vgl. BGer 6P.66/2006 vom 16. Februar 2007 E. 4). Auch ist das Gericht nicht gehalten, in Zahlen oder Prozenten anzugeben, wie es die einzelnen Strafzumessungskriterien berücksichtigt (vgl. BGE 136 IV 55 E. 5.6). Allerdings muss das Gericht das Gesamtverschulden qualifizieren und die Gesamteinschätzung des Tatverschuldens im Urteil ausdrücklich benennen, wobei von einer Skala denkbarer Abstufungen nach Schweregrad auszugehen ist (leicht, mittelschwer, schwer, sehr schwer).

Nachdem das Gericht das Gesamtverschulden qualifiziert hat, muss es die (hypothetische) Strafe, die diesem Verschulden entspricht, innerhalb des zur Verfügung stehenden Strafrahmens der schwersten Straftat bestimmen. Die tat- und täterangemessene Strafe ist grundsätzlich innerhalb des ordentlichen Strafrahmens der schwersten anzuwendenden Strafbestimmung festzusetzen. Dieser Rahmen ist vom Gesetzgeber in aller Regel sehr weit gefasst, um sämtlichen konkreten Umständen Rechnung zu tragen. Der ordentliche Strafrahmen wird durch Strafschärfungs- oder Strafmilderungsgründe nicht automatisch erweitert oder verkleinert, um daraufhin in diesem neuen Strafrahmen die Strafe festzusetzen. Vielmehr ist der ordentliche Strafrahmen nur dann zu verlassen, wenn aussergewöhnliche Umstände vorliegen und die für die betreffende Tat angedrohte Strafe im konkreten Fall zu hart oder zu milde erscheint (vgl. BGE 136 IV 55 E. 5.8).



Nachdem das Gericht innerhalb des Strafrahmens der schwersten Straftat die Einsatzstrafe festgelegt hat, muss diese unter Einbezug der anderen Straftaten zu einer Gesamtstrafe erhöht werden, wobei wiederum den jeweiligen Umständen Rechnung zu tragen ist. Die Bildung einer Gesamtstrafe ist indessen nur bei gleichartigen Strafen möglich. Ungleichartige Strafen sind kumulativ zu verhängen, da das Asperationsprinzip nur greift, wenn mehrere gleichartige Strafen ausgesprochen werden (vgl. BGE 138 IV 120 E. 5.2).

Die so ermittelte Strafe kann dann gegebenenfalls in einem dritten Schritt aufgrund wesentlicher Täterkomponenten, d.h. aufgrund tatunabhängiger Strafzumessungsfaktoren erhöht oder reduziert werden (vgl. BGE 136 IV 55 E. 5.7; BGE 134 IV 132 E. 6.1).

2.4 Gemäss Art. 106 Abs. 3 StGB bemisst das Gericht die Busse (und die Ersatzfreiheitsstrafe) je nach den Verhältnissen der Täterin so, dass diese die Strafe erleidet, die ihrem Verschulden angemessen ist. Bussen des Verwaltungsstrafrechts, welche einen Betrag von Fr. 5'000.00 übersteigen, sind gemäss dem laut Art. 333 Abs. 3 StGB anwendbaren Art. 8 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsstrafrecht vom 22. März 1974 (VStrR; SR 313.0) ebenfalls nach diesen Kriterien festzusetzen (vgl. Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über das Verwaltungsstrafrecht vom 21. April 1971, BBl 1971, 1006). Dementsprechend berücksichtigt das Gericht die allgemeinen Strafzumessungsregeln von Art. 47 ff. StGB auch bei der Verhängung von Bussen (vgl. HANS MATHYS, Leitfaden Strafzumessung, 2. Aufl., 2019, Rz. 458; BGE 119 IV 10 E. 4.b).

Bei Übertretungen gilt es zu beachten, dass die Busse die mildest mögliche Strafe darstellt und die Tatbestände – zumindest in casu – keine Mindestbusse vorsehen. Deshalb bleibt bei Übertretungen eine Strafmilderung ohne Wirkung auf den Strafrahmen und beeinflusst lediglich strafmindernd die Strafzumessung (vgl. STEFAN HEIMGARTNER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 106 N 35).

3.1.1 Den dargelegten Grundsätzen folgend (vgl. E. V.2.1 ff. hiavor) muss das Kantonsgesicht für die Bildung einer Gesamtstrafe in einem ersten Schritt den Strafrahmen für die schwerste Straftat bestimmen, wobei es von der abstrakten Strafandrohung ausgeht. Sodann muss es die Einsatzstrafe für diese Tat innerhalb des Strafrahmens festsetzen, wobei es alle straf erhöhenden und strafmindernden Umstände miteinzubeziehen hat.



In casu erscheinen die Vorwürfe der Herstellung eines Arzneimittels nach Magistralrezeptur ohne Bewilligung gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG, aArt. 5 Abs. 1 lit. a HMG sowie aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG sowie der Heilmittelabgabe ohne Berechtigung gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. c HMG sowie aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG als schwerwiegender denn jener der Vorratshaltung eines widerrechtlich hergestellten und somit nicht verwendungsfertigen und verkehrsfähigen Arzneimittels gemäss § 82 Abs. 1 lit. a GesG i.V.m. § 48 Abs. 1 GesG und § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung. Dies rührt daher, dass das unbefugte Herstellen und das unberechtigte Abgeben je ein aktives Handeln verlangen, während das blosses Aufbewahren vorwiegend passiv ist. Dementsprechend stellen die Übertretungen gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG den schwerwiegenderen Vorwurf dar. Hinsichtlich des Verhältnisses der Vorwürfe der Herstellung eines Arzneimittels nach Magistralrezeptur ohne Bewilligung sowie der Heilmittelabgabe ohne Berechtigung ist zu konstatieren, dass diese Handlungen mangels Vorliegens einer konkreten Gefährdung beide unter den Übertretungsbestand von aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG fallen. Demgemäss ist der Strafraum von aArt. 87 Abs. 1 HMG von Busse bis zu Fr. 50'000.00 in casu für die Festsetzung der Einsatzstrafe heranzuziehen, wobei der altrechtliche Höchstbetrag von Fr. 50'000.00 laut Art. 333 Abs. 4 StGB nicht anzupassen ist.

Da – wie erläutert – der ordentliche Strafraum nur verlassen werden darf, wenn aussergewöhnliche Umstände vorliegen (vgl. BGE 136 IV 55 E. 5.8), was in casu nicht der Fall ist, ist mit der Vorinstanz hinsichtlich der von der Beschuldigten begangenen Übertretungen für die Bestimmung der Einsatzstrafe von einem Strafraum von Busse bis zu Fr. 50'000.00 auszugehen.

Hinsichtlich der Frage der schwersten Straftat gilt es abschliessend festzustellen, dass die der Beschuldigten vorgeworfenen Herstellungs- und Abgabehandlungen stets auf dieselbe Weise abgelaufen sind, indem die Beschuldigte Blankoetiketten beschriftet oder bereits etikettierte Dosen Natrium-Pentobarbital für die Verwendung durch andere Patienten umetikettiert und diese sodann direkt an die Patienten abgegeben hat. Das Kantonsgesetz erachtet weder das Umetikettieren noch das Beschriften von Blankoetiketten noch das unberechtigte Abgeben des Natrium-Pentobarbitals als das per se im Rahmen des inkriminierten Übertretungsstatbestands von aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG schwerwiegenderes Delikt. Dementsprechend zieht das Kantonsgesetz zur Bestimmung der Einsatzstrafe das chronologisch erste Delikt und somit die erste



Herstellungshandlung, mithin das erste inkriminierte Beschriften einer Blankoetikette gemäss Seite 6 der Anklageschrift, heran (vgl. act. S 11).

3.1.2 Bei der objektiven Tatschwere muss geprüft werden, wie stark das strafrechtlich geschützte Rechtsgut beeinträchtigt worden ist (vgl. MATHYS, a.a.O., Rz. 73). Die objektive Tatschwere beschreibt die Tat, wie sie nach aussen in Erscheinung getreten ist, und bewertet diese objektiv festgestellten Tatsachen nach strafrechtlichen Kriterien (vgl. MATHYS, a.a.O., Rz. 77). Im Rahmen dessen sind das Ausmass der Verletzung und Gefährdung des Rechtsgutes sowie die Art und Weise des Tatvorgehens zu berücksichtigen (vgl. Art. 47 Abs. 2 StGB sowie MATHYS, a.a.O., Rz. 89 ff., 96 ff.). Dabei ist auch die kriminelle Energie bedeutend, die durch die Tat und die Tatausführung offenbart wird (BStGer SK.2014.30 vom 9. Dezember 2014, E. 6.3; HANS WIPRÄCHTIGER/STEFAN KELLER, Basler Kommentar StGB, 4. Aufl. 2019, Art. 47 N 90 ff.).

Im vorliegenden Fall ist festzustellen, dass die Beschuldigte durch ihr Vorgehen das gesetzlich vorgesehene wichtige Vier-Augen-Prinzip bei der Abgabe von Medikamenten umgangen hat (vgl. E. IV.6.5 f. hiavor). Allerdings muss zugunsten der Beschuldigten festgehalten werden, dass sie nicht selbst ein Medikament in dem Sinne hergestellt hat, dass sie verschiedene chemische oder biologische Komponenten zu einem Arzneimittel zusammengefügt, sondern lediglich ein bereits verwendungsfertiges Arzneimittel von seiner Zusammensetzung her beschriftet hat. Ferner ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass sich die Beschuldigte jeweils im Nachhinein darum bemüht hat, der Apothekerin OO.____ die Verwendung des Natrium-Pentobarbitals zu melden und dieses im Vorfeld in einem Tresor sicher verwahrt hat (vgl. die Depositionen der Beschuldigten vor der Vorinstanz, act. S 449; Einvernahme von OO.____ durch die Staatsanwaltschaft vom 10. Januar 2018, act. 1445). Insgesamt erweist sich unter Berücksichtigung aller Faktoren die objektive Tatschwere als leicht.

3.1.3 In einem nächsten Schritt ist das subjektive Tatverschulden zu bewerten. Es stellt sich die Frage, wie der Beschuldigten die objektive Tatschwere tatsächlich anzurechnen ist. Insbesondere sind hierbei die Beweggründe für die Tat zu beleuchten (vgl. Art. 47 Abs. 2 StGB sowie MATHYS, a.a.O., Rz. 144 ff., 148 ff., m.w.H.). Dabei spielen nebst der Frage einer verminderten Schuldfähigkeit (Art. 19 StGB) weitere subjektive Verschuldenskomponenten (zum Beispiel die Strafmilderungsgründe gemäss Art. 48 StGB) eine Rolle. Egoistische und verwerfliche Beweg-



gründe oder ein Handeln aus eigenem Antrieb erhöhen das Verschulden, während beispielsweise ein Handeln mit Eventualvorsatz (statt direktem Vorsatz), eine verminderte Schuldfähigkeit, ein unvollendeter Versuch oder die in Art. 48 StGB genannten Strafmilderungsgründe das Verschulden mindern (vgl. ausführlich zu den Strafmilderungsgründen MATHYS, a.a.O., Rz. 334 ff.).

In casu ist mit der Vorinstanz zulasten der Beschuldigten festzuhalten, dass diese die treibende Kraft hinter der inkriminierten Arzneimittelherstellung gewesen ist, was jedenfalls grösstenteils mit ihrem Interesse zu erklären ist, ihren Aufwand so gering wie möglich zu halten (vgl. E. IV.6.6 sowie IV.7.5 hiavor). Ihr Vorgehen rührte primär von Praktikabilitätsüberlegungen, insbesondere einer grösstmöglichen Flexibilität und Unabhängigkeit von der das Natrium-Pentobarbital abfüllenden Apothekerin. Allerdings ist hierbei verschuldensmindernd zu berücksichtigen, dass auch die Apothekerin als Fachperson eine Verantwortung getroffen hätte, sich zu informieren und zum inkriminierten Vorgehen keine Hand zu bieten.

3.1.4 In einer Abwägung der verschiedenen Faktoren kommt das Kantonsgesicht zum Schluss, dass die subjektiven Tatkomponenten das Tatverschulden nicht wesentlich zu erschweren vermögen, weshalb es insgesamt bei einem leichten Tatverschulden bleibt. Gestützt auf diese Erwägungen erachtet das Kantonsgesicht betreffend den Straftatbestand der Herstellung eines Arzneimittels nach Magistralrezeptur ohne Bewilligung gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG, aArt. 5 Abs. 1 lit. a HMG sowie aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG als Einsatzstrafe eine Busse von Fr. 8'000.00 als dem Verschulden und den persönlichen Verhältnissen der Beschuldigten angemessen.

3.2.1 Diese Einsatzstrafe ist aufgrund der mehrfachen Tatbegehung der Herstellung eines Arzneimittels nach Magistralrezeptur ohne Bewilligung gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG, aArt. 5 Abs. 1 lit. a HMG sowie aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG, der mehrfachen Heilmittelabgabe ohne Berechtigung gemäss aArt. 87 Abs. 1 lit. f. HMG i.V.m. aArt. 86 Abs. 1 lit. c HMG sowie aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG sowie der mehrfachen Vorratshaltung eines widerrechtlich hergestellten und somit nicht verwendungsfertigen und verkehrsfähigen Arzneimittels gemäss § 82 Abs. 1 lit. a GesG i.V.m. § 48 Abs. 1 GesG und § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung angemessen zu erhöhen.



Der Strafrahmen der widerrechtlichen Vorratshaltung beträgt dabei Busse bis zu Fr. 10'000.00 gemäss § 82 Abs. 1 lit. a GesG i.V.m. § 1 Abs. 1 Ubertrittsstrafgesetz i.V.m. Art. 106 Abs. 1 StGB. Angesichts der gleichartigen Strafen (Bussen) ist das Asperationsprinzip gemäss Art. 49 Abs. 1 StGB vorliegend anwendbar.

3.2.2 Hinsichtlich des objektiven wie subjektiven Tatverschuldens bezüglich der weiteren Herstellungshandlungen, der unberechtigten Heilmittelabgaben, als auch der widerrechtlichen Vorratshaltung kann sinngemäss auf das bereits Dargelegte verwiesen werden (vgl. E. V.3.1.2 f. hiervor). Das Kantonsgesicht erachtet das Tatverschulden hinsichtlich dieser Delikte auch im Lichte der mehrfachen Tatbegehung jeweils als leicht. Dementsprechend ist der Schluss zu ziehen, dass sich eine Erhöhung der Einsatzstrafe, asperierend um die jeweils in E. V.3.2.1 genannten Einzeltaten, ausmachend Fr. 2'000.00, als verschuldensangemessen erweist, woraus eine provisorische Gesamtstrafe von insgesamt Fr. 10'000.00 resultiert.

3.3 Diese Gesamtstrafe einer Busse in der Höhle von Fr. 10'000.00 ist sodann in einem dritten Schritt aufgrund der besonderen Täterkomponenten allenfalls anzupassen. Hierbei geht es um Faktoren, die bei der Täterin liegen und geeignet sind, sie im Hinblick auf die Höhle der Strafe zu belasten oder zu entlasten. Wesentlich sind insbesondere das Vorleben, die persönlichen Verhältnisse, das Verhalten nach der Tat und im Strafverfahren sowie die Strafempfindlichkeit der Täterin (vgl. Art. 47 Abs. 1 StGB sowie MATHYS, a.a.O., Rz. 311 ff., m.w.H.).

Die Akten zeigen, dass die Beschuldigte keine Vorstrafen aufweist und seit dem vorliegenden Verfahren in keine weiteren Strafuntersuchungen involviert gewesen ist. Auch das übrige Vorleben und die persönlichen Verhältnisse der Beschuldigten erscheinen unauffällig. Was das Nachtatverhalten und das Verhalten im Strafverfahren betrifft, so hat die Beschuldigte den ihr vorgeworfenen äusseren Geschehensablauf von vornherein eingestanden. Demgegenüber zeigt sie keine echte Reue und äussert sich hinsichtlich der Ubertrretungen, derentwegen sie schuldig gesprochen worden ist, nach wie vor von deren Richtigkeit überzeugt und damit uneinsichtig. Gründe für eine besondere Strafempfindlichkeit sind vorliegend keine ersichtlich. Insgesamt erscheint daher aufgrund der Täterkomponenten weder ein Zuschlag noch ein Abzug beim Strafmass angezeigt; diese wirken sich vielmehr neutral aus.



3.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Einsatzstrafe für die Herstellung eines Arzneimittels nach Magistralrezeptur ohne Bewilligung auf eine Busse von Fr. 8'000.00 festzusetzen, und diese Strafe wegen der Tatmehrheit sowie der zusätzlichen mehrfachen Vorratshaltung widerrechtlich hergestellter und somit nicht verwendungsfertiger und verkehrsfähiger Arzneimittel um Fr. 2'000.00 zu erhöhen ist, während die täterrelevanten Kriterien keinen Anlass geben, den sich daraus ergebenden Gesamtbussenbetrag von Fr. 10'000.00 anzupassen.

3.5 Sodann hat das Kantonsgesicht eine Ersatzfreiheitsstrafe für den Fall festzulegen, dass die Beschuldigte die Busse schuldhaft nicht bezahlen sollte (Art. 106 Abs. 2 StGB, Art. 10 Abs. 1 VStrR). Zwar ist auch die Ersatzfreiheitsstrafe grundsätzlich anhand des Verschuldens der Täterin festzulegen (vgl. MATHYS, a.a.O., Rz. 607). Bei Bussen des Verwaltungsstrafrechts sieht Art. 10 Abs. 3 VStrR allerdings vor, dass bei der Umrechnung einer Busse in eine Ersatzfreiheitsstrafe ein Tag Haft einem Bussenbetrag von Fr. 30.00 entspricht, wobei die Ersatzfreiheitsstrafe die Dauer von drei Monaten nicht übersteigen darf. Die Bestimmung von Art. 10 VStrR wird gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung durch die Regelung von Art. 333 Abs. 3 StGB nicht verdrängt und ist damit in casu anwendbar, obwohl gemäss Wortlaut von Art. 333 Abs. 3 StGB einzig Art. 8 VStrR den Bestimmungen von Art. 106 StGB und Art. 107 StGB vorgeht (vgl. BGE 141 IV 407 E. 3.4.2 f.). Da bei einer Zugrundelegung eines Tagesatzes von Fr. 30.00 gemäss Art. 10 Abs. 3 VStrR bereits die Einsatzstrafe von CHF 8'000.00 eine Ersatzfreiheitsstrafe von 266.67 Tagen bzw. 8.9 Monaten ergibt, die Ersatzfreiheitsstrafe aber maximal drei Monate betragen darf, ist diese im vorliegenden Fall entsprechend auf 90 Tage festzulegen.

3.6 Schliesslich gilt es festzuhalten, dass zufolge der unbedingt auszusprechenden Strafe die Auferlegung jeglicher Weisung (für die Dauer der Probezeit) in Anwendung von Art. 44 Abs. 2 StGB i.V.m. Art. 94 StGB ausser Betracht fällt. Dispositiv-Ziffer 4 des vorinstanzlichen Urteils ist dementsprechend aufzuheben.

[...]



Demnach wird erkannt:

://: I. Das Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft vom 9. Juli 2019, auszugsweise lautend:

„1. A.____ wird der mehrfachen Widerhandlung gegen das Heilmittelgesetz sowie der mehrfachen Widerhandlung gegen das kantonale Gesundheitsgesetz schuldig erklärt und verurteilt zu einer

bedingt vollziehbaren Freiheitsstrafe von 15 Monaten,
bei einer Probezeit von 4 Jahren,

sowie zu einer

Busse von Fr. 20'000.00,

im Falle schuldhafter Nichtbezahlung der Busse tritt an deren Stelle eine Ersatzfreiheitsstrafe von 90 Tagen,

in Anwendung von aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG (i. V. m. aArt. 26 Abs. 2 HMG, Art. 40 StGB, Art. 42 Abs. 1 StGB, Art. 44 Abs. 1 StGB sowie Art. 333 Abs. 2 lit. b StGB), aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG (i. V. m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b und c HMG, aArt. 5 lit. a HMG, aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG, Art. 49 Abs. 1 StGB, Art. 106 Abs. 2 StGB sowie Art. 333 Abs. 3 und 4 StGB), § 82 Abs. 1 lit. a GesG BL (i. V. m. § 48 Abs. 1 GesG BL, § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung BL, Art. 49 Abs. 1 StGB sowie Art. 106 StGB).

2. A.____ wird von der Anklage der vorsätzlichen Tötung, eventualiter der fahrlässigen Tötung, freigesprochen.



3. *Das Verfahren betreffend mehrfache Widerhandlung gegen das kantonale Gesundheitsgesetz wird betreffend Handlungen vor dem 9. Juli 2016 aufgrund des Eintritts der Verjährung eingestellt.*
4. *A._____ wird in Anwendung von Art. 44 Abs. 2 StGB i.V.m. Art. 94 StGB für die Dauer der Probezeit untersagt, Personen mit aus den Krankenakten hervorgehender Diagnose einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung (ICD-10 F00 bis F99) Medikamente zur Sterbehilfe (bspw. Natrium-Pentobarbital) zu verschreiben.*
5. *[...]*
6. *[...]*
7. *[...]"*

wird in **Abweisung der Berufung der Staatsanwaltschaft** sowie in **teilweiser Gutheissung der Berufung der Beschuldigten** in den Ziffern 1, 2, 4, 5 und 6 wie folgt abgeändert bzw. ergänzt:

- "1. A._____ wird der mehrfachen Widerhandlung gegen das Heilmittelgesetz sowie der mehrfachen Widerhandlung gegen das kantonale Gesundheitsgesetz schuldig erklärt und verurteilt zu einer

Busse von Fr. 10'000.00,

im Falle schuldhafter Nichtbezahlung der Busse tritt an deren Stelle eine Ersatzfreiheitsstrafe von 90 Tagen,

in Anwendung von aArt. 87 Abs. 1 lit. f HMG (i. V. m. aArt. 86 Abs. 1 lit. b und c HMG, aArt. 5 lit. a HMG,



aArt. 9 Abs. 2 lit. a HMG, Art. 49 Abs. 1 StGB, Art. 106 Abs. 2 StGB sowie Art. 333 Abs. 3 und 4 StGB), § 82 Abs. 1 lit. a GesG BL (i. V. m. § 48 Abs. 1 GesG BL, § 27 Abs. 1 Arzneimittelverordnung BL, Art. 49 Abs. 1 StGB sowie Art. 106 StGB).

2. A._____ wird von der Anklage der vorsätzlichen Tötung, eventualiter der fahrlässigen Tötung, **sowie der Widerhandlung gegen das Heilmittelgesetz (Anklageziffer II.1) gemäss aArt. 86 Abs. 1 lit. b HMG i. V. m. aArt. 26 Abs. 2 HMG freigesprochen.**

4. **(aufgehoben)**

5. [...]

6. [...]."

Im Übrigen wird das vorinstanzliche Urteil bestätigt.

II. [...]

III. [...]

IV. [...]



**Kantonsgesicht
Basel-Landschaft**

Präsident

Gerichtsschreiber

Enrico Rosa

Florian Jenal

Gegen diesen Entscheid ist Beschwerde beim Bundesgericht erhoben worden (Verfahrensnummern 6B_1087/2021 sowie 6B_1120/2021).