

**Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. Dipl.-Phys.H.-D.Wechner**

Haftungsrechtliche Problematik beim Patientensuizid

**INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
ADRIAN JOACHIM OCTAVIAN KLEEMANN
aus Rom-Ciampino**

2004

Dekan: Professor Dr. C.D. Claussen

1. Berichterstatter: Professor Dr. M. Graw

2. Berichterstatter: Professor Dr. K. Foerster

Meiner viel zu früh verstorbenen Mutter

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	S. 1
2	Grundlagen	S. 3
2.1	Historisches	S. 3
2.2	Suizid und Suizidprävention aus psychologischer / psychiatrischer Sicht	S. 7
2.2.1	Der Suizid in der psychiatrischen Forschung	S. 7
2.2.2	Die Vorhersagbarkeit des Suizids	S.10
2.2.3	Der Suizid in der Klinik bzw. unter stationären Bedingungen	S.21
2.2.4	Das präsuizidale Syndrom	S.23
2.2.5	Präventionsmöglichkeiten	S.25
2.3	Der Suizid sowie die Suizidbeteiligung aus juristischer Sicht	S.27
2.3.1	Beispiele aus der Rechtsprechung	S.30
2.3.1.1	Der Fall Wittig	S.30
2.3.1.2	Der Fall Hackethal	S.31
2.3.1.3	Der Adumbran-Fall	S.33
2.3.2	Die Freiverantwortlichkeit des Suizids nach dem Verantwortungsprinzip bzw. der Einwilligungstheorie	S.34
2.3.3	Der Suizid in der juristischen Prüfung	S.39
2.3.4	Urteile	S.46
2.3.4.1	Fall 1: Psychose	S.46
2.3.4.2	Fall 2: Suizidalität	S.50
2.3.4.3	Fall 3: Psychotische Schizophrenie	S.51
2.3.4.4	Fall 4: Wahnhafte Depression	S.51
2.3.4.5	Fall 5: Schizophrenie	S.52
2.3.4.6	Fall 6: Panikstörung	S.53
2.3.4.7	Fall 7: Fehldiagnose	S.54
2.3.4.8	Fall 8: Endogene Depression	S.55
2.3.4.9	Fall 9: Religiöse Wahnidee	S.56

3	Material und Methode	S.60
3.1	Material	S.60
3.2	Methode	S.60
4	Ergebnisse	S.63
4.1	Fall 1: Pankreatitis und chronische Depression	S.67
4.2	Fall 2: Unterlassene Hilfeleistung nach unvorhersehbarem Suizid	S.69
4.3	Fall 3: Alkoholabusus und Depression	S.71
4.4	Fall 4: Suizid während Freigang	S.74
5	Diskussion	S.76
6	Zusammenfassung	S.82
7	Anhang	S.84
7.1	Tabellarischer Überblick der untersuchten Suizide	S.84
7.2	Gesetzestexte	S.86
8	Literaturverzeichnis	S.91
	Danksagung	S.105
	Lebenslauf	S.107

1. Einleitung

In zunehmendem Maße sehen sich Ärzteschaft und Krankenhausträger in den vergangenen Jahren Haftungsprozessen ausgesetzt. So zeigen statistische Erhebungen, dass die gegen Ärzte und Kliniken erhobenen Ansprüche in den letzten fünfundzwanzig Jahren sprunghaft angestiegen sind. Schon in den siebziger Jahren hatten die Anspruchsmeldungen bei den Haftpflichtversicherungen um über 55% zugenommen. Der finanzielle Aufwand bei der Regulierung der Schäden steigerte sich zum Beispiel von 1975 bis 1985 um 215%. Allein im Jahre 1993 wurden in mehr als 30 000 Fällen Schadensersatzansprüche an medizinische Haftpflichtversicherer gestellt, von denen etwa die Hälfte reguliert werden mussten. Die Zahl der Großschäden, die über Euro 50 000.- hinausgehen, hat sich vervielfacht. Eine der größten Haftpflichtversicherungen musste bei einer Prämieinnahme von 23 Millionen Euro Leistungen in Höhe von über 30 Millionen Euro erbringen¹. In fünf Jahren stiegen die Haftpflichtschadensfälle bei großen Versicherern um 75% und die hieraus entstehenden Schadensaufwendungen um 660%². Diese Entwicklung wird sich auch in Zukunft weiter fortsetzen und neue Möglichkeiten der Prävention, der juristischen Schadensabschätzung, der Rechtsprechung und Schadensbegrenzung in der Medizin erfordern, sollen nicht amerikanische Zustände mit deutlich eingeschränkter Therapiesicherheit und völlig überzogenen Schadensersatzforderungen auch in Deutschland entstehen.

In den Jahren 1988 bis 1996 wurden am Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen ungefähr 1600 Obduktionen durchgeführt, darunter einhundertneununddreißig Mal todesursächlich Stürze aus großer Höhe. Von diesen letalen Stürzen waren vierunddreißig in suizidaler Absicht erfolgt. Beim Studium der Akten fiel auf, dass in vielen Fällen eine Untersuchung gegen die behandelnden Ärzte oder Krankenhausträger erfolgte, insbesondere, wenn sich der Suizidversuch unter stationären Bedingungen ereignet hatte.

¹ Mitteilung des HUK-Verbandes, Arzt und Wirtschaft 16-17/94

² Dt. Ärzteblatt 93, Heft 10, 51

Da die Rechtsprechung nicht einheitlich ausfällt und gerade in der Vergangenheit Aufsehen erregende Urteile zu Suiziden bzw. zur ärztlichen Beteiligung an Suiziden von Patienten bekannt geworden sind (Hackethal-Urteil³, Wittig-Urteil⁴, Adumbran-Fall⁵, etc.), soll die vorliegende retrospektive Studie die Anforderungen an die Prävention von klinischen Suiziden aufzeigen sowie die juristische Problematik klären und den aktuellen Stand der Rechtsprechung verdeutlichen. Die Zunahme von Publikationen zum Kliniksuzid sowie die Diskussion dieser schwierigen und unklaren Problematik auf Symposien und Fortbildungsveranstaltungen sprechen für das wachsende Interesse an dieser Thematik.⁶

Was die Rechtsprechung angeht, so gilt bis heute die Feststellung von Roxin⁷:

„Wenn daher ein Strafrechtsprofessor gefragt wird, ob die Gerichte einen Menschen wegen Totschlags verurteilen würden oder nicht, der den Selbstmord eines zurechnungsfähigen Angehörigen [Patienten] geschehen lasse, so kann er auf Ehre und Gewissen nur antworten, dass sich dies nicht vorhersagen lasse.“

³ siehe Kapitel 2.3.1.2

⁴ siehe Kapitel 2.3.1.1

⁵ siehe Kapitel 2.3.1.3

⁶ Krause, G. 1986, Ritzel, G. 1986

⁷ Roxin, C. 1977 & 1994

2. Grundlagen

2.1. Historisches

Die Selbsttötung war und ist schon immer eine umstrittene und kontrovers diskutierte Handlung. Während in der Bibel und in der klassischen Antike der Suizid als vertretbare oder in Zweifelsfällen sogar erwünschte Lösung eines sonst unlösbaren Konfliktes sein konnte, wurde 452 n.Chr. auf dem Konzil von Arles erklärt, dass die Selbsttötung ein Verbrechen sei und nur die Folge eines *furor diabolicus* darstellen könne. Nur ein Jahrhundert später wurde bereits angeordnet, dass dem Leichnam der Suizidenten das christliche Begräbnis zu verweigern sei. Papst Nikolaus I. (im Amt von 858-867 n. Chr.) erklärte den Suizid zur Todsünde; dieser wurde daraufhin im Jahre 1184 n.Chr. durch die Verdammung des Selbstmordes durch das Konzil von Nîmes zu einem Teil des kanonischen Rechtes. Durch die starke Verflechtung von staatlicher und kirchlicher Gewalt im Mittelalter, wurde die kirchliche Verdammung des Suizids in vielen europäischen Ländern in die gesetzlichen Bestimmungen aufgenommen und zum Teil unter Strafe gestellt. Als erstes europäisches Land strich Frankreich während der 1790er Revolution die Selbsttötung von der Liste der gesetzlichen Verbrechen. Schon 1796 folgte Preußen diesem Beispiel, während das königlich-kaiserliche Österreich dieser Entwicklung erst 1850 folgte. Als letztes großes europäisches Land wurde erst 1961 in Großbritannien ein Gesetz abgeschafft, welches den Selbstmord als strafrechtliches Verbrechen dem Mord gleichstellte und den versuchten Suizid deshalb als strafrechtlich relevantes Vergehen ahndete. Dies geschah in erster Linie nicht aufgrund der Humanitas, sondern ganz pragmatisch, um den Schwund an Produktionskraft und militärischer Wehrkraft, durch Verurteilung der geretteten Suizidenten, zu verhindern.

Bereits in der griechischen Antike gab es zum Suizid keine einheitliche Haltung. Eine Reihe griechischer Philosophen, wie Pythagoras, Sokrates, Plato und Aristoteles, hatten den Suizid grundsätzlich verboten und nur in wenigen Ausnahmefällen als akzeptabel angesehen. Plato sah den Elternmord als verwerflicher als den gewöhnlichen Mord an einem Unbekannten an, da hier nicht nur ein Mensch, sondern der „Nächste“ getötet werde. Am schlechtesten wäre jedoch der Suizident zu bewerten, da er den

„Allernächsten“ töte. Die Kyniker, wie Epikur und Lukrez, sowie die Stoiker, zum Beispiel Seneca, dachten hier jedoch anders. Sie betonten das freie Recht eines jeden Menschen, seinen Tod selbstbestimmt zu wählen und die grundsätzliche Straflosigkeit für den Suizidenten und seine Familie.

Das römische Recht garantierte eine Sanktionsfreiheit für den Freitod. Allerdings war, wie auch heute fast überall, der Suizid bzw. der Suizidversuch eines Soldaten verboten und wurde wie Selbstverstümmelung und Fahnenflucht bestraft. Den Freitod zu verhindern, war auch für „besonders Verpflichtete“ gesetzliche Vorschrift: schon im 17. Jahrhundert statuierte der wendisch-rügianische Landesbrauch eine besondere Garantenhaftung für Verpflichtete und Freunde, besonders für Eltern und Meister gegenüber Kindern und Lehrlingen⁸. Diese Haltung hat ihren Weg bis in unser heutiges Strafrecht gefunden. Auch im deutschen Strafgesetzbuch wird vom Gesetzgeber von einer so genannte „Garantenpflicht“ für besonders nahe stehende oder vertraglich verpflichtete Personen ausgegangen. Im Selbstmord, der Beendigung der eigenen menschlichen Existenz, treffen die Willensverwirklichung des Individuums und die paternalistische Anschauung des Staates aufeinander. Das deutsche Recht hat gegenüber dem Selbstmord schon recht früh eine eher permissive Haltung eingenommen. Da der Selbstmordversuch an sich nicht strafbar ist, bleiben wegen der Akzessorietät der Teilnahme auch die Anstiftung und die Beihilfe hierzu straffrei.⁹ Das Buch „Hinweise zur Begehung eines Selbstmordes“ ist deshalb für nicht strafbar gehalten worden. In Deutschland ist es nicht strafbar, wenn einem zum Freitod entschlossenen schwerstleidenden Erkrankten auf dessen Verlangen ein Tötungsmittel zur Verfügung gestellt wird. Es darf jedoch ordnungsrechtlich eine Untersagensverfügung erlassen werden, Vorrichtungen herzustellen, die den Tod herbeiführen.¹⁰

Suizide unter stationärer, klinischer Behandlung werden bereits seit über 100 Jahren kontrovers diskutiert. Die Thematik „Der Suizid psychiatrischer Patienten“ wurde

⁸ Frommhold 1886

⁹ BGHSt 2, 150; 13, 161

¹⁰ OLG München, NJW 87, 2940

zunächst vor allem im Streit mit Lebensversicherungen um eine Anerkennung der Selbsttötung als Teil psychiatrischer Erkrankungen¹¹ aufgegriffen.

In der Psychiatrie wurde schon seit längerem der Zusammenhang von Suizid und Krankheit gesehen und vermutet. So hatte schon Paracelsus (1483-1541) den Wunsch, tot zu sein oder sterben zu wollen, als mögliches Symptom einer schweren psychiatrischen Erkrankung angesehen. Anstatt hier Gift zur Verfügung zu stellen, beschloss Paracelsus, die Kranken zu heilen. Andererseits hatte bereits 1867 Griesinger¹² auf die Bedeutung der freien Entscheidung zur Selbsttötung hingewiesen. Er sprach in diesem Zusammenhang von „Schwermut mit Äußerung von Zerstörungstrieben“ und meinte auf die Frage der pathologischen Dignität des Suizids, dieser sei „durchaus nicht immer das Symptom oder Ergebnis einer psychiatrischen Krankheit“.

Edel¹³ hatte sich schon 1891 zur möglichen Verhütung von Kliniksuiziden dahingehend geäußert, dass „alle Autoren, welche über diese Frage sich ausgelassen haben, dieselbe verneinen“. Einer Meinung, der sich Olin¹⁴ mit den Worten: „Not to have suicides occur in any active treatment centre, hospital or clinic, probably indicates that something is wrong“ anschloss.

Erst nach längerer Latenz erschienen erneut wissenschaftliche Arbeiten zum Kliniksuizid in den 30er und 40er Jahren des 20. Jahrhunderts. Suizide von (psychiatrischen) Patienten unter stationärer Behandlung wurden bis dahin eher randständig behandelt. In seinem Buch „Das manisch depressive Irresein“ äußerte sich Strohmeyer¹⁵ spezifisch zur Selbstmordneigung bei Depression und bezeichnete die hier zu beobachtende Suizidalität als die wichtigste Willenshandlung: „Der Lebensüberdruß steht dicht neben der Hoffnungslosigkeit und der Sprung ins Dunkle erscheint gegenüber einem Leben ohne Lust und Freude mit einem langsamen Siechtum

¹¹ Laehr 1871, Paetz, A. 1893

¹² Griesinger, W. 1867

¹³ Edel 1891

¹⁴ Olin, H.S. 1976

¹⁵ Strohmeyer, W. 1914

gegenüber der dauernden geistigen Nacht als eine Rettung aus quälender Angst und als eine begehrenswerte Erlösung“.

Ob es einen Anspruch oder ein Recht auf „Hand an sich legen“¹⁶ gibt, wie es Améry in seinem Diskurs über den Freitod vertritt; ob es für Augustinus¹⁷ in der gesamten Heiligen Schrift keinen Hinweis dafür gibt, dass es einem Christen erlaubt sei, sich zu töten; ob Griesinger¹⁸ bereits 1867 die freie Entscheidung zur Selbsttötung anführt, schon 1885 Hasse¹⁹ von einer „unheimlichen Erscheinung“ in den psychiatrischen Anstalten spricht, Pohlmeier²⁰, Achte²¹, Irle²² den Zusammenhang depressiver Erkrankung und Suizidalität betont, Guillon und Bonniec²³ Techniken zur Selbsttötung vorstellen oder Baechler²⁴ den Suizid als „positiven Akt eines menschlichen Wesens zur Lösung eines existentiellen Problems“ sieht, immer verbleibt für den Betrachter ein Gefühl der Unzufriedenheit mit solchen Erklärungsansätzen.

Weder die Postulierung einer Folge „psychischer Krankheit“ noch eine ausufernde „Freitod-Diskussion“ werden dem suizidalen Menschen und Patienten ausreichend gerecht. Schon Wittgenstein wies auf die mögliche Ausweglosigkeit des Suizidenten mit den Worten „Die Welt des Glücklichen ist eine andere als die des Unglücklichen“²⁵ hin. Améry sah im Suizid „eine Möglichkeit des Seins und nur dem Menschen eigen, eine condition humaine; der Suizid bewahrt dem Menschen Humanität, Würde und Freiheit, denn er bewahrt ihn vor einem inhumanen, unwürdigen und unfreien Leben.“²⁶

¹⁶ Améry, J. 1989

¹⁷ zitiert nach Löwith, K. 1984

¹⁸ Griesinger, W. 1867

¹⁹ Hasse 1885

²⁰ Pohlmeier, H. 1971

²¹ Achte, K.A. 1975

²² Irle, G. 1965

²³ Guillon, C., Le Bonniec, Y. 1982

²⁴ Baechler, J. 1981

²⁵ Améry, J. 1976

2.2. Suizid und Suizidprävention aus psychologischer/psychiatrischer Sicht

2.2.1. Der Suizid in der psychiatrischen Forschung

Kaum jemandem ist bekannt, dass in Deutschland seit Mitte der 50er Jahre die Zahl der Suizidtoten die der Verkehrstoten deutlich übersteigt. Jeder 67ste Mann und jede 143ste Frau beenden ihr Leben durch den selbstgewählten Freitod. Selbst bei den Todesursachen in der Altersgruppe der 15-35jährigen steht der Suizid –nach den Unfällen- an zweiter Stelle. Da im höheren Lebensalter die Suizidrate ansteigt, ist bei steigender Lebenserwartung mit einer Zunahme dieser Zahlen zu rechnen.²⁷ Im ersten Halbjahr 1996 starben in Deutschland 6146 Menschen durch Selbsttötung, hiervon 4378 Männer und 1786 Frauen. Im gleichen Zeitraum starben 4000 Personen durch Verkehrsunfälle.²⁸ 1998 nahmen sich 11648 Menschen das Leben, 1999 11157 und im Jahr 2000 11065. Jährlich werden in Deutschland 250 000 Patienten wegen Suizidgefährdung und Suizidversuch behandelt.

Eine einfache und doch recht präzise Definition der suizidalen Verhaltensweise stammt von Stengel²⁹: „Eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung, von der der Betroffene, der diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob er sie überleben wird oder nicht“. Zu beachten ist hier zum Beispiel auch die Tatsache, dass das Weglassen lebensnotwendiger Medikamente oft nicht als Suizidversuch erkannt wird³⁰. In der wissenschaftlichen Literatur wird mittlerweile weitgehend die Definition von Kreitman³¹ akzeptiert. Nach dieser Definition wird der Suizid, von Kreitman „Parasuizid“ genannt, wie folgt definiert: „Ein selbstinitiiertes, gewolltes Verhalten eines Patienten, der sich verletzt oder eine Substanz in der Menge nimmt, die die therapeutische Dosis oder ein gewöhnliches Konsumniveau übersteigt und von welcher er glaubt, sie sei pharmakologisch wirksam.“

²⁶ Améry, J. 1976

²⁷ Schmidtke, A. et al. 1994

²⁸ Statistisches Landesamt Wiesbaden, aus: Dt. Ärzteblatt 94, Heft 12, A-693

²⁹ Stengel, E. 1970

³⁰ Wedler, H. 1989

³¹ Kreitman, N. 1980

Als weitere selbstschädigende Handlung, die sich von Suizid und Suizidversuch unterscheidet, kann der Opfertod angesehen werden. Dieser beinhaltet die Grundidee eines Sich-Opfern für einen anderen Menschen oder eine Gemeinschaft, für eine Idee, Ideologie oder einen religiösen Glaubensinhalt. Askese und Märtyrertum, von Menninger³² als selbsttötende Verhaltensweisen beschrieben, gehören ebenfalls hierzu. Der Suizid hingegen ist eine Handlung, die der Betroffene für sich selbst als letzten oder besten Ausweg aus einer für ihn unerträglich erscheinenden Situation vollzieht.

Die folgenden Motive können eine Suizidhandlung bestimmen:

- ? Die parasuizidale Pause mit dem Motiv der Zäsur
- ? Die parasuizidale Geste mit dem Motiv des Appells
- ? Sowie die parasuizidale Handlung mit dem Motiv der Autoaggression

Parasuizidale Pause

Der Wunsch der Betroffenen nach einer Zäsur steht hier im Vordergrund der Handlungen. Die Patienten berichten nach einem erfolgten Suizidversuch, dass sie für immer schlafen, abschalten oder einfach ihre Ruhe haben wollten, ohne dass unbedingt der Wunsch nach dem Tod formuliert oder gewünscht wurde. Die Zurechnung der parasuizidalen Pause zu den Suizidversuchen ist insofern richtig, als dass die empirische Suizidforschung zeigt, dass die betroffenen Patienten zu einem hohen Prozentsatz der Fälle erneute Selbsttötungsversuche mit eindeutigen Suizidintentionen begehen. Sie unterscheiden sich hier nicht vom Patientengut mit parasuizidaler Geste oder parasuizidaler Handlung³³.

³² Menninger, K.

³³ Felber, W. 1993

Parasuizidale Geste

Hierbei steht der Appell an die Umwelt deutlich im Vordergrund. Die Suizidenten drücken diese Aufforderung sehr häufig durch ein typisches Arrangement des Suizidversuches aus: z.B. wird der Suizidversuch vor den Augen des betreffenden Mitmenschen vollzogen (Tabletteneinnahme, usw.) an den sich der Appell richten soll, oder der Suizidversuch wird so angelegt, dass der Selbstmörder von der anzusprechenden Person mit sehr großer Wahrscheinlichkeit gefunden wird, noch ehe der Tod eintreten kann. Viele dieser Suizidversuche werden zum Beispiel bei drohender Trennung in Partnerschaften in der gemeinsamen Wohnung oder der Wohnung des Partners und zu einem Zeitpunkt vorgenommen, zu dem sich der Suizident sicher sein kann, noch rechtzeitig entdeckt zu werden. Jedoch gilt auch für die parasuizidale Geste, dass die Betroffenen eine hohe Wiederholungsrate für alle Arten parasuizidaler Verhaltensmuster aufweisen.

Parasuizidale Handlung mit ausgesprochener Autoaggression

Bei dieser Handlung kann eine ausgesprochene Autoaggression im Sinne eines missglückten Suizids im Vordergrund stehen. Drei Auffälligkeiten heben die parasuizidale Handlung von der parasuizidalen Pause oder Geste deutlich ab. Im Vergleich zur parasuizidalen Pause hat der Suizident hier die eindeutige Intention zu sterben, und im Gegensatz zum parasuizidalen Appell lässt die Planung hier ein rechtzeitiges Auffinden mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu. Auch die Suizidmethode unterscheidet sich von der parasuizidalen Pause oder Geste durch Auswählen besonders harter Methoden (z.B. vor den Zug werfen, erhängen, erschießen, usw.) oder durch Anwendung hoher Dosen hochwirksamer, pharmakologischer Substanzen.

Die Ernsthaftigkeit von Suizidversuchen kann demnach durch drei Indikatoren annäherungsweise beschrieben werden:

- ? die Suizidintention, d.h. wie ausgeprägt der Wunsch zu sterben ist
- ? das Suizidarrangement, d.h. inwieweit der Suizident ein rasches bzw. rechtzeitiges Auffinden seiner Person möglich oder unmöglich macht
- ? die Suizidmethode, d.h. ob vom Suizidenten eine Methode mit hoher Wahrscheinlichkeit des letalen Ausgangs gewählt oder nicht gewählt wird

2.2.2. Vorhersagbarkeit des Suizids

In den letzten fünfzig Jahren wurde von der Psychologie/Psychiatrie vielfach die Vorhersagbarkeit von Suiziden wissenschaftlich erforscht und leider mit nur mäßigem Erfolg versucht, hierauf aufbauend Präventionsmöglichkeiten zu schaffen, um dramatischen Entwicklungen zuvorzukommen. Die hierfür klassische Studie von Pokorny³⁴ mit 4800 Patienten führte zu ernüchternden Ergebnissen, die durch eine ganze Reihe weiterer wissenschaftlicher Studien bestätigt wurden. Zwar gelang es, eine ganze Reihe von Merkmalen zu identifizieren, die mit einem Suizidversuch oder einem Suizid verbunden waren; es gelang aber nicht befriedigend, diejenigen Personen mit den entsprechenden Risikofaktoren zu identifizieren, die einen Suizid oder einen Suizidversuch unternommen hatten. Die Merkmale waren entweder von zu geringer Spezifität oder Sensitivität. Es ist deshalb bisher trotz großer Anstrengungen nicht gelungen, mit Hilfe von Risikoabfragebögen besonders gefährdete Patienten zu identifizieren³⁵.

³⁴ Pokorny 1983

³⁵ Finzen, 1988, Kurz et al. 1988, Schmidtke & Schaller 1985

Schon 1964 zeigte Stengel³⁶ anhand empirischer Daten, dass es zwischen den Gruppen der Suizidversuche und Suizidhandlungen erhebliche Überschneidungen gibt:

- ? je häufiger ein Suizidversuch unternommen worden ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines vollendeten Suizids³⁷
- ? bei Suizidversuchen überwiegen zwar bei weitem die Frauen, bei vollendeten Suiziden die Männer; jedoch töten sich auch eine erhebliche Anzahl der Frauen und eine große Anzahl der Männer unternimmt appellative Suizidversuche³⁸
- ? der „missglückte“ Suizidversuch ist zwar ein bedeutungsvolles Ereignis im Leben des Betroffenen, das zu entscheidenden Veränderungen seiner Lebenssituation führen kann; es bleibt aber fraglich, inwiefern diese Veränderungen zu einer positiven Wende im Leben führen oder letztendlich doch zum „gelungenen Suizidversuch“, der das Leben endgültig scheitern lässt
- ? der Wunsch, Eigenschaften der Suizidenten zu finden oder besondere Auffälligkeiten in Person oder Umwelt, um Prädiktoren auf einen drohenden Suizid zu postulieren, ist bis heute nur ungenügend gelungen. Eigenschaften oder Umstände, die eine gewisse Vorhersagbarkeit für einen gelungenen Suizid aufweisen, treffen zu einem hohen Prozentsatz auch auf Personen zu, die sich nicht suizidieren³⁹

Von Shneidmann⁴⁰ wurden anhand eingehender empirischer Studien zehn Signale für akute Selbsttötungsabsichten veröffentlicht:

(1) Unerträgliche physische Schmerzen:

Hier handelt es sich um Lebenssituationen, in denen physische Schmerzen oder auch psychischer Druck so stark sind, dass der Patient nur noch an eine schnelle Beendigung der Situation denken kann. Das therapeutische Ziel kann hier nur die möglichst schnelle Verminderung der Belastung

³⁶ Stengel, E. 1964

³⁷ Bronisch, 1992a

³⁸ Klerman 1988

³⁹ Pokorny 1983

sein. Ist dies langfristig jedoch nicht möglich, so zum Beispiel bei starken physischen Schmerzen mancher terminaler Erkrankungen, kann diese Situation Fragen des humanen Sterbens aufwerfen.

(2) Frustrierte psychologische Bedürfnisse:

Ein Mangel an Sicherheit, Liebe, Vertrauen, Freundschaft, Erfolg oder anderen Essentialien, die unser Leben stark bestimmen, ist bei jedem Suizidenten vorzufinden. „Wo schmerzt es dich?“ ist nach Sheidman die beste Frage an diesem Punkt. In den Äußerungen der Patienten geht es dann häufig um den Verlust eines hohen Wertes (Beruf, Existenzgrundlage, Partnerschaft, etc.). Dies muss in die Therapieplanung miteinbezogen werden.

(3) Die Suche nach einer Lösung:

Hier erscheint der Suizid als einzig möglicher Ausweg aus einer Krise oder einer anderen scheinbar ausweglosen Situation. Diese Suche sollte später therapeutisch durch ein Problemlösetraining⁴¹ aufgegriffen werden. Banen⁴² warnte jedoch vor einer plötzlichen Besserung der Symptomatik bzw. des Befindens des Patienten ohne Problemlösung als Indikator für einen akut bevorstehenden Suizid.

(4) Der Versuch, das Bewusstsein zum Schweigen zu bringen:

Dieser Wunsch nach einem Ende des belastenden Denkens und Erlebens kann sich z.B. auch nur in dem Hören lauter Musik, extremem Schlafbedürfnis oder auch dem maßlosen Konsum von Alkohol und Drogen äußern.

(5) Hilf- und Hoffnungslosigkeit:

Diese Gefühle, die anderen Gefühlen wie Schuld, Verletztheit oder Trauer zugrunde liegen, müssen als eigentliche Auslöser für einen Suizid gewertet

⁴⁰ Shneidmann, 1988

⁴¹ D'Zurilla und Goldfried 1971

⁴² Banen 1954

werden. Dies wird durch die Theorie der gelernten Hilflosigkeit⁴³ und ungünstigen Attribuierungsgewohnheiten⁴⁴ sowie einer fast nicht vorhandenen Kontrollerwartung unterstützt. Therapeutisch können diese Denkmuster durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung (Reattribution) angegangen werden⁴⁵.

(6) Einengung der Optionen:

Suizidale, wie Depressive, tendieren zu einem „Alles-oder-Nichts-Denken“. Es gibt meist nur zwei Alternativen, die auf eine totale Lösung der Problematik oder dem Suizid hinauslaufen. Der Patient muss in diesem Fall im Sinne eines Therapieversuchs angeleitet werden, Alternativen wie auch Zwischenlösungen als Kompromisse zu akzeptieren.

(7) Ambivalenz:

Die schon früher ausgedrückte deutliche Ambivalenz im Tun und Denken des Suizidenten, ergibt zunächst meist eine Unentschlossenheit zum Handeln. Diese Ambivalenz kann sich z.B. auch durch appellative Suizidhandlungen ausdrücken.

(8) Die Mitteilung der Absicht:

Diese kann zwar sehr indirekt erfolgen, verbal oder durch das Verhalten des Suizidenten, indem z.B. wertvolle Besitztümer verschenkt, in auffälliger Weise persönliche Angelegenheiten geregelt oder sinnvolle medizinische Behandlungen abgebrochen werden; meist erfolgt die Absichtserklärung jedoch deutlich und demonstrativ. Diesen Drohungen muss nachgegangen werden, da der Betroffene in der Regel dadurch auf seine scheinbar aussichtslose Situation aufmerksam machen will.

⁴³ Abramson, Seligman und Teasdale 1978

⁴⁴ Dorrman und Hinsch 1981

⁴⁵ Meichenbaum, 1977

(9) Abschied:

Der Suizid wird oftmals vom Suizidenten als Abschied gesehen und verkannt, dass dieser nicht mit einer Kündigung oder einem Umzug vergleichbar ist. Hiermit ist der Patient deutlich zu konfrontieren: „eine endgültige Lösung für ein vorübergehendes Problem“.

(10) Problemlösungs-Muster in der Vergangenheit:

Meist lassen sich in der Lebensgeschichte des Suizidenten Problembewältigungen finden, die als Fluchtverhalten einzustufen sind. So berichten viele Angehörige von tagelangem unangekündigten nicht nach Hause kommen, von Fernbleiben der Arbeitsstelle oder Kündigung beim Auftreten von Problemen.

Durch zahllose Untersuchungen und Studien sind eine Reihe von Risikofaktoren postuliert worden:

- ? Geschlecht: In der Altersgruppe der 15-24jährigen dominiert bei vollzogenen, „geglückten“ Suiziden das männliche Geschlecht, bei Suizidversuchen das weibliche, währenddessen sich die Zahlen mit zunehmendem Alter immer mehr angleichen, bis ab dem 50.Lebensjahr kein geschlechtsspezifischer Unterschied mehr festzustellen ist⁴⁶
- ? Alter: Erfolgreiche Suizide finden häufiger im höheren Alter statt, jenseits des 50.Lebensjahres und manchmal bis ins hohe Alter hinein. Suizidversuche hingegen werden am häufigsten von jüngeren Altersgruppen begangen, vor allem zwischen 15 und 34 Jahren. In den letzten Dekaden war in den meisten europäischen Ländern eine Zunahme der Suizidrate der 15- bis 35jährigen festzustellen.⁴⁷ Besonderes Augenmerk sollte noch auf die Suizid- und Suizidversuchsrate von Kindern, d.h. 4. bis 14.Lebensjahr gelegt werden. Da Kinder vor dem 4. Lebensjahr den Tod nicht als etwas Endgültiges begreifen

⁴⁶ Kreitman 1986

⁴⁷ Klerman 1988

und ansehen, ist hier die Definition nach Pfeffer⁴⁸ nicht vollständig erfüllt und wird deshalb nicht berücksichtigt. Untersuchungen zeigen jedoch eindeutig, dass Kinder bereits ab dem 4. Lebensjahr Suizidabsichten haben und diese auch erfolgreich in die Tat umsetzen können. Zum Glück sind Suizide von Kindern jedoch etwas Seltenes. Von den unter 10jährigen Kindern in Deutschland wurden 1988 je ein Todesfall von einem Jungen und einem Mädchen, 1989 von zwei Jungen, 1990 von einem Mädchen und 1991 von einem Jungen und zwei Mädchen als „Suizid“ in der Todesursachenstatistik der BRD geführt. Erschreckend ist jedoch, dass bei Kindern und Jugendlichen die „harten Suizidmethoden“ dominieren. So erhängten sich im Zeitraum 1987-1991 im Schnitt etwa 84% der jugendlichen Suizidenten⁴⁹.

- ? Personenstand: In allen Untersuchungen wurden bei Geschiedenen die höchsten Suizidraten gefunden, insbesondere bei Männern. Hierauf folgen in den Statistiken die Verwitweten und schließlich die Ledigen. Die Verheirateten weisen die niedrigsten Suizid- und Suizidversuchsraten auf. Die Ehe scheint also tatsächlich auch heute noch ein protektiver Faktor gegen Suizid und –versuch zu sein.
- ? Soziale Schicht: Einen signifikanten Hinweis auf die Bevorzugung einer speziellen sozialen Schicht ergab sich hinsichtlich Suizidversuchen in der „Unterschicht“⁵⁰.
- ? Arbeitsstand: Es besteht ein sicherer positiver Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid bzw. Suizidversuch⁵¹.
- ? Jahreszeitliche Schwankungen: Zwar ist seit langem bekannt, dass sich Suizide im Frühling und Sommer häufen, jedoch liegen hierfür keinerlei stichhaltigen Erklärungen vor. Die saisonale Variation der Suizide trifft sowohl für Länder der nördlichen wie auch der südlichen Hemisphäre zu. Diese jahreszeitlichen Schwankungen sind auch bei den Depressiven zu beobachten⁵².

⁴⁸ Pfeffer 1986

⁴⁹ Schmidtke et al 1991 ?

⁵⁰ Kreitman 1986

⁵¹ Platt 1984

⁵² Maes et al 1993

- ? Stadt-Land-Unterschiede: Erwartungsgemäß finden sich in der Isolation und Anonymität der Großstädte tatsächlich höhere Suizidraten als in ländlichen Gebieten⁵³. In allen Gegenden sind die Suizidraten jedoch für Männer höher als für Frauen. Außerhalb Europas nehmen sich nur in Indien mehr Frauen das Leben als Männer. Hier bleibt das Überwiegen der Frauen über alle Altersstufen hinweg konstant⁵⁴
- ? Religionszugehörigkeit: Besonders in katholischen Ländern und Landstrichen finden sich niedrige Suizidraten bzw. Suizidversuchsraten. Der Hauptgradient verläuft in Europa vom protestantischen Norden zum stärker katholischen Süden⁵⁵.
- ? Psychische/psychiatrische Erkrankungen: Schizophrenie, Manie ebenso wie besonders häufig die Depression.

Diese Übereinstimmungen sind in der allgemeinen Suizidliteratur⁵⁶ durch zahllose Studien belegt und der Einfluss sozialer (Alter, Geschlecht, Familienstand, Arbeitslosigkeit, soziale Bindung), biographischer (zerrüttete Familien in der Kindheit, Fehlen tragfähiger Bindungen, häufige Enttäuschung im zwischenmenschlichen Bereich, psychische Erkrankung und Suizidalität in der Herkunftsfamilie) und krankheitsbezogener (ängstlich-agitiertes Gepräge, andauernde Schlafstörungen, Schuldgefühle, Schuldwahn, Selbstwertproblematik, Affekt- und Aggressionsstau, paranoid-halluzinatorisches Erleben mit suizid-betonter Thematik, Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume, etc.) Faktoren auf die Suizidalität sind belegt. Dies gilt nicht nur für den deutschsprachigen Raum, sondern zeigt sich auch in Studien in Übersee oder Asien. So werden z.B. auch in der Türkei „harte Suizidmethoden“ meist vom männlichen Geschlecht angewendet. An 65 Stürzen in suizidaler Absicht von der Bosphorus-Brücke in Istanbul waren fünfzehnmal mehr Männer als Frauen beteiligt. Das Durchschnittsalter war hierbei 29,2 Jahre, 56% waren unverheiratet und 20,8% arbeitslos.⁵⁷

⁵³ Värnik und Wasserman 1992

⁵⁴ Pfeiffer 1994

⁵⁵ Kreitman 1986

⁵⁶ Kielholz, 1971, Metzger und Wolfersdorf 1985, Haenel und Pöldinger 1986, Reimer, Ch. 1986

Auf diesen Erkenntnissen basierend und aufgrund eigener Studien entwarf Ringel⁵⁸ eine Reihe von Risikogruppen für einen Suizidversuch bzw. einen Suizid:

- ? Depressive
- ? Sonstige Psychotische (insbesondere Schizophrene)
- ? Verfolgte aus rassistischen, religiösen, sexuellen oder politischen Gründen
- ? Flüchtlinge
- ? Alkoholiker und andere Süchtige
- ? Menschen, die eine kriminelle Handlung begangen haben
- ? Chronisch unheilbar Kranke
- ? Alte
- ? Personen in einer Ehe-/Beziehungskrise
- ? Personen in schwerem sozialen Notstand
- ? Personen nach einem Umzug vom Land in die Stadt
- ? Personen, in deren Umgebung vor kurzem ein Selbstmord stattgefunden hatte
- ? Personen, die unmittelbar vorher in einen Autounfall verwickelt waren

Auch Hawton⁵⁹ weist in seiner Studie auf die große Rolle bereits stattgehabter Suizidversuche und Verwendung einer „harten Methode“ hin. Auch der Verlust enger persönlicher Bindung, kurz zurück liegender Tod eines Angehörigen, schlechte gesundheitliche Verfassung sowie die familiäre Belastung mit Suizid seien als Prädiktoren verwendbar. Diese Ergebnisse werden durch eine Vielzahl weiterer Studien gestützt. So bewies Bronisch⁶⁰, dass 13-35% der Suizidenten in den folgenden zwei Jahren einen erneuten Selbsttötungsversuch unternehmen. Auch Platt⁶¹ konnte zeigen, dass 50% der Patienten, die wegen eines Suizidversuches in eine Klinik aufgenommen werden mussten, bereits schon einen Versuch unternommen hatten. In einer Studie von Roderer⁶² konnte gezeigt werden, dass von 249 in die Klinik aufgenommenen Suizidenten bereits 51% Suizidversuche in der Anamnese zeigten. Es zeigt sich also,

⁵⁷ Cetin, G., Gunay, Y., Fincanci, S.K. 20014

⁵⁸ Ringel, E. 1969

⁵⁹ Hawton, 1987

⁶⁰ Bronisch, 1992a

⁶¹ Platt et al. 1988

⁶² Roderer, 1990

dass bei Untersuchung der Vorgeschichte hinsichtlich des Vorkommens früher vorgenommener Suizidversuche ganz selten ein Suizident eine in dieser Beziehung unauffällige Anamnese aufweist. In einer Untersuchung der psychiatrischen Klinik der RTWH Aachen vom 1.2.1991 bis 30.11.1993 wiesen hier bei insgesamt 555 Aufnahmen nur vier hochsuizidale Patienten eine Vorgeschichte ohne Suizidversuch auf. Dies bestätigt erneut die Bedeutung vorausgegangener Suizidversuche als Risikofaktor für die aktuelle Suizidalität⁶³. Häufungen der Suizidalität traten auch bei "Broken-home"-Situationen⁶⁴, unfreiwilliger Aufnahme in die Klinik⁶⁵, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma⁶⁶ und früheren Suizidversuchen⁶⁷ auf. Auch ein Lebensalter über 45 Jahre, Arbeitslosigkeit und männliches Geschlecht zeigten sich für einen Suizid bedeutsam⁶⁸.

Besonderes Augenmerk verdient der Zusammenhang von Suizid und psychiatrischer Erkrankung: so konnten in psychologischen Autopsie-Studien retrospektiv bei durch Suizid Verstorbenen in 86-100% der Fälle eine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Bei 40-50% der Verstorbenen wurden ausgeprägte depressive Verstimmungen festgestellt⁶⁹. Auch bei Patienten vor und nach Suizidversuchen finden sich häufig ausgeprägte depressive Verstimmungen⁷⁰. Allerdings ist es nach Meinung von Pohlmeier⁷¹ „ein differentialdiagnostisches Kunststück, einen depressiven Zustand auf Krankheitswert zu prüfen, da Depression zunächst einmal ein ganz normaler Affekt ist und nur unter bestimmten Umständen erst zur Krankheit wird“. Bei Langzeituntersuchungen von depressiven Patienten fiel auf, dass etwa 15% an Suizid versterben⁷². Hier begehen häufig die Patienten einen Selbstmord, die an einer Melancholie mit wahnhaften Zügen, insbesondere Schuld- und Versündigungswahn oder nihilistischem Wahn leiden, wo also die lebensmüden Pläne selbst von der

⁶³ Haenel und Pöldinger 1986

⁶⁴ Marten, 1981, Kreitman 1986

⁶⁵ Gorenc und Kleff 1981

⁶⁶ Dubitscher 1957, Achte et al 1971, Axmann, P. 1991

⁶⁷ Bagley and Greer 1971, Kennedy 1972, Bürk 1982

⁶⁸ Pallis et al. 1982

⁶⁹ Jameison and Wall 1933

⁷⁰ Urwin und Gibbons 1979, Newson-Smith und Hirsch 1979

⁷¹ Pohlmeier 1983

⁷² Miles 1977

Krankheit determiniert sind⁷³. Andererseits berichtet ein Großteil der Depressiven außerhalb ihrer depressiven Episoden niemals von Suiziden oder Suizidversuchen⁷⁴. Weissman⁷⁵ fand, dass Aggressivität und Impulsivität, Reizbarkeit und Feindseligkeit, der Aggressivität nahe stehend, eine wichtige Determinante suizidalen Verhaltens und damit auch des Erkennens sind. Dies deckt sich mit Untersuchungen von Angst und Clayton⁷⁶, die in prospektiven Studien nach zwanzig Jahren zeigen konnten, dass diejenigen, die einen Suizidversuch in der Zwischenzeit begangen hatten, höhere Werte auf einer Aggressivitätsskala, gegenüber den gesund Gebliebenen und Probanden, die trotz Entwicklung einer Depression keinen Suizidversuch unternommen hatten, aufwiesen.

Aber auch Suchterkrankungen zeigen eine deutliche Tendenz für suizidales Verhalten. So konnte Miles⁷⁷ in Langzeituntersuchungen zeigen, dass behandelte Alkoholiker mit einer Suizidrate von 15% den Depressiven vergleichbar waren. Das Lebenszeitrisiko für einen Suizid wird bei Suchterkrankungen mit 2 bis 3,4% angegeben⁷⁸. In den psychologischen Autopsie-Studien konnten durchschnittlich 40% den Suchterkrankungen zugeordnet werden. Besonders gefährlich scheinen nach Bronisch⁷⁹ depressive Verstimmungen während eines Entzugs bezüglich eines drohenden Suizids zu sein. Langfristige Rauschmitteleinnahme führt zu Persönlichkeitsveränderungen, zu sozialem Beziehungsverlust und sozialem Abstieg, welche insgesamt zu Suizidhandlungen prädisponieren. Der Verlust von Angehörigen und Bezugspersonen scheint hier eine bedeutsame Rolle zu spielen⁸⁰.

Die Schizophrenie fällt durch ein Überwiegen in der allgemeinen Kliniksuzidliteratur besonders auf. Wolfersdorf und Vogel⁸¹ finden in einer Übersicht von 19 Studien mit vergleichbarer Klassifikation bei 1270 Suizidenten in 42% die Diagnose

⁷³ Bresser 1992

⁷⁴ Bronisch und Wittchen 1994

⁷⁵ Weissman et al 1973

⁷⁶ Angst und Clayton 1986

⁷⁷ Miles, 1977

⁷⁸ Murphy und Wetzel, 1990

⁷⁹ Bronisch, 1992b

⁸⁰ Murphy et al 1979

⁸¹ Wolfersdorf und Vogel... 1987

„Schizophrenie“ und in 28% „primäre Depression“. Koester und Engels⁸² nannten bei 54% ihrer untersuchten Kliniksuizide die Diagnose „Schizophrenie“ und bei 21% „primäre Depression“. In den psychologischen Autopsie-Studien wurde die Schizophrenie mit 2-13 % genannt. Das Suizidrisiko für Schizophrenie wird auf 5-10% geschätzt⁸³. In Kliniken werden die meisten Suizide von Schizophrenen begangen⁸⁴. Der Suizid wird hier bei wiederholter Klinikbehandlung, meist im zweiten bis fünften Behandlungsintervall vollzogen, wobei das Intervall zwischen letzter Entlassung und Wiederaufnahme sehr kurz ist⁸⁵. Die betroffenen Patienten nehmen eine wertende Stellungnahme gegenüber ihren krankheitsbedingten Einschränkungen vor und können sich zu einem so genannten „Bilanzsuizid“ entschließen. Für den „Bilanzsuizid“ hat Peters⁸⁶ schon 1984 die Definition „überlegte Selbsttötung psychisch gesunder [zur Tatzeit] Personen als freie Willenshandlung“ geprägt. Die Bilanz des bisherigen Lebens und der gegenwärtigen Situation wird aufgerechnet, als negativ empfunden und als Konsequenz die Selbstvernichtung ausgeführt. Die rationale und affektive Freiheit auch eines solchen Entschlusses wird jedoch von vielen bestritten“.

Die Suizidenten zeigen hier gehäuft Hoffnungslosigkeit⁸⁷ und Resignation über den Verlauf der Erkrankung, Angst, Verzweiflung und Panik sowie innere Unruhe und Getriebenheit⁸⁸. Außerhalb der Kliniken weisen die schizophrenen Patienten eine niedrigere Suizid- und Suizidversuchsrate auf, als die Depressiven und Suchtkranken, jedoch noch immer eine sehr hohe Rate im Vergleich zur Normalbevölkerung. In epidemiologischen Studien⁸⁹ und klinischen Studien⁹⁰ der letzten Jahre konnte ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche bei Patienten mit Panikattacken festgestellt werden. Auch Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstrukturen neigen dazu, gehäuft Suizidversuche und Suizide zu unternehmen oder sie versuchen, sich selbst zu verstümmeln und zu schädigen, ohne geplante Intention zu sterben⁹¹. Wobei dieses Verhalten nach Kreitman als „Parasuizid“ gewertet werden kann. „Parasuizid ist jedes

⁸² Koester und Engels 1970

⁸³ Mundt 1984

⁸⁴ Wolfersdorf 1989

⁸⁵ Finzen 1988, Wolfersdorf 1987

⁸⁶ Peters 1984

⁸⁷ Lipschutz 1942

⁸⁸ Wolfersdorf 1989

⁸⁹ Weissman et al 1989

⁹⁰ Lepine et al 1993

⁹¹ Rohde-Dachser 1979

autodestruktive Verhalten ohne tödlichen Ausgang“⁹². Bei Borderline-Patienten ereignen sich die Suizide nicht selten im Rahmen von pathologischen Trauerreaktionen und können dann als Streben nach einem unzertrennlichen Einssein mit dem verlorenen Toten aufgefasst werden⁹³.

Grundsätzlich kann man folgern, dass alle Personen mit psychiatrischen Störungen eine wesentlich höhere Suizid- und Suizidversuchsrate aufweisen als Personen ohne psychiatrische Störungen⁹⁴. 95% aller Suizidenten über 30 Jahre leiden nach Foster⁹⁵ an einer Form psychischer Störung/Erkrankung, bevor sie Suizid begehen. Nach Cheng⁹⁶ sind die häufigsten psychiatrischen Belastungen die schwere Depression und der Alkoholismus. Als besonders auffällige Gruppe der suizidgefährdeten Personen ohne psychiatrische Störungen tritt die Berufsgruppe der Ärzte und Zahnärzte in Erscheinung⁹⁷. Schon Ross⁹⁸ fand 1973 in den USA, dass 28% der Todesfälle bei Ärzten unter 40 Jahren durch Suizid verursacht waren; im Vergleich hierzu liegt die Suizidrate in der Normalbevölkerung bei 9%.

2.2.3. Suizid in der Klinik bzw. unter stationären Bedingungen

In der Kliniksuizid-Literatur haben besonders nordamerikanische Autoren versucht Warnsignale herauszuarbeiten, ohne jedoch, dem „normalen Suizid“ vergleichbar, eine Suizidspezifität belegen zu können. Die Bedeutung der Depressivität, Agitiertheit, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, von Schuldgefühlen, Hypochondrie, Selbstanklagen und –entwertung, Aggressivität, die Angst verrückt zu werden und die Kontrolle zu verlieren, wurde von Jameison and Wall⁹⁹ sowie Wall¹⁰⁰, Beisser und Blanchette¹⁰¹ und anderen Autoren belegt. Besonders wurde auf die suizidfördernde Wirkung von

⁹² Kreitman 1986

⁹³ Modestin 1992

⁹⁴ Tsuang and Simpson 1985

⁹⁵ Foster et al 1997

⁹⁶ Cheng 1995

⁹⁷ Bämayer und Feuerlein 1984

⁹⁸ Ross 1973

⁹⁹ Jameison and Wall 1933

¹⁰⁰ Wall 1944

¹⁰¹ Beisser und Blanchette 1961

Isolation hingewiesen¹⁰². Eine Isolierung suizidaler Patienten in Einzelzellen führte in der Studie von Beisser und Blanchette zur Erhöhung der Suizidalität. 52% der untersuchten Suizidenten hatten sich, überwiegend ohne suizidales Verhalten in der Anamnese, in der Isolierzelle suizidiert. Die Möglichkeit der Aggressionsabreaktion nach außen muss erhalten bleiben, da diese sonst einer Autoaggression weicht. Als besondere Risikofaktoren für einen stationären Suizid wurden Selbstbeschädigung, Zwangsunterbringung, Polizeieinsatz, depressive Symptome und hochsignifikant der Verlust der Betreuungsperson genannt¹⁰³. Besondere Risiken entstehen auch bei Therapeuten- und Stationswechsel¹⁰⁴. Bei den gewählten Suizidmethoden überwiegen die so genannten „harten Methoden“. So steht an erster Stelle das Erhängen (35%), gefolgt von Sichüberfahrenlassen (31%) und Sturz aus großer Höhe (10%); die Einnahme von Medikamenten folgt erst an fünfter Stelle. In der zeitlichen Verteilung der Vorfälle ergibt sich ein Mittags- und Nachmittagsgipfel, der vermutlich im Klinik- und stationsorganisatorischem Ablauf begründet ist. Die bekannte saisonale Häufigkeit im Frühjahr (26%) und Sommer (35%) bleibt auch hier erhalten. Interessant ist die Tatsache, dass die meisten Suizide außerhalb der Behandlungsstation stattfinden (71%)¹⁰⁵. Die Auswertung von 41 unerwarteten Todesfällen in psychiatrischen Kliniken durch das gerichtsmedizinische Institut der Universität Düsseldorf im Zeitraum von 1980 bis 1989 ergab in 11 Fällen einen natürlichen Tod, 6 Unglücksfälle und 24 Suizide. Auch hier spielte das Erhängen die größte Rolle gefolgt von den Stürzen¹⁰⁶. Beim Versuch einer Typisierung des „typischen Klinik-Suizidenten“ fanden Wolfersdorf und Vogel¹⁰⁷ ein „nosologie-unabhängiges präsuizidales Syndrom“. Ausgehend vom bekannten präsuizidalen Syndrom nach Ringel¹⁰⁸ zielte diese Fragestellung auf den Stellenwert nosologie-spezifischer Symptome beim Kliniksuizidenten ab. Die Frage nach der Bedeutung spezifischer Symptomatik bei Kliniksuizidenten in der präsuizidalen Situation wird bisher jedoch unterschiedlich beantwortet.

¹⁰² Beisser und Blanchette 1961

¹⁰³ King, E.A. et al 2001

¹⁰⁴ Kahne 1968, Mundt 1984

¹⁰⁵ Roderer 1990

¹⁰⁶ Schmidt, P. 1991

¹⁰⁷ Wolfersdorf und Vogel 1986

¹⁰⁸ siehe Kapitel 2.2.4

2.2.4. Das präsuizidale Syndrom

In den frühen 50er Jahren untersuchte Ringel¹⁰⁹ 745 Patienten nach einem Suizidversuch und legte hier den Schwerpunkt des Interesses auf die direkt dem Versuch vorangegangene Phase. Es fanden sich eine deutliche Einengung, eine verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression sowie Flucht vor der Irrealität bei den meisten Patienten so im Vordergrund stehend, dass er diese Charakteristika zum „präsuizidalen Syndrom“ zusammenfasste.

Die postulierte Einengung wird besonders im höheren Lebensalter deutlich und zeigt sich im Verlust von expansiven Fähigkeiten. Aus Furcht werden viele Dinge nicht mehr angestrebt oder beendet. Zentrale Lebensbereiche wie Familie, Freunde, Beruf und Hobbies werden dann aufgegeben. Der Betroffene bewegt sich gedanklich im Kreis, wiederholt ständig wertmindernde Gedankenkonstruktionen „ich bin nichts wert“, „mir gelingt nichts“ und begibt sich in immer gleiche Situationen, wie z.B. Abhängigkeitsverhältnisse, Beziehungen, usw. die zum Scheitern verurteilt sind. So kommt es letztendlich zur Stagnation, die schließlich in eine Regression mündet: die Erinnerung an das Vergangene dominiert, die Zukunft wird unwichtig. Neue erfüllende Vorhaben werden nicht mehr realisiert oder aus Angst vor Enttäuschung nicht mehr angestrebt. Zwangsläufig vereinsamt der Patient zunehmend.

Bezüglich der Aggression des Patienten war festzustellen, dass diese vorwiegend gehemmt auftritt; d.h. der Ausbruch freier Aggression wird nicht gestattet, obwohl das Bedürfnis hiernach sehr wohl vorhanden ist. Die Patienten machen ihren Problemen keine Luft, sind eher introvertiert denn extrovertiert und „fressen“ alles in sich hinein. Durch eine vergleichsweise harmlose und geringfügige Ursache kommt es dann zur explosionsartigen Entladung der angestauten Aggression.

Durch die Flucht des Patienten in die Irrealität wird das präsuizidale Syndrom dann letztendlich vervollständigt. Die Phantasie überwiegt gegenüber der Realität und der Betroffene baut sich eine Scheinwelt auf und sieht dadurch immer weniger einen Ausweg aus seiner scheinbar hoffnungslosen Lage. Die Phantasie drängt schließlich zur endgültigen Verwirklichung, d.h. zum Suizidversuch oder Suizid.

¹⁰⁹ Ringel, E. 1953

Das präsuizidale Syndrom kann durch eine Reihe von Umständen ergänzt und modifiziert werden. Die meisten Suizidhandlungen sind Impulshandlungen, wobei hier der momentane seelische übermenschliche Schmerz nicht mehr ertragen werden kann. So konnte in einer Studie¹¹⁰ bei 500 Suizidversuchen gezeigt werden, dass nur 4% sorgfältig geplant, aber nur 7% mehr oder weniger harmlos waren. Der Impulscharakter wird häufig massiv durch Alkohol, Medikamente und Drogen verstärkt, durch welche die Eigenkontrollfunktion des Ichs, d.h. Kritikfähigkeit, Voraussicht, Entscheidungsfindung und –abwägung sowie Selbstreflexion, herabgesetzt wird. Häufig findet man dann bei schon seit langem und sorgfältig geplanten Suizidarrangements eine impulsive und schlecht geplante Ausführung. Die größte Zahl der Suizidhandlungen sind von der Angst vor Überschreitung der Schwelle zwischen Leben und Tod, dem natürlichen Selbsterhaltungstrieb, überschattet. Deutlich wird dies durch die große Zahl der Suizidversuche, die einen offenen Ausgang der Handlung bis hin zum Tode oder zum Überleben lassen, d.h. der Versuch einer Entscheidung durch ein so genanntes „Gottesurteil“ steht hier im Vordergrund¹¹¹. Die Ambivalenz des Suizidenten hinsichtlich seines Wunsches zu sterben wird durch das Auftreten sowohl der impulsiven Handlungsweise als auch des offenen, von Gott bestimmten, Ausgangs deutlich. Die Erkenntnis, dass die Suizidabsicht in den allerwenigsten Fällen so eindeutig und bestimmt ist, dass nicht mehr von einer Ambivalenz gesprochen werden kann, hat Auswirkungen sowohl auf die psychiatrische Wissenschaft und Forschung als auch besonders auf die juristische Bewertung des Suizids als freiverantwortliche Handlung. Ringel¹¹², Stengel und Cook¹¹³ und Linden¹¹⁴ fanden in ihren Studien das Ergebnis vieler anderer Autoren bestätigt, dass bei 68-80% der Suizidenten binnen zwei Tagen und bei 90-99% in weniger als zehn Tagen in der Klinik die Suizidabsicht korrigiert wurde.

¹¹⁰ Ettliger und Flordh 1955

¹¹¹ Stengel 1964

¹¹² Ringel 1953

¹¹³ Stengel und Cook 1958

¹¹⁴ Linden, 1969

2.2.5. Präventionsmöglichkeiten

Ergebnisse der Suizidforschung zeigen, dass hinter den wenigsten Versuchen ein tatsächlicher Wunsch zu sterben steht.¹¹⁵ Hier ist nicht Beihilfe zum Suizid, sondern Prävention angesagt. Jedoch konnte bisher trotz zahlreicher Studien kein Wirksamkeitsnachweis einer primären oder sekundären Prävention beim Suizid erbracht werden. Die strafrechtliche Verfolgung von Suizidenten in den strengen Staaten des 19. und 20. Jahrhunderts, hat nachweislich keine präventive Wirkung gezeigt. Die von einzelnen Autoren postulierte biologische Disposition im Sinne einer Vererbung von Suizidalität gibt es nicht. Die Übereinstimmungsziffer von eineiigen und zweieiigen Zwillingen liegen nicht weit auseinander. In vielen Studien zeigte sich jedoch eine erhebliche familiäre Belastung verbunden mit psychiatrischen Störungen wie Depression, Sucht, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenien. Die in einigen Fällen nachgewiesene Häufung von Suiziden oder Suizidversuchen in Familien mit aufgetretenen Suiziden oder Suizidversuchen, kann durchaus mit Tradition bzw. Imitation erklärt werden. Hierfür spricht auch das Ansteigen der Suizidziffern nach Aufsehen erregenden Suiziden prominenter Persönlichkeiten usw. Bekannteste Beispiele sind hier die Suizidwellen nach Veröffentlichung von Goethes „Werther“¹¹⁶ oder in neuerer Zeit nach Sendung des sechsteiligen TV-Fernsehspiels „Tod eines Schülers“¹¹⁷.

Im Sinne einer Krisenintervention scheint hier nur die aufmerksame und persönliche Zuwendung zum Patienten im Sinne einer echten Empathie eine Verbesserung der Prognose zu erbringen. Suizidverhütung setzt Verstehen voraus¹¹⁸, Verstehen meint Einfühlen und Erfahrung, Ernstnehmen, Akzeptieren und Wissen.

¹¹⁵ Diekstra & Gulbinat 1993

¹¹⁶ Goethe, J.W.v. 1774

¹¹⁷ Schmidtke et al. 1986

Als hierfür notwendig postulierte Sonneck¹¹⁹ folgende Maßnahmen:

- ? Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
- ? Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
- ? Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche
- ? Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- ? Wiederherstellung der wichtigsten Beziehungen
- ? Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen
- ? Gemeinsame Entwicklung alternativer Lösungsmöglichkeiten auch für künftige Krisen und Ausnahmezustände
- ? Kontaktangebot als Hilfe zur Selbsthilfe

Qualifiziert ein Therapeut hingegen suizidales Verhalten als Schwäche ab, so kann es zu einer massiven Entwertung des Patienten kommen, der ohnehin schon in seinem Selbstwertgefühl stark eingeschränkt ist. Dies kann dazu führen, dass der Patient unter dem Eindruck der Anklage seine Schwäche überwindet und sich suizidiert¹²⁰.

Eine Prävention scheint nach einer Vielzahl von Studien kaum möglich oder erfolgreich zu sein. Bedenkt man, dass sich jeder vierte Patient in einer Schmerzklinik mit Suizidgedanken trägt¹²¹, so ist dies ein erschreckender Gedanke. Die Zahl derjenigen, die weltweit pro Jahr Suizid begehen, wird nach neusten Zahlen auf eine Million Menschen geschätzt. Etwa 20 Millionen Menschen versuchen jährlich weltweit sich das Leben zu nehmen¹²².

„Der Selbstmörder will das Leben und ist bloß mit den Bedingungen unzufrieden, unter denen es ihm geworden“.¹²³

¹¹⁸ Böcker, H.-J. 1984

¹¹⁹ Sonneck, G. 1985

¹²⁰ Reimer, C. 1986

¹²¹ Mendelson, G. 1999

¹²² Goldney 2000

¹²³ Schopenhauer, A. 1818

2.3. Der Suizid sowie die Suizidbeteiligung aus juristischer Sicht

Die Anzahl veröffentlichter Urteile zu Schadensersatz bzw. Haftung bei Suizidversuch oder erfolgtem Suizid unter stationären Bedingungen oder während ärztlicher Behandlung ist seit Beginn der achtziger Jahre deutlich im Ansteigen begriffen¹²⁴. Leider besteht für behandelnde Ärzte jedoch wenig Rechtssicherheit, wie diverse gegensätzliche Gerichtsurteile zeigen¹²⁵. Die juristische Beurteilung eines Suizids bzw. seiner indirekten Teilnahme daran schwankt zwischen den Extremen „Der Mensch hat Anspruch auf Freiheit und auf seinen selbstbestimmten Tod“¹²⁶ und der Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung gemäß §222 StGB¹²⁷. Die Selbsttötung anvertrauter Patienten ist jedoch auch ein traditionelles Thema der Psychiatrie. Die Hinterfragung von therapeutischem Handeln geschieht hierbei auf einer realen Ebene von Daten und einer psychischen Ebene, wenn nach dem Tod eines Menschen durch Suizid die Abfuhr der Schuldgefühle von Angehörigen, Mitarbeitern, Vorgesetzten und Krankenhausträgern den Weg der Projektion¹²⁸ auf Therapeut, Pflegepersonal und Klinik nimmt. Nichts fällt Angehörigen und auch Therapeuten schwerer, als die Grenzen therapeutischer Kompetenz und Möglichkeit zu erkennen und zu akzeptieren. Gerade beim Suizid anvertrauter Patienten in der Klinik, die gerne mit der Omnipotenz absoluter Suizidverhütung ausgestattet wird, sich diese als narzisstisch gut verstehbare Aufwertung beim jahrelangen Umgang mit chronisch psychischen Kranken auch gerne zuschreibt, wird dies deutlich.

Gemäß des juristischen Grundsatzes „Nullum crimen sine lege“¹²⁹ ist die Selbsttötung nicht strafbar, weil sie keinem Straftatbestand unterliegt¹³⁰. Somit ist auch die Beihilfe sowie die Anstiftung hierzu straffrei, da die Beihilfe oder Anstiftung zu einer an sich straffreien Handlung nicht strafbar sein kann¹³¹. Allerdings kann der dem Suizidenten bei der Selbsttötung Unterstützung Leistende nach §216 StGB als mittelbarer Täter

¹²⁴ Gropp 1994

¹²⁵ siehe Kapitel 2.3.4

¹²⁶ Grosskopf, V. 2000

¹²⁷ §222 StGB: siehe Anhang Gesetzestexte Kapitel 7.2

¹²⁸ Eissler, K.R. 1978

¹²⁹ Art.103 Abs.2 GG: siehe Anhang Gesetzestexte Kapitel 7.2

¹³⁰ Eser, Albin 1991

¹³¹ Eser, Albin 1991

strafbar werden, wenn seine Unterstützung über die bloße Beihilfe hinaus den Grad einer Täterschaft erreicht. Wann dieser Grad jedoch erreicht wird, ist juristisch umstritten, was durch gegensätzliche Urteile verdeutlicht wird. Der Bundesgerichtshof hat eingeräumt, dass die Rechtsprechung bisher kein in sich geschlossenes System entwickelt habe, nach dem die strafrechtliche Bewertung bei aktiver oder passiver Beihilfe Dritter an Suiziden stets sachgerecht und in sich widerspruchsfrei vorgenommen werden könnte.¹³² Die Straffreiheit des Suizids endet somit dort, wo der Tod des Suizidenten vorsätzlich und aktiv durch einen Dritten herbeigeführt wird.

Ein Recht aus Art.2 GG¹³³ auf die Selbstbestimmung des Rechts auf Leben und damit verbunden auch ein Anspruch auf Mitwirkung und Beihilfe anderer Personen bei der Verwirklichung dieses Grundrechtes wird überwiegend von der Judikative verneint. Das Recht auf Leben nach Art.2 GG soll das Rechtsgut des Menschen, sein Leben, vor fremden Eingriffen schützen. Es umfasst aber nicht das Recht auf Bestimmung des eigenen Endes und einen Anspruch auf Mitwirkung Dritter bei dessen Verwirklichung.

Nach übereinstimmender Meinung soll eine Täterschaft, und damit Strafbarkeit erreicht sein, wenn die Mitwirkung die Grenze der bloßen Teilnahme am Suizid überschreitet. Als wesentliches Kriterium gilt hier die s.g. Tatherrschaft. Entscheidend ist, wer das letztendlich zum Tode führende Geschehen tatsächlich aktiv gestaltet und die Durchführung willentlich beherrscht. Hat der Suizident sich zum Zwecke der Entgegennahme des Todes in die Hand eines Dritten begeben, so hat dieser die Tatherrschaft. Hier kommt eine Strafbarkeit gemäß §216 StGB in Frage. Behält der Suizident jedoch bis zum Schluss die Entscheidungsfähigkeit über sein eigenes Schicksal, so hat er sich letztendlich aus eigenem Willen selbst getötet, wenn auch ggfs. mit fremder Hilfe.¹³⁴ Trotz eigenhändig vorgenommener Selbsttötung kann jedoch auch ein Tötungsdelikt vorliegen, wenn der Selbstmörder als unfreies Werkzeug eines das Geschehen willentlich beherrschenden Hintermannes tätig geworden ist. Dies liegt vor, wenn der Suizident nicht eigenverantwortlich gehandelt hat, wenn er als Werkzeug gegen sich selbst benutzt worden ist. Dies kann z.B. durch die Beeinflussung des

¹³² BGH St 32, 367ff

¹³³ Art.2 GG: siehe Anhang Gesetzestexte Kapitel 7.2

¹³⁴ BGH St 19, 135ff

Suizidenten durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, wie tödliche schwerwiegende Erkrankung, akute Gefahr für Leib und Leben, usw. erfolgen.

Strafrechtlich hat hier der Gesetzgeber mit den §§212 bis 216 StGB¹³⁵ eine juristische Handhabe geschaffen. Die Voraussetzung zur Anwendung des §216 StGB ist jedoch, dass der Suizident ein ausdrückliches und ernstliches Verlangen zur Tötung geäußert hat. „Verlangen“ erfordert die Einwirkung auf den freien Willen im Sinne des Bestimmens bei der Anstiftung¹³⁶. „Ausdrücklich“ ist hier im Sinne von „eindeutig“ zu verstehen, was jedoch ein konkludentes Handeln nicht ausschließt. Als „ernstlich“ ist ein Verlangen dann zu erkennen, wenn es zielgerichtet auf Tötung ausgerichtet ist und auf dem freiverantwortlichen Entschluss des Opfers beruht. Die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten ist die notwendige Bedingung dafür, dass ein ernstliches Verlangen im Sinne des §216 StGB zur Anwendung eines milderen Strafrahmens führt¹³⁷.

Wird der Schierlingsbecher gereicht oder das Gift auf den Tisch gelegt, scheidet eine unmittelbare Begehungstäterschaft aus; die mittelbare Täterschaft entfällt, wenn sich der Suizident freiverantwortlich damit suizidiert.

Erneut wird festgestellt, dass es keine straffreie Suizidbeteiligung ohne die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten gibt. Da eine Strafbarkeit als Teilnehmer, d.h. als Anstifter oder Gehilfe, stets eine tatbestandsmäßige Haupttat voraussetzt, zu der angestiftet oder Hilfe geleistet wird, der Suizid aber keinen Tatbestand erfüllt, kann grundsätzlich auch eine Teilnahme oder ein Verschulden am Suizid nicht strafbar sein. Diese Schlussfolgerung ist bei der Freiverantwortlichkeit gegeben, da es sich sonst nicht um einen Suizid handelt.

Wer aber als Garant¹³⁸, d.h. eine dem Suizidenten besonders verpflichtete Person, einen Suizid nicht verhindert, macht sich der Tötung durch Unterlassung strafbar. Allerdings kann, da die Rechtsprechung den Suizid als Unglücksfall sieht, auch ein Nichtgarant,

¹³⁵ siehe Anhang Gesetzestexte

¹³⁶ §26 StGB: siehe Anhang Gesetzestexte Kapitel 7.2

¹³⁷ Kommentar von Eser in: Schönke/Schröder, §216 RN 5-8

¹³⁸ § 13 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

der nichts zur Rettung unternimmt, wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß §323c StGB¹³⁹ bestraft werden.

2.3.1. Beispiele aus der Rechtsprechung

2.3.1.1. Der Fall „Wittig“¹⁴⁰

Der Angeklagte Dr.Wittig war der Hausarzt der 76jährigen Witwe U. . Sie litt an hochgradiger Verkalkung der Herzkrankgefäße und Gehbeschwerden wegen einer Hüft- und Kniearthrose. Nachdem ihr Ehemann gestorben war, sah sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr. Deshalb trug sie sich mit Selbstmordgedanken, von denen sie auch Dr.Wittig nicht abzubringen vermochte. Auch hatte er Kenntnis von einem Schriftstück, in dem Frau U. sich die Behandlung auf einer Intensivstation sowie die Anwendung lebensverlängernder Medikamente verbat.

Bei einem Hausbesuch im November 1981 sagte Dr.Wittig Frau U. zu, sie am nächsten Tag erneut aufzusuchen. Am nächsten Tag fand der sie bewusstlos vor, in der Hand die handschriftlich geäußerte Bitte, von einer Einlieferung ins Krankenhaus abzusehen. Anhand zahlreicher Medikamentenpackungen und des Abschiedsbriefs erkannte er, dass Frau U. eine Überdosis Morphium und Schlafmittel in Selbsttötungsabsicht zu sich genommen hatte. Er ging davon aus, dass Frau U. allenfalls mit schweren Dauerschäden zu retten sein würde. Das Wissen um den immer wieder geäußerten Selbsttötungswillen und die vorgefundene Situation veranlassten ihn schließlich, nichts zur Rettung von Frau U. zu unternehmen. Dr.Wittig blieb in der Wohnung, bis er am nächsten Morgen gegen 7 Uhr den Tod von Frau U. feststellen konnte.

Wie sich aus der Begründung des Urteils ergibt, hielt der 3.Strafsenat des BGHs hier wie bei jeder anderen Suizidteilnahme an einer Rettungspflicht und der daraus resultierenden Strafbarkeit wegen Tötung auf Verlangen durch Unterlassung¹⁴¹ sowie

¹³⁹ § 323c StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁴⁰ BGHSt 32, 367, Urteil vom 4.Juli 1984, 3 StR 96/84

¹⁴¹ §§216, 13 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

wegen unterlassener Hilfeleistung¹⁴² grundsätzlich fest. Es sprach den Angeklagten Dr. Wittig in einer Art Minimallösung letztlich nur deshalb frei, weil sich Wittig in einer besonderen Konfliktlage befunden habe, die ihm eine Rettung der Patientin nicht habe zumutbar erscheinen lassen. Denn wegen des weit fortgeschrittenen und von ihm als tödlich aufgefassten Vergiftungszustandes sei Dr. Wittig überzeugt gewesen, dass das Leben der Patientin allenfalls noch mittels von ihr stets verabscheuter Maßnahmen der Intensivmedizin und auch dann nur unter Inkaufnahme irreparabler Schäden hätte verlängert werden können.

2.3.1.2. Der Fall „Hackethal“

Die 70jährige Patientin E. litt seit Jahren an Gesichtskrebs und war deshalb mehrfach operiert und bestrahlt worden. Aufgrund der damit einhergehenden großen Schmerzen sowie ihrer entstellten Gesichtszüge wollte E. nicht mehr weiterleben. Nach langem Drängen besorgte ihr Prof. Hackethal Zyankali, damit sie sich durch Trinken des Giftes suizidieren konnte, wie sie es gewünscht hatte. Frau E. führte den Giftbecher selbst zum Mund und trank diesen in mehreren Schlucken aus. Nach kurzer Zeit verlor sie das Bewusstsein und verstarb.

Die Staatsanwaltschaft Traunstein erhob daraufhin Anklage wegen Tötung auf Verlangen (Verstoß gegen §216 Abs.1 StGB) gegen Prof. Hackethal. Die Eröffnung eines Hauptverfahrens wurde jedoch vom Landgericht Traunstein mit Beschluss vom 22.12.1986 abgelehnt. Auch die von der Staatsanwaltschaft sofort erhobene Beschwerde vor dem Oberlandesgericht München wurde mit Beschluss vom 31.7.1987¹⁴³ verworfen. Das OLG München konnte im Sachverhalt keine strafbare Handlung erkennen.

Das OLG trennte den Tathergang in zwei Abschnitte auf:

(1) Der erste Abschnitt reicht von der Besorgung des Giftes bis zur Bewusstlosigkeit der Patientin. Hier handelt es sich laut Meinung des OLG München um eine straflose Beihilfe zum Suizid. Frau E. habe das Geschehen voll beherrscht und insbesondere die Einnahme des Giftes eigenhändig ausgeführt. Auch habe sie

¹⁴² §323c StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

eigenverantwortlich gehandelt. Die Initiative zum Geschehen ist von ihr ausgegangen, weil sie beharrlich in der Klinik des Beklagten angerufen habe und Prof. Hackethal um Hilfe beim Suizid gebeten habe.

(2) Der zweite Abschnitt beginnt ab der Bewusstlosigkeit und reicht bis zum Tode der Frau E. Nach Ansicht des OLG München würde die Lehre die Pflicht zur Rettung verneinen, da der Wille des freiverantwortlichen Suizidenten Vorrang vor einer etwaigen Rettungspflicht des anwesenden Dritten haben müsse und andernfalls von der Straffreiheit der Teilnahme am Suizid nichts mehr übrig bliebe¹⁴⁴. Folgt man jedoch der Rechtsprechung, so bedeutet die Nichthinderung selbst des freiverantwortlichen Suizids die Herbeiführung des Todes als Täter durch Unterlassung¹⁴⁵. Durch die Bewusstlosigkeit geht die Tatherrschaft auf den anwesenden Dritten über.

Je nachdem, ob den Unterlassenden als Arzt oder als Angehörigen eine spezielle Pflicht trifft, den tödlichen Ausgang zu verhindern (so genannte Garantenpflicht), oder ob es sich sonst um zufällig hinzukommende Personen handelt, nimmt die Rechtsprechung des BGH eine Strafbarkeit wegen Totschlags bzw. Tötung auf Verlangen durch Unterlassung oder wegen unterlassener Hilfeleistung nach §323c StGB an. Nach dieser Rechtsprechung wäre ein noch so freiverantwortlicher Wille des Suizidenten somit irrelevant, sobald dieser die Herrschaft über das Geschehen verliert, insbesondere wenn er bewusstlos wird. Dadurch soll verhindert werden, dass ein Suizident, dessen Sterbeverlangen verfällt, nur deshalb nicht mehr gerettet wird, weil er sich nicht mehr artikulieren kann.

Das OLG München führte weiter aus, dass es fraglich sei, ob Hackethal durch sofortiges Handeln den Tod überhaupt hätte verhindern können. Das OLG verwandte den in der Rechtsprechung des BGH bis dato vergebens gesuchten Gedankengang: es komme nicht auf die Abwendbarkeit des Todes der Frau an, weil der Wille der freiverantwortlich handelnden Frau E. auch nach ihrer Bewusstlosigkeit die Pflicht des Angeklagten haben entfallen lassen, Maßnahmen zu ihrer Rettung einzuleiten. Denn hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen binde der von einem urteilsfähigen Normalpatienten ausgesprochene Verzicht den Arzt auch dann, wenn der Patient im voraussehbaren

¹⁴³ 1 Ws23/87, NJW 1987,2940

¹⁴⁴ Jähnke, Burkhard in: Strafgesetzbuch, Leipziger Kommentar, 10. Auflage, 5.Band 1989

¹⁴⁵ §13 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

Verlauf der Krankheit das Bewusstsein verloren habe und keine wesentliche Änderung der seiner Erklärung zugrunde liegenden tatsächlichen Umstände erkennbar sei.

Damit machte das OLG München die Freiverantwortlichkeit zur Basis für einen garantenpflichtaufhebenden Hilfsverzicht. Hieraus haben sich zwei gegensätzliche Lehrmeinungen etabliert: die Vertreter des Verantwortungsprinzips, vertreten insbesondere durch Roxin und Bottke. Diese gehen davon aus, dass ein Suizident prinzipiell freiverantwortlich, und damit straffrei für Suizidenten und Beteiligten, gehandelt hat, sofern nicht besondere gegenteilige Anzeichen vorliegen. Im Gegensatz hierzu stehen die Vertreter der Einwilligungstheorie, die eine prinzipielle Freiverantwortlichkeit verneinen, da aufgrund der Selbstverletzung des Täters die Kriterien zur Beurteilung deutlich strenger zu fassen seien als die bloße „Negativ-Abschichtung“ des Verantwortungsmodells und deshalb bei einer Beurteilung die besonders strengen Anforderungen einer „Tötung auf Verlangen“¹⁴⁶ anzulegen seien.

2.3.1.3. Der „Adumbran-Fall“¹⁴⁷:

Frau M. litt unter anderem an schweren arteriellen Durchblutungsstörungen mit Nekrose der rechten Ferse. Obwohl sie Angst vor eventuellen operativen Eingriffen äußerte, begab sie sich auf Drängen des angeklagten Arztes in stationäre Behandlung. Da sich keine Besserung einstellen wollte, ja die behandelnden Ärzte sogar mit einer Amputation des rechten Beines rechneten, verließ Frau M. nach ca. einem Monat das Krankenhaus und nahm in der Nacht oder am Morgen des nächsten Tages eine tödliche Dosis Adumbran ein. Der Angeklagte fand Frau M. in bewusstlosem Zustand vor, unternahm jedoch, einem früher geäußerten Wunsch der Patientin entsprechend, nichts zur Rettung.

Im ersten Urteil wurde der Angeklagte wegen Tötung durch Unterlassung verurteilt. Der 2.Strafsenat des BGH verwies am 8.7.1987 den Fall wegen mangelhafter Sachverhaltsfeststellung zwar zurück, bemerkte jedoch, es sei für die Achtung des Selbstbestimmungsrechts ausreichend, dass der Selbsttötungsentschluss ernsthaft und freiverantwortlich gefasst und demgemäß kein Einverständnis mit der Verhinderung des

¹⁴⁶ §216 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

Todes gegeben sei. Auch sei einem ernsthaften, freiverantwortlichen Tötungsentschluss eine stärkere rechtliche Bedeutung beizumessen, als dies im Wittigfall geschehen sei.

Der freiverantwortliche Selbsttötungsentschluss entfaltet auch nach der Rechtsprechung des BGH zumindest bei schwer Leidenden mittlerweile eine strafbefreiende Wirkung zugunsten dessen, der den Suizidenten sterben lässt.

2.3.2. Die Freiverantwortlichkeit des Suizids nach dem Verantwortungsprinzip bzw. der Einwilligungstheorie

Die Freiverantwortlichkeit eines Suizidenten bei der Selbsttötung ist notwendige Bedingung dafür, dass für den tödlichen Erfolg kein Dritter zur Verantwortung gezogen werden kann. Sie ist notwendige Voraussetzung auch für die straffreie Suizidbeteiligung, sei es in Form des Förderns, Überredens, Unterstützens oder der Unterlassung der Erfolgsverhinderung. Umgekehrt kann das Entfallen der Freiverantwortlichkeit dazu führen, dass der Suizidbeteiligte zum mittelbaren Täter einer Fremdtötung wird. Im Bereich der Sterbehilfe Schwerleidender bildet die Freiverantwortlichkeit die Basis für einen garantenpflichtaufhebenden Hilfsverzicht. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit kann jedoch nicht am Maßstab der Vernunft gemessen werden, da zum Beispiel der Behandlungsverzicht des Patienten den Arzt von der Lebenspflichterhaltung selbst dann entbinden kann, wenn die Behandlungsverweigerung zum Tode führt und daher unvernünftig erscheint. Hierfür müssen anderen Kriterien herangezogen werden.

Von Roxin und Bottke wird von Freiverantwortlichkeit auf Grundlage des Verantwortungsprinzips¹⁴⁸ bei einem Suizid bzw. seiner Beteiligung ausgegangen. Sie vertreten die Meinung, dass Freiverantwortlichkeit der Regelzustand sei, der negativ nur ausnahmsweise entfalle. Somit entfällt für die Verantwortungslehre die Notwendigkeit, zu untersuchen, ob ein Suizident freiverantwortlich gehandelt hat, sofern nicht besondere gegenteilige Anzeichen vorhanden sind. Als Ausnahmezustand wird hier die

¹⁴⁷ BGH, Beschluss vom 8.7.1987; 2 StR 297/87; NStZ 1988, 127

Schuldunfähigkeit, sei es, dass der Täter noch ein Kind ist¹⁴⁹, sei es dass er analog zu §20 StGB¹⁵⁰ unfähig ist, die Bedeutung seines Verhaltens einzusehen, anerkannt. Daneben treten die Fälle des Nötigungsnotstandes¹⁵¹ sowie bestimmte Irrtümer (zum Beispiel das Nichterkennen der tödlichen Qualität des Selbstmordes, die irriige Annahme einer den Suizid auslösenden Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit). Außerhalb der genannten Fälle handelt der Suizident nach der Verantwortungslehre freiverantwortlich. „Grundsätzlich ist der Selbstmord eine freie Willensstat“¹⁵².

Es genügt jedoch nicht, sich mit dem Fehlen von Krankheitssymptomen im Sinne des §20 StGB zu begnügen. Der Suizidplan sollte vielmehr einem ernstlichen Tötungsverlangen im Sinne des §216 StGB entsprechen. So wird die Freiverantwortlichkeit in aller Regel bei Appellsuizidversuchen fehlen; auch bei Kindern und Jugendlichen wird in aller Regel mangels Einsicht in die Tragweite des Suizids die Freiverantwortlichkeit zu verneinen sein.¹⁵³

Es ist nur dann von einem krankhaften Suizid zu sprechen, wenn die freie Willensbestimmung oder der klare Bewusstseinszustand entsprechend den Kriterien der Schuld- und Geschäftsfähigkeit aufgehoben ist.¹⁵⁴

Im Gegensatz hierzu steht die Einwilligungenslehre, die der Verantwortungslehre entgegenhält, dass hier von der unzutreffenden Annahme ausgegangen werde, der Suizident trage Verantwortung wie ein fremdverletzender Täter. Tatsächlich jedoch verletze er sich selbst, weshalb hier die Maßstäbe für die Wirksamkeit einer Einwilligung in eine Körperverletzung heranzuziehen seien.

¹⁴⁸ Roxin 1977, Bottke 1983

¹⁴⁹ §19 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁵⁰ §20 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁵¹ §35 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁵² Pohlmeier, H. 1993

¹⁵³ Schönke, Schröder, Eser 1991

¹⁵⁴ Pohlmeier, H. 1992

Die Freiverantwortlichkeit setze deshalb folgende Anforderungen voraus:

- ? natürliche Einsichtsfähigkeit
- ? Urteils- und Hemmungsvermögen
- ? Ernstlichkeit der Entscheidung
- ? Mangelfreiheit der Willensbildung
- ? Freiheit von Zwang
- ? Freiheit von zielgerichteter Täuschung
- ? Fähigkeit nach geistiger Reife und psychischem Zustand, die Tragweite des Entschlusses sachgerecht zu erfassen und nach dieser Einsicht zu handeln

Diese Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit sind deutlich strenger, als es die Vertreter des Verantwortungsmodells fordern. Grund hierfür ist, dass die Vertreter der Einwilligungstheorie Anforderungen an die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit stellen, die sich an der Ernstlichkeit eines an einen Dritten gerichteten Tötungsverlangens gemäß §216 StGB orientieren. Legt man diese Auffassung zu Grunde, so leuchtet die Zurückhaltung aber durchaus ein. Hier wird man an die strafmildernde oder rechtfertigende Wirkung berechtigterweise so strenge Anforderungen stellen, wie diese der deutsche Gesetzgeber bei einer Tötung auf Verlangen im Falle des §216 StGB tut. Von Vertretern des Verantwortungsprinzips wird jedoch entgegengehalten, dass die Ernstlichkeit der Freiverantwortlichkeit durch nichts mehr bewiesen wird, als durch die eigenhändige Tötung. Der freiverantwortliche Wille zu sterben würde durch nichts mehr bewiesen, als durch die eigenhändige Suizidierung; durch die unmissverständliche Dauer des eigenen Entschlusses und die höchstpersönliche Verwirklichung desselben.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die Möglichkeit der Freiverantwortlichkeit des Suizids in einem Urteil vom September 1994 durch die Bestätigung der Möglichkeit einer Selbstbestimmung am Lebensende positiv beantwortet¹⁵⁵:

¹⁵⁵ BGH 1 StR 357/94, 1995; NJW 204, NSTZ 80

Der erste Strafsenat hatte über ein Urteil des Landgerichts Kempten zu entscheiden, das den Sohn und den behandelnden Arzt einer 72jährigen Frau wegen versuchten Totschlags zu Geldstrafen verurteilt hatte. Beide waren Anfang März 1993 auf Vorschlag des Arztes übereingekommen, die künstliche Ernährung der Patientin von kalorienreicher Nahrung auf bloße Flüssigkeitszufuhr zu reduzieren. Die Patientin war seit September 1990 nach einem Herzstillstand und anschließender Wiederbelebung schwerst hirngeschädigt, nicht ansprechbar und nicht bewusstseinsfähig (apallisches Syndrom¹⁵⁶). Es bestand keine Aussicht mehr auf Besserung des Zustandes. Der Sohn, 1990 vor Inkrafttreten des neuen Betreuungsgesetzes¹⁵⁷ vom Vormundschaftsgerichtes als Pfleger eingesetzt, informierte dieses über das Vorhaben der Lebensbeendigung nicht. Auch deshalb befolgte das Pflegepersonal die schriftliche Anweisung des Arztes nicht, sondern informierte vielmehr eben dieses Vormundschaftsgericht.

Auf dessen Anordnung wurde per einstweiliger Verfügung die künstliche Ernährung mit kalorienreicher Nahrung nun von einem anderen Arzt fortgesetzt. Nach Auftreten eines Lungenödems verstarb die Patientin ein dreiviertel Jahr später, Ende 1993.

Das Landgericht Kempten, das eine Anklage der Staatsanwaltschaft wegen des versuchten Totschlages zu verhandeln hatte, bejahte diesen versuchten Totschlag und verurteilte beide Angeklagten zu Geldstrafen. In der erfolgreich beantragten Revision des Urteils schloss sich der Erste Strafsenat des BGH der Urteilsbegründung des Landgerichts nicht an: zwar ging auch der BGH von einem rechtswidrig versuchten Totschlag aus und nicht von einer Sterbehilfe nach den Richtlinien der

¹⁵⁶ „syn. Dezerebrationssyndrom, Mittelhirnsyndrom; s.g. Enthirnungsstarre; Funktionsausfall der Großhirnrinde inf. Anoxie des Gehirns, z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma, Intoxikationen, Schock. Sympt.: Bewusstseinsstörungen, z.B. als Koma, schlafähnlicher Zustand (Parasomnia) oder Coma vigile; der Pat. ist wach, es erfolgen jedoch keine sinnvollen Reaktionen, Blickfixierung oder Spontanäußerungen. Auftreten pathologischer Reflexe, z.B. Greifreflexe, Stellreflexe, Pyramidenbahnzeichen, Rigor und Hypertonie der Muskulatur, evtl. Streckkrämpfe; Störung der Atmung, Temperaturregulation, Kreislauffunktion. Verlauf: entweder letaler Ausgang nach längerdauerndem apallischem Syndrom infolge Komplikationen (v.a. Infektionen) oder (evtl. vollständige) Remission. Die Prognose verschlechtert sich mit zunehmender Dauer des Syndroms.“ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 256. Auflage

¹⁵⁷ Seit dem 1. Januar 1992 ist das neue Betreuungsgesetz in Kraft. Es räumt dem Selbstbestimmungsrecht des Betreuten sehr viel mehr Raum ein als das frühere Vormundschaftsrecht. Schwerwiegende Heileingriffe, Sterilisation und auch Behandlungsabbruch werden wegen ihrer Gefährlichkeit der alleinigen Entscheidungsbefugnis des Betreuers entzogen. Die Entscheidung des Betreuers hat diejenige des Betreuten in allen anderen Fragen ersetzt im Falle dessen Entscheidungsunfähigkeit. Daher hat sie für die behandelnden Ärzte die gleiche Verbindlichkeit wie eine Erklärung des Patienten selbst. Sie

Bundesärztekammer oder einem durch eine tatsächliche oder mutmaßliche Einwilligung der Patientin gedeckten Behandlungsabbruch. Aber der BGH gestand den Angeklagten Verbotsirrtum zu, dass sie also rechtmäßig zu handeln glaubten und gab dem Landgericht eine neue Verhandlung auf, um die Vermeidbarkeit eines eventuellen Verbotsirrtums zu prüfen und die von den Angeklagten angenommene mutmaßliche Einwilligung der Kranken auf ihre Erheblichkeit zu untersuchen. Insbesondere sei zu klären, inwieweit dem Sohn als Betreuer seine Pflichten bekannt gewesen seien und ob weitere Anhaltspunkte für die Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung der Patientin zum Behandlungsabbruch gegeben seien. Die anlässlich einer Fernsehsendung über Schwerstpflegefälle getane Äußerung der Patientin, zehn Jahre zuvor, sie wolle so nie enden, wurde für die Annahme der mutmaßlichen Einwilligung zum Behandlungsabbruch als nicht ausreichend angesehen. Es wurde auch als Mangel angesehen, dass diese Äußerung nicht nur zehn Jahre zurücklag, sondern auch, dass es weder schriftliche noch mündliche Wiederholung gegeben habe. Die dem Landgericht Kempten neu aufgebene Verhandlung endete im Mai 1995 mit Freispruch für beide Angeklagten. Tatsächlich konnte der Wille der Frau über die erwähnte Äußerung hinaus durch zahlreiche Zeugenaussagen bestätigt werden. Das Gericht hielt trotz Bedenken der Staatsanwaltschaft die Angaben über den mutmaßlichen Willen für ausreichend, um den Freispruch der Angeklagten von der Anklage des versuchten Totschlags zu begründen (LG Kempten 2KSJS 13144/93; Mai 1995)

Aus dem Urteil:

„... auch in dieser Situation ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden darf...“ Entscheidend ist der Wille des Patienten im Tatzeitpunkt, wie er sich nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände darstellt. Hierbei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen ebenso zu berücksichtigen, wie religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen. Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien

berechtigt nicht nur zum Behandlungsabbruch, sondern verpflichtet auch dazu und ein

zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten: im Zweifel hat der Schutz des menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, der Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person. Im Einzelfall wird die Entscheidung auch davon abhängen, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nahe der Patient dem Tode ist: je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, umso eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.

2.3.3. Der Suizid in der juristischen Prüfung

Bei Vorliegen einer Selbsttötung sowie einer etwaigen aktiven oder passiven Beteiligung Dritter (zum Beispiel durch Nichtverhinderung der Tat, bestehender ärztlicher Garantenpflicht bei stationärer oder ambulanter Behandlung, etc.), wird im Rahmen der juristischen Prüfung des Sachverhaltes eine strafrechtliche oder zivilrechtliche Haftung überprüft.

Strafrechtlich prüfen die Staatsanwaltschaften und Gerichte, ob ein Tötungs-¹⁵⁸ oder Körperverletzungsdelikt¹⁵⁹ oder ob unterlassene Hilfeleistung¹⁶⁰ nachgewiesen werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass der Dritte als „Täter“ und nicht als „Gehilfe“ des Suizidenten gehandelt hat. Beihilfe zum Suizid ist nämlich, wie auch der Suizid selbst, straffrei. Eine Täterschaft und damit eine Straftat Dritter kommt dann in Betracht, wenn der Suizident nicht freiverantwortlich gehandelt hat.

Die Einschätzung und Beurteilung der Freiverantwortlichkeit wird jedoch, wie bereits angesprochen, von den Gerichten und Gutachtern kontrovers diskutiert und entschieden: So verkündete der BGH 1984, dass nur 5% der Suizidenten eigenverantwortlich handeln würden und ein Arzt deshalb trotz Tötungsentschlusses des Patienten helfend eingreifen müsse, um den Erfolg zu verhindern. Der Patient sei „krank“ und könne somit nicht frei

Entscheidungsspielraum ist den Ärzten nicht gegeben. (Kutzer 1994)

¹⁵⁸ §212 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁵⁹ §223 StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁶⁰ §323c StGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

über sein Leben entscheiden¹⁶¹. Drei Jahre darauf jedoch verkündete er im Urteil vom 8.Juli 1987 „...dem ernsthaften, freiverantwortlich gefassten Tötungsentschluss eine stärkere rechtliche Bedeutung beizumessen, als dies bei der Entscheidung am 4.Juli 1984 geschehen ist...“.

Zivilrechtlich wird von den Gerichten und Rechtsanwälten eine Schadensersatzpflicht für die überlebenden Patienten und/oder Angehörigen aufgrund des Deliktsrechts¹⁶² oder aufgrund einer Amtspflichtverletzung^{163 164} für zulässig erachtet.

Zudem versuchen Krankenversicherer, einen finanziellen Schadensersatz für zusätzliche Behandlungskosten zu erhalten¹⁶⁵.

Voraussetzung für alle Ansprüche ist ein zumindest fahrlässiges Verhalten gegenüber dem Patienten/Suizidenten, das für den Eintritt des Schadens/des Ereignisses ursächlich gewesen ist. Fahrlässig handelt nach §276 BGB derjenige, der die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht lässt. Dabei unterscheidet man äußere und innere Sorgfalt. Äußerlich sorgfältig handelt der Arzt, der den Standard der Wissenschaft zur Zeit der Behandlung anwendet. Der Arzt muss nicht stets den sichersten therapeutischen Weg wählen. Die innere Sorgfalt besteht in einem intellektuell-emotionalen Vorgang, der sich auf die Erkenntnis der Gefahr und auf die Einhaltung der äußeren Sorgfalt richtet. Entweder die Einhaltung der inneren oder die Beobachtung der äußeren Sorgfalt genügt für unfahrlässiges Verhalten. Der Arzt muss also einen Behandlungsfehler begangen haben oder der Träger die maßgeblichen Abläufe nachlässig organisiert haben, um fahrlässig zu erscheinen. Ein Behandlungsfehler liegt dann vor, wenn ein Arzt bei der Behandlung des Patienten die nach den aktuellen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft unter den besonderen Umständen objektiv erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen hat. Damit wird ein Verhalten gefordert, das von einem ordentlichen, pflichtgetreuen Durchschnittsfacharzte der in Betracht kommenden

¹⁶¹ Bundesgerichtshof vom 4.Juli 1984

¹⁶² §823 BGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁶³ §839 BGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁶⁴ Art.34 GG: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

¹⁶⁵ §116 Abs.1 SGB X: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

Fachgruppe in der konkreten Situation erwartet werden darf und muss¹⁶⁶. Der Arzt schuldet die berufsfachlich gebotene Sorgfalt, nicht nur die übliche; eingerissene Nachlässigkeiten entlasten ihn nicht. Fahrlässig handelt der Mediziner, der „das in den Kreisen aufmerksamer und gewissenhafter Ärzte oder Fachärzte vorausgesetzte Verhalten unterlässt“. Herrscht Unklarheit darüber, welches Maß an Vorsicht zur Verhütung von Schäden bei der Behandlung notwendig ist, so hat der Arzt im allgemeinen die größere Vorsicht zu beachten, wenn er nicht fahrlässig handeln will, denn der Kranke darf verlangen, dass der Arzt alle, auch entfernte Verletzungsmöglichkeiten in den Kreis seiner Erwägungen zieht und sein Verhalten bei der Behandlung des Patienten hiernach einrichtet. Es herrscht das Prinzip der Gruppenfahrlässigkeit: danach kommt es auf die im jeweiligen Verkehrskreis der Allgemein- oder Fachärzte vorausgesetzten Fähigkeiten, die dort zu erwartenden Kenntnisse und Fertigkeiten an, dagegen nicht auf persönliche Möglichkeiten des einzelnen Berufsangehörigen. Im zivilen Haftungsrecht hat jedermann den von ihm an seiner Stelle erwarteten Sorgfaltsstandard einzuhalten. D.h., der Facharzt hat die im Kreis seiner Kollegen erwartete Diagnose und Behandlung vorzunehmen. Eine gewichtige Rolle für das Maß der erforderlichen Sorgfalt spielt ferner die Größe, der Grad des vom Patienten abzuwendenden Risikos. Fahrlässigkeit zu vermeiden heißt freilich nicht, jedes Risiko zu meiden.¹⁶⁷ Mit gutem Grund hatte schon der Reichsgerichtshof einmal ausgeführt, „dass auch der geschickteste Arzt nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeitet, dass trotz aller Fähigkeit und Sorgfalt des Operators ein Griff, ein Schnitt oder Stich misslingen kann, der regelmäßig auch dem betreffenden Arzt selbst gelingt“.¹⁶⁸ Voraussetzung für eine Haftung ist nur ein medizinischer Fehler, der dem Arzt zum persönlichen Vorwurf gemacht werden kann.¹⁶⁹ Überschreitet der Arzt jedoch seine eigene fachliche Kompetenz, so liegt hierin ein Übernahmeverschulden.

¹⁶⁶ Rieger, H.J. 1984

¹⁶⁷ BGH, NJW 1974, 1424

¹⁶⁸ RGZ 78,432

Behandlungsfehler können in diesem Kontext in mehreren Varianten auftreten:

1) Wenn die akute Selbsttötungsabsicht des Patienten übersehen wird und dies zur Gefährdung des Patienten führt, kann dies als Behandlungsfehler gewertet werden. Allerdings leitet sich hieraus nicht in jedem Fall ein Fahrlässigkeitsvorwurf gegen den behandelnden Arzt ab. Ein Arzt ist weder berufsrechtlich, arbeitsvertraglich, nach dem Inhalt des Behandlungsvertrages mit dem Patienten, noch aufgrund einer sonstigen Rechtspflicht verpflichtet, die Krankengeschichte des Patienten auf Suizidgefahr hin zu erfragen und beweisende Befunde zu ermitteln. Nur wenn ein Patient von sich aus Anhaltspunkte für eine Gefährdung mitteilt oder solche aus Unterlagen oder den Umständen ersichtlich sind, ist diesen nachzugehen. Nur in psychiatrischen Fachabteilungen muss auch ohne besonderen Anlass eine mögliche Suizidgefährdung untersucht werden. Zeigt sich in der Vorgeschichte, dass eine Suizidgefährdung nicht infolge geistiger Erkrankung, sondern allein aus normal-psychologischen Motiven oder sonstigen sachlichen Motiven heraus gegeben ist, scheidet eine Haftung für einen späteren Suizid oder Suizidversuch nach Auffassung des Bundesgerichtshofes aus¹⁷⁰. Der ersten Variante zugehörig ist auch die fehlerhafte Einschätzung der Suizidgefahr. Kommt der behandelnde Arzt zur Auffassung, dass im konkreten Zeitpunkt nicht mit einer Selbsttötung gerechnet werden muss, trifft ihn kein Schuldvorwurf, wenn durch Nichtergreifen besonderer Schutzmaßnahmen der Patient in die Lage versetzt wird, sich zu töten¹⁷¹. Die Vertretbarkeit richtet sich nach den Erkenntnissen und Vorgaben der Wissenschaft. Solange einem Arzt nicht konkrete Maßstäbe und Leitlinien für die Abschätzung einer Suizidalität gegeben werden können, beschränkt sich die rechtliche Beurteilung auf eine Willkürkontrolle. Verhaltensauffälligkeiten psychiatrischer Patienten erfordern jedoch in jeder Phase der Therapie erneute diagnostische Kontrolle.¹⁷²

¹⁶⁹ Arzt, Strafrecht BT1, 125f

¹⁷⁰ BGH 8.10.85, NJW 1986, 775-776

¹⁷¹ OLG Düsseldorf, 25.11.1982, MedR 1984, 69

Ebenso kann es ein Behandlungsfehler sein, wenn die akute Suizidalität richtig erkannt und eingeschätzt wird, die Therapie aber, insbesondere die besondere Sicherung, unterbleibt. Bei eindeutiger Selbstgefährdung des Patienten schuldet die ärztliche Behandlung auch die Bewahrung vor der eigenen Gefährdung. Den Bewahrungs- und Sicherungspflichten sind jedoch in mehrfacher Hinsicht Grenzen gesetzt. So hat der Arzt unbedingt die Menschenwürde und allgemeine Handlungs- und Selbstbestimmungsfreiheit des Patienten zu achten¹⁷³. Im Sinne des juristischen Verhältnismäßigkeitsprinzips sind nur Maßnahmen derjenigen Sicherungsstufe anzuordnen, deren Anwendung unbedingt erforderlich ist¹⁷⁴. Dem chronisch suizidalen, manifest sich selbst gefährdenden Patienten kann der Arzt nach der akuten Krise indes nur dann helfen, wenn er nicht um jeden Preis versucht, den Suizid zu verhindern.¹⁷⁵ So können drei Stufen postuliert werden, die beginnend mit einem therapeutischen Gespräch und regelmäßigen Kontrollen des Patienten über eine Verlegung in Räume im Erdgeschoss, dem Abschließen und Sichern von Fenstern und Türen, der Entfernung von zum Suizid geeigneter Materialien und Überwachung durch so genannte Sitzwachen bis zur räumlichen Fixierung und medikamentös induzierten Handlungsunfähigkeit reichen. Allerdings sollte der negative Einfluss einer bestimmten Sicherungsmaßnahme in die Entscheidung des Arztes miteinfließen und, falls therapeutisch zu vertreten, möglichst die niedrigste Stufe gewählt werden¹⁷⁶, selbst wenn sich später herausstellen sollte, dass diese Therapieentscheidung den Suizid begünstigt hat¹⁷⁷. Als Vorsichtsmaßnahme zur späteren Beurteilbarkeit der Entscheidungsfindung ist eine minutiöse Dokumentation der Vorgänge zu fordern.

Aber nicht nur die fehlerhafte Behandlung des Patienten durch den Arzt kann einen

¹⁷² OLG Stuttgart, MedR 1989, 251

¹⁷³ Helle, 1989

¹⁷⁴ BGH 20.6.2000, VI ZR 377/99 OLG Zweibrücken: „Ohne besondere Umstände kann nicht verlangt werden, dass in der offenen Station einer psychiatrischen Klinik alle Türen und Fenster verschlossen werden.“

¹⁷⁵ MedR 1985, 210-214

¹⁷⁶ „Sicherheitsgebot ist abzuwägen gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung durch allzu strikte Verwahrung.“ VI ZR 114/84; BGHZ 96, 98, 102; BGH Urteil vom 23.9.93 III ZR 107/92; VersR 1994,50

¹⁷⁷ BGH 20.6.2000, VI ZR 377/99 OLG Zweibrücken: „...zum Therapiekonzept kann es gehören, dass Sicherungsmaßnahmen entfallen, um eine erwünschte vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen psychisch kranken Patienten und Arzt sowie Klinikpersonal zu fördern...“

Behandlungsfehler darstellen, sondern auch die unzureichende Auswahl und Überwachung des ärztlichen Hilfspersonals¹⁷⁸. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass Selbstschädigungen des Patienten nicht vorkommen. Hierzu gehört zum Beispiel, dass ärztliche Anordnungen umgesetzt werden können. Bei ärztlicher Anordnung dauerhafter Beobachtung muss genügend Personal hierfür abgestellt werden. Wird eine Unterbringung in geschlossener Station angeordnet, so sind Vorkehrungen dafür zu treffen, dass der Patient die Klinik nicht verlassen kann; zum Beispiel, bis eine Verlegung in eine Fachabteilung möglich ist.

Hierzu erläuternd das Urteil vom OLG Koblenz¹⁷⁹:

Ein stationär aufgenommenener Unfallpatient mit Knöchelfraktur verschweigt bei Aufnahme eine bestehende Alkoholabhängigkeit. Der Patient wird aufgrund der Knöchelfraktur operiert und auf eine chirurgische Normalstation verlegt. Am zweiten Abend treten delirante Alkoholentzugserscheinungen auf. Ein hinzugezogener Psychiater bestätigt das Auftreten eines Alkoholentzugsdelirs und verordnet die Gabe von Distraneurin (Alkoholersatzmittel) sowie die Gabe von Haldol (Antipsychotikum) und die Anlage eines Bauchgurtes zur prophylaktischen Fixierung des Patienten. Der Patient befreit sich jedoch kurze Zeit später durch während des Deliriums freigesetzte „übermenschliche Kräfte“ selbst vom angelegten Bauchgurt und springt durch eine Scheibe in die Tiefe. Der vom Patienten später geforderte Schadensersatz und Schmerzensgeld werden vom OLG Koblenz zurückgewiesen.

Begründung: Der Patient sei „in angemessener Weise versorgt worden, als er ein delirantes Stadium erreicht hatte, indem er medikamentös behandelt und fixiert wurde. Eine weitergehende Prävention war nicht angezeigt, da sich der Patient zunächst ruhig verhielt. Eine Vollfixierung wäre als hier unangemessene Belastung zu werten gewesen.“

In einem Urteil vom Landgericht Lübeck (LG Lübeck, Aktenzeichen 10 O 386/98) wurde geurteilt:

¹⁷⁸ §831 BGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

Ein Patient, der nach einem erfolgten Suizidversuch mit Verletzungen in die Notaufnahme eingeliefert wurde, lag eine Zeitlang unbeaufsichtigt in der Notaufnahme. In einem unbeobachteten Moment sprang der Patient aus dem zweiten Stock durch das geschlossene Fenster und erlitt schwere Dauerschäden. Hier verurteilte das Gericht die behandelnde Klinik aufgrund mangelnder Sicherung des gefährdeten Patienten zur Zahlung von Euro 90 000.- Schmerzensgeld

In einem Urteil des OLG Hamm vom 26.11.1980:

Eine suizidale Patientin nutzte die kurzzeitige Abwesenheit der Nachtschwester zum Suizidversuch und verletzte sich schwer. Das Gericht führte aus, „es ist unstrittig, dass die Nachtschwester die Weisung bekommen hatte, wegen der bei der Klägerin bestehenden Selbstmordgefahr öfter hereinzuschauen. Das hat die diensthabende Schwester auch getan. Die Anordnung einer häufigeren Überwachung der Klägerin war ausreichend. Irgendwelche Maßnahmen technischer Art zur Verhinderung oder Erschwerung eines Selbstmordes brauchten nach Überzeugung des Senats nicht getroffen werden. Türklinken, Sicherungsflügel an den Fenstern oder ähnliche Einrichtungen brauchten nicht beseitigt zu werden. Dies mag früher üblich gewesen sein. Es entspricht jedoch nicht mehr einer modernen Auffassung von der humanen Unterbringung psychisch Kranker. Der Sachverständige hat hier ausgeführt, dass das Unterlassen solcher Sicherungsmaßnahmen zwar die Möglichkeit eines Suizids erleichtere, dies aber heute hingenommen werde, zumal ein zum Selbstmord Entschlossener ohnehin Mittel und Wege finde, seinen Plan auszuführen“.¹⁸⁰

Um einen Schadensersatzanspruch zu erlangen, muss ein Geschädigter eine Vielzahl von Beweisen antreten:

- ? Der Arzt muss einen Behandlungsfehler (s.o.) gemacht haben,
- ? der Fehler muss schuldhaft, nämlich vorsätzlich oder fahrlässig begangen worden sein,

¹⁷⁹ OLG Koblenz, Urteil vom 30.4.1997, Aktenzeichen 5 U 262/96

? aufgrund des Fehlers muss der Patient an Körper oder Gesundheit verletzt worden sein

? und es muss hieraus ein Schaden entstanden sein.

Die Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften werden im Haftpflichtrecht und der daraus resultierenden Rechtsprechung eine zunehmende Bedeutung erlangen. Eine Behandlung, die nicht konform einer Leitlinie erfolgt, gerät zunehmend in Behandlungsfehlerverdacht, was einen erhöhten Aufklärungs- und Rechtfertigungsbedarf auslösen wird und damit zu einem per se erhöhten Haftpflichtrisiko führen wird.¹⁸¹ Dieser Entwicklung ist nur durch eine umfassende Dokumentation der Entscheidungsabläufe zu begegnen. Gegen einen EG-Richtlinienvorschlag zur Dienstleistungshaftung in Europa¹⁸² mit dem Kernpunkt einer Beweislastumkehr für das Verschulden zugunsten des Dienstleistungsempfängers wurde von Seiten der deutschen Ärzteschaft aus beachtlichen Gründen Widerspruch erhoben¹⁸³.

2.3.4. Urteile

Zur Erläuterung der vorstehend dargestellten Sachverhalte, werden die nun folgenden Fälle exemplarisch dargestellt und es wird versucht die juristische Problematik im Spannungsfeld Therapie(versuch)-Arzt-Patient-Haftung darzustellen.

2.3.4.1. Fall 1¹⁸⁴: Psychose

Zum Sachverhalt: Die Klägerin K. war schon ab Ende Dezember 1992 für elf Wochen stationär in der Psychiatrischen Landeslinik gewesen. Am 22.11.1994 ersucht die Patientin mit der Einweisungsdiagnose „Psychose“ in Begleitung zweier Verwandter um stationäre Aufnahme in einer Klinik. Im Aufnahmegespräch schildert Frau K., dass

¹⁸⁰ VersR 34, 1983, 34

¹⁸¹ Bruns, W. 2000

¹⁸² AbIEG C 12 vom 19.1.1991

¹⁸³ Entschließung des 94. Deutschen Ärztetages, MedR 1991, 165 ff

¹⁸⁴ Urteil des BGH vom 20.6.2000, VI ZR 377/99; auch: Rieger, H.J. 2000

sie früher Selbstmordgedanken gehabt habe, jetzt jedoch ihre Kinder im Vordergrund stünden. Sie erhält daraufhin ein Zimmer auf offener Station im dritten Stock der Klinik. Die Fenstergriffe im Patientenzimmer waren entfernt worden. Auch erhält die Patientin beruhigende Medikamente. Nachts gegen ein Uhr erscheint Frau K. bei der diensthabenden Nachtschwester und bittet um ein Glas Tee und um ein Schlafmittel, da sie nicht schlafen könne. Während die Nachtschwester ein Teeglas aus dem Patientenzimmer holt, geht Frau K. auf den Balkon des Aufenthaltsraumes und stürzt sich aus ca. 11-12 m hinab, wobei sie sich schwere Verletzungen zuzieht. Die Patientin K. verklagt daraufhin die Klinik auf mindestens Euro 20 000.-. Das OLG erklärt den Klageanspruch für gerechtfertigt. Der BGH hebt in der Revision das Urteil auf und verweist zur erneuten Verhandlung zurück an das OLG.

Urteilsbegründung des OLG Zweibrücken¹⁸⁵:

„Ein psychiatrisches Krankenhaus übernimmt es, alle, auch unvorhersehbare, Gefahren abzuhalten, die dem Patienten wegen der Krankheit durch sich selbst drohen. Deshalb bedarf es auch auf einer offenen Station ohne Bezug auf einen konkreten Einzelfall einer Grundsicherung, die unter Einbeziehung des gehandhabten therapeutischen Konzepts zu gestalten ist. Diese Grundsicherung gebietet es, Sorge zu tragen, dass ein Verlassen der Station auf dafür nicht vorgesehen Wegen – hier Sprung vom auch des Nachts frei zugänglichen Balkon im dritten Stock – verhindert wird. Dass es aus therapeutischen Gründen der Offenhaltung solcher Örtlichkeiten zu jeder Zeit bedarf, ist unter Darlegung des therapeutischen Konzepts substantiiert vorzutragen.“

Urteilsbegründung des BGH¹⁸⁶:

„Zwar ist der Träger der psychiatrischen Klinik nicht nur zur Behandlung, sondern auch zur Verkehrssicherungspflicht (deliktrechtlich) zum Schutz der Patienten vor Schädigung verpflichtet. Diese Pflicht ist jedoch auf das Erforderliche und für Personal und Patienten zumutbare beschränkt. Das Sicherheitsgebot ist gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung durch allzu strikte Verwahrung abzuwägen. Nach Meinung des

¹⁸⁵ Urteil des Pfälzischen OLG Zweibrücken vom 2.11.99, Aktenzeichen 5 U 8/99

BGH hat das OLG die Anforderungen an die zum Schutz der Patienten vor Schädigung obliegende Sorgfalt überspannt, wenn es ohne konkrete Anhaltspunkte einer Selbstgefährdung als Sicherung gegen einen unvorhersehbaren Suizidversuch verlangt, dass in der Klinik nachts die Balkontür des Aufenthaltsraumes einer offenen Station gesichert sein müsse. Für Mindestanforderungen an die Sicherheit der Patienten auf offenen Stationen in psychiatrischen Kliniken gibt es weder medizinische noch technische Standards. Aus Rechtsgründen kann auf offener Station nicht ohne weiteres verlangt werden, alle Türen und Fenster verschlossen zu halten. „Die auch bei Patienten einer offenen Station möglicherweise (latent) vorhandene Selbstmordgefahr verlangt es nicht, jede Gelegenheit zur Selbstschädigung auszuschließen. Allerdings darf auch eine psychiatrische Klinik nicht Gefahrenquellen für Patienten schaffen oder verstärken, ohne die notwendigen Vorkehrungen zum Schutz der Patienten zu treffen, wie dies auch sonst Inhalt der Verkehrssicherungspflicht ist. Die Schutzmaßnahmen müssen aber therapeutisch vertretbar sein und dürfen die Therapie des Patienten nur dann beeinträchtigen, wenn dies zum Wohl des Patienten erforderlich ist. Dementsprechend ist das Berufungsgericht selbst davon ausgegangen, dass Aufenthaltsraum und Balkon Teil von Maßnahmen sind, welche die nach moderner Ansicht aus therapeutischen Gründen erwünschte vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen psychisch kranken Patienten und Arzt sowie Krankenhauspersonal fördern sollen. Das lässt das Berufungsgericht außer Acht, wenn es eine Sicherung schon deshalb verlangt, weil die Notwendigkeit eines Zutritts zum Balkon zur Nachtzeit aus einem therapeutischen Konzept nicht abzuleiten sei.“

Der BGH bestätigt mit diesem Urteil den seit Beginn der 80er Jahre in der Rechtsprechung der Instanzgerichte zunehmend erkennbaren Trend, in dem Spannungsfeld zwischen absolutem Lebensschutz durch Freiheitsentzug einerseits und Erhaltung von Lebensqualität durch Inkaufnahme von Suizidgefahr andererseits, letzterem Gesichtspunkt verstärkt Gewicht beizumessen. Das Urteil zeigt deutlich, dass die Abwägung des Sicherheitsgebotes gegenüber einer Therapiegefährdung stets anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles unter Berücksichtigung der gewandelten Auffassung in der Medizin zur Behandlung psychisch Kranker

¹⁸⁶ Urteil des BGH vom 20.6.2000, VI ZR 377/99

vorzunehmen ist. Je konkreter und aktueller die Suizidgefahr im Einzelfall ist, desto intensiver müssen die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen sein – bis hin zur Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung als Ultima ratio. Einigkeit herrscht jedoch, dass Suizid nicht vermeidbar ist, gleich ob die Behandlung auf offener oder geschlossener Station unter Beachtung aller realisierbarer Überwachungsmöglichkeiten durchgeführt wird¹⁸⁷.

Auch in der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte wird, soweit ersichtlich, darauf abgestellt, ob vor dem Unfall eine Suizidgefahr akut oder (nur) latent erkennbar vorhanden ist und nur bei Akutfällen eine verstärkte Sicherungspflicht erwogen¹⁸⁸. Der Arzt handelt sorgfaltsgemäß, wenn er unter therapeutischen Gesichtspunkten auf einzelne Sicherungsmaßnahmen, insbesondere auf die Unterbringung des Patienten in einer geschlossenen Abteilung, verzichtet, sofern die Gesamtschau der gewählten Sicherungsmaßnahmen vom Standpunkt des behandelnden Arztes aus sowohl das Gefährdungspotenzial als auch das Therapieziel angemessen berücksichtigt. Dem Arzt kommt eine Entscheidungsprärogative zu: Ein Behandlungsfehler ist nur dann gegeben, wenn die Entscheidung des Arztes nach in der medizinischen Wissenschaft als irrelevant erkannten Kriterien getroffen wurde¹⁸⁹. Dennoch ist nicht zu vergessen, dass die Unterlassung gebotener Sicherungsvorkehrungen durch die am Behandlungsgeschehen beteiligten Ärzte, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter der Klinikverwaltung je nach Ausgang eines Unglücksfalls zu deren Bestrafung wegen fahrlässiger Tötung, fahrlässiger Körperverletzung oder unterlassener Hilfeleistung führen kann. Voraussetzung hierfür ist, dass der Suizidpatient nicht freiverantwortlich gehandelt hat; denn Beihilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung ist nach deutschem Recht straflos.

¹⁸⁷ Wolfersdorf, M.

¹⁸⁸ OLG Frankfurt VersR 45 1993,1271; OLG Hamm, VersR 41 1990, 1240; OLG Düsseldorf VersR 35 1984, 193; OLG Oldenburg VersR 48 1997,117; OLG Koblenz MedR 18 2000, 136

¹⁸⁹ Bohle 1990

2.3.4.2. Fall 2¹⁹⁰: Suizidalität

Zum Sachverhalt: In einer Klinik hatte ein psychiatrisch kranker Patient in einer offenen Station während eines unbeobachteten Augenblickes einen Suizidversuch unternommen, indem er sich aus dem Fenster stürzte, und sich erhebliche Verletzungen zuzog. Daraufhin verklagte er die Klinik wegen mangelnder Sicherung bei Eigengefährdung auf Schmerzensgeld und Schadensersatz.

Sowohl vom Oberlandesgericht Köln¹⁹¹ als auch vom Bundesgerichtshof¹⁹² wurde die Klage als unbegründet zurückgewiesen. Das OLG Köln war der Auffassung, dass die moderne Psychiatrie die Einschließung und Verwahrung des Kranken nicht an die erste Stelle zu setzen habe. Damit würde übrigens nur der Suizid von der Klinik in die Zeit danach verlagert. Vielmehr wird versucht, den Patienten zu heilen und ihm den Übergang in ein normales Leben zu erleichtern. Um das zu erzielen, ist es notwendig, das Risiko von Kurzschlusshandlungen einzelner Kranker zu tragen. Jedenfalls wird aus der Tatsache, dass der Patient nicht ständig verwahrt und am Suizid gehindert wird, für den Fall seines Selbstmords nicht im Wege des Anscheinsbeweises auf eine Fahrlässigkeit geschlossen. Im Übrigen kann die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung ohne akute Gefährdung eine in die Menschenwürde eingreifende Zwangsmaßnahme sein und als Behandlungsfehler gewertet werden. Nach Meinung des BGH kann ein Suizid niemals mit absoluter Sicherheit vermieden werden. Eine lückenlose Überwachung und Sicherung erscheint als Übermaß. Aus therapeutischen Überlegungen heraus ist eine vertrauensvolle Beziehung und Zusammenarbeit zwischen Patient und Behandler angezeigt. Die Grenze zwischen Vertrauen und Bewachung wird von dem aus dem Krankheitsbild Erforderlichen und für das Personal sowie dem Patienten Zumutbaren bestimmt.

¹⁹⁰ BGH NJW 94, 794

¹⁹¹ OLG Köln, VersR 93, 1156

¹⁹² BGH NJW 94,794

2.3.4.3. Fall 3¹⁹³: Psychotische Schizophrenie

Zum Sachverhalt: Ein Patient befand sich wegen rezidivierender psychotischer Reaktion und dem dringenden Verdacht auf beginnende schizophrene Entwicklung in einer psychiatrischen Anstalt. Eine akute Suizidalität war nicht eruiert worden. Der Patient war auf einer offenen Station untergebracht und stürzte sich in einem unbeobachteten Moment in den Treppenhausschacht. Hierbei verletzte er sich lebensgefährlich.

Im Gegensatz zu den Vorinstanzen hielt der BGH hier eine Haftung durch den Träger für gegeben. Inhalt der Behandlungsverpflichtung sei auch die beim Patienten bestehende Selbstmordgefahr. Die Vermeidung der Selbsttötung falle nicht in den Schutzbereich der Obliegenheit des Patienten. In Analogie zu einem Urteil des OLG Düsseldorf¹⁹⁴: Die Sicherheit des Patienten muss auch bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Krankenanstalt oberstes Gebot sein. Auf den personellen und sachlichen Aufwand kann es unter den zitierten bundesgerichtlichen Kriterien nicht ankommen¹⁹⁵. Der akut selbstmordgefährdete Patient bedarf ständiger Aufsicht und einer im Rahmen der Gegebenheiten möglichst risikoarmen Unterkunft¹⁹⁶. In der fehlenden Klärung einer eventuell bestehenden akuten Suizidalität sah der Bundesgerichtshof einen Behandlungsfehler und verurteilte den beschuldigten Behandler zur Zahlung von Schadensersatz.

2.3.4.4. Fall 4¹⁹⁷: Wahnhafte Depression

Zum Sachverhalt: Eine 41jährige Patientin, die wegen einer Coloskopie im Städtischen Krankenhaus F. zur Behandlung war, sprang am 6.12.1989 in suizidaler Absicht nach einer schlaflosen Nacht aus dem Fenster im vierten Stock und verletzte sich derart, dass sie noch heute auf den Rollstuhl angewiesen ist. Im Vorfeld war die Patientin bereits vom 7.10. bis 3.11.1989 im Zentrum für Psychiatrie in R. wegen wahnhafter Depression und Hang zum Suizid stationär mit Antidepressiva behandelt und nach Hause entlassen

¹⁹³ BGHZ 96,98

¹⁹⁴ OLG Düsseldorf, VersR 1983, 739

¹⁹⁵ MedR 1984, 69

¹⁹⁶ OLG Düsseldorf, VersR 1983, 739; OLG Hamm, VersR 1991, 302

¹⁹⁷ OLG Stuttgart, Aktenzeichen 14 U 13/97

worden. Am 23. November 1989 kam die Patientin zu einer Darmspiegelung ins Städtische Krankenhaus F. . Im psychiatrischen Kurzentlassbrief war das Selbstmordvorhaben der Patientin jedoch unerwähnt geblieben. Ein ausführlicher Entlassbrief wurde erst am 28.2.90 von der Psychiatrie an den behandelnden Hausarzt verschickt. Von den behandelnden Internisten des Städtischen Krankenhauses war vor der Coloskopie eigenmächtig die Antidepressivatherapie der Patientin reduziert worden.

Das Landgericht Tübingen hatte 1994 den Schadensersatzanspruch der Klägerin gegen die Psychiatrie abgewiesen. Wegen des unvollständigen Arztbriefes wurde die Patientin in ihrer Klage gegen die Psychiatrie von der Internistischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in F. unterstützt. Die Revision vor dem OLG Stuttgart wurde dann zu Gunsten der Patientin entschieden. Die Richter hielten hier ein Schmerzensgeld von rund Euro 60 000.- sowie Schadensersatz in Höhe von Euro 96 000.- für angemessen, welches hälftig von beiden Kliniken zu bestreiten war. Hätten die Psychiater im vorläufigen Entlassbrief genauer informiert und hätten die Internisten in F. nicht ohne ausreichende fachliche Kompetenz die Antidepressiva-Gabe der Patientin umgestellt, wäre der schicksalhafte Suizidversuch vermutlich zu verhindern gewesen. Der abschließende psychiatrische Entlassbrief wurde am 28.2.1990, also fast drei Monate nach dem Suizidversuch, abgeschickt.

2.3.4.5. Fall 5¹⁹⁸: Schizophrenie

Zum Sachverhalt: Eine 60jährige Patientin war wegen Schizophrenie in die geschlossene Abteilung eines Landeskrankenhauses eingeliefert worden. Zwei Tage nach ihrer Aufnahme unternahm sie morgens gegen neun Uhr einen Suizidversuch, bei dem sie nur durch das schnelle Eingreifen der Pfleger gerettet werden konnte. Nach dem Suizidversuch führte der Stationsarzt mit der Patientin ein 45minütiges psychotherapeutisches Fachgespräch, in dessen Verlauf er auf Wunsch der Patientin deren Sohn anrief und mit ihm vereinbarte, dass diese am Nachmittag die Mutter

¹⁹⁸ LG Aachen, zitiert nach Wolfslast 1984, 106

besuchen und ihr Bohnenkaffee und Zigaretten mitbringen sollte. Mittags entfernte sich die Patientin aus dem Speisesaal und strangulierte sich auf der Toilette.

Die Strafkammer des LG Aachen ging davon aus, dass die Patientin nach dem Suizidversuch weiterhin erheblich gefährdet war. Der Stationsarzt hätte deshalb die dauernde Überwachung der Patientin anordnen müssen. Eine solche Maßnahme wäre in den Bereich der früheren „Verwahrungspsychiatrie“ gefallen. Es erfolgte die Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung.

Nachdem der BGH¹⁹⁹ das Urteil wegen widersprüchlicher Tatsachenfeststellung aufgehoben und zurückverwiesen hatte, wurde der Arzt von einer anderen Strafkammer des Landgerichts schließlich rechtskräftig freigesprochen. Zur Vorhersehbarkeit der erfolgreichen Suizides wird hier ausgeführt, dass der Angeklagte nach dem Gespräch mit der Patientin jedenfalls bis zum Nachmittag wegen des vereinbarten Besuches des Sohnes keinen neuen Suizidversuch einkalkulieren musste. Das auf Zeitgewinn angelegte therapeutische Gespräch sei ein kunstgerechter Schritt zur Selbstmordverhütung gewesen. Der Verzicht auf medikamentöse Behandlung durch Psychopharmaka, der von einem der drei Sachverständigen gerügt worden war, könne dem Arzt nicht als Pflichtwidrigkeit vorgehalten werden, da er die Patientin nach einer vertretbaren ärztlichen Methode behandelt habe und aufgrund dieser Methode zu der Überzeugung gelangt sei, dass die Patientin bis zum Eintreffen ihres Sohnes keinen neuen Suizidversuch unternehmen werde. Strengerer Überwachungsmaßnahmen und entsprechender Anweisungen an das Pflegepersonal habe es nicht bedurft, da mit einer akuten Suizidgefahr nicht mehr zu rechnen gewesen sei.

2.3.4.6. Fall 6²⁰⁰: Panikstörung

Zum Sachverhalt: Hier handelte es sich um einen Suizidversuch einer 22jährigen Patientin mit Panikstörungen, die sich auf einer offener Station einer Nervenlinik in stationärer Behandlung befand. Während einer Nachmittagsveranstaltung der Patienten, nutze sie einen unbeobachteten Augenblick und sprang vom Balkon der Anstalt.

¹⁹⁹ BGH, Urteil vom 17.2.1982, Aktenzeichen 5 StR 520/81

Das Gericht wies in diesem Fall auf die möglicherweise nachteiligen Auswirkungen von Sicherungsmaßnahmen auf die Therapie hin und verneinte eine Sorgfaltspflichtverletzung unter anderem mit folgender Begründung: „Ein an sich harmloser Patient, der im gebotenen Maß kontrolliert wird, darf nicht nur deswegen gleichsam hinter Gittern gehalten werden, damit er sich nicht möglicherweise selbst gefährdet und dadurch der Allgemeinheit Kosten verursacht. Vielmehr hat auch die Patientin einer Heilanstalt ein Recht darauf, möglichst nur solchen Einschränkungen ausgesetzt zu werden, wie sie in ihrem und der Allgemeinheit Interesse unbedingt notwendig sind. Eine ganz allgemein bestehende Unberechenbarkeit in Folge der gegebenen Schizophrenie rechtfertigt jedenfalls ohne das Hinzutreten besonderer Umstände noch nicht eine besonders gesicherte Verwahrung.“

2.3.4.7. Fall 7: Fehldiagnose²⁰¹

Zum Sachverhalt: Die Patientin befand sich auf eigenen Wunsch seit drei Wochen zur Therapie einer endogenen Psychose in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses. Nachdem sie tagelang einen auffallend unkonzentrierten und unruhigen Eindruck gemacht hatte, stürzte sie sich vom Balkon ihres Zimmers im dritten Obergeschoss des Krankenhauses und erlitt eine inkomplette Querschnittslähmung.

Das Gericht stellte die folgenden Pflichtverletzungen bei der Behandlung und Betreuung der Patientin fest:

1. Schuldhafte Fehldiagnose: Die Patientin war mit der zutreffenden und auch so in den Krankenakten vermerkten Diagnose einer endogenen Psychose eingewiesen worden. Ohne auf diese Diagnose einzugehen, stellte die Stationsärztin, eine philippinische Ärztin, die sich zur Facharztausbildung für Neurologie und Psychiatrie in dem Krankenhaus befand, eine „Neurose mit sekundärem Alkoholismus“ fest;

²⁰⁰ OLG Düsseldorf VersR 1984, 1173 ff.

2. Organisationsverschulden unzulänglicher Betreuung der Patientin in der offenen Abteilung des Krankenhauses: Dort wurde die Patientin nicht fachärztlich, sondern nur von einem Diplom-Psychologen betreut;
3. Organisationsverschulden unzulänglicher Behandlung in der geschlossenen Abteilung: Dort wurde die Patientin von der in Ausbildung befindlichen Ärztin ohne abgeschlossene Ausbildung betreut;
4. Nichterkennen des auffälligen Verhaltens vor dem Sprung aus dem Fenster

Nach der Wertung des Sachverständigen, welcher das Gericht folgte, stellte diese Häufung von Fehlern insgesamt ein Fehlverhalten dar, welches in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus schlechterdings nicht geschehen darf. Deshalb wurde dem beklagten Krankenhausträger der Beweis dafür auferlegt, dass der Balkonsturz auch im Fall einer fehlerfreien Behandlung und Betreuung der Patientin nicht vermieden worden wäre. Natürlich konnte der Beweis nicht geführt werden, so dass eine Verurteilung zur Zahlung von Schadensersatz erfolgte.

2.3.4.8. Fall 8²⁰²: Endogene Depression

Zum Sachverhalt: Die Patientin war stationär in einer Psychiatrischen Landesklinik wegen einer endogenen Depression aufgenommen worden. Sie hatte einer Mitbewohnerin gegenüber erzählt, dass sie hier nicht mehr lebend herauskäme. Bei Aufnahme erzählte die Patientin, dass ihr Selbstmordgedanken kämen, wenn sie nachts nicht schlafen könne. Nach Absprache war deshalb verfügt worden, den Ausgang der Patientin zunächst zu beschränken sowie eine Medikation mit Aponal einzuleiten. Anamnestisch wurde bekannt, dass sich die Mutter der Patientin dreizehn Jahre zuvor suizidierte, nachdem auch sie an Depressionen litt. Während der Nacht erhängte sich die Patientin mit einem Gürtel am Waschbecken. Eingeleitete Reanimationsversuche schlugen fehl.

²⁰¹ OLG Stuttgart, MedR 1989, 251

²⁰² StA Rottweil, 10 Ujs 225/91

Das Verfahren wurde durch die Staatsanwaltschaft eingestellt, da kein Fremdverschulden zu ermitteln war.

2.3.4.9. Fall 9²⁰³: Religiöse Wahnidee

Zum Sachverhalt: Der Patient litt an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. Im Alter von 22 Jahren erkrankte der Patient erstmals. Dabei standen religiöse Wahnideen im Vordergrund des Krankheitsbildes. Er glaubte, Gott habe ihn erwählt, um der Welt als „Kaiser der Nation“ den Frieden zu bringen. Wegen seiner Erkrankung wurde er wiederholt in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern stationär behandelt, darunter auch im Krankenhaus der Beklagten, in das er sich jedes Mal freiwillig begeben hatte. Am 18.12.1975 sprang der Patient während eines stationären Aufenthaltes bei den Beklagten aus dem Fenster seines Zimmers und erlitt eine Unterarmfraktur. Zwei alte Wirbelkörperkompressionsfrakturen, die im Krankenhaus N. diagnostiziert wurden, schienen aus früheren Sprüngen zu stammen. Am 19.12. wurde der Patient, nachdem er auch im Krankenhaus N. versucht hatte aus dem Fenster zu springen, in das Krankenhaus der Beklagten zurückverlegt. Ab Mitte März 1976 arbeitete er in der Patientenbibliothek einer im dritten Obergeschoss der Klinik liegenden Station. Vom Balkon dieser Station sprang er am 15.6.76 wiederum in die Tiefe und wurde mit mehreren Knochenbrüchen und Verletzungen in die chirurgische Intensivabteilung des Krankenhaus N. verlegt. Hier musste ein Bein infolge einer beim Sprung erlittenen Trümmerfraktur amputiert werden.

Der Kläger nahm die Beklagten daraufhin auf Ersatz aller Aufwendungen und Schadensersatz in Anspruch. Er trug vor, die Beklagten hätten schuldhaft ihre Aufsichtspflicht verletzt. Aufgrund des beim Patienten bekannten Krankheitsbildes hätte man damit rechnen müssen, dass er infolge eines plötzlich auftretenden Krankheitsschubs erneut versuchen würde, aus dem Fenster zu springen. Die Beklagten hätten daher zumindest die Fenster und Balkontüren derjenigen Räume fest verschlossen halten müssen, zu denen der Patient freien Zugang gehabt habe.

²⁰³ OLG Düsseldorf, 8 U 87/80

Das Landgericht hatte die Klage dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt.

Die Berufung der Beklagten vor dem Oberlandesgericht führte zur Abweisung der Klage. Auch der BGH lehnte die Annahme der Revision durch Beschluss vom 4.10.83 ab.²⁰⁴

Begründung: Es ist zuzustimmen, dass die von den verantwortlichen Betreuungspersonen kurz vor dem 15.6.76 getroffene Entscheidung, dem Patienten wieder den Zutritt zu der Patientenbücherei zu gestatten, objektiv falsch war, wie auch die Beklagten einräumen. Der Patient befand sich seit Anfang Juni 1976 in einem Krankheitsschub, der zwar seiner äußeren Erscheinung nach in den Tagen unmittelbar vor dem 15.6. wieder etwas abgeklungen sein mag, an diesem Tag aber wieder in ein akutes Stadium trat und zu dem Unglücksfall führte. Es kann auch nicht zweifelhaft sein, dass sich der Sprung des Patienten durch geeignete Maßnahmen hätte verhindern lassen. So wäre der Unfall vermieden worden, wenn die Anfang Juni im Einverständnis mit dem Patienten angeordnete „passagere fest geschlossene Unterbringung“ am 15.6.76 noch nicht aufgehoben oder wenn dem Patienten, als er von dem zuständigen Pfleger „außerplanmäßig“ nach dem Mittagessen „noch einmal hinaufgelassen wurde“, eine Betreuungsperson mitgegeben worden wäre. Die Beklagten können nicht geltend machen, diese Maßnahmen seien objektiv nicht erforderlich gewesen, weil die Gefahr eines Sprungs nur eine ganz entfernte gewesen sei. Ausgehend von diesen Erkenntnissen kann aber kein Zweifel daran bestehen, dass die Unterlassung der oben genannten Maßnahmen geeignet war, den hier gegebenen Schaden herbeizuführen, und dass die Gefahr der Selbstschädigung keineswegs nur fern liegend war. Auch der Sachverständige hat festgestellt, dass der Patient eine endogene Psychose bestimmter Prägung gehabt habe und dass er wiederholt „Flugversuche“ unternommen habe, die eindeutig pathologisch motiviert gewesen seien. Die Wiederholung eines solchen Versuchs sei zweifellos nicht auszuschließen gewesen. Sie lag auch deshalb nicht außerhalb aller Wahrscheinlichkeit, weil Anfang Juni 1976 bei dem Patienten erneut eine Krise mit pathologischen Antrieben eingetreten war; der Patient berichtete von Kräften, die ihm intensiv sagten, er solle wieder aus dem Fenster springen. Nicht gefolgt werden kann weiterhin der Auffassung der Beklagten, wirksame

²⁰⁴ BGH VI ZR 310/82

Sicherheitsvorkehrungen seien unzumutbar gewesen. Die Sicherheit des Patienten muss auch bei der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Krankenanstalt oberstes Gebot sein. Abzulehnen ist schließlich auch der Standpunkt, die einzig mögliche Alternative zu dem Vorgehen der behandelnden Ärzte sei die dauerhafte Unterbringung des Patienten in der geschlossenen Abteilung und der Verzicht auf eine Rehabilitation gewesen. Das ist objektiv unzutreffend. Dass die behandelnden Ärzte im konkreten Fall bei der gebotenen Risikoabwägung schuldhaft versagt haben, steht jedoch nicht zur Überzeugung des Senats fest. Es ist zweifelhaft, ob aus der Betrachtung ex ante ein objektiver Verstoß gegen die, auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung geltenden, Sorgfaltspflichten angenommen werden kann. Jedenfalls ist ein Verschulden nicht nachweisbar. Hierbei ist auch festzuhalten, dass die Beklagten nicht gemäß §282 BGB²⁰⁵ dafür beweisbelastet sind, dass sie kein Verschulden trifft. Im Rahmen des ärztlichen Behandlungsvertrags gilt auch für Fälle der positiven Vertragsverletzung die Beweislastumkehr nach §282 BGB grundsätzlich nicht. Hierbei geht die Rechtsprechung davon aus, dass der Arzt regelmäßig nur kunstgerechtes Bemühen, nicht aber den Heilerfolg zusagen kann. Weder aus dem Zwischenfall, der grundsätzlich zu gewärtigen ist, noch aus einem Misserfolg der Behandlung lässt sich, sofern kein grober Fehler vorliegt, der Schluss auf ein pflichtwidriges Verhalten des Arztes ziehen. Auch kann eine zutreffende Diagnose nicht immer gewährleistet werden. Das gilt vor allem in der Psychiatrie. Anders als bei rein körperlichen Erkrankungen gibt es hier für den Arzt wenig objektiv fassbare Kriterien, die eine zuverlässige Diagnose gestatten. Besonders schwierig ist die Einschätzung des Patientenverhaltens aber dann, wenn eine paranoide Schizophrenie vorliegt. Wie der Sachverständige dargelegt hat, ist das Verhalten der an dieser Krankheit leidenden Patienten praktisch kaum vorhersehbar. Wenn es unter diesen Umständen einmal zu einer Selbstbeschädigung kommt, die sich letztendlich auch in einer geschlossenen Abteilung nicht ausschließen lässt, so ist dies kein Indiz für ein schuldhaftes Versagen der behandelnden Ärzte bei der Bewertung und Vorhersage des Patientenverhaltens.

Im gegebenen Fall war den Beklagten zwar die Vorgeschichte des Patienten bekannt. Auch wussten sie, dass er Anfang Juni 1976 gewisse ihn zum Springen motivierende Kräfte verspürte. Wenn sie dennoch wenige Tage vor dem 15.6. glaubten, die Gefahr sei

²⁰⁵ §282 BGB: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

nur noch theoretischer Natur, so wird dies im Hinblick auf folgende Umstände durchaus nachvollziehbar und verständlich. Anders als bei Depressiven mit Suizidabsichten, die sich häufig dem therapeutischen Gespräch zu entziehen versuchen, jedenfalls aber ihre Absichten bewusst verschleiern, als „dissimulieren“, sprach der Patient durchaus offen über seine jeweiligen Wahnvorstellungen. Beeindruckend ist hierbei, dass er offenbar von sich aus Anfang Juni 1976 berichtet hat, „die Kräfte“ sagten ihm ganz intensiv, er solle aus dem Fenster springen. Hierbei hatte die Therapeutin offensichtlich den Eindruck gewonnen, der Patient sei selbst im Zweifel, ob das Springen und die hiermit verbundene Selbstschädigung von Gott gewollt sei und dass er deshalb Angst hatte, die Kräfte könnten in der Bücherei Macht über ihn gewinnen. Diese Konstellation kann deshalb beim Therapeuten die Überzeugung begründet haben, die Gefahr sei vorüber, als der Patient erklärte, die ihn zum Springen motivierenden Kräfte seien nicht mehr wirksam. Die danach getroffene Entscheidung den Patienten aus der fest geschlossenen Unterbringung zu entlassen, ist auch nicht spontan und ohne nähere Überlegung erfolgt. Das Verhalten des Patienten am 15.6.76 war deshalb nicht unbedingt vorhersehbar.

3 Material und Methode

3.1 Material

Im Beobachtungszeitraum vom 1.1.1988 bis 31.12.1996 wurde der gesamte Leichendurchgang im Institut für Rechtsmedizin der Universität Tübingen untersucht. „Leichendurchgang“ bezeichnet als Begriff alle ins Institut gebrachte Leichen, bei denen eine gerichtsmedizinische Untersuchung (Obduktion) oder eine Leichenschau durchgeführt wurde. Unser Ziel war es, aus dem gesamten Obduktionsgut alle letal verlaufenen Stürze, insbesondere diejenigen in suizidaler Absicht selbst herbeigeführten, zu separieren. Besonderes Interesse galt hier den unter klinisch-stationärer Aufsicht durchgeführten Suiziden bezüglich ihrer etwaigen Vorhersagbarkeit und den aus dem Suizid resultierenden rechtlichen Konsequenzen für den behandelnden Arzt oder Träger. Zur Auswertung der Fälle wurden von den jeweiligen Staatsanwaltschaften und Gerichten die umfangreichen Prozessakten angefordert und ausgewertet und mit aktuellen Entscheidungen der Gerichte verglichen, um eine etwaige Entwicklung der Rechtsprechung bezüglich der Suizidhaftungsproblematik aufzeigen zu können. Zudem wurden die Obduktionsunterlagen bezüglich einer Vorhersagbarkeit des eingetretenen Suizides untersucht und mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Suizid- und Suizidpräventionsforschung verglichen, um etwaige Besonderheiten des unter klinischen Verhältnissen eingetretenen Suizids aufzeigen zu können.

3.2 Methode

Zur Auswertung der Leichenakten wurde ein Fragebogen bzw. eine Datenbank entworfen. Es wurden hier folgende Angaben aufgenommen:

1. laufende Nummer
2. Sektionsnummer der Tübinger Rechtsmedizin
3. Aktenzeichen des zuständigen Gerichtes
4. Sitz des zuständigen Gerichtes

5. Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft
6. Sitz der ermittelnden Staatsanwaltschaft
7. Ermittlungen der Polizei / Kriminalpolizei (ja/nein)
8. Datum der Verfahrenseinstellung
9. Ausgang des Verfahrens
10. Sturzhergang
11. Sturzdatum
12. Sturzwochentag
13. Sturzhöhezeit
14. Sturz an Feiertag (ja/nein)
15. Sturzuhrzeit
16. Sturzort
17. Bodenbeschaffenheit
18. Sturzhöhe
19. Art des Sturzes (Arbeitsunfall, Unfall, Suizid, etc.)
20. Initialen des Opfers
21. Geburtsdatum des Opfers
22. Alter des Opfers
23. Körpergröße
24. Körpergewicht
25. Geschlecht
26. Schulbildung
27. Berufsausbildung
28. Alkoholeinfluss (ja/nein)
29. Blutalkoholkonzentration
30. Drogeneinfluss (ja/nein)
31. Medikamenteneinfluss (ja/nein)
32. Zeitdauer zwischen Unfall/Suizid und Tod
33. frühere Suizidversuche
34. frühere Selbstbeschädigung
35. Anamnese
36. familiärer Verlust

37. familiäre Häufung von Suiziden
38. Erbkrankheiten / Häufung von Erkrankungen in Familie
39. Gerichtsmedizinische Obduktion (ja/nein)
40. Todesursache laut Obduktionsbefund
41. Reanimation
42. Zurechnungsfähigkeit des Opfers
43. wurde vor Suizid eine psychiatrische Beurteilung durchgeführt
44. wurden Sicherungsmaßnahmen durchgeführt
45. war Opfer während des Suizids in stationärem Umfeld

Die hierbei ermittelten Daten wurden mit Excel 9.0.2812 statistisch ausgewertet und diese Daten mit erhobenen Daten aus verschiedenen Studien verglichen.

In den Fällen, in denen es zu Ermittlungsverfahren kam, wurden die Gerichtsakten der jeweiligen Staatsanwaltschaften und der zuständigen Gerichte angefordert und hinsichtlich der juristischen Begründung einer etwaigen Verurteilung oder einer Einstellung des Verfahrens geprüft und mit Urteilen aus der juristischen und medizinrechtlichen Literatur der letzten Jahre verglichen. Zur Auswertung wurde hier ein Fragebogen entwickelt, der die folgenden Angaben zusammenfasste:

1. Aktenzeichen des Gerichtes
2. Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft
3. Tat-/Unfallhergang
4. Unmittelbar eingetretener Tod oder Rettungsmaßnahmen
5. Ergebnis der polizeilichen Ermittlungen
6. Beteiligung Dritter am Suizid / Sturz
7. Begründung der staatsanwaltschaftlichen Verfahrenseröffnung
8. Hauptbeschuldigter
9. Einstellungsbegründung des staatsanwaltschaftlichen Verfahrens
10. Eröffnung eines Gerichtsverfahrens
11. Ergebnis eines Gerichtsverfahrens / Urteil

4. Ergebnisse

Aus den uns zur Verfügung stehenden rund eintausendsechshundert Leichenakten des Untersuchungszeitraums 1988-1996 wurden alle 139 Fälle, bei denen als Todesursache „Verstorben nach Sturz“ angegeben war, sowie weitere drei Fälle eines todesursächlichen Erhängens unter klinischen Bedingungen als Fallgruppe (n=143; 106m, 37w) zusammengefasst.

Von den 139 Stürzen ereigneten sich 34 (23m, 11w) in suizidaler Absicht, vier davon bei einem klinischen Aufenthalt. Bei zwei weiteren Sturzfällen in der Klinik war unklar, ob es sich um Suizid oder Unfall handelte. Drei weitere Patienten hatten sich in der Klinik erhängt.

Insgesamt hatten sich somit sieben Patienten in einer Klinik das Leben genommen, obwohl hiervon fünf Patienten zuvor psychiatrisch untersucht worden waren und bei vier Patienten folgend Sicherungsmaßnahmen angeordnet worden waren.

Von den nicht in suizidaler Absicht erfolgten Stürzen mit Todesfolge entfielen 28 Stürze (nur m) auf die Gruppe „Arbeitsunfall“, meist Stürze vom Gerüst. Sturz aus großer Höhe im Rahmen eines Flugzeugabsturzes wurde 13 Mal (11m, 2w) benannt. Eine Frau kam im Rahmen eines Fallschirmsprunges, aus ungeklärter Ursache, ums Leben. Die restlichen Todesfälle resultieren aus Stürzen im privaten, häuslichen Umfeld (n=37), zwei Reitsportunfällen, nichtsuizidalen Unfällen während eines Klinik- oder Altersheimaufenthaltes (n=9) sowie sonstigen Stürzen im öffentlichen Bereich (Straße, Treppe, oder ähnliche).

Dreizehn Mal wurde direkt nach dem Sturz reanimiert, hiervon zweimal primär erfolgreich.

Die Geschlechtsverteilung der tödlichen Stürze betrug männlich zu weiblich 75,7 % zu 24,3 %. Bei den Suizidenten insgesamt errechnet sich eine Geschlechtsverteilung von weiblichen zu männlichen Suizidenten von 31,3 % zu 68,7 %, bei den Unfallstürzen von 23,9 % zu 76,1 %.

Das Durchschnittsalter der Selbstmörder betrug 31,9 Jahre (18-54 J.; Männer 30,9 J., 18-53 J.; Frauen 35,3 J., 18-54 J.). Das Durchschnittsalter der Opfer der Unfallstürze war mit 51,1 Jahren trotz Einbeziehung von 4 Kindern deutlich höher (1-89 J.; Männer 47,3 J., 1-84 J.; Frauen 63,8 J., 3-89 J.).

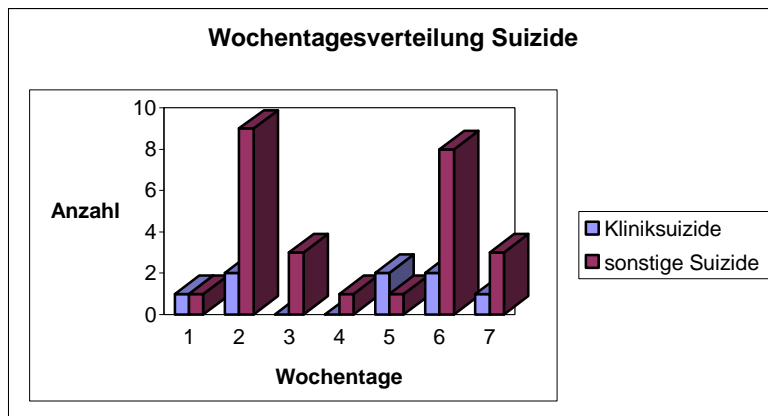
Bei elf der suizidalen Stürze (32,5 %) war Alkoholeinfluss nachzuweisen; die drei alkoholisierten Frauen wiesen Werte von 2,50 ‰, 2,62 ‰ und 3,45 ‰ auf. Von den acht alkoholisierten Männern lagen fünf unter 0,4 ‰, die übrigen drei standen mit 1,28 ‰, 2,61 ‰ bzw. 3,74 ‰ deutlich stärker unter Alkoholeinfluss (MW: m1,12‰, w2,86 ‰). Die durchschnittlichen Blutalkoholkonzentrationen beim Unfallsturz, sofern Alkoholeinfluss nachweisbar war, betrug 1,65 ‰ (Männer, n=19; 0,11-4,57 %) bzw. 0,99 ‰ (Frauen, n=2; 0,70 ‰-1,27 ‰). Bei den Kliniksuiden durch Sturz war in keinem Fall Alkoholeinfluss nachzuweisen, von den Erhängungsfällen war nur eine der drei Frauen leicht alkoholisiert (0,13 ‰).

Die Sturzhöhe war bei 119 Stürzen zu eruieren, bei 20 Stürzen nicht zu ermitteln. Die durchschnittliche Sturzhöhe betrug 39,9 Meter. Bei häuslichen Unfällen war die Sturzhöhe mit durchschnittlich 4,2 Metern am geringsten, gefolgt von den Arbeitsunfällen mit durchschnittlich 7,3 Metern. Ein Sturz ereignete sich beim Fallschirmspringen aus 3200 Metern. Die durchschnittliche Absturzhöhe bei den untersuchten Flugzeugabstürzen lag bei 104,5 Metern. Suizidenten stürzten sich im Schnitt aus 24,4 Meter Höhe zu Tode. Unter klinischen Bedingungen lag die durchschnittliche Sturzhöhe in unseren Untersuchungen hier bei 8,7 Metern.

In der Anamnese wiesen nur jeder zehnte der männlichen, aber knapp die Hälfte (42,9 %) der weiblichen Suizidenten anamnestisch Suizidversuche auf. Eine Selbstmörderin hatte bereits achtmal versucht, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Bei den sieben klinischen Fällen wiesen zwei Suizidversuche in der Vorgeschichte auf (jeweils Tage zuvor; Tabletten bzw. Schnittverletzungen Handgelenk).

Tödliche Stürze ereigneten sich besonders im Frühling und im Frühsommer (zusammen 55,4 %), während es bei den Suiziden besonders im Frühling und im Herbst (70,6 %) zu Handlungen kam. Diese Verteilung betraf stationäre wie nicht stationäre Selbstmörder gleichermaßen.

In der zeitlichen Wochenverteilung ereigneten sich Kliniksuiizide besonders an den Wochenenden (62,5 %) sowie am Montag und Dienstag (37,5 %). Suizide außerhalb klinischer Bedingungen hatten nach einem Hoch zur Wochenmitte am Dienstag und Mittwoch (46,1 %) hin einen erneuten Peak am Samstag mit 30,7 %.



In allen Fällen hatte die Staatsanwaltschaften ein Ermittlungsverfahren geführt. In der räumlichen Verteilung der Fälle entfielen achtundvierzig Ermittlungen auf den Bereich der StA Stuttgart, achtundzwanzig auf den Bereich der StA Rottweil, zwanzig auf den Bereich der StA Heilbronn sowie achtzehn auf den Bereich der StA Tübingen. Die übrigen Fälle verteilten sich auf die StA Ravensburg, Hechingen, Karlsruhe und Konstanz.

Bei den von uns im Zeitraum vom 1.1.1988 bis 31.12.1996 untersuchten sieben Fällen eines Patientensuizides kam es in keinem einzigen Fall zu einer Verurteilung des behandelnden Arztes oder Trägers wegen fahrlässiger oder vorsätzlicher Tötung oder wegen Verletzung der ärztlichen Garantenpflicht, obwohl es in vier Fällen zu gerichtlichen Verfahrenseröffnungen kam. In drei Fällen erfolgte Einstellung des Verfahrens wegen nicht nachweisbaren Fremdverschuldens. In einem Fall wurde das

Verfahren gegen Zahlung einer Geldbuße wegen geringer Schuld und mangelndem öffentlichen Interesse eingestellt. Wie die untersuchten Fälle zeigen, entgingen die angeklagten Ärzte nur knapp einer Verurteilung, da zum Teil die Datenlage unklar war oder die betreffenden Patienten als moribund einzustufen waren und so der Suizid nicht ursächlich zum Tode geführt hatte.

Aus den von uns untersuchten Verfahren wurden die vier Fälle herausgenommen und näher untersucht, bei denen es zur Verfahrenseröffnung gegen die behandelnden Ärzte gekommen war (siehe unter 4.1-4.4). In allen Fällen konnte zwar eine Verurteilung abgewendet werden, die Bedeutung der lückenlosen und sorgfältigen Dokumentation wird jedoch überdeutlich. Nur dadurch gelang zum Beispiel im vierten Fall für die beklagte Stationsärztin der zweifelsfreie Nachweis einer fehlenden Suizidalität der Patientin während der Behandlung, die Grundlage zur Gewährung eines Freiganges war, in deren Rahmen sich die Patientin erfolgreich das Leben nahm. Allein durch diese Tatsache konnte die Behandlerin eine Vorhersagbarkeit des Suizids und damit ein fahrlässiges Verschulden ihrerseits nachvollziehbar widerlegen.

Erfreulich ist besonders die zunehmende Tendenz des BGH, das Sicherheitsgebot im Rahmen der Garantenpflicht gegen eine dadurch auftretende Therapiegefährdung abzuwägen und hier den behandelnden Ärzten mehr Spielraum im Sinne einer besseren Patientenversorgung durch offenere Therapieregime einzuräumen.

Durch eine umstrittene Entscheidung²⁰⁶ des BGH kam es jedoch im Rahmen eines Haftungsprozesses, der die Schuldfrage im Rahmen eines tödlich verlaufenen Unfalles aufgrund mangelnder Überwachung eines sedierten Patienten während klinischer Behandlung klären sollte, zu einer auch unter Juristen massiv kritisierten Entscheidung, in der vom BGH die Auffassung vertreten wurde, dass die im Rahmen der allgemeinen Verkehrssicherungspflicht bestehende Pflicht zur Patientensicherung bzw. Patientenüberwachung die Verpflichtung beinhaltet, notwendige Vorkehrungen, die dem Schutz des Gefährdeten dienen, zu treffen und durchzuführen. Unverständlicherweise beruht das Urteil auf einer fundamentalen Verkennung der

²⁰⁶ BGH Urteil vom 08.04.2003, Aktenzeichen VI ZR 265/03

tatsächlichen Verhältnisse im Medizinbetrieb²⁰⁷, da eine lückenlose Sicherung oder Überwachung weder aus organisatorischen noch therapeutischen Gründen im allgemeinen Klinikbetrieb zu erreichen ist.

4.1. Fall 1: Pankreatitis und chronische Depression

Zum Sachverhalt: Die 65jährige Patientin wurde am 29.11.1990 wegen akut auftretender Oberbauchbeschwerden in das KKH P. eingeliefert. Hier wurde die Diagnose einer akuten Gallenblasenentzündung gestellt und der Verdacht eines chronischen Gallensteinleidens geäußert. Am 30.11.1990 wurde die Patientin operiert, wobei sich eine gestaute Gallenblase und galliges Sekret im Bauchraum fand. Neben der chronischen Entzündung der Gallenblase wurde festgestellt, dass der Bauchspeicheldrüsenkopf bis auf das Doppelte vergrößert war. Die Gallenblase wurde operativ entfernt. In der Folgezeit stabilisierte sich der Zustand der Patientin. Am 13.12.1990 trat aufgrund einer Magen-Darm-Blutung eine Verschlechterung ein, weshalb die Patientin vorübergehend wieder auf die Intensivstation verlegt werden musste. Am nächsten Tag erfolgte die Rückverlegung auf Normalstation. Das Krankheitsbild der Patientin wurde zwar als schwer, jedoch nicht als lebensbedrohlich eingestuft. Am 17.12.1990 sprang die Patientin – für alle Beteiligten überraschend – aus dem Fenster ihres Zimmers und stürzte in den acht Meter tiefer gelegenen Gartenbereich des Krankenhauses. Trotz sofort eingeleiteter Reanimationsmaßnahmen verstarb die Patientin kurz darauf an den schweren Verletzungen, die sie sich durch den Aufprall zuzog. Bei der gerichtlichen Obduktion²⁰⁸ wurde festgestellt, dass die Patientin aufgrund eines massiven nekrotischen Zerfalls der Bauchspeicheldrüse mit großer Wahrscheinlichkeit in nächster Zeit ohnehin verstorben wäre.

Aufgrund dessen wurde ein Sachverständigengutachten eingeholt, ob und gegebenenfalls inwieweit eine Fehlbehandlung durch die behandelnden Ärzte festgestellt werden kann und, gegebenenfalls, ob und inwieweit sich diese kausal auf die Selbsttötung der Patientin ausgewirkt hat. Die Patientin litt seit Jahren unter Depressionen. In den fünfziger Jahren war sie deshalb schon in der Psychiatrischen

²⁰⁷ DMW 2003; 128:2091-2092

Klinik in G. behandelt worden. Im Jahr 1984 hatte sie mehrere Selbsttötungsversuche unternommen, weshalb sie in der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses N. behandelt worden war.

Aufgrund der durchgeführten Ermittlungen ist ein Fremdverschulden am Tod der Patientin nicht nachweisbar. Zwar steht durch die Ausführungen des medizinischen Sachverständigen fest, dass der Gesundheitszustand der Patientin durch die behandelnden Ärzte falsch eingeschätzt wurde, indem diese davon ausgingen, die Patientin befinde sich auf dem Wege der Besserung. Wie der Sachverständige überzeugend dargelegt hat, wäre die Patientin aufgrund fortgeschrittener Zersetzung der Bauchspeicheldrüse mit großer Wahrscheinlichkeit in nächster Zeit verstorben. Der Nachweis, dass diese Fehleinschätzung durch die Beschuldigten für die Selbsttötung der Patientin ursächlich geworden ist, ist indes nicht zu führen, da sich nicht mehr aufklären lässt, aus welchem Anlass sie sich das Leben nahm. Es ist denkbar, dass sie sich das Leben nahm, weil sie ihren unheilbaren Gesundheitszustand bemerkte. Hiergegen sprechen jedoch die Angaben der behandelnden Ärzte und Krankenschwestern, wonach der Zustand der Patientin nicht auffällig gewesen sei. Insbesondere habe sie nicht über besondere Schmerzen oder sonstiges Unwohlsein geklagt. Diese Angaben wurden bestätigt durch die täglichen Eintragungen in den Krankenunterlagen. Aufgrund der langjährigen psychischen Erkrankung der Patientin, die immerhin bereits zu einigen Selbsttötungsversuchen geführt hatte, ist eine Selbsttötung aufgrund einer aktuellen Depression jedenfalls ebenso gut denkbar. Hierfür sprechen insbesondere auch die Aussagen des Ehemannes und der Tochter, auf die die Patientin in den letzten Tagen vor ihrem Ableben einen wortkargen und in sich gekehrten Eindruck gemacht hatte.

Das Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung wurde gemäß §170 Abs.2 StPO wegen mangelndem Fremdverschulden am Tode der Patientin eingestellt.

Aus den oben genannten Gründen lässt sich auch eine fahrlässige Körperverletzung seitens der Beschuldigten nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen. Insbesondere das Verhalten der Patientin gegenüber dem Krankenhauspersonal – wie

²⁰⁸ Aktenzeichen L369/90

bereits ausgeführt, äußerte sie niemandem gegenüber ein über das nach einer schweren Operation üblicherweise auftretenden Beschwerden hinausgehendes Maß an Schmerzen und Unwohlsein – spricht gegen die Annahme, sie habe aufgrund der Fehleinschätzung ihres Gesundheitszustandes in erheblichem Maße an zusätzlichen Schmerzen zu leiden gehabt.

Somit wurde auch das Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung eingestellt.

Obwohl von der Tochter der Patientin die Mitteilung an die behandelnden Ärzte der Intensivstation über ein depressives Leiden der Mutter erfolgt war, konnte aufgrund der guten Dokumentation in den Krankenakten eine Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung abgewendet werden, da die behandelnden Ärzte nachweisen konnten, dass die Patientin weder einen depressiven Eindruck erweckte noch besondere Schmerzen äußerte. Dies führte dann auch zur Einstellung des Verfahrens wegen fahrlässiger Körperverletzung, da die Ärzte ohne Schmerzáußerung der Patientin davon ausgehen mussten, dass sie sich auf dem Wege der Besserung befände. Der Verdacht auf einen nekrotischen Zerfall der Bauchspeicheldrüse, erfahrungsgemäß mit sehr starken abdominellen Schmerzen verbunden, war damit nicht im Rahmen der Sorgfaltspflicht des Behandlers zu fordern.

4.2. Fall 2: Unterlassene Hilfeleistung nach unvorhersehbarem Suizid

Zum Sachverhalt: Hier kam es während des Aufenthaltes eines Patienten mit Oberarmfraktur zu einem Sturz aus dem 6.Stockwerk der Universitätsklinik in T. aus suizidaler Absicht. Der Patient hatte hörbar für Pflegepersonal und diensthabende Ärzte nach dem Sturz längere Zeit um Hilfe gerufen. Dennoch traf erst nach sechzig Minuten ein Notarzt ein, der dann nur noch den Tod feststellen konnte. Der diensthabende Stationsarzt, der den Sterbenden rufen hörte, meinte irrtümlich, dass ein Notarzt bereits verständigt sei und leistete keine Hilfe. Der telefonisch durch das Pflegepersonal informierte anästhesiologische Reanimationsnotdienst äußerte, dass bei Notfällen

außerhalb der Klinik hierfür der im Hause stationierte diensthabende Notarzt des Roten Kreuzes zuständig sei und verneinte die Hilfeleistung.

Durch die gerichtsmedizinische Obduktion wurde die Diagnose eines Todes durch Verbluten bei inneren und äußeren Verletzungen gestellt. So war das Becken zertrümmert und der Patient hatte bei dem Sturz Oberschenkelfrakturen erlitten.

Es erfolgte die Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung gegen den diensthabenden Arzt, der trotz Kenntnis der Notlage, in der sich der Patient befand, keine suffizienten Hilfsmaßnahmen einleitete. Zwar versuchte er, über eine Wechselsprechanlage die Hilfe zu koordinieren bzw. einzuleiten, unterließ dann jedoch, nachdem er die Mitteilung erhalten hatte, dass der Notarzt verständigt sei, jede weitere Hilfsmaßnahme. Aufgrund der Kompetenzstreitigkeiten von internem und externem Notfalldienst, also anästhesiologischem Reanimationsteam und diensthabendem Notarzt des Roten Kreuzes, traf erst nach über sechzig Minuten ärztliche Hilfe bei dem inzwischen im Verblutungsschock verstorbenen Patienten ein, so dass vom Notarzt nur noch der Tod festgestellt werden konnte.

Eine Garantenhaftung aus dem versuchten Suizid des Patienten war nicht anzunehmen, da es sich bei dem Patienten um einen chirurgischen Normalpatienten ohne weitere psychiatrische oder suizidale Vorgeschichte gehandelt hatte. Während des stationären Aufenthaltes war eine beginnende oder bestehende Depression nicht auffallend gewesen, so dass von den behandelnden Ärzten eine Eigengefährdung nicht angenommen werden musste. Der im Verlauf letal endende Suizidversuch des Patienten geschah völlig unerwartet und unvorhersehbar. Hier ist zu bedenken, dass eine Vielzahl chirurgischer Traumapatienten oftmals das Ergebnis unerkannter Suizidversuche darstellen und im täglichen Umgang eine gewisse Sensibilität in der eigenen Wahrnehmung trainiert werden sollte.

Im vorliegenden Fall war allerdings ein Verschulden wegen unterlassener Hilfeleistung²⁰⁹ anzunehmen. Im Verfahren konnte der Stationsarzt zwar

²⁰⁹ § 323c StGB

nachweisen, dass er davon ausgehen konnte, dass ein Notarzt alarmiert worden wäre, da er sich hierüber über eine Wechselsprechanlage Gewissheit verschafft hatte. Allerdings hätte trotzdem bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe durch einen Notarzt eine Hilfspflicht bestanden, da hier Hilfe offensichtlich umgehend erforderlich gewesen wäre, diese ohne weitere Gefährdung durch den Hilfeleistenden hätte erbracht werden können und diese vermutlich geeignet gewesen wäre, das Leben des Suizidenten zu retten.

Trotzdem entging der Stationsarzt einer Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung gemäß §222 StGB aufgrund unterlassener Hilfeleistung, da der Tod des Patienten nicht mit der nötigen Sicherheit auf das Fehlverhalten des Arztes zurückgeführt werden konnte, sondern der Tod selbst bei optimaler Hilfeleistung nicht abzuwenden gewesen wäre. Die Staatsanwaltschaft war mit der Einstellung des Verfahrens wegen fehlendem öffentlichen Interesse gemäß §153a StPO gegen die Zahlung von EUR 1250.- in die Staatskasse einverstanden.

4.3. Fall 3: Alkoholabusus und Depression

Zum Sachverhalt: Eine Patientin, die seit Jahrzehnten an Alkoholismus und Depressionen litt, wohnte alleine in ihrer Wohnung. Im Rahmen eines Krankheitsrückfalles der Alkoholsucht war sie arbeitsunfähig geschrieben. Sie hatte schon seit sechs Monaten Suizidgedanken gegenüber der im selben Haus wohnenden Schwägerin geäußert. Nachdem sie am 18.10.90 krankheitsbedingt erschöpft war, erklärte sie ihrer Schwägerin gegenüber, dass sie nicht mehr wolle und könne und sie werde sich umbringen. Bereits zuvor hatte sie angekündigt, sie werde sich erhängen oder aber von einer Brücke stürzen. Von der Schwägerin wurde hierauf der Hausarzt verständigt, der die Patientin alkoholisiert vorfand und sie aufgrund der Selbstmorddrohungen in die Psychiatrische Landeslinik C. einwies. Er nahm telefonischen Kontakt mit der diensthabenden Ärztin auf und schilderte die Suizidgefahr als „vorrangig“. In der Einweisung diagnostizierte er „akute Suizidgefahr – Alkoholrückfall“. Bei Aufnahme wurde eine Alkoholkonzentration von 2,2 Promille

festgestellt. Bei Fragen im Aufnahmegespräch wirkte die Patientin nach Aussage der Krankenschwester „klar orientiert, ansprechbar und zurechnungsfähig“. Nachdem die Patientin der Krankenschwester gegenüber erklärte, die Selbstmordgedanken seien ein „Fimmel“ gewesen und sie beabsichtige nicht, sich umzubringen, kam diese zum Eindruck, dass eine akute Suizidalität nicht gegeben sei. Der Ärztin gegenüber schilderte die Patientin den Rückfall durch eine private Konfliktsituation motiviert. Hierbei wirkte sie äußerlich ruhig und von „bedrückter Stimmungslage“. Auf die Suizidgefahr angesprochen, erklärte sie, sie könne versprechen, dass keine Gefährdung gegeben sei und sie sich nichts antun werde. Dies erschien der Ärztin glaubhaft und sie sah von der Möglichkeit ab, die Patientin zu fixieren oder eine Sitzwache anzufordern. Vielmehr erhob sie den Befund „keine akute Suizidalität“ und ordnete an, um andere Patienten nicht zu stören, die Patientin zum Schlafen allein in dem so genannten Überwachungszimmer der Station unterzubringen und dort stündlich einmal zu kontrollieren, um einer von ihr erkannten „latenten suizidalen Gefahr“ vorsorglich entgegen zu wirken. Von einer medikamentösen Behandlung sah sie aufgrund der Alkoholeinwirkung ab. Die Kontrollen wurden durch einen Pfleger durchgeführt, der die Patientin die ganze Nacht über unruhig und nervös, jedoch voll orientiert vorfand. Letztmalig wurde die Patientin gegen 5.15 Uhr gesehen. Gegen 6.30 Uhr wurde die Patientin dann tot im Überwachungszimmer aufgefunden. Sie hatte sich in sitzender Haltung mittels der zwei Meter langen Klingelschnur an der Armatur des Waschbeckens im Zimmer erhängt.

In der gerichtsmedizinischen Obduktion konnte der Tod der Patientin durch atypisches Erhängen verifiziert werden.

Es kam zur Anklage der aufnehmenden Ärztin wegen fahrlässiger Tötung der akut suizidalen Patientin. Aufgrund der Dokumentation und der Aussage der diensthabenden Krankenschwester konnte die Angeklagte jedoch nachweisen, dass sie sich über die akute Suizidalität einen Überblick verschafft hatte, indem sie den Verdacht einer drohenden Suizidalität mit der Patientin besprach. Aufgrund des voll orientierten Zustandes der alkoholisierten Patientin und der glaubhaften Zusicherung, dass keine Suizidalität vorhanden sei, ging die Angeklagte dann von keiner akuten, sondern nur

von einer latenten Suizidalität aus. Eine Fixierung der Patientin wäre demnach unangemessen gewesen und hätte das Arzt-Patienten-Verhältnis unnötig belastet. Die Verabreichung von sedierenden Medikamenten aufgrund der Alkoholisierung erschien der Ärztin zu recht als fragwürdig und wurde deshalb unterlassen. Dennoch ordnete die Angeklagte eine engmaschige Kontrolle der Patientin auf einer Überwachungsstation an, die nachweislich durchgeführt wurde. Die Anordnung weiterer Maßnahmen ist nach aktuellem Trend der Rechtsprechung nicht notwendig, da der Lebensqualität und Therapie in einem von Vertrauen geprägten Umfeld höheres Gewicht beizumessen ist, als dem absoluten Lebensschutz durch Freiheitsentzug²¹⁰, zumal ein zum Selbstmord Entschlossener ohnehin Mittel und Wege findet, seinen Plan auszuführen. Interessanterweise hob das Gericht in der Urteilsbegründung die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten besonders hervor und verwies auf die hierzu ergangene Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes.

Es kam zur Einstellung des Verfahrens wegen fehlendem Fremdverschulden gemäß §170 StPO²¹¹.

Zwar steht fest, dass die Beschuldigte als Ärztin durch die tatsächliche Behandlungsübernahme eine Garantenstellung für das Leben der Patientin übernommen hatte. Der Beschuldigten wäre es grundsätzlich zumutbar gewesen, geeignete Mittel zu ergreifen, um im Rahmen des Möglichen die Selbsttötung der Patientin zu verhindern. Dabei kann nicht verkannt werden, dass Zwangsmittel nicht geeignet sind, therapeutisch zu wirken, sondern vielmehr vom Patienten ausschließlich restriktiv empfunden werden. Andererseits kommt dem Rechtsgut des Lebens des Patienten ein derart hoher Stellenwert zu, dass zu seiner Erhaltung seitens des behandelnden Arztes auch geeignete Zwangsmaßnahmen zu ergreifen sind, sofern dem Patienten die erforderliche Einsichtsfähigkeit fehlt. Im Unterlassen der Anordnung solcher Maßnahmen ist der Beschuldigten jedoch keine strafrechtlich relevante Sorgfaltspflichtverletzung anzulasten. Zwar hat die Beschuldigte zu Unrecht eine akute Suizidalität verneint, obwohl die Patientin vorrangig aus diesem Grunde eingewiesen worden war. Indes vermittelte die Suizidentin durch Verneinung

²¹⁰ Urteil des BGH vom 20.6.2000, VI ZR 377/99

jeglicher Selbstmordabsichten in der Klinik –wie schon zuvor der Krankenschwester und dem Pfleger- kein Bild akuter Suizidalität. Wohl musste die Beschuldigte an sich aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung generell damit rechnen, die Patientin spiegele ihr nur etwas vor. Konkrete Anhaltspunkte dafür ergaben sich jedoch nicht. Auch hat die Patientin nicht gleich das erste Überwachungsintervall genutzt, um sich zu suizidieren; vielmehr ist davon auszugehen, dass die Patientin erst im Laufe des frühen Morgens erneut einen entsprechenden Entschluss gefasst hat. Dabei ist auch zu beachten, dass eine vollständige sichere psychiatrische Diagnose bei Fragen der Selbstgefährdung kaum jemals möglich sein wird. Selbst wenn man indes einen Sorgfaltsverstoß der Beschuldigten bejahen wollte, so stellt sich ein solcher jedoch nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht als strafbar dar, soweit durch diese Fahrlässigkeit der freiverantwortliche Selbstmord eines anderen verursacht wird. Zwar mögen angesichts der ursprünglichen Alkoholisierung bzw. deren Abbaufolgewirkungen sowie den Depressionen der Patientin Zweifel an der Freiverantwortlichkeit ihres Freitodentschlusses aufkommen. Da jedoch auch der BGH von der Freiverantwortlichkeit eines Selbstmörders trotz vorausgegangenem Alkoholgenuss und bestehender Depression ausgegangen ist²¹², ist eine Verurteilung der Beklagten auch hier unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu erwarten.

4.4. Fall 4: Suizid während Freigang

Zum Sachverhalt: Die 42jährige Patientin war nach einem Freigang aus der offenen Station des Psychiatrischen Landeskrankenhauses W. am 29.9.1989 nicht mehr zurückgekehrt und blieb trotz intensiver Suche verschwunden. Am 14.3.1990 wurde ihre Leiche einige Kilometer entfernt an einem Bachufer aufgefunden.

Die gerichtsmedizinische Obduktion²¹³ erbrachte außer dem Tod durch Ertrinken keinen weiteren Hinweis auf eine Fremdeinwirkung oder das Vorhandensein körperfremder Substanzen.

²¹¹ § 170 StPO: siehe Gesetzestexte im Anhang Kapitel 7.2

²¹² BGHSt 24, 342

²¹³ Sektion L80/90

Die Patientin wies in der Vorgeschichte drei Suizidversuche auf. Am 5.Juni 1988 versuchte sie erfolglos, sich vom Zug überrollen zu lassen. Im Folgejahr misslang der Suizid durch Verwendung eines Föns in der Badewanne (4.Januar 1989) und im darauf folgenden Juni missglückte eine Tablettenvergiftung in selbstmörderischer Absicht. Aufgrund eines daraufhin folgenden gerichtlichen Unterbringungsbeschlusses war die Patientin bis zum 6.September 1989 in der psychiatrischen Landesklinik zwangsuntergebracht. Nach Ablauf der gerichtlichen Unterbringung war die Patientin jedoch zu einer freiwilligen stationären Therapie bereit, an der sie auch bis zu ihrem Verschwinden teilnahm. In der Aufarbeitung der Lebenssituation wurde ein sexueller Missbrauch in der Kindheit durch den Vater und eine daraus resultierende zunehmende Depression diagnostiziert. Die Patientin hatte in der Folge bereits eine Psychoanalysetherapie absolviert und anschließend selbst Psychologie studiert.

Durch die Staatsanwaltschaft erfolgte die Eröffnung eines Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung gegen die behandelnden Stationsärzte. Auch hier konnte durch die lückenlose Dokumentation eine fehlende akute Suizidalität zum Zeitpunkt des Verschwindens der Patientin nachgewiesen werden. Dies führte zur Einstellung des Verfahrens wegen fehlendem Fremdverschulden. Das Gericht stütze sich auch hier auf den aktuellen Trend der Rechtsprechung, das Sicherheitsgebot gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung abzuwägen. Während der gerichtlich angeordneten Zwangsunterbringung der Patientin war diese nicht alleine zu Freigängen entlassen worden. Aufgrund der anschließenden Therapieeinsicht der Patientin, die sich mit der Fortsetzung der Therapie auch ohne Zwangsunterbringung einverstanden erklärte und fehlender offensichtlicher Depression, war von einer akuten Suizidalität der Patientin nicht mehr auszugehen. Einer Beurlaubung oder einem Freigang war somit gerade aus therapeutischen Gründen nicht zu widersprechen, um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu gefährden und die Patientin weiter in ihre Selbstverantwortung einzubinden.

5. Diskussion:

Die in der psychiatrischen Literatur beschriebenen Häufungen und Prädiktionskriterien bei Suizidenten waren in einigen Fällen auch in unserem Untersuchungsgut nachzuvollziehen.

Wie beschrieben, fanden auch wir eine Häufung so genannter „harter Methoden“ bei Männern. Hier war die Sturzhöhe mit durchschnittlich 30,5 Metern um das Doppelte höher als bei den weiblichen Opfern mit durchschnittlich 9,4 Metern.

Auch die Häufung von Suizidversuchen bei Frauen und geglückten Suiziden bei Männern war mit 32,4% zu 67,6% nachzuvollziehen. Entsprechend wiesen 62,5% der Frauen eine deutlich höhere Suizidanamnese gegenüber 37,5% der Männer auf.

Erwartungsgemäß fanden auch wir eine Alkoholisierung bei über der Hälfte der Suizidenten. 56,5% der Männer und nur 36,4% der Frauen hatten ihrem Leben alkoholisiert ein Ende gesetzt.

In der jahreszeitlichen Verteilung konnte auch in Tübingen eine Bevorzugung der Wechseljahreszeiten Frühjahr (44,1%) und Herbst (26,5%) ermittelt werden. Dies deckt sich mit großen Suizidstudien, ohne jedoch eine Erklärung für dieses Phänomen schlüssig darlegen zu können. Auch die untersuchten Kliniksuizide folgten diesem Verteilungsmuster.

Die ermittelte Wochentagesverteilung zeigte bei den Kliniksuizidenten einen Schwerpunkt am Wochenende mit 62,5% und am Wochenanfang mit 37,5% der Suizide. Dies wäre unter Umständen mit einer längeren Exposition durch Familienangehörige während der Besuchszeiten und der damit verbundenen intensiven Auseinandersetzung mit familiären Problemen zu erklären.

Suizide außerhalb stationärer Bedingungen ereigneten sich besonders zur Wochenmitte (46,1%) und am Samstag 30,7%. Seltsamerweise fanden auch wir den Dienstag, wie in

einigen Studien dargestellt, mit 24,4% deutlich gegenüber den übrigen Wochentagen überrepräsentiert. Eine Erklärung hierfür konnte auch durch unsere Studien nicht erbracht werden.

Eine besondere Bevorzugung der Feiertage, wie häufig in anderen Untersuchungen beschrieben, konnte von uns jedoch nicht ermittelt werden. Im gesamten Beobachtungszeitraum ereignete sich hier tatsächlich, weder unter klinischen noch unter nicht klinischen Bedingungen, kein einziger Suizid.

Aufgrund der von uns erhobenen Daten, können die in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Prädiktionsfaktoren (Häufigkeit früherer Suizide, Geschlecht, Alkoholisierung, Jahreszeit, etc.) als grober Anhaltspunkt für eine Abschätzung der aktuellen Suizidalität herangezogen werden. Unabhängig davon entscheidet jedoch immer die aktuelle Situation über das weitere Vorgehen. Im Trend der aktuellen Rechtsprechung zeichnet sich eine sinnvolle Abwägung absoluten Lebensschutzes durch freiheitseinschränkende Maßnahmen (Fixierung, Zwangsunterbringung, Sedierung, Überwachung, Sicherung, etc.) gegenüber einem sinnvollen Therapieregime in einem ungestörten Arzt-Patienten-Verhältnis ab. Der Grundsatz „wer einen Suizid anstrebt, wird immer Wege und Mittel zur Durchführung finden“ wird mittlerweile durch höchstrichterliche Urteile²¹⁴ bestätigt und berücksichtigt.

Während des Untersuchungszeitraumes kam es in keinem einzigen Fall zu einer Verurteilung eines Arztes bzw. Garanten wegen fahrlässiger oder vorsätzlicher Tötung beim Suizid eines Patienten. Allerdings ist zu bemerken, dass in einigen Fällen, wie exemplarisch erläutert, einer Verurteilung nur sehr knapp entgangen werden konnte, da hier zum Beispiel das Gericht anerkannte, dass sich der behandelnde Arzt (wie im Wittig-Urteil²¹⁵) in einer besonderen Notlage befunden habe oder ein letztendliches Verschulden nicht einwandfrei geklärt werden konnte²¹⁶. Es bleibt zu hoffen, dass der Bundesgerichtshof bzw. letztendlich die Legislative hier für eindeutige Rechtssicherheit sorgt. Die bisherigen Urteile widersprechen sich leider zum Teil doch erheblich und

²¹⁴ BGH Urteil vom 20.6.2000, VI ZR 377/99 OLG Zweibrücken

²¹⁵ siehe Kapitel 2.3.1.1

²¹⁶ siehe Kapitel 3.2

sind nicht geeignet, für Rechtssicherheit zu sorgen. Bei einer Untersuchung von zweiunddreißig unter stationären Bedingungen erfolgten Suiziden im Zeitraum von 1981-1985 in Köln²¹⁷ wurde nur in einem einzigen Fall einer staatsanwaltliche Ermittlung wegen fahrlässiger Tötung eingeleitet. Auch hier kam es, wie in den von uns untersuchten Fällen, zu keiner Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung oder Verletzung der Garantenstellung.

Eine Beihilfe zum Suizid ist in jedem Fall, wie erläutert, ohne Rechtsfolgen möglich, solange die Handlungstäterschaft beim Suizidenten bleibt. Einzuleitende Maßnahmen nach Verlust des Bewusstseins sind jedoch Gegenstand heftiger Kontroversen zwischen den Anhängern der Einwilligungstheorie und den Verfechtern der Freiverantwortlichkeit, vertreten besonders durch Roxin und Bottke. In letzter Zeit zeichnet sich auch hier ein Trend in der Rechtsprechung zur Akzeptanz der Freiverantwortlichkeit ab²¹⁸.

Die Annahme der Rechtsprechung, die leider auch in der Literatur teilweise Zustimmung findet, bei Eintritt der Bewusstlosigkeit wechsele die Tatherrschaft vom Suizidenten grundsätzlich zum Arzt/Garanten, verdient jedoch keine Zustimmung, da diese Auffassung den vermeintlichen Willen des Gesetzgebers ad absurdum führen würde: es ist widersprüchlich, zuerst das aktive Verschaffen tödlicher Mittel oder Umstände zu gestatten und anschließend eine Pflicht zur Rettung zu fordern. Allerdings ist nicht zu verschweigen, dass nach Erkenntnissen der empirischen Suizidforschung der Selbstmordversuch meist nicht auf einer vernünftigen, in freier Selbstbestimmung getroffenen Entscheidung beruht, sondern hier oft akut depressive Verstimmungen oder Akutsituationen vorzufinden sind. Ein Großteil der Suizide geschieht, wie auch in unserer Untersuchung nachgewiesen, unter Alkoholeinfluss. Die Annahme der Freiverantwortlichkeit bei der Beurteilung des Suizids von schwer erkrankten, moribunden Patienten macht somit am ehesten Sinn, obwohl auch hier Kritiker bemerken, dass bei einer suffizient durchgeführten Schmerztherapie und/oder antidepressiven Therapie der Todeswunsch bei Schmerzpatienten rapide abnimmt. Eine Todessehnsucht wäre hier am ehesten als Ausdruck einer insuffizienten ärztlichen Therapie zu verstehen.

²¹⁷ Schmidt, P. et al, 1991

Eine Rettungspflicht in Notfallsituationen, z.B. bei unbekanntem Patienten im Notfalldienst, ist insofern folgerichtig zu bejahen. In der Literatur ist bisher auch kein einziger Fall bekannt, bei dem es durch die Hilfeleistung eines Arztes beim Suizid zu einer Anklageeröffnung oder gar Verurteilung gekommen wäre. Nach Rabel²¹⁹ ist in dem Fall auf das Annehmen der mutmaßlichen Einwilligung des Suizidenten zu plädieren, da so der mögliche Wille des Patienten besser zum Ausdruck gebracht werden kann, als durch eine Berufung auf den Notstand. In der Wirklichkeit muss davon ausgegangen werden, dass der hinzukommende Hilfeleistende nichts über die etwaige Freiverantwortlichkeit des Suizidenten wissen kann. Der Alltag bringt hier viele Möglichkeiten zu zweifeln, und im Zweifel sollte gelten: In dubio pro vita ! Die Legislative hat hier durch die §§323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) und §§680 BGB (Geschäftsführung ohne Auftrag) Rechtssicherheit bei der Behandlung/Rettung des Suizidenten im Falle der Bewusstlosigkeit geschaffen.

Allerdings ist die juristische Konstruktion der Behandlung eines Suizidenten gegen seinen erklärten Willen zum Beispiel auch bei erhaltenem Bewusstsein nicht einfach. „You´re damned if you do, you´re damned if you don´t“²²⁰ Nach den §§677 ff BGB sind das objektiv zu wertende Interesse und der subjektiv bestimmte wirkliche oder mutmaßliche Wille des Suizidenten entscheidend. Will man nun nicht jeden Suizid aus einer Unzurechnungsfähigkeit heraus erklären, was bei infauster Prognose einer schweren Krankheit schwierig zu begründen wäre, hat man Schwierigkeiten, den Willen des Suizidenten zu ignorieren.

Ein juristischer Weg wäre jedoch der folgende:

Gemäß §323c StGB ist jedermann gehalten, bei gemeiner Gefahr und Not dem anderen Hilfe zu leisten. Eine solche Hilfeleistung ist auch gegenüber demjenigen geboten, der sich in unmittelbarer Lebensgefahr befindet. Die Rechtsprechung hat wiederholt den Suizid als Unglück eingestuft. Beide Rechtsnormen, der §677 BGB und der §323c StGB, haben gleichen Rang. In ihrer Anwendung auf den Suizidenten heben sie sich

²¹⁸ BGH Urteil vom 20.6.2000, VI ZR 377/99 OLG Zweibrücken

²¹⁹ Rabel 1988

²²⁰ Simpson, B. et al, Springfield 1990

jedoch in ihrer Wirkung gegenseitig auf: Der Wille zu sterben und die Hilfeleistung zur Rettung stehen dann in unauflösbarem Widerspruch. Man spricht hier von einer Normenkollision. Bei Auftreten von Normenkollisionen sind wir jedoch gehalten, uns eine neue Norm zu bilden. Diese wird in diesem Fall die Hilfe regelmäßig erlauben. Dies schon deshalb, um dem Suizidenten die Möglichkeit des Weiterlebens einzuräumen, mag es doch vielleicht wie oben angesprochen eine Kurzschlussreaktion gewesen sein, ohne die es niemals zum Suizidversuch gekommen wäre. Die Notfallretter dürfen den Suizidenten also behandeln, wissend, dass sie damit seinem Willen unter Umständen nicht nachkommen. Es ist ihre Pflicht, den Suizidenten von der erfolgreichen Selbsttötung abzuhalten, wie dies schon das Reichsgericht 1882 festgestellt hat.²²¹ Strafrechtliche Konsequenzen sind somit nicht zu befürchten. Zivilrechtlich kann die Hilfeleistung gemäß §680 BGB, nach dem der Geschäftsführer ohne Auftrag nur grobe Fahrlässigkeit zu vertreten hat, wenn die Geschäftsführung die Abwehr einer konkreten, drohenden und dringenden Gefahr bezweckt, vertreten werden, wenn Bewusstlosigkeit vorliegt. Nach allgemeiner Rechtsprechung wird der helfend einspringende Arzt als Geschäftsführer ohne Auftrag angesehen. Die Beschränkung auf grobe Fahrlässigkeit reicht hinüber in die Haftung für unerlaubte Handlung. Allerdings ist bei der Ermittlung der groben Fahrlässigkeit von einem herabgesetzten Sorgfaltsstandard auszugehen. Die Notfallsituation wirkt sich somit zweifach strafverleichernd aus: schon die im Notfall erforderliche Sorgfalt ist gering; sie grob zu verletzen, setzt eine absolut unverständliche Handlungsweise voraus. Nach der Rechtsprechung liegt sie nur dann vor, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße außer Acht gelassen wurde. Das deutsche Regressrecht folgt hier dem Weg, der durch den italienischen Codice civile Art. 2236 vorgezeichnet ist: für die Berufsausübung wird die Haftung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt, soweit es um die Lösung von Problemen besonderer Schwierigkeit geht. Eine Hilfeleistung ist somit immer zu empfehlen.

Besonderes Interesse erlangte die Suizidthematik in der jüngeren Zeit auch durch Patientenvereinigungen, die bei schwerst- und unheilbar erkrankten Patienten ein Recht zum freien Suizid durch besondere Unterstützung des behandelnden Arztes einfordern.

²²¹ RG 1882

Besondere Brisanz erhält die Diskussion durch die Lage bewusstloser – zum Teil hirntoter - Patienten, die in so genannten Patiententestamenten lebensverlängernde Maßnahmen verweigert haben. Die Rechtsverbindlichkeit dieser Verfügungen ist leider für den Arzt bis heute umstritten, auch wenn der BGH mit Urteil vom 17.März 2003²²² beschlossen hat, dass der Wille des Patienten unbedingt zu befolgen sei. Im juristischen Schrifttum überwiegt zwar schon lange die Auffassung, dass ein Patiententestament für den Behandler unmittelbar verbindlich sei²²³, oberster Maßstab für die Entscheidung über Art und Ausmaß der Behandlung muss jedoch der zweifelsfreie Wille des Patienten sein. Darin sieht auch das BGH mit seinem Urteil vom März 2003 die Grundlage jeglicher Maßnahme bzw. deren Unterlassung. Es dürfen keine Anhaltspunkte für die Annahme vorhanden sein, dass der Betroffene an seiner Entscheidung für Abbruch oder Unterlassung der Hilfsmaßnahmen nicht mehr festhalten würde.²²⁴ Im so genannten Myom-Urteil hatte der Bundesgerichtshof schon 1957 zweifelsfrei erklärt, dass ein Jeder das Recht habe, sich nicht zwangsweise ärztlich behandeln zu lassen; selbst dann nicht, wenn er durch die Behandlung von einer lebensgefährlichen Krankheit befreit würde und die Weigerung insofern als unvernünftig erscheint.²²⁵ Es bleibt zu hoffen, dass die Legislative hier in baldiger Zukunft durch eindeutige Vorgaben für Rechtssicherheit sorgt. Im Alternativentwurf Sterbehilfe wird hierfür gefordert, dass Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens nur in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden dürfen, wenn diese den Todeseintritt nur verzögern würden und eine etwaige Erkrankung in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung so im Vordergrund stehen, dass eine unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden kann. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen, wie dies vor kurzem in den Niederlanden für rechtmäßig erklärt worden ist, sollen jedoch auch weiterhin unzulässig sein und mit Strafe bedroht werden.

²²² BGH, Beschluß vom 17.März 2003, Aktenzeichen: VII ZB 2/03

²²³ Uhlenbruck 1999

²²⁴ Rieger, D. 1999

6. Zusammenfassung:

Durch die vorliegende Dissertation „Haftungsproblematik beim Patientensuizid“ wird versucht, den Patientensuizid aus psychiatrisch/psychologischer Sicht und juristischer Sicht unter besonderem Augenmerk auf die haftungsrechtliche Problematik für den Behandler darzustellen und durch eine Metaanalyse Suizidprädiktoren aufzuzeigen, um Möglichkeiten zur Prävention zu ermöglichen. Des Weiteren soll die Garantenproblematik bei stationären Patienten verdeutlicht werden und in einem kurzen Abriss der aktuellen Diskussion um Patiententestamente gegenüber gestellt werden.

Die von zahlreichen Autoren geschilderten Suizidprädiktoren konnten größtenteils auch in unserer Untersuchung bestätigt werden. So wählten Frauen eher weiche, Männer eher harte Methoden bei der Durchführung eines Suizids. Typischerweise weisen Frauen eher eine Suizidanamnese auf, als Männer. Viele Selbsttötungen geschehen wie erwartet im alkoholisierten Zustand; wohl um die Hemmschwelle leichter überwinden zu können. Das soziale Umfeld, akute Konfliktsituationen, „life events“ wirken erwarteterweise suizidfördernd.

Aus juristischer Sicht kann der behandelnde Arzt beim Patientensuizid zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit wohlwollender juristischer Würdigung der Umstände rechnen, sofern nicht eklatantes Fehlverhalten nachweisbar ist. Wie in einigen Fällen zum Ausdruck kam, ist eine lückenlose und gewissenhafte Dokumentation vor Gericht notwendig und überlebenswichtig, um nicht gravierende Nachteile bei der Beweissicherung und Beweiswürdigung vor Gericht zu erleiden und im schlimmsten Falle durch eine Beweislastumkehr und der hieraus resultierenden Unmöglichkeit des Unschuldsnachweises verurteilt zu werden. Während die Gerichte von psychiatrisch Tätigen regelmäßig die Einschätzung und Klärung der aktuellen Suizidalität des Patienten fordern, wird hier von anderen Fachdisziplinen eine geringere Sorgfalt gefordert. Jedoch sind auch hier geäußerte Suizidwünsche, zunehmende Isolation und Depression als Warnzeichen ernst zu nehmen, insbesondere wenn andere Prädiktoren

²²⁵ BGHSt 11, 111 vom 28.11.1957

auf eine etwaige Suizidalität schließen lassen. Hier wäre zur Absicherung sicher eine psychiatrische Stellungnahme im Sinne eines Konsils sinnvoll.

Die in letzter Zeit verstärkte Diskussion um Patiententestamente und den freiverantwortlichen Suizid in den Medien sorgt in ärztlichen Kreisen für Verunsicherung. Allerdings zeigt die aktuelle Rechtsprechung, dass eine Verurteilung eines behandelnden Arztes in Notfallsituationen regelmäßig nicht erfolgt. In Notfallsituationen, zum Beispiel im ärztlichen Notdienst, dem Notarztendienst oder in Notfallambulanzen, gilt weiterhin die Pflicht zur Hilfeleistung und Lebensrettung besonders bei unbekanntem Patienten und unklaren Umständen. Ein etwaig von Angehörigen vorgezeigtes Patiententestament ist insofern im Notfall unbeachtlich, als die Rechtswirksamkeit vom behandelnden Arzt während dieser Notfallsituationen nicht überprüft werden kann. Insofern muss geraten werden, hier immer lebensrettend einzutreten, um etwaige strafrechtliche Konsequenzen zu vermeiden.

In „kontrollierten Umgebungen“, wie zum Beispiel einer Intensivstation oder bei langjährig bekannten Patienten, kann hier die rechtliche Validität des mutmaßlichen Willens des Patienten in Ruhe geprüft werden. Zur vollständigen Absicherung kann der Wille vor Einleitung oder Unterlassung weiterer Maßnahmen durch das Vormundschaftsgericht geprüft und beurteilt werden. So lange durch den Gesetzgeber in zweifelhaften Situationen keine Rechtssicherheit geschaffen wurde, ist dieser Weg dringend zu empfehlen, um juristische Konsequenzen zu vermeiden.

Abschließend bleibt zu bemerken, dass auch bei schwerstkranken, moribunden Schmerzpatienten der Todeswunsch durch suffiziente Schmerztherapie, antidepressive Behandlung und ärztliche Begleitung/Zuwendung meist reversibel ist.

7. Anhang:

7.1. Tabellarischer Überblick der untersuchten Suizide durch Sturzgeschehen

Monat	Tag	Jahreszeit	Feiertag	Geschlecht	Uhrzeit	Sturzhöhe (m)	Alter	Alkohol	Frühere Suizidversuche
04	Sa	Frühjahr	Nein	Weiblich	11 :20	20	51	Ja	Nein
05	Sa	Frühjahr	Nein	Männlich	15 :45	84	27	Ja	Nein
10	Mo	Herbst	Nein	Männlich	17:49	4	52	Nein	Nein
11	Mi	Herbst	Nein	Männlich	20:00	126	21	Ja	Nein
06	Fr	Sommer	Nein	Weiblich	17:45	5,5	82	Nein	Nein
06	Di	Frühjahr	Nein	Männlich	04:45	100	47	Nein	Nein
03	Di	Frühjahr	Nein	Männlich	00:15	3,5	27	Ja	Nein
06	Di	Sommer	Nein	Männlich	04:00	38	25	Ja	Nein
05	Di	Frühjahr	Nein	Weiblich	07:10	17,5	18	Ja	Nein
06	Sa	Sommer	Nein	Männlich	18:55	35	24	Ja	Nein
07	Mi	Sommer	Nein	Weiblich	11:00	12	35	Nein	Nein
09	Di	Herbst	Nein	Männlich	23:45	10	37	Nein	Nein
11	Sa	Herbst	Nein	Weiblich	07:45	11	54	Nein	Nein
06	Mi	Frühjahr	Nein	Männlich	07:30	4,5	20	Nein	Nein
07	Di	Sommer	Nein	Männlich	14:05	11,5	22	Ja	Nein
11	Sa	Herbst	Nein	Männlich	14:48	5	24	Nein	Ja
10	So	Herbst	Nein	Männlich	16:00	26	30	Ja	Ja
07	Di	Sommer	Nein	Weiblich	12:50	1,5	24	Nein	Nein
05	Di	Frühjahr	Nein	Weiblich	07:15	5	38	Nein	Ja
09	Di	Sommer	Nein	Männlich	11:45	25	25	Ja	Nein
08	So	Sommer	Nein	Männlich	06:45	10	53	Ja	Nein
08	So	Sommer	Nein	Männlich	23:00	11,5	31	Ja	Nein
10	Di	Herbst	Nein	Männlich	08:30	11,4	43	Ja	Ja
09	Fr	Herbst	Nein	Weiblich	12:00	5	41	Ja	Ja
11	Di	Herbst	Nein	Männlich	22:00	100	30	Ja	Nein
01	Sa	Winter	Nein	Männlich	15:00	15	18	Nein	Nein
02	Sa	Winter	Nein	Männlich	23:35	25	27	Ja	Nein
07	Sa	Sommer	Nein	Männlich	07:25	8	35	Nein	Nein
12	Mo	Winter	Nein	Weiblich	11:15	7	34	Nein	Ja

05	So	Frühjahr	Nein	Weiblich	12:00	7	29	Ja	Ja
08	Do	Frühjahr	Nein	Männlich	03:20	30	22	Nein	Nein
05	Sa	Frühjahr	Nein	Weiblich	15:00	12	26	Nein	Ja
05	Fr	Frühjahr	Nein	Männlich	23:00	4	29	Nein	Nein
04	Sa	Frühjahr	Nein	Männlich	23:00	15	35	Nein	Nein

7.2. Gesetzestexte

Strafgesetzbuch (StGB)

§13 StGB: Begehen durch Unterlassung. (1) Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht. (2) Die Strafe kann nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§19 StGB: Schuldunfähig ist, wer bei Begehung der Tat noch nicht vierzehn Jahre alt ist.

§20 StGB: Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§26 StGB: Als Anstifter wird gleich einem Täter bestraft, wer vorsätzlich einen anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat bestimmt hat.

§35 StGB: (1) Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib oder Freiheit eine rechtswidrige Tat begeht, um die Gefahr von sich, einem Angehörigen oder einer anderen ihm nahe stehenden Person abzuwenden, handelt ohne Schuld. Dies gilt nicht, soweit dem Täter nach den Umständen, namentlich weil er die Gefahr selbst verursacht hat oder weil er in einem besonderen

§212 StGB: Totschlag. (1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft. (2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

§213 StGB: Minder schwerer Fall des Totschlags. War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem getöteten Menschen zum Zorn gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

§216 StGB: Tötung auf Verlangen. (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar.

§222 StGB: Fahrlässige Tötung. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§223 StGB: (1) Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§323c StGB: Unterlassene Hilfeleistung. Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigenen Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§282 BGB: Beweislast bei Unmöglichkeit. Ist streitig, ob die Unmöglichkeit der Leistung die Folge eines von dem Schuldner zu vertretenden Umstandes ist, so trifft die Beweislast den Schuldner.

§677 BGB: Pflichten des Geschäftsführers. Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt zu sein oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat

das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.

§680 BGB: Geschäftsführung zur Gefahrenabwehr. Bezweckt die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr, so hat der Geschäftsführer nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten.

§823 BGB: (1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
[...]

§831 BGB: (1) Wer einen anderen zu einer Verrichtung bestellt, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Geschäftsherr bei der Auswahl der bestellten Person und, sofern er Vorrichtungen oder Gerätschaften zu beschaffen oder die Ausführung der Verrichtung zu leiten hat, bei der Beschaffung oder der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. [...]

§839 BGB: (1) Verletzt ein Beamter vorsätzlich oder fahrlässig die ihm einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, so hat er dem Dritten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen. Fällt dem Beamten nur Fahrlässigkeit zur Last, so kann er nur dann in Anspruch genommen werden, wenn der Verletzte nicht auf andere Weise Ersatz zu erlangen vermag. [...]

Strafprozessordnung (StPO)

§153a StPO: Vorläufiges Absehen von Klage; vorläufige Einstellung. (1) Mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts und des Beschuldigten kann die Staatsanwaltschaft bei einem Vergehen von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen und zugleich dem Beschuldigten Auflagen und Weisungen

erteilen, wenn diese geeignet sind, das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung zu beseitigen, und die Schwere der Schuld nicht entgegensteht. Als Auflagen oder Weisungen kommen insbesondere in Betracht,

1. zur Wiedergutmachung des durch die Tat verursachten Schadens eine bestimmte Leistung zu erbringen,
2. einen Geldbetrag zugunsten einer gemeinnützigen Einrichtung oder der Staatskasse zu zahlen,
3. sonst gemeinnützige Leistungen zu erbringen,
4. Unterhaltungspflichten in einer bestimmten Höhe nachzukommen,
5. sich ernsthaft bemühen, einen Ausgleich mit dem Verletzten zu erreichen (Täter-Opfer-Ausgleich) und dabei seine Tat ganz oder zum überwiegenden Teil wieder gut zu machen oder deren Wiedergutmachung zu erstreben, oder
6. an einem Aufbauseminar nach §2b Abs.2 Satz 2 oder §4 Abs.8 Satz 4 des Straßenverkehrsgesetzes teilzunehmen.

Grundgesetz (GG)

Art.2 GG: Allgemeines Persönlichkeitsrecht. (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Art.34 GG: Verletzt jemand in Ausübung eines ihm anvertrauten öffentlichen Amtes die ihm einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, so trifft die Verantwortlichkeit grundsätzlich den Staat oder die Körperschaft, in deren Dienst er steht. [...]

Art.103 Abs.2 GG: [...] (2) Eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde.

Sozialgesetzbuch X (SGB X)

§116 Abs.1 SGB X: (1) Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht auf den Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe über, soweit dieser auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, die der Behebung eines Schadens der gleichen Art dienen und sich auf denselben Zeitraum wie der vom Schädiger zu leistende Schadensersatzpflicht beziehen. [...]

8. Literaturverzeichnis:

ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., TEASDALE, J.D. (1978)
Learned helplessness in humans: critique and reformulation.
Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74

ACHTE, K.A. (1966)
On Suicides Committed During Treatment in Psychiatric Hospitals.
Acta Psychiat. Scand. 42, 272-284

ACHTE, K.A., LÖNNQVIST, J., HILLBOM, E. (1971)
Suicides following war brain injuries
Acta Psychiatr. Scand., Supplementum 225, 1971

ACHTE, K.A. (1975)
Suizidalität und Suizidverhütung.
Münch. med. Wschr. 117, 189-192

ALVAREZ, A. (1980)
Der grausame Gott. Eine Studie über den Selbstmord.
Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt a.M.

Améry, J. (1989)
Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod.
Klett-Cotta, Stuttgart 4.Auflage

ANGST, J., CLAYTON, P. (1986)
Premorbidity personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special
reference to suicide issues.
Compr. Psychiatry 27, 511-532

AXMANN, P. (1991)
Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Suizid und Suchttendenz bei Personen mit
cerebralen Narben.
Dissertation am Institut für gerichtliche Medizin der Universität Tübingen

BÄMAYR, A., FEUERLEIN, W. (1984)
Über den Selbstmord von 119 Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen in
Oberbayern von 1965 bis 1978.
Crisis 5, 91-107

BAECHLER, J. (1981)
Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord.
Verlag Ullstein GmbH, Frankfurt Berlin Wien

BAGLEY, C., GREER, S. (1971)
Clinical and social prediction of repeated attempted suicide: a multivariate analysis.
Brit. J. Psychiatry 119, 515-521

BANEN, D.M. (1954)
Suicide by Psychotics.
Bedford Research 4, 1-8

BAUMANN (1986)
Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe.
Stuttgart New York 1986

BEISSER, A.R., BLANCHETTE, J.E. (1961)
A study of suicides in a mental hospital.
Dis. Nerv. Syst. 22, 365-369

BÖCKER, F. (1984)
Über den Umgang mit suizidgefährdeten Patienten.
Nervenheilkunde 3, 171-173

BOHLE (1990)
Haftung für Suizid während stationärer Krankenhausbehandlung.
MedR 8, 298-300

BOTTKE, W. (1982)
Die Beurteilung von Suizid, Suizidversuch und Suizidbeteiligung durch die
strafrechtliche Rechtsprechung.
in: Reimer, C. (Hrsg.), Suizid, Ergebnisse und Therapie.
Springer Berlin, Heidelberg, New York, pp.85-99

BOTTKE, W. (1983)
Probleme der Suizidbeteiligung.
GA 1983, 22-37/30

BRESSER, P.H. (1992)
Die seelisch-geistige Störung und der Krankheitsbegriff.
Versicherungsmedizin 44(4): 106-109

BRONISCH, T. (1992a)
Prospective long-term follow-up of suicide attempters.
in: Suicidal behaviour in Europe – recent research findings (Eds. P. Crepet, G. Ferrari,
S. Platt, M. Bellini).
John Libbey CIC, Rome, Mailand, London, Paris, New York , 177-182

BRONISCH, T. (1992b)
Die depressive Reaktion – Probleme der Klassifikation, Diagnostik und Pathogenese.
Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Band 68, Springer, Berlin,
Heidelberg, New York

- BRONISCH, T., WITTCHEN, H.U. (1994)
Suicidal ideation and suicide attempts: the role of comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance use disorder.
Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 244, 93-98
- BRUNS, W. (2000)
Arzthaftung in Deutschland – Thesen zur zukünftigen Entwicklung.
ArztR 7, 35, 184-187
- BÜRCK, F. (1982)
Prädiktoren für weiteres suizidales Verhalten bei nach einem Suizidversuch hospitalisierten Patienten.
in: P.A.Fiedler, A.Franke, J.Howe et al. (Hrsg.): Herausforderung und Grenzen der klinischen Psychologie.
Tübingen DGVT, 183-187
- CETIN, G., GUNAY, Y., FINCANCI, S.K., OSDEMIR-KOLUSAYIN, R. (2001)
Suicides by jumping from Bosphorus Bridge in Istanbul.
Forensic Sci Int, Feb 15, 116(2-3): 157-62
- CHENG, A.T.A. (1995)
Mental illness and suicide. A Case Control study in East Taiwan.
Arch Gen Psychiat 52, 594-603
- DIEKSTRA, R.F.W., GULBINAT, W. (1993)
The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents.
World health statistic quarterly, 46: 52-68
- DIERCKS, T.P. (2000)
Rechtliche Bedeutung eines Patiententestaments für den Arzt.
Dtsch Med Wochenschr, Mar 3; 125(9): 272
- DORRMANN, W., HINSCH, R. (1981)
Der IE-SV-F. Ein differentieller Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs- und Misserfolgssituationen.
Diagnostica, 27, 360-378
- DUBITSCHER, F. (1957)
Der Suicid
Thieme, Stuttgart-New York
- D`ZURILLA, T.J., GOLDFRIED, M.R. (1971)
Problem solving and behavior modification.
Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126
- EDEL (1891)
Das Suicidium in Irrenanstalten und §222 d. StGB.
Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie (AZP) 41, 422-429

- EISSLER, K.R. (1978)
Der sterbende Patient. Zur Psychologie des Todes.
Frommann-Holzboog (problemata 61), Stuttgart Bad Cannstatt
- ESER, A. (1991)
Kommentar zum Strafgesetzbuch
aus: Schönke/Schröder, Strafgesetzbuch, 24.Auflage, RN 33
- ETTLINGER, R.W., FLORDH, P. (1955)
Attempted suicide.
Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 103, 5-29
- FELBER, W. (1993)
Parasuizid.
S.Roderer, Regensburg
- FINZEN, A. (1988)
Der Patientensuizid. Untersuchungen, Analysen, Berichte zur Selbsttötung psychisch Kranker während der Behandlung.
Psychiatrie Verlag, Bonn
- FOERSTER, K., GILL, A. (1987)
Suicide während stationärer psychiatrischer Behandlung – zur Frage der Häufigkeit und der Vorhersehbarkeit.
Nervenarzt, 58, 505-508
- FOSTER, T., GILLESPIE K., MCCLELLAN, R. (1997)
Mental Disorders and Suicide in Northern Ireland.
Br J Psychiat 170, 447-52
- FROMMHOLD, G. (1896)
Das Rügische Landrecht des Matthaëus Normann.
Stetin 1896, 132 (Cap. CXXVII)
- GOETHE, JOHANN WOLFGANG VON (1774)
Die Leiden des jungen Werthers
- GOLDNEY, R.D. (2000)
The privilege and responsibility of suicide prevention.
Crisis 21/1: 8-15
- GORENC, K.D., KLEFF, F. (1981)
Selbstmord und Selbstmordversuch in psychiatrischen Krankenhäusern.
in: R.Welz, H.Pohlmeier (Hrsg.): Selbstmordhandlungen. Suizid und Suizidversuch aus interdisziplinärer Sicht.
Beltz Verlag Weinheim und Basel

- GOURNAY, K., BOWERS, L. (2000)
Suicide and self-harm in in-patient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases.
J Adv Nurs, Jul, 32(1): 124-31
- GRIESINGER, W. (1867)
Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.
Krabbe, Stuttgart 1945. 2.Auflage 1861, unveränderter Abdruck 1867
- GROSSKOPF, V. (2000)
Überwachungspflichten bei Suizidgefährdung.
Pflege Z., Nov. 53(11): 753-6
- GROPP, W. (1994)
Zur rechtlichen Verantwortung des Klinikpersonals bei Suizidhandlungen hospitalisierter Psychiatriepatienten.
MedR 12, 127ff
- GROPP, W. (1985)
Suizidbeteiligung und Sterbehilfe in der Rechtsprechung.
NSTZ 1985, 97-103/98
- GUILLOIN, C., LE BONNIEC, Y. (1982)
Gebrauchsanleitung zum Selbstmord. Eine Zeitschrift für das Recht auf einen freibestimmten Tod.
Edition Freitag bei Robinson Verlag, Frankfurt a.M.
- HÄFNER, H. (1991)
Epidemiologie und Klinik von Suizid und Suizidversuch. Suizid durch Ansteckung ?
Therapiewoche 41: 106-114
- HAENEL, TH., PÖLDINGER, W. (1986)
Erkennung und Beurteilung der Suizidalität.
in: K.P.Kisker, H.Lauter, J.E.Meyer, C.Müller, E.Strömngren (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 2.Krisenintervention – Suizid-Konsiliarpsychiatrie
Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokio, 107-132
- HASSE (1885)
Über Selbstmord in Irrenanstalten.
AZP 41, 296-325
- HAWTON, K. (1987)
Assessment of suicide risk.
Br. J. Psychiatry 150, 145-153
- HELLE, J. (1989)
Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen gegenüber untergebrachten psychisch Kranken.
MedR 1989, 7-10

- HERPERTZ, S., ERKWOH, R., SAß, H. (1996)
Die Suizidproblematik aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht
in: Suizid zwischen Medizin und Recht
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York
- IRLE, G. (1965)
Kriterien der Suizidalität.
in: W.Schulte (Hrsg.): Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeit
der Beeinflussung.
Hippokrates-Verlag Stuttgart, 55-70
- JANZARIK, W. (1988)
Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie.
Enke Verlag, Stuttgart
- JAMEISON, G.R., WALL, J.H. (1933)
Some psychiatric aspects of suicide.
Psychiatr. Quart. 7, 211-229
- KAHNE, M.J. (1968)
Suicides in mental hospitals: a study of the effects of personel and patient turnover.
J. Health Soc. Behav. 9, 255-266
- KENNEDY, P.F. (1972)
Efficacy of regional poisoning treatment centre in preventing further suicidal behaviour.
Brit. Med. J. 4, 255-257
- KIELHOLZ, P. (1971)
Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker.
Lehmanns, München
- KING, E.A., BALDWIN, D.S., SINCLAIR, J.M., CAMPBELL, M.J. (2001)
The Wessex Recent In-Patient Suicide Study.
Br J Psychiatry, Jun, 178, 537-42
- KLERMAN, G.L. (1988)
The current age of youthful melancholia. Evidence for increase in depression among
adolescents and young adults.
Br.J.Psychiatry 152, 4-14
- KOESTER, H., ENGELS, G. (1970)
Gelungene Suizide im psychiatrischen Krankenhaus.
Zschr. Präventivmed. 15, 19-26
- KRAUSE, G. (1986)
Suizid und Suizidprophylaxe im Krankenhaus.
Erstes Bonner Fachseminar 29.5.-1.6.1986, Rheinische Landeslinik Bonn

KREITMAN, N. (1980)

Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids.
Nervenarzt 51, 131-138

KREITMAN, N. (1986)

Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids.
in: Psychiatrie der Gegenwart. 2.Krisenintervention. Suizid. Konsiliarpsychiatrie
(Kisker, K.P. et al.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 87-106, 1986

KURZ, A. (1988)

Validation of six Risk Scales for Suicide Attempters.
In: Möller, Schmidtke & Welz, 179-181

KUTZER, K. (1985)

Strafrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur
Zuverlässigkeit der Sterbehilfe.
MDR 1985, 710-714/713

KUTZER, K. (1994)

Strafrechtliche Grenzen der Sterbehilfe.
Neue Strafrechtszeitschrift, 110 ff.

LAEHR (1871)

Zur Frage der Beziehung geisteskranker Selbstmörder zu den
Lebensversicherungsanstalten.
in: Kleinere Mitteilungen. AZP 27, 744-751

LEPINE, J.P. (1993)

Suicide attempts in patients with panic disorder.
Arch. Gen. Psychiatry 50, 144-149

LINDEN, K.J. (1969)

Der Suizidversuch
Enke, Stuttgart

LIPSCHUTZ, L.S. (1942)

Some administrative aspects of suicide in the mental hospital.
Am. J. Psychiatry 99, 181-187

LÖWITH, K. (1984)

Die Freiheit zum Tode.
in: Ebeling, H. (Hrsg.): Der Tod in der Moderne.
Syndikat (Taschenbücher Syndikat/EVA Bd 36), Frankfurt/Main, 132-145

MAES, M. (1993)

Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide.
Am. J. Psychiatry 9, 1380-1385

MAIER, CH. (1981)

Die Suizide in der Klinik Beverin 1920-1979. Ein Beitrag zur Diskussion über die Zunahme von Suiziden in psychiatrischen Kliniken.

Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 128, 1, 75-84

MANN, J.J. (1992)

Relationship between Central and Peripheral Serotonin Indexes in Depressed and Suicidal Psychiatry Inpatients.

Arch. Gen. Psychiatry 49: 442-446

MARTEN, R.F. (1981)

Probleme und Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen an Suizidanten.

in: H.Henseler, Ch.Reimer (Hrsg.): Selbstmordgefährdung.

Frommann-Holzberg, Stuttgart, 65-81

MEICHENBAUM, D.H. (1977)

Methoden der Selbstinstruktion.

in: Kanfer, F.H., Goldstein, A.P. (Hrsg.): Möglichkeiten der Verhaltensänderung.

Urban und Schwarzenberg, München, 407-450

MENDELSON, G. (1999)

Retrospektive Studienanalyse.

auf: 9.Welt-Schmerzkongreß Wien 1999

METZGER, R., WOLFERSDORF, M. (1985)

Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Patienten. Aufgaben und Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes.

Z. Allg. Med. 61, 22, 767-773

MILES, C.P. (1977)

Conditions predisposing to suicide: a review.

J. Nerv. Ment. Dis. 164, 231-246

MODESTIN, J. (1992)

Zur Psychodynamik der Suizidalität.

Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 42, 430-435

MUNDT, CH. (1984)

Suizide schizophrener Patienten.

Psychother. Med. Psychol. 34, 193-197

MURPHY, G.E., WETZEL, R.D. (1990)

The lifetime risk of suicide in alcoholism.

Arch. Gen. Psychiatry 47, 383-392

NEWSON-SMITH, J.G.B. (1979)

Psychiatric symptoms in self-poisoning patients.

Psychol. Med. 9, 493-500

- OLIN, H.S. (1976)
 Psychotherapy of the Chronically Suicidal Patient.
 Am. J. Psychother. 30, 570-575
- PAETZ, A. (1893)
 Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf dem Rittergut Alt-Scherbitz.
 Springer, Berlin
- PALLIS, D.J. (1982)
 Estimating suicide risk among attempted suicide.
 Brit. J. Psychiatry 141, 37-44
- PETERS, U.H. (1984)
 Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie.
 3.Auflage, München
- PFEIFFER, W.M. (1994)
 Suizid.
 in: Transkulturelle Psychiatrie. Thieme, Stuttgart, New York, 188-200, 1994
- PLATT, S. (1984)
 Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature.
 Soc. Sci. Med. 19, 93-115
- POHLMEIER, H. (1971)
 Depression und Selbstmord. Eine kritische Information.
 Manz Verlag, München
- POHLMEIER, H. (1983)
 Wann hat eine Depression Krankheitswert ?
 Psycho 9, 624-630
- POHLMEIER, H. (1992)
 Selbsttötung von Geistesgesunden.
 Versicherungsmedizin 44(4): 110-113
- POHLMEIER, H. (1993)
 Selbstmord und Selbstmordverhütung
- POKORNY, A.D. (1983)
 Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study.
 Arch. Gen. Psychiatry 40, 249-257
- RABEL (1988)
 Die Haftpflicht des Arztes.
 NJW 88, 2310

- REIMER, C., ARNDT, V. (1982)
Katamnestiche Untersuchungen an Suizidpatienten.
in: C.Reimer (Hrsg.): Suizid (Fn3), 117-118
- REIMER, C (1986)
Risiken im Umgang mit suizidalen Krisen-Patienten.
Prax. Psychother. Psychosom. 31, 320-331
- RIEGER, D. (1999)
Rechtliche Bedeutung eines Patiententestaments für den Arzt.
DMW, 124, 31/32, 945-947
- RIEGER, H.J. (1984)
Lexikon des Arztrechts, Rdnr. 305
- RIEGER, H.J. (2000)
Haftung für Suizid während stationärer Krankenhausbehandlung.
Dtsch Med Wochenschr, Nov3, 125(44):1344-5
- RINGEL, E. (1953)
Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung.
Maudrich, Wien, Düsseldorf
- RITZEL, G. (1986)
Einführung zum 2.Hildesheimer Psychiatrie Symposium „Kliniksuzid.
Forschungsmethoden - rechtliche Aspekte“.
Bad Salzdettfurth , Hildesheim 27./28.7.1986
- RODERER, M. (1990)
Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten
S.Roderer Verlag, Regensburg
- ROHDE-DACHSER, C. (1979)
Das Borderline-Syndrom.
Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 3.Auflage 1983
- ROOSE, ST. P. (1983)
Depression, delusions and suicide.
Am. J. Psychiatry 140, 1159-1162
- ROSS, M. (1973)
Suicide among physicians.
Dis. Nerv. Syst. 3, 145-150
- ROXIN, C. (1977)
Die Mitwirkung beim Suizid – ein Tötungsdelikt ?
in: Festschrift für Eduard Dreher, Berlin 1977, S.331-355 / 344 ff.

SCHELL, W. (1998)
 Sterbebegleitung und Sterbehilfe – Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen
 (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements).
 Hagen: Kunz 1998

SCHMIDT, P., DALDRUP, TH., HUCKENBECK, W. (1991)
 Unerwartete Todesfälle in der Psychiatrischen Klinik.
 Zeitschrift für Rechtsmedizin, 1991, 1:95-99

SCHMIDTKE, A., SCHALLER, S. (1985)
 Testpsychologische Diagnostik suizidalen Verhaltens: Anmaßung oder Möglichkeiten ?
 in: Hehl, F.J., Ebele, V., Ruch, W.(Hrsg.): Diagnostik psychischer und
 psychophysiologischer Störungen.
 Deutscher Psychologen-Verlag, Bonn

SCHMIDT, A., Weinacker, B., Fricke, S. (1999)
 Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland
 S. Roderer-Verlag

SCHMIDTKE, A., WEINACKER, B., POTOTZKY, W. (1994)
 Suizid- und Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen in den alten Ländern der
 Bundesrepublik und in der ehemaligen DDR.
 (zur Publikation angenommen)

SCHOPENHAUER, ARTHUR (1818)
 Die Welt als Wille und Vorstellung
 Könenmann-Verlag 1997

SCHWARZ, J. (1969)
 Suicid im Krankenhaus.
 Beitr. Gerichtl. Med. 26, 100-103

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN
 (1996)
 Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral
 schwerst geschädigter Patienten vom 24.02.95
 NJW, 767

SHNEIDMAN, E. (1988)
 Es gibt besseres als den Tod.
 Psychologie heute, 15(3), 28-31

SIMPSON, B. (1990)
 Being a genius.
 Springfield, 7602

- SONNECK, G. (1985)
Krisenintervention und Suizidverhütung.
Facultas, Wien
- STENGEL, E., COOK, N. (1958)
Attempted suicide.
Oxford University Press, London
- STENGEL, E. (1964)
Suicide and attempted suicide.
Penguin Books, Great Britain
- STENGEL, E. (1970)
Neuere Ergebnisse der Suicidforschung.
Vortrag Kongr. Dt. Ges. Psychiat. Nervenheilkunde, Bad Nauheim
- STROHMEYER, W. (1914)
Das manisch-depressive Irresein.
Verlag J.F. Bergmann, Wiesbaden
- TSUANG, M.T., SIMPSON, J.C. (1985)
Mortality studies in psychiatry. Should they stop or proceed ?
Arch. Gen. Psychiatry 42, 98-103
- UHLENBRUCK (1999)
Patiententestament.
Verlag Claus Vahle, Berlin
- URWIN, P., GIBBONS, J.L. (1979)
Psychiatric diagnosis in self-poisoning patients.
Psychol. Med. 9, 501-507
- VÄRNIK, A., WASSERMAN, D. (1992)
Suicides in the former Soviet republics.
Acta Psychiatr. Scand. 86, 76-78
- WALL, H.J. (1944)
The psychiatric problem of suicide.
Am. J. Psychiatry 101, 404-406
- WARNES, H. (1968)
Suicide in Schizophrenics.
Dis. Nerv. Syst. 29, 5, 35-40
- WEDLER, H. (1989)
Über Zahlen.
Suizidprophylaxe 6, 177-185

WEISSMAN, M.M. (1973)

Hostility and depression associated with suicide attempts.

Am. J. Psychiatry 130, 450-455

WEISSMAN, M.M. (1989)

Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks.

N. Engl. J. Med. 321, 1209-1214

WOLFERSDORF, M. (1984)

Einige Aspekte des Suizidsproblems in der psychiatrischen Klinik – Literaturübersicht und eigene Untersuchungen.

in: Faust, V., Wolfersdorf, M. (Hrsg.): Suizidgefahr.

Hippokrates, Stuttgart, 221-249

WOLFERSDORF, M., VOGEL, R. (1986)

Hospital suicide and depression. Some selected results of a study on suicides committed during psychiatric hospitalisation.

Vortrag beim: International Commemorative Symposium organised in collaboration with the WHO and WPA, 100 years PUK Basle." 5.-8. June 1986, Basel, Swiss

WOLFERSDORF, M. (1987)

Delusional Depression and Suicide.

Acta psychiatr. Scand. 76, 359-363

WOLFERSDORF, M., VOGEL, R. (1987)

Suizidalität bei stationären psychiatrischen Patienten. Tagungsprotokolle der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“ und weitere Beiträge.

Weissenhof-Verlag Dr. Jens Kunow, Weinsberg

WOLFERSDORF, M. (1989)

Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten.

S. Roderer, Regensburg

WURST, F.M., VOGEL, R., WOLFERSDORF, M. (2000)

Substanzabhängigkeit und Suizid im stationären Rahmen. Eine Deskription.

Psychiatr Prax, Jan, 27(1):11-3

9. Danksagung:

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei all den Menschen bedanken, die mich während der gesamten Zeit dieser Arbeit und auch während meines Medizinstudiums mit Rat und Tat unterstützt haben – insbesondere bei:

Herrn Prof. Dr. med. Matthias Graw für die Überlassung des Themas, die fachliche Unterstützung und den stets freundlichen Worten und Zeilen

Herrn Dr. jur. Fritz Walther für die juristische Durchsicht der Arbeit und für die jahrzehntelange juristische Unterstützung bei den alltäglichen Problemen des Lebens

Besonderer Dank für die finanzielle Unterstützung meines Studiums außerdem an:

Frau Mona Schmidt

Frau Marianne Apostel

Herrn Dr. Robert Behr

Markelstiftung Stuttgart, insbesondere an Frau Harsch

10. Lebenslauf:

Name: Adrian Joachim Octavian Kleemann

Geburtsdatum: 23. April 1966

Geburtsort: Rom-Ciampino / Italien

Familienstand: ledig

Schulbildung:

1972-1976	Ameisenberg-Grundschule Stuttgart
1976-1978	Theodor-Heuss-Gymnasium Esslingen
1978-1984	Plochinger Gymnasium
1991-1994	Kolping Kolleg Stuttgart

Berufsausbildungen:

1985-1991	Orgellehrer
27.12.1990	Rettungsassistent
04.06.1991	Bürokaufmann
26.08.1999	MCSE (MCP, MCP&I)
05.12.2000	Dipl.-Gesundheitsökonom (oec.med.)
09.05.2001	Drittes Staatsexamen Humanmedizin
14.01.2003	Vollapprobation als Arzt