

# **Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung im Lichte der Entwicklung von Rechtsprechung und Lehre zur Patientenverfügung**

Wolfgang Putz

## **A. Vorbemerkung**

Bis in die Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts thematisierte die Rechtsprechung Fälle des Suizides fast ausnahmslos bei „Auffindungssituationen“, bei denen die Vorgeschichte unbekannt und die Rettung des Suizidenten noch möglich war. Zwar wird in Rechtsprechung und Lehre stets darauf hingewiesen, dass es auch den freiverantwortlichen Suizid gibt, indes waren die zur Entscheidung anstehenden Fälle ersichtlich stets Fälle, wo insoweit keine oder keine sichere Erkenntnis vorlag. Grundsätzlich muss man also schon nach diesen Urteilen davon ausgehen, dass der freiverantwortliche Suizid in der Rechtsprechung anerkannt wird, auch wenn Tendenzen im Bereich der Psychiatrie bestehen, den Prozentsatz der freiverantwortlichen Suizide eher gegen Null gehen zu lassen.<sup>1</sup> Erst vergleichsweise spät, seit 1984 beschäftigt sich die Rechtsprechung in obergerichtlichen und höchstgerichtlichen Urteilen oder Beschlüssen mit der Thematik der in Deutschland legalen Formen der Sterbehilfe außerhalb der Suizidbeihilfe und Nichtverhinderung des Erfolgseintritts nach Suizid. Die Initiative von Dignitas (Schweiz) bzw. Dignitate (Deutschland), die Suizidbegleitung von der Vorbereitung bis zum Todeseintritt geschäftsmäßig zu betreiben, macht die Fragestellung dieser Arbeit aktuell wie nie zuvor in der Deutschen Rechtsgeschichte: Erlaubt das Strafrecht eine Suizidbegleitung von der Vorbereitung bis zum Tod?

Auffällig ist, dass „Sterbehilfe“ in der öffentlichen Wahrnehmung immer gerade das ist, was aktuell durch einen spektakulären Fall in den Medien hochgespielt wird. So wurde im Jahr 2005 während der Berichterstattung über den Fall der Amerikanerin Terri Schiavo der dort zur Debatte stehende tödliche Behandlungsabbruch als „Sterbehilfe“ bezeichnet. Zurzeit wird in der Diskussion um die Aktivität von Dignitate „Sterbehilfe“ zum Synonym für Beihilfe zum Suizid. Ebenso wurden die Vorschläge des Hamburger Justizsenators Roger Kusch für die ausnahmsweise Zulässigkeit der aktiven Tötung von Menschen in Ausnahmefällen in den Medien als „Sterbehilfe“ bewertet. Der Autor verwendet den Begriff „Sterbehilfe“ seit jeher als Überbegriff für sämtliche Formen der Sterbehilfe.<sup>2</sup> Beihilfe zum Suizid ist eine Form von Sterbehilfe.

Das erste Urteil zum Thema Sterbehilfe in diesem Sinn, nämlich der Fall „Wittig“, bzw. der Krefelder Fall, den der BGH am 4.7.1984 entschied,<sup>3</sup> war eine „Auffindungssituation“ der noch lebenden Patientin nach einer Suizidhandlung. Allerdings war die Vorgeschichte der Patientin dem hinzukommenden Arzt bestens bekannt und zugleich lagen Willensäußerungen der Suizidentin vor, die man heute problemlos für die Feststellung des mutmaßlichen Willens heranziehen würde, wenn man sie nicht sogar als schriftliche Patientenverfügung gelten lassen würde. Danach verlangte die Patientin das Zulassen ihres Sterbens (auch passive Sterbehilfe genannt). Auch das ist eine Form der Sterbehilfe. Schon dieser erste Fall zeigt die Nähe von Suizidbeihilfe und Beachtung einer Patientenverfügung durch Nichtverhinderung des Sterbens.

---

<sup>1</sup> Schönke/Schröder/Eser Vorb. zu § 211 StGB, Rn. 34 m.w.N.

<sup>2</sup> Putz/Steldinger Patientenrechte am Ende des Lebens, 3. Aufl., S. 155 ff.

<sup>3</sup> BGHSt 3 StR 96/84.

Man wird also fragen müssen, ob angesichts der Entwicklung der Rechtsprechung zur gleichwertigen Achtung des aktuellen, des im Voraus geäußerten wie des mutmaßlichen Sterbewillens die frühere Rechtsprechung zu Suizidfällen aufrecht erhalten werden kann. So wird im Folgenden die Rechtslage zur Suizidbeihilfe mit der Rechtslage zur Beachtung des vorausgeäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillens, der einer möglichen Lebensverlängerung entgegensteht, verglichen. Schließlich soll die Frage beantwortet werden, ob die Zusammenschau der beiden Rechtslagen stimmig ist, so dass die Beihilfe zum Suizid von der Vorbereitung bis zum Eintritt des Todes kein strafrechtliches Risiko darstellt.

## B. Suizid

### I. Das Strafgesetz

Die §§ 211 bis 216 und 222 StGB setzen die Tötung eines anderen Menschen voraus. Wer sich selbst tötet oder zu töten versucht, verwirklicht keinen Straftatbestand. Nach strafrechtlicher Dogmatik ist jede Form der Teilnahme an einer straflosen Handlung ihrerseits nicht strafbar, weil es insoweit an einer tatbestandsmäßigen und rechtswidrigen Haupttat i.S. der §§ 11 I Nr. 5, 26, 27 StGB fehlt.<sup>4</sup> Gäbe es nur freie und eigenverantwortliche Entscheidungen zur Selbsttötung, so wäre hiermit alles gesagt.<sup>5</sup> Fraglich wäre dann nur noch, ob sich nach der Suizidhandlung eines freiverantwortlichen Suizidenten bis zum Eintritt des Todes eine Situation ergibt, die zur Hilfeleistung verpflichtet (Unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB).

### II. Die Strafrechtsprechung und Strafrechtslehre

Die Problematik resultiert allein daraus, dass unstreitig die Mehrzahl der versuchten oder erfolgreichen Selbsttötungen keine zu respektierenden Bilanz-Suizide sind, sondern auf Grund einer Störung der geistigen oder seelischen Befindlichkeit von krankhaftem Ausmaß nicht von einer freiverantwortlichen Entscheidung ausgegangen werden kann. *Wessels*<sup>6</sup> stellt anschaulich dar, dass die Rechtsprechung zunächst bestrebt war, die Beteiligung Dritter an Suizidhandlungen durch die Annahme einer generellen Verhinderungs- oder Rettungspflicht möglichst weitgehend strafend zu erfassen, weil sie den Willen des Suizidenten, gleich ob gesund oder krank, für rechtlich bedeutungslos und daher unbeachtlich hielt. Wer „Garant“ für Leben und Gesundheit des Suizidenten war, wurde regelmäßig wegen Fremdtötung in Form der Unterlassungstäterschaft bestraft,<sup>7</sup> wer nicht Garant war, wurde wegen unterlassener Hilfeleistung<sup>8</sup> bestraft. Von diesem rigorosen Standpunkt rückte die Rechtsprechung Ende der fünfziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts teilweise ab. Immer mehr wurde auf die konkreten Umstände des Einzelfalles und auf die mögliche Eigenverantwortlichkeit des Suizidenten abgestellt, ferner auf die Frage, ob der untätige Garant das vom Lebensmüden in Gang gesetzte Geschehen noch beherrschte oder beherrschen wollte.<sup>9</sup> Erstmals wurde auch anerkannt, dass es an einem solchen Täterwillen fehlen konnte, wenn der Garant den „freiwillig-ernsthaften Selbsttötungsentschluss des Schutzbefohlenen achten wollte und sich ihm (mit bloßem Gehilfenvorsatz) untergeordnet hat“.<sup>10</sup> In der aktuellen politischen Diskussion um Dignitate gewinnt man den Eindruck, dass unter unwilliger Hinnahme der grundsätzlichen Straffreiheit der Suizidbeihilfe die Verhinderung derselben über das ärztliche

<sup>4</sup> BGHSt 24, 324; 32, 367 (371); 46, 2790.

<sup>5</sup> *Tröndle/Fischer*, 52. Aufl., Rn. 12.

<sup>6</sup> *Wessels* Strafrecht, Besonderer Teil, Rn. 43 ff.

<sup>7</sup> BGHSt 2, 150.

<sup>8</sup> BGHSt 6, 147: Rettungspflicht Dritter ab dem Zeitpunkt der Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit wegen Bewusstlosigkeit des Suizidenten.

<sup>9</sup> *Wessels* (Fn. 6) Rn. 43.

<sup>10</sup> OLG Düsseldorf NJW 73, 2215 mit kritischer Anmerkung von *Geilen* NJW 74, 570.

Standesrecht, über die Strafdrohung wegen unerlassener Hilfeleistung, über das Arzneimittel- oder Betäubungsmittelrecht oder das Verbot geschäftsmäßiger Beihilfe um so heftiger betrieben werden soll.

Strafrechtlich muss das Geschehen in zwei aufeinander folgenden Abschnitten differenziert betrachtet werden: Zum einen die Unterstützung des Suizidenten bis zur Tathandlung, nach der ohne weitere Betätigungen des Helfers die Wirkung der Tathandlung zum Tod führt, und zum anderen die Phase nach dieser Tathandlung bis zum Tod.

Es sind Fallgestaltungen denkbar, in denen die Beteiligung **nur die erste Phase** betrifft.<sup>11</sup> Es sind Fallgestaltungen denkbar, in denen die Beteiligung **nur die zweite Phase** betrifft, wenn jemand erst nach der Suizidhandlung hinzutritt (Auffindungssituation) und von der Vorgeschichte keinerlei Kenntnis hat. Hier ist die regelmäßige Hilfespflicht völlig unstrittig, weil allein statistisch die höchste Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass es sich mangels Ernstlichkeit und Freiverantwortlichkeit des Suizidenten um einen Unfall im Sinne des § 323c StGB handelt. Es sind Fallgestaltungen denkbar, in denen die Beteiligung **beide Phasen betrifft**. Betreut etwa ein Arzt einen psychisch kranken, dadurch nicht freiverantwortlichen und zudem suizidgefährdeten Patienten in einer geschlossenen Einrichtung, dann trifft ihn die Pflicht, sowohl die Tathandlung selbst abzuwenden (erst recht, nicht dazu Hilfe zu leisten) als auch bei erfolgter Tathandlung den Eintritt des Todes abzuwenden.

Im Zusammenhang mit der hier zu prüfenden Thematik erübrigt sich die nähere Erörterung dieser Fallgestaltungen.

Gegenstand der Erörterung ist vielmehr, ob ein freiverantwortlicher Suizident **in beiden Phasen**, also einmal bis zur Tathandlung unterstützt werden darf, viel mehr aber, ob ein solcher freiverantwortlicher Suizident nach der Tathandlung gerettet werden muss. Es muss hinterfragt werden, ob es dogmatisch überhaupt vertretbar sein kann, ersteres für zulässig und beim selben Suizidenten und beim selben Tatkomplex letzteres für unzulässig zu betrachten.<sup>12</sup>

Hinsichtlich der zweiten Phase nach dem beendeten Selbsttötungsversuch und bei Eintritt von Bewusstlosigkeit und Handlungsunfähigkeit geht bis zum Tod nach herrschender strafrechtlicher Lehre und Rechtsprechung die so genannte „Tatherrschaft“ jedenfalls auf einen anwesenden oder hinzukommenden Garanten über. Ab diesem Zeitpunkt hängt es nach bisheriger Auffassung vom Willen des Garanten ab, ob der Schutzbefohlene stirbt oder sein Versterben verhindert wird.<sup>13</sup> Nun wurde stets zu Recht kritisiert,<sup>14</sup> dass diese Konstruktion nicht dem Sinn des Gesetzes entspreche und einer überzeugenden Begründung entbehre. Es wurde praktisch nicht thematisiert, ob nach Eintritt der Bewusstlosigkeit ein freiverantwortlicher Sterbewille fortbestehen könnte und den Garanten binden könnte. Dann nämlich dürfte der Garant nicht nach eigenen Wertvorstellungen handeln, er wäre demnach Bewusstseinsverlust fortdauernden Sterbewillens des Suizidenten verpflichtet und somit keineswegs ausnahmslos zur Vereitelung des Todeseintritts verpflichtet. So argumentiert *Wessels* zutreffend, dass es bei fortbestehendem Sterbewillens widersprüchlich wäre, das vorangegangene **Tun** als bloße Beihilfe zur eigenverantwortlichen Selbsttötung straflos zu stellen, hingegen das diesem Tun nachfolgende **Untätigbleiben** als Unterlassungstat zu

<sup>11</sup> Fall Hackethal, s.u., OLG München, Beschl. vom 31.7.87, NJW 87, 2940.

<sup>12</sup> *Wessels* (Fn. 6): „Die Rechtsprechung entbehrt einer klaren und widerspruchsfreien Linie (Überblick bei *Scheffler* JahrbRuW 99,341); *Verrel* JZ 1996, 224 (229) mit weiteren Hinweisen.

<sup>13</sup> BGH NJW 60, 1821; BGHSt 32, 367 (374).

<sup>14</sup> Für alle *Wessels* (Fn. 6).

bestrafen.<sup>15</sup> Dies wird gerne auch in Medien als Grotteske des deutschen Rechts dargestellt. Es bedarf daher einer genauen Analyse, ob denn die bisherige Suizidrechtsprechung tatsächlich so widersprüchlich ist.

### **Der Wittig-Fall:**

Im „Wittig-Fall“<sup>16</sup> hält der Bundesgerichtshof zwar an der von Widersprüchen gekennzeichneten bisherigen Rechtsprechung fest, schränkt sie jedoch durch die These ein, **im Widerstreit zwischen der prinzipiellen Lebenserhaltungspflicht des Arztes und der gebotenen Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten** sei es eine Frage des ärztlichen Gewissens, welche dieser beiden Pflichten im Einzelfall den Vorrang habe. Damit erkennt der BGH zweierlei an: Auch nach Eintritt der Bewusstlosigkeit existiert das Selbstbestimmungsrecht des Suizidenten und ist vom Inhaber der Tatherrschaft zu beachten. Und: es gibt nur eine „prinzipielle“ Lebenserhaltungspflicht. Wenn der BGH von einem „Widerstreit“ zwischen einer nur prinzipiellen Lebenserhaltungspflicht und dem Selbstbestimmungsrecht spricht, dann heißt dies, dass jedenfalls ein freier Sterbewille der Lebensrettungspflicht entgegensteht. Leider trägt dieser Gedanke am Ende nicht die Urteilsbegründung, was zweifelsohne überzeugender wäre als die tragenden Gründe.

Immerhin wurde vom Bundesgerichtshof in der Wittig-Entscheidung auf die bedeutendste Entscheidung zum Medizinrecht<sup>17</sup> hingewiesen, wonach der Arzt das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit auch gegenüber einem Patienten respektieren muss, der es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden. Ob ein solches Verbot ärztlicher Eingriffe gegen den Willen des Patienten auch dann gilt, wenn es sich um einen zu rettenden Suizidenten handelt, war in der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Zeitpunkt des Wittig-Urteils noch nicht entschieden worden. Man muss aus heutiger Sicht darauf hinweisen, dass im Fall Wittig (1981 !) keinerlei juristische Maßnahmen wie etwa eine rechtliche Absicherung durch eine Patientenverfügung, etwa in Form einer „Modifizierung der Garantenpflicht“ erfolgt war.<sup>18</sup> Im Fall Wittig hätte der Bundesgerichtshof der nach der Tötungshandlung gerade noch bewusstseinsklaren Patientin ein solches Verbot einer Rettungsmaßnahme möglicherweise zugestanden („es kann auf sich beruhen, ...“), jedoch war die Suizidentin bereits bewusstlos, als der Angeklagte über die Einleitung der Rettungsmaßnahmen entscheiden musste (Übergang vom aktuellen zum vorausgeäußerten Sterbewillen). Der BGH führt aus: in dieser Situation „... darf sich der behandelnde Arzt **nicht allein** nach dessen vor Eintritt der Bewusstlosigkeit erklärten Willen richten, sondern hat in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs zu treffen“. So entspräche es etwa ärztlichem Selbstverständnis, lebenserhaltende Maßnahmen zu ergreifen, „... solange bei einem dem Tode nahen Kranken oder Verletzten Aussichten auf Besserung bestehen.“ Die Todesnähe und die Aussicht auf Besserung erscheinen allerdings widersprüchlich. Aber immerhin gehört der Wille vor Eintritt der Bewusstlosigkeit zu den Entscheidungskriterien. Der Arzt wird wohl begründungspflichtig („in eigener Verantwortung“!), wieso ein ursprünglicher und sogar nach der Tötungshandlung fortbestehender Sterbewille sich ändern sollte, wenn der Patient das Bewusstsein verloren hat. Nach neurologischem Konsens ist mit Eintritt der Bewusstlosigkeit eine Willensänderung nicht mehr möglich. Der Arzt muss bei pflichtmäßiger eigenverantwortlicher Entscheidung die Kenntnis der Vorgeschichte zugrunde legen! Im Fall Wittig zitiert dann der BGH die damals gültigen Richtlinien für die Sterbehilfe der Bundesärztekammer, wonach sich die

<sup>15</sup> Wessels (Fn. 6).

<sup>16</sup> Auch „Peterle-Urteil“, BGHSt 32, 367.

<sup>17</sup> BGHSt 11, 111.

<sup>18</sup> Vgl. Putz/Steldinger (Fn. 2) S. 160, 161 und 234.

Behandlung Bewusstloser nach dem vernünftig verstandenen Interesse und dem mutmaßlichen Willen des Kranken in seiner gegenwärtigen Situation richten soll. Erstmals nimmt hier die Rechtsprechung eine unmittelbare Verknüpfung von Auffindungssituation nach einer Suizidhandlung und ärztlichem Standesrecht zur Sterbehilfe / Sterbebegleitung vor. Man muss wissen, dass genau diese Richtlinien der Bundesärztekammer 1998 und 2004 völlig neu gefasst und neu betitelt als „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“<sup>19</sup> herausgegeben wurden. Sie stellen eine Reaktion der Bundesärztekammer auf die wegweisende sog. Kemptener Entscheidung des 1. Strafsenats des Bundesgerichtshofs zum Behandlungsabbruch bei irreversibel Bewusstlosen vom 13.9.1994<sup>20</sup> dar. Umgekehrt müssten sie bei einer neuerlichen Entscheidung in einem vergleichbaren Fall wie dem „Wittig- Fall“ heute zugrunde gelegt werden. Nach den „Grundsätze(n) zur ärztlichen Sterbebegleitung“ müsste der Arzt heute prüfen, ob der Wille des Patienten einer Lebensrettung entgegensteht:

„Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht - auch nicht durch Bestellung eines Betreuers - rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.“

Schon auf Basis des damaligen Standesrechts hat der BGH im Fall Wittig erstmals zur Frage, ob Garanten (oder Nichtgaranten) in einer Auffindungssituation an einen ihnen bekannten, der Lebensrettung entgegenstehenden Patientenwillen gebunden seien, die alte Rechtsprechung verlassen, wonach dies praktisch ausnahmslos unbeachtlich war. Im Wittig-Urteil hat der Bundesgerichtshof zwar im Ergebnis die Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung verneint, allerdings immer noch einen Unglücksfall im Sinne des § 323c StGB bejaht. Dies wird nachfolgend unter dem Aspekt der gewandelten Betrachtungsweise, wie sie sich aus der Neuformulierung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung zeigt, diskutiert. Das Urteil ist bis heute unter vielen Aspekten heftig kritisiert worden.<sup>21</sup>

### **Der Fall Hackethal:**

Während der Fall Wittig allein die oben genannte zweite Phase der Nichteinwirkung des Todesintritts zum Gegenstand hat, betraf der Sachverhalt des Falles Hackethal die oben dargestellte erste Phase der Suizidunterstützung ohne Anwesenheit bei der eigentlichen Suizidhandlung oder danach. Das OLG München<sup>22</sup> entschied, dass ein Arzt straflos einer unheilbar erkrankten, zur Selbsttötung entschlossenen Patientin auf deren Verlangen ein zur Selbsttötung geeignetes Mittel zur Verfügung stellen darf. Das Oberlandesgericht München trat mit dieser Entscheidung der Ansicht des Bundesgerichtshofs im Fall Wittig überzeugend entgegen („... der Senat (weist) darauf hin, dass er (...) dazu neigt, einem ernsthaften, freiverantwortlich gefassten Selbsttötungsentschluss **eine stärkere rechtliche Bedeutung** beizumessen, als dies in ... (Fall Wittig) ... geschehen ist.“ (Hervorhebung durch den Verfasser). Schließlich bejahte das Oberlandesgericht München, dass die Patientin im Zustand freier Willensentscheidung eigenverantwortlich gehandelt hat.<sup>23</sup> Das OLG München misst dem Patientenwillen also **eine noch stärkere rechtliche Bedeutung** als das Wittig-Urteil zu.

<sup>19</sup> Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄbl 2004, A 1298.

<sup>20</sup> BGH NJW 1995, 204.

<sup>21</sup> Übersicht bei *Wessels* (Fn. 6) Rn. 45, 46; *Tröndle/Fischer*, 52. Aufl., Rn. 12 mit zahlreichen Nachweisen.

<sup>22</sup> NJW 1987, 294.

<sup>23</sup> Vgl. *Tröndle/Fischer*, 52. Aufl., Rn. 13 m.w.N.

Im Hackethal-Fall war zu bewerten, wer die „Tatherrschaft“ hatte. Nach Ansicht der Staatsanwaltschaft lag diese bei Professor Hackethal. Das OLG München begründet jedoch umfassend, dass die Tatherrschaft bis zuletzt bei der Patientin selbst lag. Als weitere Voraussetzung sah das Gericht ein hoffnungsloses, dem Lebensinteresse entgegenstehendes Leiden gegeben. Die Patientin verlor die Tatherrschaft mit Eintritt der Bewusstlosigkeit. Solange der Suizident bewusst ist, bleibt er Herr des Geschehens (Bezugnahme auf das Wittig-Urteil), danach hat nicht mehr der Suizident, sondern nur noch der Garant die Tatherrschaft.

Hackethal hatte durch die Konstruktion seiner Beteiligung gezielt vermieden, dass die zweite Phase der Suizidbegleitung Prüfgegenstand des Strafverfahrens werden konnte. Insofern gibt dieser Beschluss auch für die zweite Phase nichts her. Immerhin aber betont der Beschluss, dass sehr wohl Fälle denkbar sind, in denen ein Arzt den Patienten in der ersten Phase der Vorbereitung des Suizids helfen darf, ohne gegen das Strafrecht und ärztliche Pflichten nach Sicht der Strafrechtsordnung (nicht des Standesrechts) zu verstoßen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die herrschende Ansicht in der Rechtslehre davon ausgeht, dass die aktive Teilnahme am Suizid ebenso wie die unterlassene Verhinderung nicht als Tötungsdelikt strafbar sind, wenn eine freiverantwortliche Willensentscheidung des Lebensmüden zu Grunde liegt. Umstritten ist und wird immer bleiben, wann im Einzelfall ein Selbsttötungsentschluss als freiverantwortlich zu bezeichnen ist und nach welchen Maßstäben diese Frage zu beurteilen ist.<sup>24</sup> Dies ist aber keine Rechtsfrage.

Fehlt es an einer freiverantwortlichen Entscheidung des Suizidenten, so ist schon das Nichtverhindern des Suizids und erst recht die Beihilfe zum Suizid durch Garanten wie auch die Nichtrettung nach der Suizidhandlung nach den §§ 13, 211 ff. als Tötung durch Unterlassen zu beurteilen. Wenn der Suizident das Bewusstsein und damit die Tatherrschaft verloren hat und in diesem Augenblick der **Nicht-Garant** erstmals hinzukommt, ist für ein Tötungsdelikt kein Raum mehr, wohl aber kommt die Verurteilung wegen unterlassener Hilfeleistung in Betracht. Diese setzt einen „Unglücksfall“ und die Zumutbarkeit der lebensrettenden Hilfe voraus.

Fraglich ist also, unter welchen Voraussetzungen eine solche Situation und die dadurch geschaffene Gefahrenlage für den Suizidenten als „Unglücksfall“ im Sinne des § 323c StGB angesehen werden muss und eine entsprechende Hilfeleistung auslöst. Der Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung hat die Mobilisierung der mitmenschlichen Solidarität im Sinn, um drohende Schäden von dem Betroffenen abzuwenden und Schlimmeres ohne Rücksicht darauf zu verhindern, wie es zum Eintritt des Unglücksfalles gekommen ist.<sup>25</sup> Fraglich ist, ob der Sinn dieser Vorschrift auch zur gezielten Suizidbeihilfe von den Vorbereitungen bis zur Begleitung im Sterbeprozess passt. Die Einstufung eines freiverantwortlichen Suizids als Unglücksfall ist höchst umstritten. Nachvollziehbar wird die Meinung vertreten, dass sich allein aus der Nichtstrafbarkeit der aktiven Teilnahme an einem Suizid zeige, dass dieses Handeln nicht als Unglücksfall gewertet werden dürfe.<sup>26</sup>

Viele Argumentationen grenzen an einen Zirkelschluss, wenn sie bei der Bewertung der Situation auf die Sicht des Hinzutretenden in der Auffindungssituation abstellen, der zumeist nicht zu erkennen vermag, ob der Suizident kraft freier Entschließung oder nicht

<sup>24</sup> Vgl. *Tröndle/Fischer*, Rn. 13 vor § 211.

<sup>25</sup> BGHSt 32, 367, 347 ff.

<sup>26</sup> Vgl. *Wessels* (Fn. 6) Rn. 63 mit zahlreichen Nachweisen.

freiverantwortlich gehandelt hat und ob er mit einem Rettungsversuch einverstanden ist oder nicht.<sup>27</sup> Daraus könnte man bereits entnehmen, dass gerade derjenige, dem aus Kenntnis der Vorgeschichte die Freiverantwortlichkeit positiv bekannt ist und dem womöglich darüber hinaus ausdrücklich durch eine Modifizierung der Garantenpflicht oder durch eine sonstige Erklärung die Rettung verboten wurde, nicht von einem Unfall auszugehen braucht. Sodann muss ihm auch das Strafrecht zubilligen, dass es sich nicht um einen Unfall handelt. Dennoch wird stets mit der **Argumentation aus dem Regelfall** die Nichthinderung des Erfolgtretts auch nach einem freiverantwortlichen Suizid (also im **Ausnahmefall**) als strafbar dargestellt. Die Logik verbietet jedoch, für den Ausnahmefall mit dem Regelfall zu argumentieren.

In einer weiteren Entscheidung des BGH<sup>28</sup> sagt der Bundesgerichtshof, „es müsse geprüft werden, ob nach den Umständen davon auszugehen war, dass ein noch in freier Selbstbestimmung getroffener Entschluss der Patientin, sich nicht behandeln zu lassen, auch für die veränderten Verhältnisse nach Verlust der Fähigkeit zu freier Selbstbestimmung gelten sollte und damit zu respektieren war.“ Das deckt sich bereits mit der heutigen Rechtsprechung zur Beachtlichkeit der Patientenverfügung, s.u.

Man darf schließlich nicht übersehen, dass die Strafvorschrift des § 323c StGB zusätzlich auch voraussetzt, dass die Erfolgsabwendung dem Hinzutretenden **zumutbar** ist. Auch dies hat die Rechtsprechung stets sorgfältig geprüft.<sup>29</sup> Wo klar auf der Hand liegt, dass der Suizident am Selbsttötungswillen festhält, keine Rettung wünscht und sich zur Wiederholung der Tat veranlasst sähe, falls man seinen eigenverantwortlich ins Werk gesetzten Willen nicht respektiert, ist die Zumutbarkeit von Rettungsbemühungen zu verneinen. Bedeutung hat das insbesondere gegenüber hoffnungslos Leidenden, die mit ihrem Entschluss dem weiteren Krankheitsfall ein Ende setzen wollten und für solche Personen, die ihnen bei der Realisierung des Selbsttötungswillens bereits aktiv Hilfe geleistet haben.<sup>30</sup>

Letztendlich hätte sich die Rechtsprechung mit ausnahmsloser Beachtung ihrer Konstruktion einer der legalen Suizidbeihilfe folgenden nachträglichen Rettungspflicht in eine unsinnige Sackgasse begeben. Nach Ansicht des Verfassers hat sie das eben gerade nicht getan. Andere meinen, es sollen aus der Sackgasse nun wieder „einzelfallorientierte Notlösungen“<sup>31</sup> herausführen. Tatsächlich werden die Gerichte nicht müde, in diesem Bereich stets mit Formulierungen wie „angesichts der besonderen Umstände des Einzelfalles“ oder „des hier gegebenen Grenzfalles“ oder „ausnahmsweise“ Vorsorge dagegen treffen, dass diese Entscheidungen die sonstige Wirkung höchstrichterlicher Entscheidungen entfalten können, nämlich Grundlage für die Rechtsprechung der Untergerichte zu werden. So ist letztlich jeder neue Fall von Zulassen des Sterbens oder Suizidbeihilfe mutig und bedarf sorgfältigster rechtlicher Absicherung.

### **C. Behandlungsabbruch, aktive und indirekte Sterbehilfe**

Die Begriffe „aktive Sterbehilfe“ und „passive Sterbehilfe“ sind derzeit noch gängiger Sprachgebrauch, zugleich auch Ansatzpunkt für fehlerhafte rechtliche Darstellungen. Rechtsirrig nimmt eine breite Öffentlichkeit an, was aktiv sei, sei verboten, Passivität hingegen immer straflos. Die juristische Dogmatik kann aber nicht zugunsten von Laien

<sup>27</sup> BGHSt 6, 147 (149).

<sup>28</sup> BGH NStZ 1987, 406.

<sup>29</sup> BGHSt 13, 162 (169); 32, 367 (381).

<sup>30</sup> Wessels (Fn. 6) Rn. 61.

<sup>31</sup> Gropp NStZ 1985, 102; Storr MedR 2002, 438.

(meist sind es Mediziner, die damit die meisten Probleme haben) auf die tatbestandlich strikte Abgrenzung von Tun und Unterlassen verzichten.

### **I. Das Strafgesetz**

Es gibt kein „Sterbehilfegesetz“ in Deutschland. Nur die direkte aktive Sterbehilfe ist im Strafgesetzbuch (StGB) *expressis verbis* geregelt: § 216 StGB verbietet die Tötung auf Verlangen, die §§ 211 und 212 StGB verbieten die Tötung auch ohne Verlangen des Getöteten.

### **II. Die Strafrechtsprechung und Strafrechtslehre**

Von der Rechtsprechung wurden die beiden Formen legaler Sterbehilfe, der tödliche Behandlungsabbruch nach dem Willen des Patienten<sup>32</sup> und die indirekte aktive Sterbehilfe nach dem Willen des Patienten<sup>33</sup> aus unserem geltenden Strafrecht, letztlich über die Kriterien des Medizinrechts, diese wiederum direkt abgeleitet aus den verfassungsmäßig garantierten Grundrechten auf individuelle Menschenwürde, Integritätsschutz und Selbstbestimmung, entwickelt.

Es sollen nun zuerst die beiden wegweisenden strafrechtlichen Entscheidungen zum Behandlungsabbruch und zur indirekten Sterbehilfe dargestellt werden.

#### **Die Kemptener Entscheidung (Straflosigkeit des Behandlungsabbruchs nach dem Patientenwillen):**

Die Kemptener Entscheidung<sup>34</sup> stellt bis heute die bedeutendste Rechtsfortbildung auf dem Gebiet der Sterbehilfe dar. Obgleich aus dem Jahre 1994 ist sie erst in die öffentliche Diskussion und Kritik (wegen ihrer enormen Reichweite) gekommen, als in den Jahren 2000 bis 2005 Kommissionen wie die Bioethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz, die Enquete-Kommission für Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestags oder der Nationale Ethikrat allesamt diese Entscheidung korrekt als das bereits geltende Recht darstellten. Hier wurde einer breiten Öffentlichkeit und vor allem so manchem politischen Entscheidungsträger erstmals die Kemptener Entscheidung in ihrer Bedeutung inhaltlich vermittelt, leider in einem wesentlichen Punkt nicht korrekt, wie nachfolgend dargestellt wird.

Erstmals hat das höchste deutsche Strafgericht an tragender Stelle einer Urteilsbegründung in unmissverständlicher Deutlichkeit auf die absolute Verbindlichkeit des Patientenwillens hingewiesen. Der mutmaßliche Wille, eine Behandlung abzulehnen, wurde als verbindlicher Patientenwille festgestellt. Während bis zu dieser Entscheidung eine Beendigung der lebenserhaltenden ärztlichen Behandlung nach den bis damals gültigen Richtlinien zur ärztlichen Sterbehilfe nur in der Sterbephase indiziert war und somit erlaubt schien, erweiterte nun der Bundesgerichtshof die Zulässigkeit gravierend. Es handelte sich um die künstliche Ernährung einer Wachkomapatientin, die ohne Behandlungsabbruch noch jahrelang hätte leben können.

**Die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr über eine Magensonde durch die Bauchdecke wurde erstmals korrekt als ärztliche Behandlung bezeichnet**, auch wenn die fortlaufende Beschickung der Apparatur mit Infusionsflüssigkeit dem Pflegepersonal übertragen wird. Ein solcher invasiver Eingriff kann niemals gegen den mutmaßlichen Willen des Patienten (und damit erst recht nicht gegen den geäußerten Willen eines entscheidungsfähigen Patienten) durchgeführt werden.

<sup>32</sup> Wie Fn. 21.

<sup>33</sup> BGHSt 42, 301.

<sup>34</sup> Wie Fn. 21.

**Die Zulässigkeit der Beendigung einer lebenserhaltenden Behandlung** war angesichts des vorgegeben Falles erstmals **nicht mehr auf den Sterbeprozess beschränkt**. Genau dies ist die Tragweite der Kemptener Entscheidung!

Naturgemäß verlangte der Bundesgerichtshof, dass an die Voraussetzungen zur Feststellung eines mutmaßlichen Willens, der einer möglichen jahrelangen Lebensverlängerung entgegensteht (im Kemptener Fall lag keine valide Patientenverfügung vor), höhere Anforderungen zu stellen sind als an die unterlassene Lebensverlängerung im unabwendbaren Sterbeprozess. Die Sterbephase sei durch die drei Kriterien „infaust“, „irreversibel“ und „todesnah“ definiert. Eine Sterbehilfe im eigentlichen Sinne habe deshalb nicht vorgelegen, vielmehr handelte es sich um den Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme. Ein solcher „Behandlungsabbruch“ sei bei entsprechendem Patientenwillen als Ausdruck seiner allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes grundsätzlich anzuerkennen.

Zur Entscheidung stand damals der Fall einer Patientin im Wachkoma, die nach ärztlicher Einschätzung ihr Bewusstsein nie wiedererlangen konnte, folglich ohne Substitution der krankheitsbedingt verloren gegangenen Fähigkeit der eigenen natürlichen Aufnahme von Flüssigkeit und Nahrung, gestorben wäre. Umgekehrt konnte sie mit einer solchen Substitution noch jahrelang leben. Diesen Zustand bezeichnete der Strafsenat des BGH als „irreversibel“ und „infaust“. Mit früheren Kriterien ist nun nicht mehr zu definieren, ob ein solch irreversibel und infaust Erkrankter „todesnah“ ist: Ohne Sondenernährung ist er es, mit Sondenernährung ist er es nicht. Nun besteht natürlich ein weites Feld aller ärztlichen Betätigungen in der Verlängerung des Lebens ohne Möglichkeit der Heilung der Grunderkrankung. In diesem Sinne wäre also auch ein Dialyse-Patient irreversibel und infaust erkrankt. Die Dialyse verhindert die Todesnähe. Indes würde sich selbstverständlich der Dialysepatient eine derartige Kategorisierung durch seinen Arzt verbitten.

Schon dies macht deutlich, dass allein der Wille des Patienten zum Weiterleben das alleinige Entscheidungskriterium ist, wie es der Bundesgerichtshof richtig gesehen hat. Während der Dialyse-Patient bei voller Willensfreiheit diese Entscheidung aktuell und täglich neu treffen kann, ist der Bewusstlose hierzu nicht in der Lage. Hier ist der Betreuer oder Bevollmächtigte sozusagen jeden Tag erneut verpflichtet, die Frage zu stellen, ob die lebensverlängernde Behandlung weiterhin vom Willen des Patienten gedeckt ist. Hier hat der Betreuer zwar die Tatherrschaft und zweifellos die Garantenpflicht, doch sein Handeln wird vom Willen des Patienten bestimmt. Garantenpflicht heißt also nach heutigem Verständnis **„Garant zu sein für die Umsetzung des Patientenwillens nach Bewusstseinsverlust“**.

Nicht nur das Zulassen des Sterbens bedarf der Rechtfertigung, sondern in gleicher Weise bedarf selbstverständlich auch das Verhindern des Sterbens durch einen ärztlichen Eingriff (ggf. Dauereingriff) der Legitimation.<sup>35</sup> Bis zur Kemptener Entscheidung war ein Behandlungsabbruch nur indiziert und damit zulässig, wenn alle drei Voraussetzungen des Sterbeprozesses (irreversibel, infaust, todesnah) vorlagen. Seit der Kemptener Entscheidung ist jedenfalls das Kriterium „todesnah“ nicht erforderlich. Damit hat der BGH aber **nicht** entschieden (wie es häufig fehlinterpretiert wird), dass die anderen beiden Kriterien (irreversibel, infaust) weiterhin als Voraussetzung für einen Behandlungsabbruch nach dem Patientenwillen wären. Die anderen beiden Voraussetzungen waren im Kemptener Fall schlicht gegeben, sodass sich der Bundesgerichtshof nicht damit befassen musste, was bei Fehlen auch dieser beiden Kriterien gilt.

<sup>35</sup> Taupitz Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag, A 17 ff.

Das Verbot einer lebensrettenden oder lebenserhaltenden ärztliche Behandlung in einer Vorausäußerung des Patienten bei gleichzeitigem Fehlen aller drei Kriterien des Sterbeprozesses beschäftigt die Gerichte bei den Fällen der „klassischen“ Patientenverfügung der Zeugen Jehovas. Deren Wortlaut verbietet eine Bluttransfusion ohne Rücksicht auf die Kriterien irreversibel, infaust oder todesnah.

Gerne wird übersehen, dass inzwischen die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Patientenverfügung der Zeugen Jehovas klargestellt hat,<sup>36</sup> dass in einer Patientenverfügung (und erst recht natürlich in einem aktuell vom Patienten geäußerten Behandlungsverbot) ein Patient in jeder Lebenslage und auch bei Aussicht auf jahrelanges gesundes Weiterleben eine lebenserhaltenden Behandlung oder deren Fortsetzung verbieten kann. Es wird von niemandem ernsthaft bezweifelt, dass das Grundgesetz mit den Artikeln 2 und 4 die Selbstbestimmung in gleicher Weise schützt, gleich ob sie religiös motiviert ist oder aus der sonstigen Wertewelt des Menschen entspringt.<sup>37</sup>

So entschied das Bundesverfassungsgericht<sup>38</sup> im Falle einer Zeugin Jehovas, dass das Grundgesetz ihre Patientenverfügung, mit der sie eine lebensrettende Bluttransfusion verboten hatte, als ihren verbindlichen Willen schützt. Ohne jeden Zweifel ist eine junge Frau, bei der wegen einer Blutung eine Bluttransfusion medizinisch indiziert ist, weder irreversibel noch infaust erkrankt und folglich auch nicht todesnah. Die Rechtsordnung gestehe der Patientin aber zu, die Aufnahme oder Fortsetzung einer lebenserhaltenden, eingreifenden Behandlung abzulehnen mit der Folge, dass die Patienten verstirbt, obgleich sie noch viele Jahre gesund leben könnte.<sup>39</sup> **Es gibt also keine sog. „Reichweitenbeschränkung“ einer Patientenverfügung.** Dies muss hinsichtlich der vergleichenden Fragestellung, ob ggf. die Legitimität der Begleitung eines Suizidenten einer Reichweitenbeschränkung (etwa nur bei schwerer Krankheit o.ä.) unterliegt, von großer Bedeutung sein.

Die so genannte „Kemptener Entscheidung“<sup>40</sup> ist später durch den XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs fehlinterpretiert worden.<sup>41</sup> Der XII. Zivilsenat hat nicht nur diese strafrechtliche Entscheidung dahingehend missverstanden, dass es eines irreversiblen und infausten Verlaufes des Grundleidens bedürfe, um einen rechtmäßigen Behandlungsabbruch nach dem Willen des Patienten durchführen zu dürfen. Er hat die Voraussetzungen sogar noch mit einer verbalen Übertreibung gekrönt, wonach ein irreversibles und infaustes Grundleiden mit absoluter Sicherheit vorliegen müsse, eine Sicherheit, die es jedoch in der Medizin nicht gibt.

---

<sup>36</sup> BVerfG NJW 2002, 206.

<sup>37</sup> Besprechung des BGH-Beschlusses vom 8.6.2005 und Darstellung der jahrelangen BGH-Strafrechtsprechung zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei Behandlungsverweigerung von *Putz/Steldinger* PKR 3/2005, 57 ff. m.w.N.

<sup>38</sup> Wie Fn. 37.

<sup>39</sup> Zu den Patientenverfügungen der Zeugen Jehovas *Dirksen* GesR 2004, 127; zu den religiösen Hintergründen *Bender* MedR 199 (260).

<sup>40</sup> Wie Fn. 21.

<sup>41</sup> Herrschende Meinung, vgl. nur *Verrel* Gutachten zum 66. Deutschen Juristentag 2006, C 43: „Fehlinterpretation von BGHSt 40, 257“; *Höfling/Rixen* JZ 2003, 884 (891, 894): „fehlerhaft rezipiert“; *Salinger* MedR 2004, 237 (240): „das Kemptener Urteil in sein Gegenteil verkehrend“; *Kutzer* FPR 2004, 683 (686): Strafsenat hat „eine solche starre Grenze nicht gefordert“; *Holzhauser* ZRP 2004, 41 (42): Abkehr von Kemptener Urteil; im Ergebnis ebenso *Tröndle/Fischer* StGB 54. Aufl., vor § 211 Rn. 27; *Lackner/Kühl* StGB, 26. Aufl., vor § 211 ab Rn. 6, insb. Rn. 8; *Otto* NJW 2006, 2217; *Ingelfinger* JZ 2006, 821 (828); *Spickhoff* JZ 2003, 739 (740); *Dr. Meo-Micaela Hahne* FamRZ 2003, 1619.

Zur Begründung des Beschlusses vom 17.03.2003 führt der XII. Zivilsenat keine eigenen oder gar neuen Argumente an (keine „tragende“ Begründung), sondern führt nur aus, dass er an die Entscheidung des Strafsenats im Kemptener Fall gebunden sei; denn es könne im Zivilrecht nicht geboten sein, was im Strafrecht verboten sei und umgekehrt. Dies hat derselbe XII. Zivilsenat Bundesgerichtshof auch in der späteren zivilrechtlichen Entscheidung vom 8.6.2005<sup>42</sup> noch einmal wiederholt. **Folglich war es erkennbar die Intention des XII. Zivilsenats, nicht anders zu entscheiden als der 1. Strafsenat in seiner Kemptener Entscheidung.** Dort hat der Bundesgerichtshof letztlich den absoluten Grundsatz des Medizinrechts, der seit der Entscheidung des Bundesgerichtshofs von 1957<sup>43</sup> herrschende Lehre und Rechtsprechung ist, uneingeschränkt für alle Phasen des Lebens betont. Danach darf eben keine auch aus ärztlicher Sicht noch so sinnvoll erscheinende invasive Maßnahme gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden. Es steht dem Arzt nicht zu, die ablehnende Entscheidung des Patienten aufgrund seiner eigenen Bewertung der Situation oder seiner eigenen Definition von Menschenwürde zu korrigieren bzw. zu übergehen. Das Grundgesetz schützt uns auch davor, dass wir Opfer der Menschenwürde-Definition eines anderen werden. Menschenwürde ist eine höchstpersönlich definierte Wertbestimmung.<sup>44</sup>

### **Der Dolantin-Fall (Indirekte Sterbehilfe):**

Im Jahr 1996 formulierte der Bundesgerichtshof:<sup>45</sup>

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

Die hier erstmals definierte indirekte aktive Sterbehilfe setzt einen entsprechenden mutmaßlichen oder geäußerten **Willen** des Patienten voraus, ein schmerzfreies **vorzeitiges Versterben** einem möglichen Weiterleben vorzuziehen. Der Patientenwille, Lebensqualität über Lebensquantität zu stellen, rechtfertigt sogar tatbestandlich aktive Tötung! Allerdings nicht direkt aktiv, denn dies würde unter die verbotene aktive Tötung nach den §§ 211, 212, 216 fallen.

## **D. Synopse der Rechtsprechung zur Suizidbeihilfe und zur sonstigen Sterbehilfe**

Im Folgenden soll nun die Rechtsprechung zur Suizidbeihilfe und die Rechtsprechung zum tödlichen Behandlungsabbruch und zur Patientenverfügung gegenübergestellt werden, wobei ebenso von einer freiverantwortlichen Suizidhandlung wie von einer freiverantwortlichen Behandlungsablehnung ausgegangen wird.

### **I. Abgrenzung Suizid von Behandlungsablehnung - Grenzfälle**

#### **1. Welche denkbaren Abläufe gibt es? Darstellung der Fallgruppen**

- (1) Der willensfreie Patient tötet sich aktiv selbst (Tötung durch Tun)
- (2) Der willensfreie Patient führt passiv sein Sterben herbei:
  - (a) Der Patient isst und trinkt nicht mehr
  - (b) Der Patient geht nicht mehr zur Dialyse

<sup>42</sup> NJW 2005, 2385.

<sup>43</sup> BGHSt 11, 111.

<sup>44</sup> Hufen „in dubio pro dignitate“ - Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, NJW 2001, 851.

<sup>45</sup> BGHSt 40, 257.

- (c) Der Patient verbietet weitere künstliche Beatmung
- (3) Der willensunfreie Patient bestimmt in seiner Patientenverfügung im Voraus, dass in gewissen Situationen sein Sterben durch passives Verhalten zuzulassen ist:
  - (a) Der Patient verbietet Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr
  - (b) Der Patient verbietet Dialyse
  - (c) Der Patient verbietet sonstige Substitution wie z. B. Beatmung

Man wird bei Betrachtung dieser Übersicht spontan werten, (1) seien Suizid-Fälle, (3) seien die von der Rechtsprechung anerkannten Fälle der Behandlungsverweigerung, die einen legalen Behandlungsabbruch nach sich ziehen dürfen. Wie aber verhält es sich mit der Fallgruppe (2)? Begeht der Patient, der die weitere mögliche Lebenserhaltung aufgibt oder ablehnt, Suizid? Diese Fallgruppe, die in der Praxis des Autors eine breite Rolle einnimmt, wird näher zu betrachten sein. Im Folgenden sollen die Fallgruppen mit selbst erlebten Fallbeispielen aus der Praxis des Verfassers analysiert werden.

## **2. Zu Fall (2) Fallvariante (a): Die Nahrungsverweigerung des freiverantwortlichen, willens- und äußerungsfähigen Patienten**

Die Nahrungsverweigerung kommt in der Praxis von Alten- und Pflegeheimen gar nicht so selten vor. Dies wird dem Verfasser etwa bei Schulungen von Pflegepersonal laufend berichtet. So werden Menschen im Wortsinne „lebensmüde“, nicht selten in Form einer Bilanz, die für Außenstehende bestens nachvollziehbar ist. Zum Beispiel Menschen, die jahrelang in Heimen als Eheleute gelebt haben: Sie verlieren den Lebenswillen, wenn der Partner gestorben ist und vielleicht auch noch das eigene Weiterleben aus gesundheitlichen Gründen zusätzlich zur Qual wird. Diese Menschen stellen das Essen und Trinken ein. Sie wollen sterben, wollen z.B. mit dem verstorbenen Partner wiedervereint sein. Dies wird teils respektiert, teils führt diese Entscheidung des Bewohners regelmäßig über den behandelnden Arzt zur Anordnung einer PEG-Magensonde. Meist wird den Angehörigen mitgeteilt, dies sei rechtlich zwingend notwendig.

Dazu das erste Fallbeispiel:

Im Sommer 2005 wurden wir (die medizinrechtliche Sozietät der Rechtsanwälte Wolfgang Putz und Beate Steldinger) beauftragt, eine Frau zu vertreten, die seit 13 Jahren teilweise gelähmt mit spastischen Kontrakturen und einer schweren Sprechbehinderung bei Notwendigkeit einer Trachealkanüle an den Rollstuhl gebunden multimorbid und extrem geschwächt zu Hause in ländlicher Umgebung lebte. Die Ernährung erfolgte wegen Schluckstörungen überwiegend durch eine PEG-Magensonde. Die wichtigste Kontaktperson war der im Hause lebende Vater, da der Ehemann die ganze Woche in einer fernen Großstadt arbeitete und die beiden Söhne in einer anderen fernen Großstadt studierten. Als der Vater vor drei Jahren gestorben war, wurde die Mandantin aus psychischen Gründen behandlungspflichtig. Die behandelnde Ärztin stellte nach zwei Jahren (also ein Jahr vor der Mandatierung) einen beachtlichen und trotz aller depressiven Züge der Erkrankung zu respektierenden Sterbewillen bei der Patientin fest. Die Patientin sei zwar depressiv, diese Depression habe auch Krankheitswert. Die Krankheit schließe aber nicht die bilanzierte Entscheidung, aus dem Leben scheiden zu wollen, als zu respektierende freie Willensentscheidung aus. Der Mandantin schwebte ein assistierter Suizid vor. Wir sollten prüfen, ob dem Willen der Mandantin Folge geleistet werden dürfte. Erst erfolgte eine erneute Überprüfung der Willensfreiheit durch weitere Ärzte. Deren Bewertung deckte sich mit der Bewertung der seit drei Jahren behandelnden Ärztin (Ärztin mit der Zusatzbezeichnung Psychologie). Der Patientin wurde nach eingehender Beratung und allen denkbaren Behandlungsangeboten auch angeboten, zu Hause die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit konsequent einzustellen und bei beginnender Verschlechterung stationär in die Palliativstation eines Krankenhauses aufgenommen zu werden, wo der Sterbewunsch respektiert und palliativ von Ärzten und Pflegekräften begleitet würde. Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhausseelsorger hielten den Weg moralisch für gangbar.

Die Patientin wurde umfassend aufgeklärt, dass bei palliativer Behandlung und Pflege die Einstellung von Essen und Trinken resp. der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit nicht zu Durst oder Hunger führen würde. Die Patientin würde eintrüben und in tiefster Bewusstlosigkeit versterben. Die Patientin bat sich Bedenkzeit aus, wurde wieder nach Hause gebracht, besprach das Vorgehen immer wieder mit der Familie, überzeugte die Familie von ihrer klaren Entscheidung, ihr Leben beenden zu wollen. Anfang 2006 verbot die Patientin jegliche weitere Ernährung über die Magensonde und stellte das Essen und Trinken weitgehend und schließlich vollkommen ein. Dann bat sie, schon geschwächt, um Aufnahme auf die Palliativstation. Dort setzte sie ihre Nichtaufnahme von Nahrung und Flüssigkeit fort. Die Familie respektierte und begleitete den Weg ebenso wie das gesamte Team der Palliativstation, auch wenn einzelne Pflegekräfte ihre persönliche Ablehnung kundtaten. Zwei Wochen später verstarb die Patientin in tiefer Bewusstlosigkeit im Beisein ihres Ehemannes.

### **3. Zu Fall (2) Fallvariante (b): bewusste Verweigerung von Dialyse**

Dazu das zweite Fallbeispiel:

Ein Patient hatte in seiner Patientenverfügung lebensverlängernde Maßnahmen im irreversiblen Koma verboten. Nach einem Kreislaufzusammenbruch und nachfolgender Reanimation musste er in der Universitätsklinik in ein künstliches Koma gelegt werden. Als bald zeichnete sich ab, dass der Patient kreislaufstabil mit Eigenatmung aus dem Koma erweckt werden könnte. Ebenso zeichnete sich allerdings ab, dass es infolge des Kreislaufversagens zu einer Zentralisierung gekommen war. Diese hatte zu einer Mangel durchblutung von Armen und Beinen und sonstigen vom Herzen entfernt liegenden Körperteilen geführt. Deshalb war es zum Absterben der Füße, der Hände, der Ohren und der Nase gekommen. Diese waren schließlich beim späteren Erwachen aus dem Koma schwarz und hart mumifiziert.

Die Situation, welche die Patientenverfügung beschrieb, war nicht eingetreten oder vergleichbar, da es sich um ein künstliches und somit nicht irreversibles Koma handelte. Deshalb musste der Patient die Gelegenheit bekommen, seine Entscheidung in freier Willensbestimmung aktuell selbst zu treffen. Als der Patient wieder freiverantwortlich entscheiden konnte, wünschte er eine Verlegung in eine andere Klinik, die bereit war, seinen Patientenwillen zu respektieren, auch wenn dieser Wille seinen Tod bedeuten würde. Dort verweigerte er dann die Dialyse, um bewusstlos zu werden und in Bewusstlosigkeit sterben zu können. Diese eigene Entscheidung wurde respektiert und der Patient verstarb in Anwesenheit seiner Ehefrau, die in der Klinik mit dem Patienten wohnen durfte.

### **4. Zu Fall (2) Fallvariante (c): Patient verbietet die weitere künstliche Beatmung**

Dazu das dritte Fallbeispiel:

Eine über siebzigjährige Patientin, selbst noch Geschäftsführerin ihrer eigenen großen Firma, wurde bei einem extremen Autounfall so schwer verletzt, dass der Schädelknochen vom obersten Wirbelkörper abriss. Nur die Blutversorgung war geblieben, wenngleich auch nach dem Unfall durch Atemstillstand einige Zeit unterbrochen. Danach war sie ab dem Kopf abwärts vollkommen gelähmt und wegen des nach dem Unfall eingetretenen Sauerstoffmangelschadens auch noch halbseitig im Gesicht gelähmt. Sie wurde seitdem und mit einer Nasen-Magensonde ernährt und künstlich beatmet. Die Konversation der Patientin war über die Bewegung der einen Gesichtshälfte möglich durch Mimik sowie durch gezielte Augenbewegungen des einen Auges.

Die Besonderheit des Falles war aus juristischer Sicht, dass die Patientin durch Vorsorgevollmacht und eine den Fall sogar erfassende Patientenverfügung eine in jeder Hinsicht perfekte Vorsorge getroffen hatte. Da die Patientin ersichtlich zu einer eigenen aktuellen Willensäußerung über eine Ja-Nein-Verständigung im Stande war, war ein Rückgriff auf die Patientenverfügung nicht zulässig. Der aktuelle Wille der Frau konnte ermittelt und musste beachtet werden. Ein universitäres Gutachten bestätigte die klare Fähigkeit der freien Willensbestimmung und den Sterbewillen der Frau. Nun hätte die künstliche Beatmung bei palliativer Begleitung eingestellt werden sollen. Der leitende Arzt einer Palliativstation erklärte dazu seine grundsätzliche Bereitschaft. Doch die Patientin bat sich Bedenkzeit aus und hat bis heute nicht die Beendigung der Beatmung gefordert.

### **5. Zu Fall (3) Fallvariante (c): Beatmungsverbot in einer Patientenverfügung**

Dazu das vierte Fallbeispiel:

Eine hochbetagte Patientin hatte ebenso durch Vorsorgevollmacht und valide Patientenverfügung vorgesorgt. Nach einem schweren Sturz hatte sie schwerste Gehirnschäden und blieb infolge weiterer Komplikationen schließlich irreversibel bewusstlos, musste künstlich beatmet werden und künstlich mit einer Magensonde ernährt werden. Die Universitätsklinik weigerte sich, die Patientenverfügung, die die eingetretene Situation genau erfasste, anzuerkennen und den Patientenwillen umzusetzen, also die Patientin durch Einstellung der Beatmung sterben zu lassen. Nach Verlegung in ein Heim und umfassender juristischer Beratung aller Beteiligten und entsprechender Dokumentation ordnete der neue Arzt im Einvernehmen mit der Betreuerin und nach umfassender Besprechung mit dem Pflegepersonal und der Heimleitung durch Eintrag in die Patientenkartei an, dass die Beatmung schrittweise zurückgeführt würde. Die Patientin verstarb nach 48 Stunden friedlich im Beisein der Angehörigen.

## **E. Strafrechtliche Absicherung der Suizidbegleitung**

Im Folgenden wird auf Basis der Synopse beider Problemkreise aufgezeigt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine Begleitung eines Suizides „von Anfang bis

zum Ende“ nach heutiger Rechtslage hinreichend strafrechtlich abgesichert ist. Unter F. wird dann die strafrechtliche Bewertung vorgenommen.

## **I. Die Aufklärung des selbstbestimmungsfähigen Menschen über seine Optionen (Freiverantwortlichkeit aus rechtlicher Sicht)**

Erst wenn sich der potenzielle Suizident in Kenntnis der Rechtslage und in Kenntnis der medizinischen Möglichkeiten für einen Suizid entscheidet, ist überhaupt Raum für eine Unterstützung. Es bedarf also entsprechender Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des ärztlichen Eingriffs oder seines Unterbleibens.<sup>46</sup>

Hierzu das fünfte Fallbeispiel:<sup>47</sup>

Im April 2002 stürzte Bettina K. mit den Nacken auf einen Blumenkasten und brach sich das Genick. Sie überlebte mit großen Schmerzen und vom Kopf abwärts gelähmt, musste beatmet und künstlich ernährt werden, nur ihr Kopf „funktionierte“ noch. Nach zwei Jahren überzeugte sie ihren Mann und ihre Tochter, dass sie so nicht noch Jahre leben wollte. Die Familie nahm Kontakt zur Schweizer Sterbehilfe-Organisation Dignitas auf. Die Patientin wurde in die Schweiz verbracht und erhielt dort Beihilfe zum Suizid, den sie mit Hilfe eigens konstruierter Geräte selbst ausführte.

Hier wurde die in Deutschland betriebene weitere Substitution von Bettina K. vorsätzlich durch Fehlinformation der Patientin über legale Alternativen herbeigeführt, was den Straftatbestand einer Körperverletzung erfüllt. Strafbar war hier ebenso die Beihilfe zum Suizid, weil die Patientin in ihrer Entscheidung mangels Aufklärung über die deutsche Rechtslage nicht frei war. **Das Sterben, das man zulassen muss, darf man nicht herbeiführen!** Man hätte dem Willen der Frau folgend die Beatmung bei palliativer Sedierung ausgeschlichen, die Frau also nicht getötet, sondern die weitere künstliche Lebenserhaltung beendet. Die Sedierung hat keine lebensverkürzende Wirkung. So das standardmäßige Vorgehen in den vom Autor betreuten Fällen.

## **II. Freiverantwortlichkeit aus medizinischer Sicht**

Der potenzielle Suizident muss in seiner Entscheidung nachweislich frei sein. Der Zustand der Willensfreiheit muss unmittelbar vor der unterstützten Suizidhandlung nachweislich immer noch bestehen, ggf. auch nach der Suizidhandlung bis zum Bewusstseinsverlust. Dies wird in der Regel zu bejahen sein, wenn die fachärztliche Untersuchung und Befundung in obigem Sinne zeitnah und erfolgt ist oder nahtlos von dieser ärztlichen Begleitung und Befundung in die letzte Phase übergeht und keine gegenteiligen Anhaltspunkte auftreten.

## **III. Modifizierung der Garantenpflicht**

Für alle Garanten sollten die Suizidenten eine „Modifizierung der Garantenpflicht“<sup>48</sup> ausfertigen. Somit werden sie an den Sterbewillens des Patienten gebunden und sind Garant dessen Willens, **nicht mehr Garant des Lebenswillens, sondern Garant des Sterbewillens.**

## **F. Strafrechtliche Bewertung des Lösungsweges**

Damit sind sämtliche Voraussetzungen für eine straffreie Begleitung eines Suizides von der ersten Vorbereitungshandlung bis zum Tod geschaffen.

## **I. Kein strafbares Tötungsdelikt**

Zum strafrechtlichen Begriff der Tatherrschaft:

<sup>46</sup> Vgl. dazu u.a. *Deutsch/Spickhoff* Medizinrecht, 5. Aufl. 2003, Rn. 191 (202).

<sup>47</sup> Aus einem Bericht der Süddeutsche Zeitung vom 9.3.2006.

<sup>48</sup> *Putz/Steldinger* (Fn. 2) S. 160 ff. und S. 234.

Natürlich geht mit Bewusstseinsverlust die Tatherrschaft auf den Sterbehelfer über. Aber diese geht auch bei Beachtung und Umsetzung einer Patientenverfügung auf den Vertreter des Patienten über (Betreuer oder Bevollmächtigter), den nun - gerade weil er die Tatherrschaft hat - die Pflicht trifft, dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen, also dafür zu sorgen, dass der Sterbewunsch des Patienten „erfolgreich“ umgesetzt wird, dass der Patient nicht am Sterben gehindert wird (so ausdrücklich der Bundesgerichtshof in seiner betreuungsrechtlichen Entscheidung vom 17.3.2003<sup>49</sup>). Auch in einer Patientenverfügung verbietet der Patient wirksam und verbindlich, dass man sein Leben verlängert, welches nach seinem Willen durch Unterlassung solcher verlängernden Maßnahmen zu Ende gehen soll.

Ähnlich wie durch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in der neuesten Fassung von 2004 keine Lebenserhaltungspflicht mehr besteht, wenn sie dem Willen des Patienten widerspricht, kann man die ärztliche Garantenpflicht wirksam dahingehend modifizieren, einerseits den gewünschten Sterbevorgang zuzulassen und andererseits bei Bedarf den Suizidenten palliativ zu behandeln. Kein Arzt kann dazu gezwungen werden (Vertragsfreiheit).

Der freiverantwortlichen Entscheidung des Suizidenten entspricht es, dass er konsequenterweise dem Garanten verbietet, den Todeseintritt durch irgendwelche Maßnahmen, sei es durch eigene ärztliche Maßnahmen, sei es durch die Benachrichtigung anderer Personen wie zum Beispiel eines Notarztes zu verhindern.

Niemand darf den freiverantwortlichen antizipierten Willen missachten, der nach Verlust des Bewusstseins fort dauert.<sup>50</sup> Patientenverfügung und Modifizierungserklärung zur Garantenpflicht im Rahmen des Suizids haben rechtlich die gleichen Folgen. Verlangt der willensfreie Patient aber das Beenden einer lebenserhaltenden Substitution, so ist dies - egal, ob faktisch ‚abgeschaltet‘ oder ‚nicht nachgefüllt‘ wird - nach unstrittiger Rechtsprechung nicht strafbar, sondern nur die Beachtung eines Weiterbehandlungsverbots im Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten.<sup>51</sup> Ebenso ist das freiverantwortliche Verbot von Lebensverlängerung nach Bewusstseinsverlust zu beachten, unabhängig davon, ob der Sterbeprozess Folge einer Suizidhandlung oder einer Erkrankung ist. Erinnerung sei an die Zeugen Jehovas, die - verfassungsrechtlich garantiert - in einer Patientenverfügung die Rettung ihres ggf. noch jahrzehntelang möglichen gesunden Weiterlebens wirksam unterbinden. Eine unterschiedliche Betrachtung von „Normalpatient“ und „Suizidpatient“ ist ebenso wenig gerechtfertigt wie eine Differenzierung, ob das Behandlungsverbot auf religiösen Motiven oder auf der persönlichen Wertewelt des Individuums beruht. Ebenso muss man sich nun fragen, ob es eine „Reichweitenbeschränkung“ für eine legale Suizidbeihilfe gibt. Kann man etwa einen Suizid legal nur begleiten, wenn die Bewertung des Suizides durch den Sterbehelfer nachvollzogen werden kann (etwa nur bei schwerster Krankheit), hingegen nicht, wenn die Bewertung dem Sterbehelfer nicht nachvollziehbar ist? Steht dem nicht entgegen, dass der Bundesgerichtshof schon in seiner Entscheidung in BGHSt 11, 111 klargestellt hat, dass der freiverantwortliche Patientenwille für den Arzt absolut bindend ist, auch wenn er dem Arzt unsinnig erscheint? Die Rechtmäßigkeit der Unterstützung des Suizides eines **freiverantwortlich** handelnden Menschen „vom Anfang bis zum Ende“ kann weder vom Motiv der Tat noch von der Frage, wie nahe der Patient dem natürlichen Versterben ist, abhängig gemacht werden. Wenn die Rechtsprechung einer solchen „Reichweitenbegrenzung“ bei der Patientenverfügung eine klare Absage erteilt hat,<sup>52</sup>

<sup>49</sup> NJW 2003, 1588.

<sup>50</sup> Wie Fn. 50.

<sup>51</sup> LG Ravensburg, MedR 1987, 196.

<sup>52</sup> Kemptener Entscheidung, Fn. 21, und Zeugen-Jehovas-Entscheidung des BVerfG, Fn. 37.

dann muss dies auch für die Begleitung des freiverantwortlichen Suizids gelten. Dies gebietet die Menschenwürde, die Artikel 1 GG garantiert, aber nicht definiert. Definiert wird sie von jedem von uns selbst, was uns wiederum Artikel 1 und 2 GG garantieren.

In ähnlicher Weise übertragen *Eser*<sup>53</sup> oder *Verrel*<sup>54</sup> die BGH-Rechtsprechung zur Patientenverfügung und Behandlungsabbruch auf die Suizidteilnahme. So schreibt *Verrel*: „Worin soll aber der eine Ungleichbehandlung rechtfertigende Unterschied zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Normalpatienten und des todkranken Patienten einerseits und dem des (bewusstlosen) Suizidpatienten andererseits liegen? ... Die Frage, ob der Tod willkürlich herbeigeführt oder die Folge eines „natürlichen“ Krankheitsverlaufes ist, lässt sich jedoch keineswegs so klar beantworten, wie es zunächst den Anschein hat. Wie ist beispielsweise der Fall des „Normalpatienten“ zu beurteilen, der unbestrittenermaßen eine medizinisch gebotene Behandlung (zum Beispiel eine Bluttransfusion nach einem Verkehrsunfall) selbst aus unvernünftigen, seine Beurteilungsfähigkeit aber nicht in Frage stellenden Gründen ablehnen darf<sup>55</sup>) und dadurch zu Tode kommt, obwohl er ohne weiteres und mit Erfolg zu therapieren gewesen wäre?“ Wie in einer Voraussetzung des Falles des Kiefersfeldener Komapatienten Peter K.<sup>56</sup> schreibt *Verrel* weiter: „Wird umgekehrt der „Suizidpatient“ zum „Normalpatient“, wenn er nach zunächst erfolgreicher Rettung den Abbruch der ihn nunmehr am Leben erhaltenden Intensivbehandlung wünscht?“<sup>57</sup>

Der Fall des Kiefersfeldener Komapatienten Peter K. zeigt, wenn man ihn verdichtet, anschaulich, wie sich in der Realität die heutige Rechtslage konkret auswirkt: Bei seiner Auffindung nach einem Suizidversuch musste Peter K. gerettet werden, weil für den Auffindenden mangels Kenntnis der Umstände die Freiverantwortlichkeit nicht zu beurteilen war (Tatherrschaft derjenigen, die ihn auffanden). Als hingegen aus neurologischer Einschätzung mit einem Aufwachen aus der Bewusstlosigkeit nicht mehr zu rechnen war, musste die weitere Lebenserhaltung von Peter K. wegen seiner Patientenverfügung beendet werden, mit der er für diesen Fall die weitere Lebenserhaltung verboten hatte (Tatherrschaft beim Betreuer). Wäre der Suizid sicher freiverantwortlich gewesen und hätte man davon bei Auffindung des Suizidenten Kenntnis gehabt, so hätte sich bereits die Rettung verboten.

Hinter allen Hilfe- und Rettungspflichten, die man konstruiert, steht nicht selten die negative Fremdwertung des Suizids, eine zur Rechtsmaxime erhobene ethische Missbilligung der Selbsttötung. So will man sich als Sittenwächter anmaßen, den Erfolgseintritt zu verhindern um des puren Lebensschutzes willen. Dies würde einen aufgezwungenen Lebensschutz darstellen, den die Rechtsprechung gerade unter Berufung auf das Grundgesetz bei den „Normalpatienten“ abgelehnt hat.<sup>58</sup> Insoweit hat sich der BGH in seiner Entscheidung vom 8.6.2005<sup>59</sup> ausdrücklich auf das von der Klagepartei vorgelegte Gutachten von *Hufen*<sup>60</sup> berufen.

Das Grundgesetz garantiert uns das Recht, uns selbst zu bestimmen und zwar so weitreichend, dass wir auch das Recht haben, uns selbst zu schaden (wobei die Frage, was „schaden“ bedeutet, einer Fremdwertung nicht zugänglich ist, wenn sie im voraus vom Entscheidungsträger für sich selbst mit gewollter Bindungswirkung beantwortet ist).

<sup>53</sup> MedR 1985, 6.

<sup>54</sup> JZ 1996, 224 (229 f.).

<sup>55</sup> Hier verweist *Verrel* auf BGHSt 11, 111 und OLG München JZ 88, 201.

<sup>56</sup> BGH vom 8.6.2005, NJW 2005, 2385.

<sup>57</sup> *Verrel* JZ 1996, 224 (229 f.).

<sup>58</sup> So etwa *Hufen* „In dubio pro dignitate“ NJW 2001, 849 und BVerfGE 27, 6; 50, 75; 87, 228.

<sup>59</sup> Wie Fn. 43.

<sup>60</sup> Abgedruckt in *Putz/Steldinger* (Fn. 2), S. 235 ff.

## II. Keine unterlassene Hilfeleistung

Unter all diesen Prämissen verbietet es sich, unter dem Gesichtspunkt der Strafvorschrift des § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) von einer Hilfspflicht auszugehen, die der freiverantwortliche Suizident unmittelbar vorher dem potenziell zur Hilfe Verpflichteten verboten hat. Auch verbietet sich in einer so qualifiziert vorbereiteten Situation die Einstufung des Geschehens als „Unfall“. Wie oben dargestellt und aus der Rechtsprechung abgeleitet, soll die Wertung als Unfall gerade aus der Sicht des Hinzutretenden in der Auffindungssituation vorgenommen werden, weil er die Vorgeschichte nicht kennt. Wenn man aber gar nicht „hinzutritt“, weil man den Suizid von Anfang bis zum Ende begleitet, und wenn es sich folglich auch gar nicht um eine Auffindungssituation handelt, wenn man ganz genau weiß, dass es sich nicht um einen Unfall sondern um eine freiverantwortliche Ausübung der grundgesetzlich garantierten Selbstbestimmung eines Menschen handelt, wenn einem überdies eine Vereitelung des durch die Selbsttötungshandlung herbeigeführten Kausalverlaufs zum Tode ausdrücklich und freiverantwortlich durch den Suizidenten selbst verboten wurde, dann kann weder von einem Unfall ausgegangen werden noch aus sonstigen Gründen eine Lebensrettung rechtlich geboten und zumutbar sein.

Warum soll das Veto des sog. Normalpatienten in einer Patientenverfügung, mit dem er aktuell oder im Voraus invasive Lebensverlängerung ablehnt, anders gesehen werden, als das gleiche Veto des Suizidpatienten.<sup>61</sup> Wenn die Gerichte bis hin zum Bundesverfassungsgericht die Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes in das Zentrum der Entscheidung gestellt haben,<sup>62</sup> dann muss die Beachtung des Patientenwillens auch für den Arzt und auch nach ärztlichem Standesrecht absolute Priorität haben. Der Arzt muss dann den Patienten, der es freiverantwortlich ablehnt, lebensrettend behandelt zu werden, respektieren, egal, ob es sich um einen Normalpatienten oder um einen Suizidpatienten handelt.<sup>63</sup> Ebenso darf er keine Eigenwertung der Motive und Hintergründe des Patienten zur Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung heranziehen.

Auch die Entscheidung des BGH zum Schweizer Sterbehelfer Sigg<sup>64</sup> stellt unmissverständlich klar, dass es Ausnahmefälle geben muss, in denen die Selbsttötung nicht als rechtswidrig zu werten ist, in denen ein Sterben unter menschenwürdigen Bedingungen gewährleistet werden soll.

## G. Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Die geltende deutsche Rechtslage ermöglicht bei Beachtung aller aufgestellten Kriterien, insbesondere der Freiverantwortlichkeit der begleiteten Suizidenten sowie sinnvollerweise nach einer vorausgehenden Modifizierung der Garantienpflicht, eine straflose Unterstützung eines Suizides „vom Anfang bis zum Ende“.

<sup>61</sup> Ebenso *Kutzer* in: Wolfslast/Schmid, Suizid und Suizidbegleitung, S. 183 mit ähnlichen Folgerungen, S. 191.

<sup>62</sup> BVerfGE 52, 131 (170).

<sup>63</sup> So auch *Kutzer* (Fn. 50), S. 181 ff.

<sup>64</sup> BGHSt 46, 279 (285, 286).