

# RECHTSPROBLEME DER BEHANDLUNG SUIZIDALER PATIENTEN

*Matthias M. Weber*

## Zusammenfassung

Suizidversuche und vollendete Suizide werfen neben den damit verbundenen therapeutischen Problemen zahlreiche Rechtsfragen auf. Ärzte und Psychotherapeuten sollten über elementare Kenntnisse der einschlägigen Vorschriften des Straf-, Zivil- und Unterbringungsrechts verfügen, um die bei suizidalen Patienten ohnehin schwierige Behandlungssituation nicht durch Unsicherheiten über die juristischen Gegebenheiten zusätzlich zu erschweren. Trotz der in den letzten Jahren erkennbaren Tendenz der Rechtsprechung, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch in therapeutischen Extremsituationen herauszustellen, und unabhängig von den juristischen Diskussionen um die Bedeutung der „freiverantwortlichen“ Selbsttötung muß die Suizidprävention und -therapie ein oberstes Ziel jeder psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bleiben. Daher hat der Therapeut in der ihm unterstellten klinischen oder ambulanten Einrichtung allgemeine Vorkehrungen gegen suizidale Handlungen zu treffen und deren Durchführung bei akut Erkrankten zu verhindern. Allerdings hat die Rechtsprechung inzwischen anerkannt, daß eine umfassende Behandlung suizidaler Patienten gegenüber kustodialen Maßnahmen im Zweifel Vorrang genießt. Besonders wichtig ist die Dokumentation der getroffenen Maßnahmen.

**Schlüsselwörter** Arzthaftung - Behandlungsvertrag - psychiatrische Therapie - Psychotherapie - Suizid

## Summary

Doctors and psychotherapists should possess fundamental knowledge in areas of civil, criminal and custodial law relevant to the therapy involved in treating patients with suicidal intent. The difficulty of the situation should not be increased by uncertainty of legal aspects. Apart from the ever increasing legal trend in the last years of trying to single out the right of suicidal selfdetermination of the patient, even in extreme therapeutical situations, and independent of the judicial discussion about the meaning of the „freedom of self responsibility“ in carrying out suicide, prevention has to be the primary aim of every psychiatric-psychotherapy. This means that therapists responsible for clinical and out-patient facilities have to reach measures to counteract suicidal intent and preventing the possibility of suicidal handling by critically ill patients. However, in legal discussions it is being more realized that a broad based therapy of patients with suicidal intent most probably has many advantages over custodial measures. Especially important is the documentation of the measures reached.

**Key Words** malpractice litigation - medical treatment contract - psychiatric therapy - psychotherapy - suicide

## Der Suizid als therapeutische und juristische Herausforderung

Der Suizidversuch oder vollendete Suizid eines Patienten, der sich in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befindet, führt nicht nur zu einer erheblichen Belastung des therapeutischen Teams und fordert zur kritischen Bewertung des bisherigen Therapiekonzepts auf (Wolfersdorf et al. 1984), sondern birgt auch erhebliche juristische Probleme in sich. Dies trägt wiederum zur Verunsicherung aller Beteiligten in der ohnehin schwierigen Behandlungssituation nach einer suizidalen Handlung bei. Obwohl für ambulante Therapiebedingungen kaum verlässliche und für das stationäre Setting stark divergierende epidemiologische Angaben vorliegen, muß davon ausgegangen werden, daß die Suizidrate in Deutschland bei Patienten während einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ungefähr um das Zehnfache auf 200/100.000 erhöht ist. Seit dem Ende der 60er Jahre stieg zumindest die Zahl der Suizide in psychiatrischen Kliniken

deutlich an, was kein statistisches Artefakt darstellt (Ernst et al. 1980; Wolfersdorf et al. 1984). Auf die Analyse der komplexen Ursachen dieser Entwicklung kann hier nicht näher eingegangen werden. Der Suizid während einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Intervention bildet zwar glücklicherweise ein seltenes Ereignis, ist jedoch nicht derart außergewöhnlich, daß sich Therapeuten im Verlauf einer längeren Berufstätigkeit damit nicht auch unter medizinrechtlichen Aspekten auseinandersetzen müßten. Im folgenden sollen daher exemplarisch einige Rechtsfragen diskutiert werden, die sich aus suizidalem Verhalten während psychiatrischer und psychotherapeutischer Therapiemaßnahmen ergeben. Hierzu muß zunächst auf den historischen Hintergrund der juristischen Bewertung des Suizids eingegangen werden, sodann auf die aktuellen Diskussionen um den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts von Patienten auch in lebensbedrohlichen Erkrankungsstadien. Daran schließen sich ausgewählte straf-

zivil- und unterbringungsrechtliche Aspekte der Thematik an, wobei die speziellen Probleme bei Minderjährigen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich sowie Begutachtungsfragen hinsichtlich der Leistungspflicht von Lebensversicherungen nach Suizid hier nicht behandelt werden können. Außerdem muß sich die Darstellung auf das deutsche Recht beschränken; in Österreich und in der Schweiz gelten teilweise andere Rechtsnormen.

### **Das historische und medizinethische Umfeld der Suiziddiskussion**

Wie bei vergleichbaren Streitfragen über den Umgang mit menschlichem Leben in Extremsituationen, etwa beim Schwangerschaftsabbruch, bei der Sterbehilfe oder beim Einsatz der Gentechnologie, erweisen sich die juristischen Expertenmeinungen als sehr uneinheitlich (Glaser und Saß 1991, Roxin 1978). Sie sind häufig durch divergierende weltanschauliche Grundhaltungen gegenüber dem Phänomen Suizid bestimmt, über die in der Öffentlichkeit heute nicht mehr unbedingt ein Konsens erzielt werden kann. Schon deshalb ist die Definition von allgemeingültigen Regeln, die in jedem konkreten Einzelfall einer juristischen Überprüfung standhielten, für das therapeutische Vorgehen bei suizidalen Patienten kaum möglich. Mangelhaft erscheint auch nach wie vor die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Medizin und Jurisprudenz, die z.B. die Erkenntnisse der empirischen Suizidforschung kaum rezipiert (Schüler-Springorum und Nedopil 1996).

Trotz der immer weiter fortschreitenden Verrechtlichung der Rahmenbedingungen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen sei aber von vornherein an den Grundsatz „in dubio pro vita“ erinnert (Gropp 1996). Dessen Bedeutung ergibt sich in unserer Rechtsordnung nicht nur aus den Grundrechten und dem ärztlichen Selbstverständnis, sondern auch aus den Charakteristika der medizinischen Professionalisierung: geriete ein therapeutischer Berufsstand öffentlich in den Verdacht, daß er das Leben der ihm überantworteten Patienten nicht mehr in besonderem Maß schützte, wäre damit unweigerlich seine Vertrauensstellung gefährdet, auf der wiederum seine soziale Position beruht (Unschuld 1999). Suizidprävention und -therapie müssen daher in jeder Hinsicht oberstes Behandlungsziel von Psychiatrie und Psychotherapie bleiben. Dem widerspricht nicht, sich mit vermeintlich sicheren Fakten und Erfahrungen im Grenzbereich zwischen Medizin und Recht, in dem suizidale Handlungen immer stehen, kritisch auseinanderzusetzen.

Die juristische Bewertung von Suiziden und Suizidversuchen ging meist von philosophischen Konzepten aus; blickt daher auf eine sehr wechselvolle geschichtliche Entwicklung zurück. Die abendländische Antike wies diesbezüglich keine einheitliche Haltung auf; während z.B. Platon und Aristoteles den Suizid - abgesehen von wenigen Ausnahmen - eher verwarfen, akzeptierten ihn etwa die Stoiker als menschliche Verhaltensweise. Dem römischen Recht war eine Verurteilung des Suizids fremd; dies galt überwiegend auch für die deutschen Rechtsbücher bis etwa zum Hochmittelalter

(Bronisch 1995, Holzhauer 1998). Erst mit der Christianisierung Europas setzte sich eine moralische Verdammung des Suizids durch; ausgehend von den Lehren des Kirchenvaters Augustin, wurde der „Selbstmord“ zur Todsünde, da er die gottgegebenen Naturgesetze verletzte und eine Anmaßung gegenüber dem nur Gott zustehenden Recht darstellte, Herr über Leben und Tod zu sein. Auf die damit verbundene Rechtspraxis, z.B. auf die im Spätmittelalter und in der frühen Neuzeit an der Leiche des Suizidenten vollzogenen Strafen und die Konfiskation seines Vermögens, kann hier nicht näher eingegangen werden (Lungershausen und Fliegen 1998).

Infolge des abnehmenden Einflusses der Theologie auf die Rechts- und Staatswissenschaft seit der Aufklärungszeit änderte sich im 18. Jahrhundert die Bewertung des Suizids erneut. Frankreich schaffte die Strafbarkeit des Suizidenten 1790 ab, Preußen durch königliches Reskript 1751 und gesetzlich 1796, Bayern und Österreich um 1850. Die modernen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit suizidalem Verhalten beginnen parallel mit der Entstehung der Psychiatrie als eigenständiger medizinischer Disziplin in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Erwähnt seien etwa die einschlägigen Arbeiten von Esquirol (1838) und Damerow (1865). Als letztes westliches Land hob England den strafrechtlichen Tatbestand der versuchten Selbsttötung allerdings erst 1961 auf. Dieser Umstand weist aus historischer Sicht darauf hin, daß die moralisch-sittliche Diskussion um den Suizid und um die daraus abgeleitete Frage der Strafbarkeit seiner Beteiligten trotz der gegenwärtigen Rechtslage und den wissenschaftlichen Erkenntnissen der modernen Suizidologie niemals als endgültig entschieden betrachtet werden darf.

Neben der rechts- und medizinhistorischen Perspektive ist für den therapeutischen Umgang mit suizidalem Verhalten auch die aktuelle medizinethische Diskussion von Bedeutung. Darin zeichnet sich die allgemeine Tendenz ab, bislang unbestrittene Grenzen ärztlichen und pflegerischen Handelns im Umfeld des Lebensendes immer häufiger zu hinterfragen. In diesem Zusammenhang sei beispielsweise der umstrittene Beschluß eines Oberlandesgerichts (OLG Frankfurt/Main, Az.: 20 W 224/98) vom Juli 1998 erwähnt, welcher letztlich dem juristischen Betreuer einer 85jährigen, seit einigen Monaten komatösen Patientin gestattete, die Einstellung der Nahrungszufuhr unter Berufung auf den früher geäußerten sogenannten „mutmaßlichen Willen“ der Betroffenen anzuordnen. Der Bundesgerichtshof hat bereits seit dem Anfang der 80er Jahre die mutmaßliche Einwilligung als Entscheidungskriterium immer deutlicher in den Mittelpunkt gestellt. In einem ähnlichen Fall (BGH 1 StR 357/94) wurde deshalb ein Urteil des Landgerichts Kempten wegen versuchten Totschlags aufgehoben, das gegen den Sohn und den Arzt einer 72jährigen Patientin mit apallischem Syndrom ergangen war. Beide hatten einvernehmlich die Nahrungszufuhr mit der Begründung beendet, die Patientin hätte einer solchen lebenserhaltenden Behandlung nicht zugestimmt.

Vergleichbar mit den seit einigen Jahren gegebenen Rechtsvorschriften in den Niederlanden kann man in derartigen Entscheidungen einerseits die längst überfällige Stärkung des Patientenwillens auch für therapeutische Extremsituationen

sehen, andererseits aber die rechtliche Sanktionierung von menschenunwürdigen und utilitaristischen Patiententötungen aufgrund des fragwürdig-bequemen Konstrukts des „mutmaßlichen Willens“ (Student 1998). Die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998 bestimmen zwar als primäre therapeutische Aufgabe, das Leben des Patienten „zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“, betonen aber gleichzeitig wesentlich prägnanter als früher das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, die Wichtigkeit der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens und die Rolle von Voraus-Bestimmungen in sogenannten Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Diese Entwicklung ist nur scheinbar auf die Intensivmedizin oder die Geriatrie beschränkt und für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Suizidenten keineswegs belanglos. Man stelle sich etwa folgenden hypothetischen Fall vor:

Ein Patient, der an einer phasenhaften Depression erkrankt ist und trotz prophylaktischer Medikation bereits vier schwerste depressive Phasen erlitt, verfügt während eines symptomfreien Intervalls in geschäftsfähigem Zustand mittels eines „Patiententestaments“, daß er bei einem eventuellen Suizidversuch während der nächsten zu erwartenden depressiven Phase keine lebenserhaltende Behandlung mehr wünscht, sondern „man den Dingen ihren Lauf lassen soll“. Er begründet seine Bestimmung mit der offensichtlichen Therapieresistenz seines Erkrankungsverlaufs und seinem festen Vorsatz, mit einem chronifizierten schweren depressiven Syndrom oder massiven Stimmungsschwankungen nicht länger leben zu wollen. Der Patient entwickelt zwei Monate später tatsächlich eine erneute depressive Phase und wird nach weiteren zwei Wochen wegen einer akut lebensbedrohlichen Antidepressiva-Intoxikation in suizidaler Absicht auf die Intensivstation eines Allgemeinkrankenhauses eingeliefert. Dem internistischen Oberarzt und dem beigezogenen psychiatrischen Konsiliarius weist der Rechtsanwalt des Patienten die Behandlungsverfügung vor und fordert die Einstellung der zu diesem Zeitpunkt erforderlichen maschinellen Beatmung. Wozu sind die behandelnden Ärzte in dieser Situation verpflichtet?

Während man bis vor wenigen Jahren völlig selbstverständlich davon ausgehen konnte, daß Angehörige, Kollegen und Gerichte insbesondere beim psychiatrischen Patienten jede suizidale Handlung als Ausdruck und Folge einer psychischen Erkrankung betrachteten und daher die Behandlung als „Rettungspflicht“ unter allen Umständen geboten war, scheint sich allmählich - ablesbar etwa am erwähnten Gerichtsbeschluß - ein Wandel der öffentlichen Einstellung anzudeuten, dessen Gefahrenpotential für die betroffenen Patienten wegen der Möglichkeiten des Mißbrauchs nicht unterschätzt werden sollte. Wie gestaltet sich jedoch die tatsächliche rechtliche Situation?

### **Strafrechtliche Aspekte von Suizidhandlungen**

Die nachfolgende Darstellung der keineswegs einfachen juristischen Zusammenhänge muß sich auf die Grundlinien der Argumentation beschränken und kann die einschlägige Spezialliteratur nicht ersetzen (z.B. Gropp 1996, Tröndle

1990). Wie eingangs erwähnt, kennt das deutsche Strafrecht keinen Suizidatbestand. Strafbar ist nur die Tötung eines anderen Menschen, nicht die Selbsttötung. Daher kann es rechtsdogmatisch auch weder eine strafbare Mittäterschaft, Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid noch einen strafbaren Suizidversuch geben. Mit dieser Begründung lehnte z.B. das Landgericht Traunstein 1987 bereits die Eröffnung einer Hauptverhandlung im damals aufsehenerregenden „Fall Prof. Hackethal“ ab. Das Oberlandesgericht München bestätigte diese Einschätzung (OLG München, Az.: 1 WS 23/87). Der Chirurg hatte einer seiner Patientinnen, die an einem grob entstellenden Karzinom des Gesichtsschädels litt, Zyankali besorgt, nachdem sie sich zum Suizid entschlossen hatte.

Gemäß § 216 StGB wird allerdings mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft, wer einen anderen nach dessen „ausdrücklichem und ernstlichem Verlangen tötet“. Die sogenannte „Tötung auf Verlangen“, die prinzipiell auch durch Unterlassen z.B. einer notwendigen Behandlungs- oder Sicherungsmaßnahme begangen werden kann, setzt allerdings voraus, daß sich der Suizident „freiverantwortlich“ zu seinem Tod entschlossen hat bzw. überhaupt entschließen konnte. Ist dieses Merkmal nicht erfüllt, erfüllt eine Beihilfe zum Suizid oder dessen Geschehenlassen eventuell auch andere Straftatbestände, etwa den des Totschlags oder der fahrlässigen Tötung nach den §§ 212 und 222 StGB. Hinzu kommt, daß das Strafrecht von Personen, die in einem besonderen Vertrauensverhältnis zum Betroffenen stehen, auch eine spezielle Verantwortlichkeit für sein Leben und seine Gesundheit einfordert. Diese sogenannte „Garantenpflicht“ trifft nicht nur auf Angehörige, sondern vor allem auch auf die behandelnden Ärzte und Therapeuten zu. Sie dient hier zur allgemeinen strafrechtlichen Absicherung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Bei einem offensichtlich bevorstehenden oder ablaufenden Suizidversuch äußert sich die Garantenpflicht als „Rettungspflicht“ gegenüber dem Suizidenten. Die Staatsanwaltschaften können deshalb meistens auch nicht umhin, bei einem Suizid unter stationär-psychiatrischen Bedingungen ein Ermittlungsverfahren einzuleiten, da zumindest ein Anfangsverdacht wegen der „Verletzung der ärztlichen Garantenpflicht“ besteht (Oehmichen et al. 1988).

Darüber hinaus verpflichtet der Gesetzgeber in § 323c StGB jeden Bürger „bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not“ zur Hilfeleistung, deren Unterlassung ohne rechtfertigenden Grund ebenfalls mit Strafe bewehrt ist. Unter den juristischen Begriff des „Unglücks“ kann auch eine Suizidhandlung subsumiert werden. Die Anwendung und Interpretation dieser Vorschriften verursachen allerdings im konkreten Einzelfall häufig kaum überschaubare Widersprüche und Unwägbarkeiten. Trotz einer jahrzehntelangen eingehenden Beschäftigung der Strafrechtswissenschaft mit der Problematik gilt unverändert die Meinung von Roxin (1978), daß kaum ein zweites strafrechtliches Problem existiert, dessen Bewertung ähnlich „unklar, schwankend und umstritten“ ist. Dies sei am Beispiel der „Freiverantwortlichkeit des Suizids“ erläutert. Hierbei handelt es sich um eine typische Rechtsfigur, die nicht ohne weiteres in medizinische Sachverhalte übersetzt werden kann. Sie impliziert die Idee eines freien Wil-

lens, der lediglich in Ausnahmesituationen beeinträchtigt ist, etwa durch eine schwere psychische Krankheit, aber nicht prinzipiell bei suizidalen Handlungen. Hier liegen nicht nur Kollisionen mit der notwendig eher deterministischen Tendenz psychiatrischer und psychologischer Motivationskonzepte vor, sondern auch eklatante Widersprüche zu den Ergebnissen der empirischen Suizidforschung im Sinne der retrospektiven - psychologischen Autopsie.

Danach treten wenigstens 90% aller Suizide im Zusammenhang mit ernsthaften psychischen Störungen auf, insbesondere bei depressiven Syndromen, Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenien (Barracough 1974, Häfner 1991). Während früher meist eine strenge Korrelation zwischen Suizidalität und Depression postuliert wurde, scheint dies nach neueren Studien auch auf Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen zuzutreffen (Bronisch 1996). Im Gegensatz zur psychiatrischen Sichtweise stellten vor allem Philosophen den Krankheitswert suizidaler Handlungen häufig in Frage und interpretierten sie als höchsten Ausdruck individueller Entscheidungsmöglichkeiten (Amery 1976). Dennoch kann kein Zweifel daran bestehen, daß eine schwere psychische Erkrankung mit deutlichen aktuellen psychopathologischen Auffälligkeiten analog zur Aufhebung der strafrechtlichen Schuldfähigkeit nach § 20 StGB die „Freiverantwortlichkeit“ eines Suizids ausschließt. Dies trifft auf Patienten unter stationären Bedingungen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken meistens zu, bei ambulant behandelten Patienten oft nicht. Aber auch in der Rechtswissenschaft ist äußerst umstritten, wie hoch die Anforderungen an das Urteils- und Abstraktionsvermögen eines „freiverantwortlichen Suizidenten“, d.h. an die „Mangelfreiheit seiner Willensbildung“, tatsächlich sein müssen.

Für die juristische Praxis wurde daher das Konstrukt der Freiverantwortlichkeit als Abgrenzungskriterium für den „pathologischen“ Suizid häufig als unbrauchbar bezeichnet (Kutzer 1985). Dennoch reflektiert die Diskussion um die Freiverantwortlichkeit die gesamten Unschärfen des psychiatrischen Krankheitsbegriffs (Herpertz et al. 1996), der wissenschaftlich die Möglichkeit eines „gesunden Suizids“ nicht von vornherein ausschließt. Dies rechtfertigt aber wiederum keineswegs eine mangelhafte Suizidprävention und -behandlung (Pohlmeier 1996). Unbestritten ist deshalb, daß das ärztliche und Pflegepersonal einer Klinik verpflichtet ist, die Ausführung erkennbarer Suizidabsichten eines akut psychisch Kranken zu verhindern. Schon 1882 verurteilte das Reichsgericht wegen fahrlässiger Tötung zwei „Anstaltswärterinnen“, nachdem sich eine in ihrer Obhut befindliche suizidale Patientin in der Badewanne auf einer geschlossenen psychiatrischen Station ertränkt hatte. Die Krankenschwestern hatten pflichtwidrig die Badezimmertür nicht verschlossen (Deutsch 1995). Trotz der bereits erwähnten, zunehmenden Einschränkung der „Rettungspflicht“ durch die Rechtsprechung gilt sie im Behandlungsalltag in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle unverändert.

Unabhängig von der Akzeptanz der Freiverantwortlichkeit besteht deshalb ein weiteres gravierendes medizinrechtliches Problem: muß, ggf. ab wann und in welchem Ausmaß, ein

bewußtlos vorgefundener oder bewußtlos werdender Suizident behandelt werden? Die Garantenpflicht und die Verpflichtung zur Hilfeleistung können hier mit einer gleichrangigen Rechtsnorm des bürgerlichen Rechts kollidieren, nämlich der sogenannten „Geschäftsführung ohne Auftrag“ nach § 677 BGB (Deutsch 1991). Danach muß sich das Handeln in einer solchen Situation sowohl nach dem „objektiv zu wertenden Interesse“ als auch dem „subjektiv bestimmbaren“ oder „mutmaßlichen Willen“ des Suizidenten richten. Diese doppelte Definition führt nun zu dem eingangs beschriebenen Dilemma. Da es der allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Erfahrung entspricht, daß viele Patienten das Überleben ihres Suizidversuchs letztlich befürworten und auch die Todeswünsche körperlich Schwerstkranker im zeitlichen Verlauf häufig stark fluktuieren (Bronisch 1995), kann man einerseits das „objektive Interesse“ einer optimalen Behandlung im Sinne der Lebenserhaltung in den Vordergrund stellen. Andererseits scheint in der Rechtsprechung aber auch die Gegenposition immer wichtiger zu werden, die im Suizidversuch möglicherweise einen längerfristigen mutmaßlichen Willen des Betroffenen erkennt, sofern hierfür verwertbare Anhaltspunkte aus der Anamnese vorliegen. Auf die Problematik dieses Vorgehens aus psychiatrischer Sicht sei nochmals hingewiesen.

Die praktische Bedeutung strafrechtlicher Verfahren gegen Therapeuten wegen Patientensuiziden ist jedoch trotz der geschilderten juristischen Unsicherheiten sehr gering, sogar im angelsächsischen Rechtskreis (Cantor 1994, Gropp 1996). Zum einen ist es in der Praxis meist nicht möglich, die subjektive Schuld einer eventuellen Pflichtverletzung von Therapeuten und Pflegepersonal gegenüber Suizidenten nachzuweisen, was neben dem objektiven Tatbestand eine weitere notwendige Voraussetzung der Strafbarkeit bildet. Lediglich bei gröblicher Verletzung des Ermessensspielraums kommt z.B. fahrlässige Tötung oder fahrlässige Körperverletzung in Betracht. Auf andere Hindernisse der Strafbarkeit, die bei den wenigen einschlägigen Verfahren gegen Ärzte durchaus eine Rolle spielten, wie etwa der Verbotsirrtum (§17 StGB; Schuldlosigkeit bei nicht vermeidbarer Unkenntnis des Unrechtsgehalts einer Tat) oder der Notstand (§§ 34, 35 StGB; Schuldlosigkeit trotz Erfüllung eines objektiven Straftatbestandes bei nicht anders abzuwendender Gefahr für hochrangige Rechtsgüter), kann hier nicht näher eingegangen werden. Zum anderen wird die Verpflichtung zur Abwendung des Suizids eines psychiatrischen Patienten durch die übergeordneten Prinzipien der Menschenwürde und der Freiheit der Person begrenzt, die das Grundgesetz hochrangig schützt und die z.B. in der allgemeinen Verhältnismäßigkeitsregel ihren Niederschlag findet (Schöch 1996). Selbst eine akute Suizidgefahr rechtfertigt und erfordert aus rechtlicher Sicht demnach keinesfalls den Einsatz entwürdigender Therapiemethoden, wie etwa eine dauerhafte Fixierung, ständige Überwachung oder die „medikamentöse Herstellung völliger Handlungsunfähigkeit“ (Schöch 1996). Die Rechtsprechung hat inzwischen anerkannt, daß die therapeutischen gegenüber den kustodialen Maßnahmen auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vorrangig sind. Weder die Aufklärungspflicht über eine geplante Therapie noch die hierzu erforderliche

Zustimmung des Patienten werden durch dessen Suizidalität häufig; kann der „informed consent“ krankheitsbedingt nicht erwirkt werden, sind vorher die für derartige Situationen vorgesehenen Rechtsmittel anzuwenden, wie die „Psychiatriegesetze“ der einzelnen Bundesländer oder die Errichtung einer juristischen Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB. Dies leitet über zur Diskussion der zivilrechtlichen Problematik des Suizids.

### **Zivilrechtliche Aspekte von Suizidhandlungen**

Größere Bedeutung als dem Strafrecht kommt in der Praxis zivilrechtlichen Ansprüchen gegen Therapeuten nach Suizidversuchen und vollendeten Suiziden zu. Einerseits sind die konkreten Rechtsfolgen gravierender, da die finanziellen Aufwendungen wegen der oft erheblichen Gesundheits- und Vermögensschäden und damit auch die Streitwerte sowie die Prozeßkosten eine beträchtliche Höhe erreichen können. Andererseits greift im Vergleich zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit die zivilrechtliche Haftung früher ein, d.h., bereits relativ geringe Behandlungsfehler können eine Schadenersatzklage begründen. Außerdem haben die Betroffenen verständlicherweise an der zivilrechtlichen Durchsetzung ihrer finanziellen Ansprüche gegenüber Therapeuten weitaus größeres Interesse als an deren strafrechtlichen Verfolgung. Denkbar wäre etwa folgender hypothetischer Fall:

Ein 35jähriger, privat versicherter Akademiker wird nach dem zweiten Schub einer paranoid-halluzinatorischen Psychose aus einer psychiatrischen Klinik in die ambulante Behandlung seines niedergelassenen Psychiaters entlassen. Einweisungsgrund war unter anderem das Hören von imperativen Stimmen mit suizidalem Inhalt. Die Klinik teilt den Behandlungsverlauf in einem Kurzarztbrief mit, der lediglich allgemein auf die fehlende Suizidalität zum Entlassungszeitpunkt hinweist. Da unter der Behandlung mit einem Depot-Neuroleptikum die psychopathologische Situation stabil erscheint, delegiert der ambulant behandelnde Psychiater den Patienten zur Unterstützung seiner sozialpsychiatrischen Rehabilitation wenige Tage nach Entlassung an einen niedergelassenen klinischen Psychologen, der eine psychoedukative Gruppe für remittierte schizophrene Patienten leitet. Nach der ersten Sitzung stürzt sich der Patient aus der 3. Etage seines Wohnhauses, wobei er eine Querschnittslähmung mit Tetraplegie erleidet, die eine langwierige chirurgische und physikalische Therapie erfordert. Der Patient wird dauerhaft berufsunfähig und zum Pflegefall.

Einige Monate später erreicht sowohl die Klinik als auch den niedergelassenen Psychiater und den Psychologen überraschend eine Klageschrift, in welcher der Patient ein hohes Schmerzensgeld und Schadenersatz für den entgangenen Verdienst sowie für die Behandlungs- und Pflegekosten fordert. Die zivilrechtliche Klage behauptet, daß die Klinik eine ordnungsgemäße Dokumentation der Suizidalität während des Behandlungsverlaufs im Entlassungsbrief gegenüber dem ambulant behandelnden Psychiater unterließ. Dies habe mit dazu beigetragen, daß weder dieser noch der niedergelassene Psychologe die Exazerbation der produktiven Symptomatik rechtzeitig erkannten, die ihrerseits wiederum die gebotene ausführliche psychopathologische Untersuchung des Patienten versäumt hätten. Hierdurch wäre aber der Suizidversuch und seine Folgen zu verhindern gewesen.

Obwohl der Erfolg einer derartigen Klage zweifelhaft ist, kommen vergleichbare juristische Verfahren durchaus vor, da immer weniger Betroffene dazu bereit sind, eventuelle Behandlungsmängel einfach hinzunehmen. Die wesentlichen zivilrechtlichen Argumentationslinien müssen daher Ärzten und Therapeuten bekannt sein. Schadenersatzansprüche ergeben sich grundsätzlich nach § 823 BGB aus „unerlaubten Handlungen“. Dieser Begriff darf nicht mit den Straftatbeständen verwechselt werden, von denen er rechtsdogmatisch unabhängig ist; er umfaßt vielmehr die vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung der allgemeinen Sorgfaltspflicht zur Vermeidung von Schäden an Rechtsgütern Dritter. Dazu zählen vor allem „Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit und Eigentum“. Die Mißachtung der allgemeinen Sorgfalt, die der Gesetzgeber von jedem Bürger erwartet, begründet daher bereits sogenannte „deliktische Ansprüche“. Bei Ärzten, nichtärztlichen Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflege- und Hilfspersonal kommt zu dieser allgemeinen Sorgfaltspflicht allerdings noch eine individuelle hinzu, die sich aus dem Arzt-Patienten-Behandlungsvertrag ableitet (Fuellmich 1990). Dessen Verletzung kann neben dem deliktischen einen zusätzlichen „vertraglichen Anspruch“ bzw. eine „positive Vertragsverletzung“ begründen. Die Unterscheidung zwischen deliktischen und vertraglichen Ansprüchen ist praktisch durchaus bedeutsam. Während z.B. deliktische Ansprüche nach drei Jahren verjähren, können vertragliche noch nach 30 Jahren erhoben werden; Schmerzensgeldforderungen nach § 847 BGB ergeben sich hierbei nur aus deliktischen Ansprüchen.

Auf die Details der inzwischen außerordentlich komplizierten und durch die Rechtsfortbildung der Gerichte sehr umfangreichen Arzthaftungsvorschriften kann hier nicht eingegangen werden (Laufs 1992). Die Kenntnis einiger Grundprinzipien sind jedoch für jeden therapeutisch Tätigen unverzichtbar. Zu den wichtigsten Pflichten aus dem Behandlungsvertrag, der keineswegs schriftlich geschlossen werden muß, sondern etwa bereits durch die offensichtliche Annahme eines Patienten zur Therapie entsteht, gehört neben der Aufklärung auch die Dokumentation des Behandlungsverlaufs. Ihr kommt wegen der sogenannten Beweiserleichterungen im Arzthaftungsprozeß eine zentrale Bedeutung zu. In der Regel muß im Zivilrecht nämlich derjenige, der einen erlittenen Schaden behauptet, diesen schlüssig in mehrfacher Hinsicht beweisen (§§ 286 ff. Zivilprozeßordnung). Ein Patient müßte daher dem Gericht nicht nur einen Behandlungsfehler seines Therapeuten darlegen, sondern auch dessen Fahrlässigkeit oder Vorsatz, schließlich den Kausalzusammenhang des speziellen Fehlers mit dem behaupteten physischen oder psychischen Gesundheitsschaden, der schließlich in seinem Ausmaß auch noch zu konkretisieren ist.

Wegen der besonderen Umstände des Arzt-Patienten-Verhältnisses treten im Arzthaftungsprozeß allerdings zugunsten des Patienten nach dem Grundsatz der „Waffengleichheit der Parteien“ verschiedene Beweiserleichterungen ein, etwa der Prima-facie- bzw. Anscheinsbeweis oder die Beweislastumkehr. Auch hier kann auf die Einzelheiten dieser Rechtskonstrukte nicht eingegangen werden; wichtig ist lediglich, daß eventuell nicht mehr der Patient den Fehler, sondern der Therapeut

die Richtigkeit seiner Maßnahmen „nach den Regeln der Kunst“ beweisen muß, wozu nur eine ausführliche Dokumentation in der Lage ist. In der Praxis führen daher hauptsächlich die Unzulänglichkeit, Unvollständigkeit oder Unrichtigkeit einer Therapiedokumentation zur Beweislastumkehr (Thomas 1995). Diese Beweiserleichterungen treten bereits dann ein, falls der offensichtliche „Anschein“ der konkreten Umstände nach allgemeiner Erfahrung einen Behandlungsfehler wahrscheinlich macht.

Zivilrechtliche Ansprüche im Zusammenhang mit suizidalen Handlungen lassen sich somit auf die Frage zurückführen, welche psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen in einer potentiell gefährdeten Situation von der Rechtsprechung als „kunstgerecht“ bzw. der Sorgfaltspflicht entsprechend und welche als fehlerhaft betrachtet werden. Behandlungsfehler können grundsätzlich nicht nur auf individuellem Fehlverhalten eines Therapeuten beruhen, etwa auf einer offensichtlich falschen Diagnose oder der Anwendung eines völlig ungeeigneten Therapieverfahrens, sondern auch auf dem sogenannten „Organisationsverschulden“. Es liegt z.B. vor, falls die baulichen und technischen Einrichtungen einer psychiatrischen Klinik oder einer psychotherapeutischen Praxis, in der suizidale Patienten behandelt werden, nicht ausreichend vor Suiziden schützen. Unterläßt ein niedergelassener klinischer Psychologe, sich von der beruflichen Qualifikation eines Cotherapeuten zu überzeugen, bevor er diesen in die gruppentherapeutische Behandlung eines Patienten mit einem schweren depressiven Syndrom und Suizidideen einbezieht, kann dies ebenfalls als unerlaubte Handlung anspruchsbegründend wirken.

Analog zum Strafrecht wird jedoch sowohl die deliktische als auch die vertragliche Sorgfaltspflicht durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und durch den inzwischen eindeutig anerkannten Vorrang der therapeutischen vor den kustodialen Maßnahmen begrenzt (Fuellmich 1990). Die getroffenen Vorkehrungen sollen der konkreten suizidalen Gefährdung angemessen sein, sie müssen und dürfen aber nicht unnötig darüber hinausgehen (OLG Düsseldorf, Az.: 8 U 65/93; OLG Braunschweig, Az.: 1 U 31/93). An einigen Beispielen sei deshalb erläutert, welche Maßnahmen die Gerichte gegen suizidale Handlungen als notwendig und zumutbar ansehen. Allerdings können hieraus keine allgemeinen Richtlinien abgeleitet werden, da bei der konkreten Tatbestandsfeststellung die jeweiligen Umstände des Einzelfalls entscheiden.

Patienten im Alkohol-Entzugsdelir müssen z.B. kontinuierlich von qualifiziertem Personal überwacht werden, bis die Wirkung der medikamentösen Sedierung sicher eingetreten ist. Die Unterbringung eines suizidalen Patienten in einer offenen Einrichtung erfordert eine personelle Organisationsstruktur, die unbemerktes Verlassen der Station unmöglich macht. Der Krankenhausträger kann sich gegebenenfalls auch nicht darauf berufen, daß finanzielle Restriktionen der Sozialversicherungsträger eine ordnungsgemäße Personalbesetzung seiner Einrichtung oder die kunstgerechte Behandlung zunehmend erschweren (OLG Hamm, Az.: 3 U 283/91). Nicht erforderlich ist hingegen das regelmäßige Abschließen der Tü-

ren zur Nachtzeit, um potentiell suizidale Patienten am Verlassen offener Stationen zu hindern (OLG Oldenburg, Az.: 5 U 164/95). Ebenfalls nicht notwendig ist auf geschlossenen Stationen die regelmäßige Bereitstellung einer Sitzwache, sofern der Arzt eine besondere Beobachtung eines akut suizidal gefährdeten Patienten durch das Pflegepersonal eindeutig angeordnet hat (Glaser 1991). Ein vorbehandelnder Therapeut kann allerdings dafür haftbar gemacht werden, falls er einem Konsiliaris oder einem nachbehandelnden Arzt nicht mitteilt, daß aus der Anamnese des überwiesenen Patienten bereits Suizidversuche bekannt sind (OLG Celle, Az.: 1 U 36/94). Zulässig ist wiederum, daß auch chronisch suizidalen Patienten Ausgang in Begleitung von Angehörigen gewährt wird. Nur vereinzelt festgestellte Suizidideen während einer wiederholten depressiven Episode erfordern auch dann keine besonderen Vorkehrungen, falls sich während einer früheren Erkrankungsphase ein schwerer Suizidversuch ereignete.

Allerdings zählt zu den Grundpflichten jedes Behandlungsvertrags in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Disziplinen, daß überhaupt diagnostische Schritte zur Erkennung und Abschätzung der Suizidalität unternommen werden (Helmchen 1995). Sind solche Maßnahmen nicht dokumentiert - fehlen z.B. in der Krankengeschichte kontinuierliche Aufzeichnungen über die Entwicklung des psychopathologischen Befundes, liegt eine haftungsbegründende Fahrlässigkeit vor. Darüber hinaus hat die Behandlung von Patienten mit Suizidideen auf eine Verminderung der eventuellen Suizidgefährdung hinzuwirken, d.h., der dokumentierte Behandlungsplan muß erkennen lassen, daß therapeutische Gespräche stattfanden, die Veränderung der psychopharmakologischen Medikation diskutiert oder ein „Suizidpakt“ mit dem Patienten vereinbart wurde, der Arzt die Schließung der Station oder eine Sitzwache anordnete, die Angehörigen vor Beurlaubungen informierte, oder - beim ambulanten Patienten - der niedergelassene Therapeut die stationäre Einweisung veranlaßte.

Welche Maßnahmen müssen jedoch ergriffen werden, falls der Patient solchen Schritten nicht zustimmt oder krankheitsbedingt überhaupt nicht mehr zustimmen kann? Auch in diesen Fällen handelt der Therapeut nicht in einem rechtsfreien Raum. Hier sind die Vorschriften der „Psychiatriegesetze“ der Länder und der zivilrechtlichen Betreuung anzuwenden, die hier abschließend erläutert werden sollen.

### **Stationäre Unterbringung und Behandlung ohne Einwilligung des suizidalen Patienten**

Die Vorschriften über die stationäre Unterbringung und Behandlung suizidaler Patienten sind durch eine Parallelität von zivil- und öffentlich-rechtlichen bzw. verwaltungsrechtlichen Normen gekennzeichnet. Während die ersteren in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fallen, sind die letzteren Angelegenheit der Länder. Diese Dualität ist weniger sachlich, sondern überwiegend historisch begründet, da einerseits Fragen der Geschäftsunfähigkeit und der rechtlichen Stellvertretung für einen handlungsunfähigen Kranken traditionell dem Zivilrecht zugehören, andererseits der Umgang mit „Gemeingefährlichen“ eine ordnungspolizeiliche Aufgabe der Gebiets-

körperschaften darstellte. Dies spiegelt sich bis heute unmittelbar in den Gesetzestexten wider.

Die „Psychiatriegesetze“ aller Bundesländer enthalten Regelungen, welche die Unterbringung eines psychisch Kranken ohne dessen Willen gestatten, sofern dieser z.B. „in erheblichem Maß die öffentliche Sicherheit und Ordnung“ (Bayern), „bedeutende Rechtsgüter anderer“ (Berlin, Saarland) oder „unmittelbar Leib oder Leben anderer Personen oder die öffentliche Sicherheit“ (Brandenburg) gefährdet (Knittel 1992). Die Selbstgefährdung, d.h. die Suizidalität, stellt zwar in der Regel einen eigenständigen Unterbringungsgrund dar, jedoch ist aus den Formulierungen noch immer ersichtlich, daß der drohende Suizidversuch ebenfalls eher als Störung der öffentlichen Ordnung und weniger als individueller Behandlungsanlaß betrachtet wird. Die einschlägigen Landesgesetze wurden seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre meist mehrfach novelliert und enthalten heute durchweg auch Vorschriften über die Behandlung und die Rechte der untergebrachten Patienten. Schon wegen der unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bundesländern kann hier wiederum auf Details nicht eingegangen werden, insbesondere nicht auf Benachrichtigungspflichten und -fristen sowie auf Zuständigkeits- und Verfahrensvorschriften bei der sogenannten „eilbedürftigen Unterbringung“, der allerdings praktisch die größte Bedeutung zukommt.

Allgemein gilt, daß die Unterbringung ohne den Willen des Betroffenen nur dann gerechtfertigt ist, wenn eine Selbstgefährdung unmittelbar droht und nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann. Die akute Suizidalität muß sich demnach schlüssig aus der Situation ergeben. Dies ist z.B. zweifelsfrei gegeben, falls sich ein wahnhaft depressiver Patient in seiner Wohnung eingeschlossen hat und ankündigt, vom Balkon springen zu wollen. Hingegen ist eine Unterbringung nicht zu begründen, falls ein reaktiv-depressiver Patient nach einem Suizidversuch in der Exploration zu erkennen gibt, daß er zwar in den nächsten Tagen von einem erneuten Selbsttötungsversuch Abstand nimmt, jedoch nicht dafür „garantieren kann, was in einem Monat passiert“, wenn sich seine Lebenssituation nicht ändert. Hier wäre nämlich - zumindest aus juristischer Sicht - etwa durch zwischenzeitliche Krisenintervention in einer Tagklinik eine Wiederholung der suizidalen Handlung durchaus zu verhindern.

Um den Eindruck einer ordnungspolizeilichen Zwangsmaßnahme zu vermeiden, wird in der Praxis meistens die zivilrechtliche Betreuung bevorzugt. Obwohl diese auf anderen Rechtsgrundlagen beruht, sind Tenor und Inhalt der öffentlich-rechtlichen „Psychiatriegesetze“ inzwischen weitgehend an das Zivilrecht angeglichen. Es regelt die Unterbringung im Rahmen des Betreuungsrechts (§§ 1896 ff. BGB), das 1992 die bis dahin gültigen Vorschriften über Pflegschaft und Entmündigung ablöste. Hier steht der Hilfscharakter der rechtlichen Maßnahme eindeutig im Vordergrund; sie soll die Therapie und ein möglichst selbständiges Leben des psychisch Kranken sichern. Zunächst setzt eine juristische Betreuung voraus, daß „ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise“ nicht

mehr besorgen kann. Dies trifft auf akut suizidale Patienten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu, da unter den Begriff der „Angelegenheiten“ auch Entscheidungen über psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen fallen. Das Amtsgericht bestellt dann einen Betreuer als gesetzlichen Vertreter, dessen oberste Aufgabe darin besteht, für das Wohl des Betreuten zu sorgen und möglichst nach seinen Interessen und Wünschen zu handeln.

Daraus folgt auch, daß die Errichtung einer juristischen Betreuung - im Gegensatz zur früheren Entmündigung - nicht automatisch die Geschäftsunfähigkeit des Betreuten bedeutet. Auch an die zivilrechtliche Unterbringung eines Betreuten durch seinen Betreuer knüpft das Betreuungsrecht in § 1906 BGB strenge Bedingungen. Sie ist nur zulässig, falls „auf Grund einer psychischen Krankheit ... des Betreuten die Gefahr besteht, daß er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt“ und eine spezielle Genehmigung des Vormundschaftsgerichts vorliegt. Bei akut suizidalen Patienten muß jedoch häufig sehr rasch eingegriffen werden. Entgegen den ansonsten relativ aufwendigen Verfahrensvorschriften des Betreuungsrechts, die hier nicht weiter behandelt werden sollen, ermöglichen § 1846 BGB und § 69f sowie § 70h des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit (FGG) eine einstweilige Anordnung einer sofortigen zivilrechtlichen Unterbringung durch das Vormundschaftsgericht. Eine Betreuung muß in diesem Fall nachträglich bestellt werden. Praktisch kann diese Form der Unterbringung allerdings meistens nur dann vollzogen werden, wenn sich der Patient bereits in einer stationären Einrichtung befindet. Ist dies nicht der Fall, muß in der Regel wieder auf die öffentlich-rechtlichen „Psychiatriegesetze“ der Länder zurückgegriffen werden, da nur diese auch einen Einsatz der Polizei vorsehen, während bei einer zivilrechtlichen Unterbringung der Betreuer zunächst einen Gerichtsvollzieher einschalten mußte.

Die Unterbringung eines suizidalen Patienten - sei sie zivil- oder öffentlich-rechtlich begründet - setzt in der Regel ein ärztliches Gutachten voraus. Es muß Angaben zur Person des Betroffenen, zur Anamnese, zum aktuellen Befund, die konkrete Beschreibung des selbstgefährdenden Verhaltens und schließlich die Feststellung dokumentieren, daß das Behandlungsziel nur durch eine Unterbringung und nicht auch durch andere Maßnahmen erreicht werden kann (Oefele 1998). Obwohl die Gesetze dies nicht ausdrücklich vorschreiben, akzeptieren die Gerichte meist nur Gutachten von Fachärzten für Psychiatrie bzw. Psychotherapie oder verlangen zumindest den Nachweis einer mehrjährigen klinischen Erfahrung auf den genannten Fachgebieten.

Diese Regelung zeigt abschließend nochmals auf, daß der Umgang mit suizidalen Patienten zahlreichen Rechtsvorschriften unterliegt, die keineswegs stets widerspruchsfrei, eindeutig oder unmittelbar verständlich sind. In der Praxis werden Arzt und Therapeut jedoch fast immer die richtige Entscheidung treffen, wenn sie sich vom Gedanken der Suizidprävention und -therapie leiten lassen sowie nur jenes Maß von rechtllichem Zwang anwenden, das der Behandlung des Patienten auch langfristig zugute kommt. Dann sind auch straf- oder zivilrechtliche Komplikationen kaum zu befürchten.

## Literatur

- Amery J: Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod. Stuttgart, Klett, 1976.
- Barracough B: A hundred cases of suicide - Clinical aspects. *British Journal of Psychiatry* 1974; 125: 355-373.
- Bronisch T: Der Suizid - Ursachen, Warnsignale, Prävention. München, Beck, 1995.
- Bronisch T: The relationship between suicidality and depression. *Archives of Suicide Research* 1996; 2: 235-254.
- [Bundesärztekammer:] Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 1998; 95: A-2366-2367.
- Cantor C, McDermott P: Suicide litigation, an Australian survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1994; 28: 426-430.
- Damerow H: Zur Statistik der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Halle vom 1. November 1855 - Ende December 1863, nebst besonderen Mittheilungen und Ansichten über die Selbsttötungen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 1865; 22: 219-251.
- Deutsch E: *Arztrecht und Arzneimittelrecht*. Berlin, Springer, 1991.
- Deutsch E: Haftung bei Suizidgefahr aus juristischer Sicht. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 1995; 89: 653-655.
- Ernst K, Moser U, Ernst C: Zunehmende Suizide psychiatrischer Klinikpatienten - Realität oder Artefakt? *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1980; 228: 351-363.
- Esquirol E: *Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde*. Berlin, Voss, 1838.
- Füllmich R: *Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Recht und Medizin, Bd.20)*. Frankfurt, Peter Lang Verlag, 1990.
- Glaser H, Saß H: Ärztliche Sorgfaltspflichten im Umgang mit suizidalen Patienten aus forensisch-psychiatrischer Sicht. *Versicherungsmedizin* 1991; 43: 18-21.
- Gropp W: Zur Freiverantwortlichkeit des Suicids aus juristisch-strafrechtlicher Sicht. In: Pohlmeier H, Schöch H, Venzlaff U (ed.): *Suizid zwischen Medizin und Recht*. Stuttgart, Fischer, 1996, 13-32.
- Häfner H: Epidemiologie und Klinik von Suicid und Suicidversuch - Suicid durch Ansteckung? *Therapiewoche* 1991; 41: 106-114.
- Helmchen H.: Haftung bei Suizidgefahr aus ärztlicher Sicht. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 1995; 89: 655-662.
- Herpertz S, Erkwow R, Saß H: Die Suicidproblematik aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: Pohlmeier H, Schöch H, Venzlaff U (ed.): *Suizid zwischen Medizin und Recht*. Stuttgart, Fischer, 1996, 1-12.
- Holzhauser H: Der Suizident in der Rechtsgeschichte. In: Wahl G, Schmitt W (ed.): *Suizid (Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde, 3)*. Reichenbach, Kommunikative Medien und Medizin, 1998, 163-178.
- Knittel B: *Betreuungsgesetz - Kommentar*. Starnberg, Schulz, 1992 ff.
- Kutzer K: Strafrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur Sterbehilfe. *Medizin und Recht* 1985; 3: 710-714.
- Laufs A, Uhlenbruck W: *Handbuch des Arztrechts*. München, Beck, 1992.
- Lungershausen E, Vliegen J: Der Selbstmord als ein Problem der Philosophie und Theologie. In: Wahl G, Schmitt W (ed.): *Suizid (Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde, 3)*. Reichenbach, Kommunikative Medien und Medizin, 1998, 179-202.
- Oefeke K: *Forensische Psychiatrie - Leitfaden für die klinische und gutachterliche Praxis*. Stuttgart, Schattauer, 1998.
- Oehmichen M, Staak M, Roth H, Mösch M: Ärztliche Garantspflicht und Suizid des psychiatrischen Patienten. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin* 1988; 46: 43-47.
- Pohlmeier H: Freiverantwortlichkeit des Suicids aus medizinisch-psychologischer Sicht. In: Pohlmeier H, Schöch H, Venzlaff U (ed.): *Suizid zwischen Medizin und Recht*. Stuttgart, Fischer, 1996, 34-49.
- Roxin C: Die Mitwirkung beim Suizid als Problem des Strafrechts. In: Pohlmeier H (ed.): *Selbstmordverhütung, Anmaßung oder Verpflichtung*. Bonn, Keil, 1978.
- Schöch H: Strafrechtliche Verantwortung von Ärzten bei Suizidhandlungen. In: Pohlmeier H, Schöch H, Venzlaff U (ed.): *Suizid zwischen Medizin und Recht*. Stuttgart, Fischer, 1996, 81-94.
- Schüler-Springorum H, Nedopil N: Suicid oder von der Freiheit zu sterben, ein unterschiedlich medizinisch-juristisches Dilemma für Psychiater, Internisten und Chirurgen. In: Pohlmeier H, Schöch H, Venzlaff U (ed.): *Suizid zwischen Medizin und Recht*. Stuttgart, Fischer, 1996, 53-63.
- Student J: Medizinisch-ethischer Kommentar zur Entscheidung des Oberlandesgerichts Frankfurt vom 5.7.98. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* 1998; 27: 174-175.
- Thomas H, Putzo H: *Zivilprozeßordnung*. München, Beck, 1995.
- Tröndle H: Strafrechtlicher Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht des Patienten. *Festschrift für Hans Göppinger*. Berlin, deGruyter, 1990.
- Unschuld P: Standesberuf Arzt - Medizin als „profession“. *Deutsches Ärzteblatt* 1999; 96: A35.
- Wolfersdorf M, Vogel R, Hole G, et al.: Suizidversuche in vier Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Baden-Württembergs. In: Faust V, Wolfersdorf M (ed.): *Suizidgefahr, Häufigkeit-Ursachen-Motive-Prävention-Therapie*. Stuttgart, Hippokrates, 1984, 187-206.
- Wolfersdorf M, Metzger R, Koppitke W, et al.: Einige Aspekte des Suizidproblems in der psychiatrischen Klinik - Literaturübersicht und eigene Untersuchung. In: Faust V, Wolfersdorf M (ed.): *Suizidgefahr, Häufigkeit-Ursachen-Motive-Prävention-Therapie*. Stuttgart, Hippokrates, 1984, 221-249.

**Priv.-Doz. Dr. med. Matthias M. Weber**  
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
 Forensisch-Psychiatrische Arbeitsgruppe  
 Kraepelinstraße 2, D-80804 München  
 Tel. / Fax: +49 (0) 89 30622 306  
 e-mail: mmw@mpipsykl.mpg.de