

## Suizid – Zwischen Selbstmord und Freitod



Zusammenfassung des Symposiums vom 7. November 2013

Dr. Gabriella Hänggi

## Programm

---

- 14.00–14.30**      **Begrüssung und Einführung**  
Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor, Sanatorium Kilchberg
- 14.30–15.30**      **Vom Nachsterben. Der Tod des Anderen und der romantische Tod  
(am Beispiel des Novalis).**  
Prof. Dr. Ludger Lütkehaus, Philosoph und Literaturwissenschaftler,  
Honorarprofessor Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Mitglied  
PEN-Zentrum Deutschland
- Kaffeepause**
- 16.00–16.45**      **Der Tod ist die mildeste Form des Lebens – rechtliche Aspekte**  
Dr. iur. Andreas Brunner, Oberstaatsanwalt, Zürich
- 16.45–17.30**      **Beihilfe zum Suizid im psychiatrischen Kontext – Überlegungen aus  
ethischer Sicht**  
PD Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin, Lehr- und Forschungsrat,  
Departement Moraltheologie und Ethik, Universität Freiburg
- 17.30–18.00**      **Diskussion mit**  
Dr. iur. Andreas Brunner und PD Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin

**Anschliessend Apéro mit allen Teilnehmenden**

*Am 7. November 2013 fand im Sanatorium Kilchberg das erste von zwei Symposien zum Thema «Suizid» statt, in dem das komplexe Spannungsfeld der Suizidhilfe im psychiatrischen Kontext besprochen wurde. Neben den rechtlichen Aspekten der Suizidhilfe wurde aus ethischer und psychiatrischer Sicht auf das Dilemma zwischen der Achtung der Patientenautonomie, die gerade im Falle einer psychischen Erkrankung stark beeinträchtigt sein kann, und der Pflicht zur ärztlichen Fürsorge eingegangen.*

Nach den Ausführungen von *Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor am Sanatorium Kilchberg*, wiesen das Bundesgericht und nachfolgend auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg im Jahr 2004 die Klage eines an einer nichttherapierbaren bipolaren Störung leidenden 57-jährigen Mannes ab, der vom Staat die Genehmigung zum Bezug von Natriumpentobarbital gefordert hatte. Die Gerichte anerkannten zwar das grundsätzliche Recht auf Suizid auch für psychisch kranke Menschen, verneinten jedoch den Anspruch auf Abweichung vom Grundsatz der Rezeptpflicht für den Bezug von Natriumpentobarbital. Erst kürzlich hat aber der Europäische Gerichtshof in einem ähnlichen Fall einer über 80-jährigen Frau die Schweiz aufgefordert, die Suizidhilfe gesetzlich präziser zu regeln, da die unklare Rechtslage das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens verletze. Die aktuellen Entwicklungen in der Schweiz lassen einen Trend zur Ausweitung der Suizidhilfe erkennen, wobei die Anzahl der assistierten Suizide seit dem Jahr 1996 von nahezu Null auf mittlerweile ungefähre 400 Fälle pro Jahr angestiegen ist.

Die grosse Mehrzahl aller Suizide steht im Zusammenhang mit einer psychischen Störung, weshalb sich die entscheidende Frage nach der Willensfreiheit des Sterbewilligen ganz besonders stellt. Der österreichische Schriftsteller Jean Améry, der im Jahr 1978 mit Barbituraten Suizid beging, brachte in seinem zwei Jahre zuvor veröffentlichten Buch «Hand an sich legen, Diskurs über Freitod» allein schon mit der Wortwahl «Freitod» statt «Selbstmord» zum Ausdruck, dass er den Suizid als Akt höchster Willensfreiheit des Menschen sieht – und dies wohl wissend, dass der Entscheid zum Suizid häufig in einem „Zustand drangvollen Zwanges“ getroffen wird. Dieser radikalen Ansicht steht jedoch die ärztliche Meinung entgegen, wonach gerade im Falle einer psychischen Erkrankung die Autonomie der Entscheidung stark beeinträchtigt sein kann und der Suizid somit wohl in der Mehrheit der Fälle gerade nicht als freier Akt des Menschen gesehen werden kann.

Suizidversuche und vollzogene Suizide korrelieren mit Störungen des serotonergen Systems, aber auch Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse und genetischen Belastungen kommt eine erhebliche Bedeutung zu. Im klinischen Alltag spielen bei der Behandlung suizidaler Patienten psychologische Faktoren mit Abstand die grösste Rolle. Es lassen sich einerseits *distale Risikofaktoren* wie Persönlichkeitsstörungen, Missbrauchserfahrungen, Suizide in der Familie sowie psychiatrische Hospitalisationen, Suizidversuch oder Selbstverletzungen in der eigenen Vorgeschichte und andererseits *proximale Risikofaktoren* wie eine aktuelle psychische Erkrankung, ein depressives Zustandsbild, ein affektiver Mischzustand bei bipolarer Störung, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken oder die Verfügbarkeit eines Suizidmittels unterscheiden. Bedeutsam für das Suizidrisiko sind zudem soziale Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, die Verbreitung von Schusswaffen, Verlusterlebnisse und vor allem persönliche Beziehungen. Die grosse Schwierigkeit bei der Beurteilung der Suizidalität liegt jedoch darin, dass alle diese Risikofaktoren einen nur geringen prädiktiven Wert besitzen.

Eine der höchsten Suizidrate auf der gesamten Welt findet sich in Grönland, das nur rund 56'000 Einwohner zählt und mit einem Anteil von 90 Prozent Inuit eine sehr homogene Bevölkerung aufweist. Die Häufigkeit von Selbsttötungen ist in Grönland bei den Männern wesentlich grösser als bei

den Frauen, am häufigsten betroffen sind Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren. Im dünn besiedelten Ostgrönland hat die Suizidrate, welche dort deutlich höher ist als im dichter besiedelten Westen, im Verlauf der Jahre 1970 bis 1999 dramatisch zugenommen und ist mittlerweile um den Faktor 40 bis 60 höher als in der Schweiz. Die Nachricht, dass in einer kleinen Stadt im abgelegenen Osten Grönlands elf Menschen in einer einzigen Spätsommernacht Suizid begingen, veranlasste die in Südkorea geborene Autorin Anna Kim die Ursachen für diese «Suizidepidemie» zu ergründen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse bildeten die Basis für ihren Roman «Anatomie einer Nacht», welcher die Ereignisse und die Geschichte der Insel wie auch die Zerrissenheit ihrer Bewohner eindrücklich schildert. Ein Grund für die erschreckende Zunahme von Suiziden in Grönland liegt mit Sicherheit darin, dass das Land nach langer Isolation innerhalb von nur 40 Jahren eine radikale kulturelle Kolonialisierung und eine schlagartige Modernisierung erfuhr. Dieser schnelle Wechsel der Lebensbedingungen und der damit verbundene Wertewandel führten zu einem eigentlichen Identitätsverlust, der mit einem massiven Anstieg von Alkohol, Gewalt und Suizid einherging.

### **Vom Nachsterben. Der Tod des Anderen und der romantische Tod**

Wie Prof. Dr. Ludger Lütkehaus, Philosoph und Literaturwissenschaftler sowie Honorarprofessor an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Mitglied des PEN-Zentrums Deutschland, erwähnte, wird das Todesverständnis der abendländischen Philosophie von Platons «Phaidon» bis zu Martin Heideggers Todesphilosophie in einem bemerkenswerten Ausmass vom Eigentod bestimmt. Dabei lag das Ziel der abendländischen Todesphilosophie in der Überwindung der Todesfurcht, was durch ein lebenslanges Einüben von Gelassenheit erreicht werden sollte. Dieser Entlastungsversuch verliert aber seine Bedeutung beim Tod des Anderen, bei welchem die Endgültigkeit des eigenen Todes fehlt und die Hinterbliebenen nicht nur den Schmerz der unwiderruflichen Trennung erfahren, sondern auch ein schärferes Bewusstsein des eigenen Todes erlangen. Die Übermacht des Todes des Anderen vor dem eigenen Tod wird in der romantischen Liebesgeschichte des Schriftstellers Friedrich von Hardenberg – besser bekannt als «Novalis» – einfühlsam geschildert, der nach dem Tod seiner Geliebten der quälenden Dissonanz des Sterbens der Einen und des Überlebens des Anderen durch Nachsterben zu entgehen versucht.

Der zweiundzwanzigjährige Novalis hatte im November 1794 die erst zwölfjährige Sophie von Kühn kennen gelernt, in die er sich trotz ihres jungen Alters sofort verliebte. Seine Liebe wurde erwidert, und bereits vier Monate nach ihrer Begegnung – zwei Tage vor Sophies dreizehntem Geburtstag – verlobte sich das Paar, wobei aber Sophie nur ein halbes Jahr später an einer Lungentuberkulose erkrankte. Angesichts des Leidens und des drohenden Todes begann Novalis seine Braut, die er zuvor noch differenziert und nicht unkritisch gesehen hatte, buchstäblich anzubeten. Nach eineinhalbjähriger schmerzvoller Krankheit starb Sophie im März 1797 ohne das Beisein von Novalis, der sie kurz zuvor verlassen hatte, weil er es nicht ertragen konnte, sie leiden und sterben zu sehen. In seiner grenzenlosen Trauer über den Verlust seiner Verlobten versinkt Novalis in einem mystischen Toten- und Todeskult, der durch Idealisierung und Ikonisierung der Verlobten den Schmerz des unwiderruflichen Abschieds in eine unanfechtbare Ewigkeit überführen soll. Vor der Gewissheit lebenslanger Hoffnungslosigkeit und Verlassenheit fasst Novalis den Entschluss, der Geliebten innerhalb eines Jahres nachzusterben, wobei allerdings offen bleibt, wie sich dieses Nachsterben vollziehen soll – ob durch eine tödlich endende Krankheit oder als Selbsttötung. Der Entschluss zum Nachsterben führt Novalis dazu, seinen Sterbenswillen gegen all die sich einstellenden gegenläufigen Motive und Bedenken geradezu obsessiv in seinen Tagebüchern festzuhalten. Das weiter gehende Leben des Überlebenden fordert jedoch selbst gegen die Übermacht der Toten sein Recht und rückt das eigene Leben und Sterben wieder in den Mittelpunkt, wobei selbst der Schmerz der Gewöhnung unterliegt und die Lebensgeister, nicht zuletzt die erotischen, zurück kehren. So geht Novalis trotz

der ewigen Treue zu seiner verstorbenen Geliebten bereits 1798 eine neue Verbindung mit der reifen Julie von Charpentier ein, die körperlicher als die mit der alten Himmelsbraut zu werden verspricht. Doch kurz bevor es mit der neuen Liebe zur Heirat kommen soll, stirbt Novalis nur vier Jahre nach Sophie an den Folgen einer tuberkulösen Erkrankung, mit der er sich wohl bei Sophie angesteckt hatte. Mit dem Tod von Novalis wird seine Sehnsucht, der Geliebten nachzusterben, zwar nicht durch aktive Herbeiführung, aber als bejahte Mortalität, erfüllt.

### **Der Tod ist die mildeste Form des Lebens – rechtliche Aspekte**

*Dr. iur. Andreas Brunner, Leitender Oberstaatsanwalt des Kantons Zürich*, bemerkte einfürend, dass für das menschliche Leben eine Vielzahl von Schutzfaktoren in Form von Gesetzen, Richtlinien, Ethik, Religion, aber auch in Form von Lehre und Rechtsprechung bestehen. Dieser Schutz des Lebens, der bereits im Mutterleib beginnt und über den Tod hinausgeht, ist für Kinder und junge Erwachsene am stärksten und nimmt dann im mittleren Erwachsenenalter ab, um schliesslich im Alter wieder anzusteigen. Als vorrangiges Verfassungsgut gilt das Recht auf Selbstbestimmung, welches aus Art 8 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) ableitbar ist und mit dem Recht auf Freiheit der Person auch das Recht umfasst, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden. Diesem Recht auf Selbstbestimmung steht das Recht auf Leben gegenüber, welches in Art. 2 EMRK sowie in Art. 10 Abs. 1 der schweizerischen Bundesverfassung definiert ist und die Fürsorgepflichten des Staates festhält. Im Gegensatz zum Recht auf Leben gibt es kein Recht auf Tod, das gesetzlich verankert und gegenüber dem Staat durchsetzbar wäre.

Während die Suizidhilfe noch vor 100 Jahren weitgehend abgelehnt wurde, geniesst sie heute wesentlich mehr Akzeptanz, wobei aber sowohl die praktische Handhabung als auch die Voraussetzungen zur Beanspruchung der Suizidhilfe weiterhin kontrovers diskutiert werden. Mögliche Gründe für die Zunahme der Anzahl der assistierten Suizide sind der medizinische Fortschritt, die Überalterung und Vereinsamung sowie die abnehmende Leidensfähigkeit der Bevölkerung und die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, welche zu einem wachsenden Druck auf die Menschen und zu einer Erwartungshaltung des gesellschaftlichen Umfelds geführt haben.

Aus strafrechtlicher Sicht fällt die direkte aktive Sterbehilfe als gezielte Tötung, selbst wenn sie die Leiden eines Dritten verkürzen soll, unter Art. 111 ff. StGB und ist damit als strafbarer Totschlag zu qualifizieren. Demgegenüber ist die indirekte aktive Sterbehilfe, die auf der Linderung von Leiden mit Mitteln beruht, welche die Lebensdauer verkürzen können, gesetzlich nicht geregelt und kann straflos sein. Die passive Sterbehilfe, welche den Verzicht oder Abbruch lebenserhaltender Massnahmen umfasst, ist ebenfalls nicht gesetzlich geregelt und kann somit ebenfalls straflos sein. Die Beihilfe zum Selbstmord fällt unter die Bestimmungen von Art. 115 StGB und ist unter der Voraussetzung straflos, dass sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Bei liberaler Auslegung gilt dies vom unmittelbaren Freundesdienst bis hin zur Suizidhilfsorganisation. Bei der Suizidhilfe muss die grundsätzlich strafbare Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB, bei der die Tatherrschaft beim Helfer liegt, von der unter Umständen straffreien Beihilfe zum Selbstmord nach Art. 115 StGB, bei welcher die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt, unterschieden werden. Allerdings kann es zu heiklen Abgrenzungsproblemen kommen, wenn die anfängliche Handlung des Suizidenten durch die Helfer abgeschlossen wird. Ein schwieriger Punkt bei der Anwendung des Gesetzes besteht auch in der Unterscheidung der unklaren Begriffe des selbstsüchtigen Handelns, welches egoistisch und strafbar ist, und des nicht selbstsüchtigen Handelns, welches altruistisch und nicht strafbar ist.

In den vergangenen Jahren lässt sich ein Trend zu einer Ausweitung der Zielgruppe für assistierte Suizidhilfe erkennen. Während die organisierte Suizidhilfe bis in die Neunzigerjahre nur für terminal kranke Patienten in Frage kam, können seither auch schwer kranke oder schwer leidende Patienten den begleiteten Suizid in Anspruch nehmen. Seit dem Jahr 2010 ist Suizidhilfe auch für ältere Patienten mit leichterem Polymorbidität zugänglich, wobei die grundsätzliche Forderung besteht, dass bei leichterem Krankheitszustand oder Leiden ein umso konstanterer und nachhaltigerer Suizidwunsch bestehen muss.

Im Zusammenhang mit der Beihilfe zum Suizid stellt sich die entscheidende Frage, ob die betroffene Person urteilsfähig ist. Als urteilsfähig gelten gemäss Art. 16 ZGB Personen, denen nicht wegen ihres Kindesalters, wegen Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen – und neu auch wegen geistiger Behinderung und psychischer Störung – die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Demgegenüber ist Urteilsunfähigkeit als Unmöglichkeit der richtigen Erkenntnis und als Unmöglichkeit eines der richtigen Erkenntnis entsprechenden Verhaltens definiert, wobei die Urteilsunfähigkeit immer in Bezug auf eine spezifische Situation zu werten ist und ein vorübergehender oder aber ein anhaltender Zustand sein kann. Zur Beanspruchung der Suizidhilfe wird eine uneingeschränkte Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen sowie eine Dauerhaftigkeit des Todeswunsches gefordert, wobei aber im Falle von psychisch Kranken, Demenzpatienten, Kindern und Jugendlichen wie auch im Fall des Wunsches nach einem Doppelsuizid das Fehlen entsprechender Richtlinien zu bemängeln ist.

Aufgrund der heutigen Gesetzeslage kann in der Schweiz jedermann – sowohl eine Einzelperson als auch eine Personengruppe – eine Suizidhilfeorganisation gründen und betreiben. Die Suizidhilfe kann grundsätzlich allen urteilsfähigen Menschen, das heisst auch gesunden und jungen Menschen, geleistet werden, und die alternativen Optionen wie Therapie, Betreuung und Palliativmassnahmen müssen vor der Suizidhilfe nicht geprüft werden. Der Einsatz des verschreibungspflichtigen Natriumpentobarbitals ist freiwillig, weshalb für die Suizidhilfe auch Methoden herangezogen werden können, die keiner ärztlichen Kontrolle bedürfen. Ausserdem existiert weder eine staatliche Aufsicht der Suizidhilfeorganisationen noch eine Sorgfaltspflicht bezüglich der Auswahl, Instruktion und Fortbildung der Suizidbegleiter, und die Suizidhilfeorganisationen haben bei der im Falle eines Anfangsverdachts einer strafbaren Handlung einzuleitenden Strafuntersuchung keine Mitwirkungspflicht. Aus all diesen Gründen besteht ein dringender Bedarf, staatliche Rahmenbedingungen für die Sterbehilfe einzuführen, um in diesem höchst sensiblen Bereich eine Qualitätssicherung zu gewährleisten und mehr Rechtssicherheit zu schaffen.

### **Beihilfe zum Suizid im psychiatrischen Kontext – Überlegungen aus ethischer Sicht**

*PD Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin, Lehr- und Forschungsrat am Departement Moralthologie und Ethik der Universität Freiburg*, begann sein Referat mit der Feststellung, dass der Mensch in der Lage ist, seinem Leben ein Ende zu setzen und sich dieser Tatsache durchaus auch bewusst ist. Die Suizidgefährdung ergibt sich in der Regel infolge von äusserst belastenden Lebensumständen, die einen Menschen in eine Lage tiefster Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit stürzen. In einer derartigen Krisensituation kann der Gedanke, sein Leben beenden zu können, auch etwas sehr Tröstliches sein.

Bei Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, ist das Suizidrisiko rund zehnmal höher als bei der Allgemeinbevölkerung. So beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass ein an Schizophrenie oder Depressionen erkrankter Patient irgendwann in seinem Leben durch Suizid sterben wird, ungefähr zehn Prozent. In der stationären Psychiatrie weist die am häufigsten behandelte Gruppe der Patienten mit schizophrenen Störungen die grösste Suizidalität auf, wogegen Suchtabhängige wie auch

ältere Patienten in der Klinik ein wesentlich geringeres Suizidrisiko tragen. Die hohe Suizidalität in der Psychiatrie stellt für die Betreuenden eine enorme emotionale Belastung dar, welche von einem Gefühl der Hilflosigkeit und der quälenden Frage geprägt ist, ob eine Chance zur Verhinderung der suizidalen Handlung verpasst wurde.

Zu den zentralen ethischen Prinzipien für die Betreuenden gehört es, der leidenden und sterbewilligen Person mit Respekt und Achtung zu begegnen, wobei als unabdingbare Grundhaltungen Empathie, Mitgefühl und Klugheit, aber durchaus auch Gerechtigkeit – beispielsweise bezüglich der Verteilung von Zeit und Aufmerksamkeit auf unterschiedlich gefährdete Patienten – gefordert sind. Ethisch bedeutsam im Zusammenhang mit der Suizidhilfe ist die Frage, wie frei eine Entscheidung zur Lebensbeendigung tatsächlich zustande gekommen ist. Bei psychisch kranken Menschen kann sich die Suizidabsicht – beispielsweise bei Wahnvorstellungen oder bei zum sofortigen Suizid drängenden Stimmen – unmittelbar aus der Erkrankung ergeben, weshalb in solchen Fällen sicherlich keine freie Entscheidung vorliegt. Der Sterbewunsch kann aber auch bei psychisch kranken Menschen durch eine lange und eingehende Auseinandersetzung mit der eigenen Befindlichkeit und Krankheit entstanden sein, wobei ein derartiger Bilanzsuizid als freie Entscheidung angesehen werden kann.

Im psychiatrischen Kontext besteht die Konfrontation mit der Suizidalität in erster Linie im Umgang mit Menschen in einer Krisensituation, die einen Suizidversuch unternommen haben, was aus ärztlicher Sicht ein therapeutisches Eingreifen nötig macht. Diese allgegenwärtige Präventionsaufgabe birgt ethisch gesehen jedoch den Konflikt, inwieweit psychiatrische Fachleute im Sinn der Fürsorge verpflichtet sind, einen anderen Menschen an der Ausführung einer für ihn schädlichen Handlung zu hindern und dabei die Einschränkung von dessen Handlungsfreiheit hinzunehmen. Zur Klärung dieser Frage sollte die Tatsache berücksichtigt werden, dass eine überwiegende Mehrzahl der gegen ihren Willen geretteten und mittels einer fürsorgerischen Unterbringung in die Psychiatrie eingelieferten Menschen im Anschluss an den misslungenen Suizid wieder zu einer lebensbejahenden Haltung zurückfindet und nur etwa ein Zehntel der Betroffenen sich im weiteren Verlauf suizidiert. Aus ethischer Sicht kann an dieser Stelle die Unterscheidung zwischen einem starkem und einem schwachem Paternalismus weiterhelfen. So lassen sich Eingriffe im Sinne eines starken Paternalismus, die unter allen Umständen und unabhängig von der Situation des Betroffenen einen Suizid zu verhindern suchen, mangels Achtung der Selbstbestimmung eines Patienten moralisch kaum rechtfertigen. Demgegenüber sind Eingriffe im Sinne eines schwachen Paternalismus, welche die konkreten Umstände, den Willen des Patienten sowie die Ursachen und Motive berücksichtigen, angesichts des hohen Anteils der Menschen mit zurück gewonnener lebensbejahender Haltung als moralische Pflicht anzusehen.

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Suizidhilfe gemäss zwei Bundesgerichtsentscheiden aus den Jahren 2006 und 2010 nicht von vorneherein unzulässig oder generell als Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht auszuschliessen, wobei aber in beiden Entscheiden betont wurde, dass bei psychisch kranken Suizidwilligen äusserste Zurückhaltung geboten ist. Unabdingbare Voraussetzung für die Beanspruchung der Suizidhilfe bei psychisch kranken Menschen ist ein vertieftes psychiatrisches Gutachten, für das eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch einen Spezialisten erforderlich ist. Allerdings herrscht nach wie vor Uneinigkeit darüber, was zur Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens geprüft werden muss. Während gewisse Experten die Meinung vertreten, es dürfe dabei – im Sinne der Verhinderung subjektivwertbezogener Stellungnahmen – allein um die Feststellung der Entscheidungs- und Tatfreiheit des Suizidwilligen gehen, betonen andere Experten wie beispielsweise der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Forensische Psychiatrie in einer Stellungnahme zum Bundesgerichtsurteil von 2006 die Notwendigkeit einer um-

fassenderen Abklärung. Aus der Sicht der psychiatrischen Praxis sollte bei der Erstellung eines solchen Gutachtens die Fähigkeit, einen bestimmten Sachverhalt intellektuell zu verstehen, und die Fähigkeit, positive und negative Aspekte von Entscheidungsalternativen gegeneinander abwägen zu können, sowie die Fähigkeit, Informationen angemessen zu bewerten, und die Fähigkeit, den eigenen Willen zu bestimmen und zu äussern, beurteilt werden.



## Weiterführende Literatur

---

- BGE 2C\_9/2010 vom 12. April 2010.
- Bormuth Matthias, Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert, Göttingen 2008.
- Dormann Wolfgang, Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, München 2009 (5. Aufl.).
- Fangerau Heiner, Psychische Erkrankungen und geistige Behinderungen, in: Schulz Stefan u.a. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, Frankfurt a.M. 2006, 368–398.
- Fenner Dagmar, Ist die Suizidverhütung ethisch legitimiert?, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 11 (2006) 223–240.
- Fenner Dagmar, Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizinethische Untersuchung, Freiburg/München 2008.
- Finzen, Asmus, Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention, Behandlung, Bewältigung, Bonn 1997.
- Gmür Mario, Suizidbeihilfe und Urteilsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, in: Schweizerische Ärztezeitung 89 (2008) 1768–1771.
- Gmür, Mario, Unfähigkeit zu Zweifeln. Welche Überzeugungen wir haben und wann sie pathologisch werden, Stuttgart 2006.
- Hürlimann, Daniel, Kommentar zum jüngsten Suizidhilfe-Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, in: Schweizerische Ärztezeitung 94 (2013) 1173–1175.
- Lauter Hans, Suizidprävention und Suizidbeihilfe. Psychiatrische Überlegungen zu dem vorstehenden Beitrag, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 11 (2006) 241–258.
- Lehle Bernd, Suizidalität und Suizid während der stationären psychiatrischen Behandlung, in: Psychiatrie, Heft 2, 2007, 40–46.
- Lütkehaus, Ludger, Ein starkes Trostmittel. Philosophische Überlegungen zum Tod von eigener und von anderer Hand, in: NZZ, Nr. 69, 24.3.2010, 54.
- Pillen, Angelika, Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gewalt und Ethik, in: Sozialpsychiatrische Informationen 34 (2004) Heft 2, 2–8.
- Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für forensische Psychiatrie, Bundesgerichtsurteil zum assistierten Suizid von Psychischkranken (Verschreibungspflicht von Natriumpentobarbital). Stellungnahme, in: Schweizerische Ärztezeitung 88 (2007) 1195–1197.
- Wolfslast Gabriele/Schmidt Kurt W. (Hg.), Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag, München 2005.
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, Madrid 1996, letztmals überarbeitet in Kairo 2005.

**Für weitere Auskünfte stehen gerne zur Verfügung**

---

Dr. med. René Bridler M.H.A.  
Ärztlicher Direktor

Telefon 044 716 42 42  
[Rene.Bridler@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:Rene.Bridler@sanatorium-kilchberg.ch)

Tobias Ballweg M.A., Dipl.-Psych.  
Leiter des Ethikforums

Telefon 044 716 42 42  
[Tobias.Ballweg@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:Tobias.Ballweg@sanatorium-kilchberg.ch)