

Rechtsmedizin 2024 · 34:395–401
<https://doi.org/10.1007/s00194-024-00715-7>
 Angenommen: 19. Juni 2024
 Online publiziert: 22. August 2024
 © The Author(s) 2024



Assistierte Suizide in München – eine Analyse vorliegender Gutachten

B. Schäffer¹ · O. Peschel¹ · M. Graw¹ · S. Gleich^{1,2}

¹ Institut für Rechtsmedizin, Universität München, München, Deutschland

² Gesundheitsreferat, LH München, München, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Autoren hatten in 3 vorangehenden Publikationen dieser Fachzeitschrift erste Daten zu assistierten Suiziden (AS) in München vorgestellt. Ergänzend wird nun die Qualität vorliegender Gutachten von AS-Fällen untersucht.

Methode: Alle Münchner Todesbescheinigungen vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2023 wurden auf AS-Sterbefälle geprüft. Waren in den korrespondierenden staatsanwaltschaftlichen Akten Gutachten enthalten, wurden diese AS-Fälle anonymisiert und deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse: Psychiatrische Erkrankungen mit einem potenziellen Einfluss auf die Freiverantwortlichkeit wie Depressionen, kognitive Einschränkungen und Demenz lagen bei knapp 24 %, 3 % bzw. 7 % der Fälle vor. In diesen Fällen wurden in weniger als der Hälfte Fachgutachter aus Psychiatrie oder Psychologie beauftragt. In fast zwei Dritteln der Fälle handelte es sich bei Gutachter, assistierendem Arzt und Leichenschauer um dieselbe Person. Fast ein Fünftel der Gutachten wurde von den Autoren lediglich als Attest eingestuft. Nur in etwa zwei Dritteln der Fälle waren die Nennung von Alternativen zum AS und die Überprüfung der körperlichen Voraussetzungen für die Tatherrschaft des Suizidwilligen dokumentiert.

Diskussion: Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Freiverantwortlichkeit als Voraussetzung für die Straffreiheit eines AS umfasst nach fachlicher Bewertung der Autoren: 1. kompetente Begutachtung der Einwilligungsfähigkeit, 2. ergebnisoffene, umfassende, frühzeitige und ggf. interdisziplinäre Aufklärung, 3. transparente Vorbereitung des AS mit Trennung der Rollen von behandelndem und aufklärendem Arzt, Gutachter, assistierendem Arzt sowie Leichenschauer und 4. ausreichende Reflexionsphasen für den Suizidenten. Eine Überprüfung der Eignung der Gutachter wäre wünschenswert. Jedenfalls bei Anhaltspunkten für mangelnde Freiverantwortlichkeit sollten Fachärzte für Psychiatrie miteinbezogen werden. Gutachten sollten standardisiert abgefasst werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsamt · Todesbescheinigung · Freiverantwortlichkeit · Tatherrschaft · Leichenschau

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Fachpublikation in der Regel das generische Maskulinum als geschlechtsneutrale Form verwendet.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hintergrund

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat im Jahr 2020 festgestellt, dass ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben bestehe und dieses grundrechtlich geschützt sei [3]. Ein Schutzkonzept für Suizidwillige wurde nur insofern konkretisiert, dass der Suizidentschluss auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurückgehen müsse. Für diese Freiheit der Suizidentscheidung,

die auch *Freiverantwortlichkeit* genannt werden kann, hat das BVerfG 4 Voraussetzungen formuliert. Ebenso muss nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs die „Tatherrschaft“ beim Suizidwilligen liegen (■ Tab. 1; [1]).

Erste Daten zum assistierten Suizid (AS), zur Rolle von Sterbehilfeorganisationen und beteiligten Ärzten sowie ein Vergleich zwischen AS und konventionellen Suiziden wurden kürzlich veröffentlicht [8–10]. Ziel

Tab. 1 Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Selbsttötung bzw. (straflosen) Beihilfe dazu sind Freiverantwortlichkeit (Nr. 1–4 gem. BVerfG) sowie die Notwendigkeit der „Tatherrschaft“ beim Sterbewilligen (BGH) [1, 3]			
Voraussetzungen		Schutz vor ...	Orientierung an Kriterien zur ...
BVerfG: Freiverantwortlichkeit	1. Der Sterbewillige muss die Fähigkeit haben, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können	Beeinflussung durch eine <i>akute</i> psychische Störung [4, 20]	Einwilligungsfähigkeit (d. h. Einsichts- und Urteilsfähigkeit für die konkrete Entscheidung [17], abzugrenzen von Geschäfts-/Schuldfähigkeit [4, 7, 11, 14])
	2. Dem Sterbewilligen müssen alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte tatsächlich bekannt sein, d. h., er muss über sämtliche Informationen verfügen, insb. über Handlungsalternativen zum Suizid. Insofern gelten dieselben Grundsätze wie bei der Einwilligung zur Heilbehandlung	Mangelnde Informiertheit, Aufklärung und Beratung [4]	Aufklärung vor Heilbehandlung
	3. Der Sterbewillige darf keinen unzulässigen Einflussnahmen oder keinem Druck ausgesetzt sein	Psychosoziale Einflussnahmen/Pressionen [4, 20]	Unklar
	4. Der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, muss von einer gewissen „Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“ getragen sein, als Kriterium für die Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches und damit nicht bloßer Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise	Übereilung	Unklar (eine Woche [20] bis mindestens 6 Monate [19])
BGH: „Tatherrschaft“ beim Sterbewilligen	Der Sterbewillige muss den lebensbeendenden Akt eigenhändig ausführen und damit bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal behalten. Dies gilt nicht nur, wenn die Kausalkette von ihm selbst, sondern auch dann, wenn sie vom Assistenten (z. B. Arzt) bewirkt worden war	Tötung durch „assistierenden“ Arzt	–

Tab. 2 Charakterisierung der Suizidenten	
Untersuchte Parameter	Anzahl der Fälle mit vorliegendem Gutachten n = 68 (100 %)
Beteiligung von Sterbehilfeorganisationen	
Keine	2 (2,9 %)
Organisation 1	29 (42,6 %)
Organisation 2	24 (35,3 %)
Organisation 3	13 (19,1 %)
Chronisches Schmerzsyndrom dokumentiert	32 (47,1 %)
Bösartige Neubildungen dokumentiert	26 (38,2 %)
Psychiatrische und neurologische Erkrankungen dokumentiert ¹	
Depression	16 (23,5 %)
Schizophrenie	1 (1,5 %)
Angststörung	3 (4,4 %)
Autismus	1 (1,5 %)
Alkoholerkrankung	2 (2,9 %)
Medikamentenmissbrauch	1 (1,5 %)
Beginnende kognitive Einschränkungen	2 (2,9 %)
Demenz	5 (7,4 %)
Kortikobasale Degeneration	1 (1,5 %)
Morbus Parkinson	8 (11,8 %)
Amyotrophe Lateralsklerose	4 (5,9 %)
Multiple Sklerose	1 (1,5 %)
Querschnittslähmung	1 (1,5 %)
Sonstige/nicht näher bezeichnete Erkrankungen ²	17 (25,0 %)
Sonstige Erkrankungen dokumentiert	53 (77,9 %)
Suizidversuch in der Vorgeschichte dokumentiert	12 (17,6 %)
Bestehende Betreuung dokumentiert	3 (4,4 %)
¹ Mehrfachnennung von Erkrankungen pro Fall möglich	
² Beispiele: Schwindel, Polyneuropathie, Tinnitus	

dieser Studie ist es festzustellen, inwieweit oben genannte Voraussetzungen bei den vorliegenden ärztlichen Gutachten (GA) nachvollzogen werden können und diese einer leitliniengerechten medizinischen Begutachtung folgen [6, 11].

Methode

Fallrekrutierung

Zuerst wurden die am Gesundheitsamt archivierten Todesbescheinigungen (TB) aller Münchner Sterbefälle mit Sterbedatum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2023 gesichtet (ein im Vergleich zu [8, 9] um ein Jahr erweiterter Studienzeitraum). Daraus wurden die AS-Fälle als Zielkollektiv in die Studie eingeschlossen. Im nächsten Schritt wurden die korrespondierenden staatsanwaltschaftlichen Akten analog zu [8, 9] vollständig gesichtet. Nur, wenn darin ein GA enthalten war, wurden die AS-Fälle für diese Studie berücksichtigt. Die Sichtung der ärztlichen GA erfolgte in Anlehnung an [6].

Dateneingabe und -auswertung

Studienrelevante Informationen wurden als Variablen in einem Codeplan festgelegt. Die Dateneingabe erfolgte anschließend

Tab. 3 Charakterisierung der Gutachter	
Untersuchte Parameter	Anzahl der Fälle mit vorliegendem Gutachten n = 68 (100%)
Facharztqualifikation der Gutachter	
Psychiatrie	14 (20,6%)
Allgemeinmedizin	7 (10,3%)
Innere Medizin	27 (39,7%)
Gynäkologie	1 (1,5%)
Anästhesie	17 (25,0%)
Keine Gebietsbezeichnung	1 (1,5%)
Kein Arzt, sondern psychologischer Psychotherapeut/Psychologe	1 (1,5%)
Weitere Funktionen der Gutachter beim AS	
Keine	5 (7,4%)
Arzneistoffverordnung	10 (14,7%)
Gutachten + AS-Assistenz, davon behandelnder Arzt	9 (13,2%) 1 (11,1%)
Gutachten + AS-Assistenz + Leichenschau, davon behandelnder Arzt	44 (64,7%) 1 (9,1%)
Gutachtenerstattung durch Psychiater oder Psychologe, wenn	
Depression dokumentiert	8/16 Fälle
Suchterkrankung dokumentiert	1/3 Fälle
Kognitive Einschränkung/Demenz dokumentiert	3/7 Fälle
Suizidversuch dokumentiert	6/12 Fälle
Gerichtliche Betreuung besteht	2/3 Fälle

Tab. 4 Allgemeine Charakteristika der Gutachtenerstellung	
Untersuchte Parameter	Anzahl der Fälle mit vorliegendem Gutachten n = 68 (100%)
Einstufung der Gutachten i. R. dieser Publikation (nach [6])	
Attest	11 (16,2%)
Freies Gutachten	57 (83,8%)
Beteiligung Dritter bei der Gutachtenerstellung (Vorgespräche) davon	
Arzt	1 (3,3%)
Jurist	28 (93,3%)
Sonstige	1 (3,3%)
Anzahl der Gesprächstermine für die Gutachtenerstellung ¹	
Mittelwert	1,1
Median	1,0
Minimum	1
Maximum	3
Angewandene Gesprächsdauer ² in min	
Mittelwert	85,8
Median	75,0
Minimum	20
Maximum	210
Zeitraum zwischen dem Gespräch mit dem Gutachter und dem AS in Tagen ³	
Mittelwert	45,8
Median	22,0
Minimum	1
Maximum	391
¹ Keine Angabe zur Anzahl der Gesprächstermine bei 1 Gutachten	
² Keine Angabe der Gesprächsdauer bei 24 Gutachten	
³ Es konnten 57 Fälle mit vollständigen Datumsangaben ausgewertet werden	

standardisiert in Excel (Microsoft Office). Die Daten wurden anonymisiert und mit SPSS (IBM, Armonk, NY, USA, Version 26) deskriptiv ausgewertet. Analog zu [8–10] wurden Datenschutz, Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht sowie Einhaltung der ethischen Richtlinien beachtet.

Ergebnisse

Allgemeine Charakteristika

Insgesamt 60.357 Personen verstarben im Studienzeitraum im Stadtgebiet München. Davon wurden 803 (1,3%) als Suizide, 77 Fälle (9,6%) als AS klassifiziert [10]. Von diesen 77 Fällen lagen in 68 Fällen (88,3%) GA vor.

Charakterisierung der Suizidenten

Die in die Studie eingeschlossenen Sterbewilligen wurden überwiegend von Sterbehilfeorganisationen begleitet. In fast der Hälfte der Fälle war ein chronisches Schmerzsyndrom, bei einem Drittel waren bösartige Neubildungen dokumentiert. Psychiatrische Erkrankungen mit einem potenziellen Einfluss auf die Freiverantwortlichkeit wie Depressionen, kognitive Einschränkungen und Demenz lagen bei knapp 24%, 3% resp. 7% der Fälle vor. Bei fast einem Fünftel der Sterbewilligen war ein Suizidversuch in der Vorgeschichte dokumentiert (■ Tab. 2).

Charakterisierung der Gutachter

Die Qualifikation und Häufigkeit des Tätigwerdens der Gutachter können ■ Abb. 1 sowie ■ Tab. 3 entnommen werden. In lediglich 5 Fällen übernahm der Gutachter keine weitere Funktion im Rahmen des AS. In zwei Dritteln der Fälle lagen GA, Suizidassistenten und Leichenschau in der Hand desselben Arztes. Bei durchschnittlich weniger als der Hälfte der Suizidenten mit psychiatrischen Erkrankungen erfolgte die GA-Erstellung durch Psychiater oder Psychologen (■ Tab. 3).

Charakterisierung der Gutachten

Weit überwiegend wurden die GA als freie GA eingestuft, in fast einem Fünftel der Fälle lediglich als Attest (im Weiteren al-

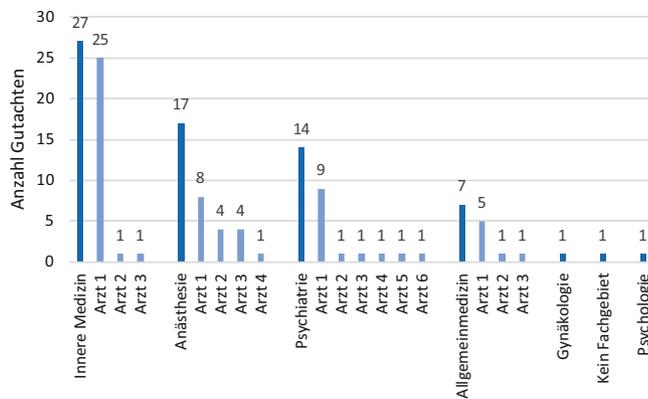


Abb. 1 ◀ Fachgebiete und Häufigkeit erstellter Gutachten: Für das Fachgebiet Innere Medizin lagen 27 Gutachten vor, die von 3 Ärzten erstellt wurden, Arzt 1 erstellte 25 Gutachten. Analog für die weiteren Fachrichtungen

le zusammengefasst als „GA“ bezeichnet). Bei der GA-Erstellung waren in 44% der Fälle Dritte im Rahmen sog. Vorgespräche beteiligt. Im Regelfall wurde für die GA-Erstellung vom Gutachter ein Gespräch mit dem Sterbewilligen geführt, das im Median 75 min dauerte und im Median 22 Tage vor dem AS stattfand (▣ Tab. 4).

Formale Vorgaben an GA wurden im Regelfall beachtet. Nur in etwa der Hälfte der Fälle wurden vom Gutachter berücksichtigte Vorbefunde in den GA detailliert aufgeführt und waren nur in etwa der Hälfte der Fälle in den Akten der Staatsanwaltschaft enthalten. Die GA umfassten durchschnittlich 4 DIN-A4-Seiten (zur Seitenzahl nach Fachgebiet, weiteren formalen und inhaltlichen Charakteristika der GA: ▣ Tab. 5). Quantifizierende Testverfahren wurden nur in wenigen GA aufgeführt. Eine körperliche Untersuchung fand in keinem Fall statt. Nur in etwa zwei Dritteln der Fälle waren die Nennung von Alternativen zum AS und die Überprüfung der körperlichen Voraussetzungen für die Tatherrschaft dokumentiert. Ein GA enthielt keine abschließende Aussage über die Einwilligungsfähigkeit des Sterbewilligen (▣ Tab. 5). Der strukturelle Aufbau dreier exemplarischer GA ist in ▣ Tab. 6 aufgeführt.

Diskussion

Um dem Recht des Sterbewilligen auf selbstbestimmtes Sterben bestmöglich Ausdruck zu verschaffen, hat sich die ärztliche Beteiligung am AS an den 4 Voraussetzungen des BVerfG zu messen (▣ Tab. 1; [1, 3]).

Charakterisierung der Suizidenten

Das AS-Kollektiv aus München war überwiegend weiblich, hochbetagt und multimorbid [8–10]. Aus Sicht der Autoren besonders vulnerable Fälle im Kollektiv waren solche mit dokumentierter Depression, Suchterkrankung, kognitiver Einschränkung/Demenz, Suizidversuchen oder Betreuung, da diese Krankheiten potenziellen Einfluss auf die Freiverantwortlichkeit haben können. In diesen Fällen müssen für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit höchste Sorgfaltsmaßstäbe angesetzt werden (BVerfG-Vor. Nr. 1). Im Falle einer Demenz liegt dazu eine Leitlinie vor [11]. Zu beachten ist, dass Freiverantwortlichkeit bei *chronischen* psychischen Störungen grundsätzlich gegeben sein kann [4, 15, 20]. Jedoch wurde nicht in jedem dieser vulnerablen Fälle ein psychiatrischer Gutachter hinzugezogen. Auch die Voraussetzungen der Tatherrschaft wurden nicht in jedem Fall dokumentiert (relevant insb. bei potenziellen Schluckstörungen und beabsichtigter oraler Chloroquin-Einnahme). Beides wäre aus Sicht der Autoren jedoch empfehlenswert.

Charakterisierung der Gutachter

Laut Literatur seien Adressat des BVerfG-Urteils eigentlich Gerichte, denen es obläge, den Rechtsbegriff „Freiverantwortlichkeit“ im Einzelfall auszulegen. Die besondere Vulnerabilität Suizidwilliger geböte dann eine Untersuchung, Beratung und Aufklärung – in der Regel durch Fachärzte für Psychiatrie [4]. Im Kollektiv lag diese Qualifikation nur bei ca. einem Fünftel der Fälle vor. Die Beurteilung der Ein-

willigungsfähigkeit bei Demenz könnten laut Leitlinie zwar auch besonders geschulte Ärzte anderer Fachrichtungen und Psychologen übernehmen [11]. Beim AS jedoch könnten Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit, wie auch Depressionen für psychiatrische Laien und Ärzte anderer Fachrichtungen oft nicht erkennbar sein [4]. Im Kollektiv waren dennoch überwiegend Gutachter mit anderer Qualifikation vertreten. Grundsätzlich sollte der Gutachter über das erforderliche Wissen und die notwendige Erfahrung zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit verfügen [6]. Zweifel an dessen Objektivität und Unparteilichkeit (wie Voreingenommenheit zugunsten des AS, Anm. der Autoren) sowie geschäftliche oder persönliche Beziehungen zum Sterbewilligen (wie mögliche Erben, Anm. der Autoren) sollten zur Ablehnung der Begutachtung führen [13]. Die Personalunion aus Gutachter, aufklärendem und assistierendem Arzt sowie Leichenschauer (fast zwei Drittel der Fälle) ist aus Sicht der Autoren kritisch und könnte Einfluss auf die attestierte oder zu attestierende Freiverantwortlichkeit haben (BVerfG-Vor. Nr. 3).

Charakterisierung der Gutachten

Die Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen sollte laut Literatur mehrstufig geprüft werden (Aufklärung, Reflexionsphase, Untersuchung, Feststellung „innerer Festigkeit“ und Bereitschaft zur eigentätigen Handlung), und die GA sollten entsprechend strukturiert sein [6, 16]. Die vorliegenden GA waren jedoch uneinheitlich strukturiert (▣ Tab. 6).

Die Aufklärung hat sich an den Kriterien für eine Heilbehandlung zu orientieren (BVerfG-Vor. Nr. 2) [3]. Grundsätzlich sollten Aufklärungspflichten umso höher sein, je weniger dringlich oder medizinisch indiziert ein Eingriff ist und je gravierender mögliche Konsequenzen sind [5, 22, 23]. Im Regelfall sollten AS jedenfalls nicht dringlich sein und sind unwiderruflich. Im Kollektiv fiel auf, dass bei einem Drittel der Fälle die Aufklärung über Handlungsalternativen zum AS zumindest nicht dokumentiert war. Eine ergebnisoffene und umfassende Aufklärung über Handlungsalternativen zum AS ist aus Sicht der Autoren insb. bei den häufig dokumentierten

Tab. 5 Formale und inhaltliche Charakteristika der Gutachten (nach [1])	
Untersuchte Parameter	Anzahl der Fälle mit vorliegendem Gutachten n = 68 (100%)
Formales	
Briefkopf mit Angabe des Gutachters und fachlicher Qualifikation	66 (97,1%)
Personalangaben Begutachteter nachvollziehbar	67 (98,5%)
Angaben, worauf das Gutachten beruht (Vorbefunde, Untersuchung durch Gutachter, Zusatzbefunde)	65 (95,6%)
Vorbefunde im Gutachten aufgeführt	
<i>Nein</i>	15 (22,1%)
<i>Allgemein aufgeführt (z. B. „zahlreiche Klinikberichte“)</i>	23 (33,8%)
<i>Detaillierte Auflistung mit Einrichtung, Datum etc.</i>	30 (44,1%)
Vorbefunde in staatsanwaltschaftlicher Akte enthalten	35 (51,5%)
Datum der <i>Untersuchung</i>	67 (98,5%)
Datum der <i>Fertigstellung</i> des Gutachtens	68 (100,0%)
Unterschrift	68 (100,0%)
Seitenzahl des Gutachtens	
<i>Mittelwert</i>	3,8
<i>Median</i>	4,0
<i>Minimum</i>	1,0
<i>Maximum</i>	14,0
Durchschnittliche Seitenzahl nach Fachgebiet	
<i>Psychologischer Psychotherapeut/Psychologe</i>	7,0
<i>Psychiatrie</i>	6,2
<i>Innere Medizin</i>	3,7
<i>Allgemeinmedizin</i>	2,0
<i>Gynäkologie</i>	2,0
<i>Anästhesie</i>	2,4
<i>Keine Gebietsbezeichnung</i>	4,5
Sachverhaltsdarstellung	
Umfassende Anamnese nachvollziehbar	65 (95,6%)
Wenn Anamnese nachvollziehbar	
<i>Eigenanamnese</i>	47 (69,1%)
<i>Eigenanamnese und Fremdanamnese</i>	21 (30,9%)
Subjektive Angaben des Begutachteten dokumentiert (beklagte Beschwerden und Beeinträchtigungen)	66 (97,1%)
Psychischer Befund nachvollziehbar, zumindest Verhaltensschilderung	62 (91,2%)
Quantifizierende Verfahren: <i>Depression</i> (Haupt-, Nebenkriterien)	22 (32,4%)
Quantifizierende Verfahren: <i>kognitiver Status</i> (MMS) mit Testergebnis	12 (17,6%)
Quantifizierende Verfahren: <i>Einwilligungsfähigkeit</i> (MacCAT-T)	3 (4,4%)
Körperliche Untersuchung durchgeführt	0 (0%)
Beschreibung alltagsrelevanter Funktionseinschränkungen, z. B. Bettlägerigkeit	63 (92,6%)
Alternativen zum AS im Gutachten aufgeführt	45 (66,2%)
Körperliche Voraussetzung für die Tatherrschaft überprüft (motorische Fähigkeit zum Öffnen des Infusionsrädchens, keine Schluckstörung)	43 (63,2%)
Nennung relevanter Diagnosen	68 (100%)
Gutachterliche Würdigung	
Zusammenfassung und Schlussfolgerung	60 (88,2%)
Laienverständliche Sprache	67 (98,5%)
Aussage über Einwilligungsfähigkeit	67 (98,5%)
<i>MacCAT-T</i> MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment, <i>MMS</i> Mini-Mental-Status-Test	

chronischen Schmerzsyndromen hinsichtlich Schmerztherapie und bei bösartigen Neubildungen hinsichtlich palliativmedizinischer Versorgung sicherzustellen [9].

Die Aufklärung soll entsprechend § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und Nr. 3 BGB „mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“ und „für den Patienten verständlich sein“. Aus Sicht der Autoren sollten zwei unabhängige Ärzte aufklären (in Österreich: § 7 Abs. 1 Sterbverfügungsgesetz) [21]. Ärzte anderer Fachgebiete (z.B. Palliativmediziner, Onkologen, Neurologen), Sozialpädagogen (z.B. zur Schuldnerberatung), Hospizmitarbeiter oder andere Fachpersonen sollten bei Bedarf hinzugezogen werden [4]. Auch eine zusätzliche juristische Beratung kann im Einzelfall sinnvoll sein. In dieser Studie nicht klären lässt sich der mögliche Einfluss der sog. Vorgespräche, die überwiegend durch Juristen durchgeführt wurden. Jedenfalls ist die Begutachtung der Einwilligungsfähigkeit laut Literatur alleinige ärztliche Aufgabe [15, 19].

Entsprechend § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB hat die Aufklärung „so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann“. Zwischen Aufklärung und Vornahme der Maßnahme sollte ein ausreichend, aber nicht zu langer Zeitraum liegen, dessen Länge sich nach Art und Schwere des Eingriffs bestimmt [12, 22]. Im Kollektiv vergingen zwischen Gutachtungsgespräch und AS im Median 22 Tage. Eine Aufklärung erst am Vortag des AS erscheint aus Sicht der Autoren als verspätet (zur Orientierung: in Österreich § 8 Abs. 1 Sterbverfügungsgesetz; [21]). Sterbewillige müssen jedenfalls ausreichend vor Übereilung geschützt werden (BVerfG-Vor. Nr. 4).

Quantitative Testinstrumente können nach Schweizer Ansicht eine umfassende Evaluation der Freiverantwortlichkeit nicht ersetzen, bewerten teils nur kognitive Faktoren (z. B. MacCAT-T, Demenz-Screening mit MMS), sollten auch das U-Doc-Formular umfassen (ergänzt emotionale Faktoren und Werthaltungen) [18] und wurden im untersuchten Kollektiv nur selten eingesetzt.

Tab. 6 Struktureller Aufbau exemplarischer Gutachten		
Gutachter 1 Facharzt für Psychiatrie	Gutachter 2 Facharzt für Innere Medizin	Gutachter 3 Facharzt für Anästhe- siologie und Intensiv- medizin
Gutachtenname		
Gutachten zur Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses	Vorabklärung und Dokumentation zur Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses	Bericht über das ärztliche Zweitgespräch
Gutachtaufbau		
A Zusammenfassung	A Quellen	A Gesichtete Unterlagen
B Quellen	B. Aktenlage <i>Biografie Krankheitsanamnese, medizinische Situation</i>	B Lebensumstände und medizinische Situation
C Eigene Angaben des Mitglieds <i>Lebensweg Aktuelle Situation Körperliche Beschwerden Psychische Beschwerden Suizidentschluss Dauer der suizidalen Überlegungen Motiv des Suizidentschlusses Befassung mit Alternativen Äußerungen/Kommentare von Angehörigen</i>	C Freitodwunsch	C Freitodwunsch
D Ärztliche Beurteilung <i>Glaubwürdigkeit der Patientenangaben Körperlicher Befund Psychischer Befund Suizidentschluss: Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Mangelfreiheit des Suizidwillens, Kenntnis aller entscheidungserheblichen Gesichtspunkte, Befassung mit Alternativen Krankheitsbedingte Defizite? Intoxikationsbedingte Defizite? Zwang? Drohung? Täuschung? Innere Festigkeit und Zielstrebigkeit des Suizidentschlusses</i>	D Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung (nach BVerfG 26.02.2020) <i>Urteils- und Entscheidungsfähigkeit Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit der suizidalen Überlegungen Wohlerwogenheit, Alternativen Freiverantwortlichkeit</i>	D Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung (nach BVerfG 26.02.2020) <i>Urteils- und Entscheidungsfähigkeit Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit der Überlegungen zum Freitod Wohlerwogenheit und Alternativen Freiverantwortlichkeit Tatherrschaft</i>
E Beratung	E Psychopathologischer Befund <i>Medikamentös-toxische Einflüsse Depression Demenz</i>	E Zusammenfassung und Beurteilung
F Risiken bei oraler Suizidmitteleinnahme	F Tatherrschaft	–
G Ausnahmefall nach § 217 Abs. 2 Satz 2 StGB-E	G Zusammenfassung und Beurteilung	–
H Bewertung nach § 217 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 StGB-E	–	–
I Maßgabe für das Beratungsgespräch nach § 217 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 StGB-E	–	–

Limitationen

Die retrospektive Erfassung von AS-Fällen in München setzte voraus, dass diese vom Leichenschauer in der TB auch als AS kenntlich gemacht worden waren. Die weitere Auswertung war auf die staatsanwaltlichen Akten, die in 9 Fällen kein GA

enthielten, beschränkt. Darüber hinausgehende Informationen lagen nicht vor.

Fazit und Ausblick

Die Freiverantwortlichkeit des AS umfasst aus Sicht der Autoren eine kompetente Begutachtung der Einwilligungsfähigkeit

(Vor. Nr. 1 des BVerfG), eine ergebnisoffene, umfassende, frühzeitige und ggf. interdisziplinäre Aufklärung (Vor. Nr. 2), eine transparente Vorbereitung des AS mit personeller und finanzieller Trennung von vorbehandelndem und aufklärendem Arzt, Gutachter, assistierendem Arzt sowie Leichenschauer (Vor. Nr. 3) und ausreichende Reflexionsphasen für den Sterbewilligen zum Schutz vor Übereilung (Vor. Nr. 4). Diese Anforderungen sind laut den Ergebnissen der Studie bislang hierzulande nicht erfüllt und sollten bei einer gesetzlichen Regelung berücksichtigt werden. Orientierung könnte das österreichische Sterbverfügungsgesetz bieten [21]. Eine Überprüfung der Eignung der Gutachter wäre wünschenswert. Jedenfalls bei Erkrankungen mit einem potenziellen Einfluss auf die Freiverantwortlichkeit wie Depressionen, kognitiven Einschränkungen und Demenz, bei Betreuung oder sonstigen Anhaltspunkten für mangelnde Freiverantwortlichkeit sollten aus Sicht der Autoren Fachärzte für Psychiatrie in die Beurteilung miteinbezogen werden. Entsprechende GA sollten standardisiert abgefasst werden. Mindestanforderungen wie für Schuldfähigkeitsgutachten sollten festgelegt werden [2], idealerweise in Form einer interdisziplinären Leitlinie.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ass. jur. B. Schäffer
Institut für Rechtsmedizin, Universität München
Nußbaumstr. 26, 80336 München, Deutschland
benno.schaeffer@med.uni-muenchen.de

Danksagung. Die Autoren danken Herrn Dr. Klima vom Gesundheitsreferat der LH München für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Erklärung zur Datenverfügbarkeit. Die der Studie zugrunde liegenden Rohdaten können bei begründetem Interesse vom korrespondierenden Autor angefordert werden.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Schäffer, O. Peschel, M. Graw und S. Gleich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- BGH (2022) Abgrenzung von Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe, Beschluss vom 28.6.2022 (6 StR 68/21). NJW 2022, 3021
- Boetticher A, Nedopil N, Bosinski H et al (2007) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1:3–9. <https://doi.org/10.1007/s11757-006-0002-8>
- BVerfG (2020) Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15. https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html. Zugegriffen: 2. Apr. 2023
- Cording C, Saß H (2022) Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid – Ein Diskussionsbeitrag aus forensisch-psychiatrischer Perspektive. NJW 2020, 2695
- Deutsch E, Spickhoff A (2014) *Medizinrecht*. Springer, Berlin, S 292 ff <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38149-2>
- DGNB (2019) Leitlinie Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung (AWMF-Leitlinie Registernummer 094/001)
- Dreßing H, Leygraf J, Schneider F (2014) Begutachtung der Geschäfts- und Testierfähigkeit: Komplexe Aufgabe für den Arzt. *Dtsch Arztebl* 111 (26): A-1202/B-1038/C-980
- Gleich S, Peschel O, Graw M et al (2023) Assistierte Suizide in München – Eine erste kritische Analyse. *Rechtsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s00194-023-00668-3>
- Gleich S, Peschel O, Graw M et al (2023) Assistierte Suizide in München – Rolle der Sterbehilfeorganisationen und der beteiligten Ärzte. *Rechtsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s00194-023-00669-2>
- Gleich S, Schienhammer J, Peschel O et al (2024) Assistierte und konventionelle Suizide in München – Ein Gruppenvergleich. *Rechtsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s00194-024-00701-z>
- Haberstroh J, Pantel J (2020) Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. In: DGGG, DGPPN, DGN (Hrsg) *Interdisziplinäre*

Assisted suicides in Munich—An analysis of available expert reports

Background: In three previous publications the authors presented first data on assisted suicides (AS) in Munich. In addition, the quality of expert reports on AS were examined.

Methods: All death certificates in Munich from January 1, 2020, to December 31, 2023, were examined for cases of AS. If the corresponding public prosecutor's files contained expert reports, these cases of AS were anonymized and analyzed descriptively.

Results: Psychiatric disorders with a potential impact on free will, such as depression, cognitive impairment, and dementia, were present in approximately 24%, 3% and 7% of cases, respectively. In less than half of these cases no psychiatric or psychological experts were appointed. In almost two thirds of the cases the expert, suicide assistant and postmortem examiner were the same person. Almost one fifth of the expert reports were classified by the authors merely as attestation. Only in about two thirds of the cases were alternatives to AS and the physical prerequisites for the suicide documented.

Discussion: The free will required by the Federal Constitutional Court as a prerequisite for exemption from prosecution of AS, in the view of the authors includes: 1) competent assessment of the ability to give consent, 2) open-ended, comprehensive, early and, if necessary, interdisciplinary information about AS, 3) transparent preparation with separation of the roles of pretreatment and informing physician, expert, assisting physician and postmortem examiner and 4) sufficient reflection phases. An assessment of the qualification of the experts would be desirable. In any case, if there are indications of a lack of free will specialists in psychiatry should be involved. Expert reports should be standardized.

Keywords

Health department · Death certificate · Free will · Perpetration · Postmortem examination

- S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis (AWMF-Leitlinie Registernummer 108/001). Kohlhammer, Stuttgart, S 12 ff, 37, 46 f
- Halbe B (2023) Aufklärung und Einwilligung: Wichtig ist der richtige Zeitpunkt. *Dtsch Arztebl* 120 (33–34): A-1386/B-1194
- Katzenmeier C (2020) XII. Der Arzt als medizinischer Sachverständiger. In: Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V (Hrsg) *Arztrecht*. Verlag C. H. Beck oHG, München, S 530, 536 ff
- Kröber H (2011) Praxis der psychiatrischen und psychologischen Begutachtung. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N et al (Hrsg) *Handbuch der forensischen Psychiatrie – Band 2: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der forensischen Psychiatrie im Strafrecht*. Springer, Berlin, S 160 f <https://doi.org/10.1007/978-3-7985-1745-5>
- Marckmann G, Pollmächer T (2024) Assisted suicide in persons with mental disorders: a review of clinical-ethical arguments and recommendations. *Ann Palliat Med*. <https://doi.org/10.21037/apm-23-472>
- Nedopil N (2022) Assistierter Suizid. Beurteilung der Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung. In: Bobbert M (Hrsg) *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit*. Nomos, Baden-Baden, S 53 ff <https://doi.org/10.5771/9783748934974>
- Reinhardt K, Wenker M, Atzpodien J et al (2021) Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Dtsch Arztebl* PP 8/2021, S 379 ff
- SAMW (2019) *Medizin-ethische Richtlinien – Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis*. S 17, 25 f www.samw.ch/richtlinien. Zugegriffen: 9. Apr. 2024
- Saß H, Cording C (2022) Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *Nervenarzt* 93:1150–1155. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01386-z>
- Schnorr T (2021) Die Freiverantwortlichkeit des Suizidenschlusses. *JuS* 2021, 73
- StVfG (2022) Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG). <https://ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetznummer=20011782>. Zugegriffen: 7. Juni 2023
- Wagner C (2022) § 5 Schönheitsoperationen – Strafbarkeitsrisiken bei medizinisch nicht indizierten, „wunscherfüllenden“ ärztlichen Eingriffen. In: Saliger F, Tsambikakis M (Hrsg) *Strafrecht der Medizin – Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Verlag C. H. Beck oHG, München, S 398 ff
- Wiesing U (2017) *Indikation – Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart, S 147

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.