

3 Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid

Clemens Cording und Henning Saß

3.1 Einleitung

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seinem grundlegenden Urteil vom 26.02.2020 (BVerfGE 153, 182ff), mit dem es den 2015 in Kraft getretenen § 217 StGB zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Suizidassistenz für nichtig erklärt hat, zugleich betont, dass die Freiverantwortlichkeit dieser Entscheidung eine unabdingbare Voraussetzung für die Zulässigkeit von Suizidassistenz ist. In Übereinstimmung mit dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) führt das BVerfG aus, der Staat habe dafür *Sorge zu tragen und sicherzustellen*, dass der Entschluss, assistierten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht (Randnummern 232 und 305 im genannten Urteil). Wie das konkret geschehen kann und soll, ist bisher (September 2022) nicht gesetzlich geregelt worden. Dazu haben die Autoren des vorliegenden Kapitels Diskussionsbeiträge publiziert, auf die Bezug genommen wird (Cording & Saß 2020a, 2020b; Saß & Cording 2022¹). Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN hat mit einer Expertenrunde verschiedene Optionen diskutiert und am 01.06.2022 ein Eckpunktepapier vorgelegt (DGPPN 2022). Darüber hinaus gibt es neben drei Gesetzentwürfen von Parlamentariern die Thesen und Empfehlungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina vom Juli 2021 (an denen auch der vormalige Präsident des BVerfG Andreas Voßkuhle mitgewirkt hat) (Leopoldina 2021), ferner einen Diskussionsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2021). Ein Beitrag von Seiten der Psychologischen Psychotherapeuten befasst sich vorwiegend mit den therapeutischen, präventiven und ethischen Aspekten der Thematik, weniger mit der Feststellung von Freiverantwortlichkeit (Glasenapp & Teismann 2022).

Der vorliegende Beitrag erörtert den neuen Rechtsbegriff aus forensisch-psychiatrischer Perspektive, wobei er sich insbesondere an den vom BVerfG formulierten Grundsätzen, an den Thesen und Empfehlungen der Leopoldina sowie an dem Eckpunktepapier der DGPPN orientiert, im Übrigen die Auffassung der Autoren wiedergibt.

1 Das vorliegende Kapitel ist eine überarbeitete und erweiterte Fassung dieses Beitrags der Autoren

3.2 Zur Definition von Freiverantwortlichkeit

Als notwendige Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung hat das BVerfG vier Komponenten benannt:

- Die Fähigkeit, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln (Rn 241, 245)
- Die tatsächliche Informiertheit über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte (Rn 242, 246)
- Die Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck (Rn 243, 235, 247, 250)
- Die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses (Rn 244, 340).

Nachdem diese vier Komponenten integrale Bestandteile einer freien Suizidentscheidung im Sinne des BVerfG sind, eignet sich unseres Erachtens der Begriff Freiverantwortlichkeit als *Oberbegriff* für die Gesamtheit dieser Voraussetzungen. Der Begriff Freiverantwortlichkeit wurde bereits früher vom BGH im Zusammenhang mit der Lebensbeendigung gem. §§ 216, 217 a.F. StGB verwendet (z.B. BGH 04.07.1984 – 3 StR 96/84, Rn 12, 20, 22; BGH 03.07.2019 – 5 StR 132/18, Rn 20 ff), wird im Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 in Rn 222 und 335 erwähnt und hat sich seither im Kontext der Suizidassistenten eingebürgert (z.B. Cording & Saß 2020a; Leopoldina 2021; Castellucci et al. 2022; DGPPN 2022; Lipp 2022).

Das BVerfG hat deutlich gemacht, dass Freiverantwortlichkeit nicht nur das Freisein von einer psychischen Störung bedeutet, sondern zugleich die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses, die hinreichende Informiertheit (Aufklärung, Beratung) sowie das Freisein von Druck bzw. Pressionen erfordert. Freiverantwortlichkeit kann auch fehlen, wenn keine psychische Störung vorliegt. Sie kann aber auch gegeben sein, wenn eine psychische Störung vorhanden ist.

Aus Gründen konzeptioneller und begrifflicher Klarheit sollte der Begriff der Freiverantwortlichkeit abgegrenzt werden gegenüber anderen Rechtsbegriffen wie *freie Willensbestimmung* (Geschäftsfähigkeit, § 104 Nr. 2 BGB), *Einwilligungsfähigkeit* (§ 630d BGB) und *Schuldfähigkeit* (§§ 20, 21 StGB), für die trotz partieller Überlappungen andere Voraussetzungen gelten. Die vom BVerfG benannten Voraussetzungen für die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung sind nicht auf andere Sachverhalte übertragbar.

Auch aus psychiatrischer Sicht können derart weitreichende und irreversible Entscheidungen nur dann als frei bzw. freiverantwortlich gelten, wenn sie nicht nur frei von einer relevanten psychischen Störung und äußerem Druck, sondern gleichzeitig auch auf der Grundlage hinreichender Informiertheit über die Risiken und die Chancen alternativer Optionen getroffen wurden und ernsthaft und dauerhaft sind. Alle vier Komponenten sind eng mit *psychischen* Funktionen verbunden. Wie die Leopoldina in ihrer 4. Empfehlung zutreffend erwähnt, ist äußerer Druck nicht nur und nicht immer ein objektives Faktum, sondern ein subjektiv *gefühlter* Druck kann die freie Willensbildung ebenso beeinträchtigen. Desgleichen kann die Dauerhaftigkeit der Entscheidung stark

von schwankenden psychischen Befindlichkeiten und Ambivalenzen abhängen (Rn 244), dasselbe gilt für die Auffassung, Verarbeitung und Bewertung von angebotenen Informationen. Es bestehen also zwischen den vier vom BVerfG dargestellten Komponenten komplexe Interdependenzen, die dafür sprechen, Freiverantwortlichkeit als den alle genannten Komponenten umfassenden Oberbegriff für die Autonomie einer Entscheidung zum assistierten Suizid zu verwenden.

3.3 Zur Bedeutung der Heterogenität der Betroffenen

In der öffentlichen Debatte wird meist nicht zwischen den sehr unterschiedlichen Gruppen differenziert, die einen assistierten Suizid wünschen. Anders als andere Länder hat das deutsche BVerfG die Zulässigkeit des assistierten Suizids nicht auf Personen mit unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheiten oder schweren Leidenszuständen beschränkt, allerdings hat es in Rn 340 je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens vorgesehen. In verschiedenen Voten wird nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass bei Suizidwünschen von Menschen mit schweren, lebenslimitierenden Erkrankungen und bei anderen Gruppen *unterschiedlich* vorgegangen werden sollte (z.B. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2021; Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin 2020; vgl. Leopoldina Empfehlung 5; BMG 2021 - StHG § 7; Cording & Saß 2020a, Rn 11). Die notwendige Differenzierung im Vorgehen bei den verschiedenen Konstellationen betrifft insbesondere die Regelungen für die Prüfung der Freiverantwortlichkeit und die Wartefristen. Nach psychiatrischer Erfahrung und den national und international vorliegenden Daten lassen sich folgende vier Hauptgruppen von Suizidwilligen unterscheiden:

3.3.1 Spontansuizide

Die Gruppe der Menschen, die sich unabhängig von irgendwelchen gesetzlichen Regelungen bisher ohne Hilfe Dritter auf teilweise brutale Weise das Leben genommen haben, spielt in der gegenwärtigen Debatte eine besondere Rolle, weil die Erwartung besteht, dass die Freigabe der Suizidhilfe diesen Menschen zu einem sanfteren Tod verhilft und zugleich Gefährdungen Dritter reduziert (z.B. Auto-, Flugzeug- und Bahnsuizide etc.). Allerdings ist es sehr fraglich, ob diese Gruppe mit den Regelungen für den assistierten Suizid überhaupt in nennenswertem Umfang erreicht wird. Wie die Entwicklung in den Ländern zeigt, die die Suizidassistenz oder gar die Tötung auf Verlangen liberalisiert haben, hat sich die genannte Erwartung dort nicht erfüllt: Die Liberalisierung der Suizidassistenz geht nicht mit einem signifikanten Rückgang der Spontansuizide einher, sondern teilweise sogar mit deren Zunahme (Boer 2018, 24ff; vgl. Taupitz 2017, 121, 134 Ziff.7).

Dieser unter restriktiven ebenso wie auch unter stark gelockerten Bedingungen gleichermaßen belegte Befund ist umso bemerkenswerter, als die Gruppe der Spontansuizidenten durchaus nicht generell unerreichbar für äußere Einflussfaktoren ist. Gerade in Deutschland sind die Spontansuizide in den letzten Jahrzehnten ganz erheblich zurückgegangen, wozu sicherlich ein Bündel suizidpräventiver Maßnahmen beigetragen hat (Aufklärung von Schlüsselpersonen über Umgang mit Depression und Suizidalität, Sicherung bestimmter Brücken und anderer sog. Hotspots, Änderung der medialen Berichterstattung über Suizide etc., vgl. Althaus et al. 2005; Hübner-Liebermann et al. 2010). Von 1982 bis 2019 hat sich die Suizidrate in Deutschland um zwei Drittel von 32,9 auf 10,9 pro 100.000 Einwohner reduziert (Müller-Pein 2021). Dabei haben retrospektive und prospektive empirische Studien gezeigt, dass bestimmte Arten medialer Darstellungen von Suiziden (insbesondere von bekannten Persönlichkeiten) zu einem signifikanten Anstieg ähnlich gearteter Suizide führen (Häfner 1992; Schäfer & Quiring 2013).

Über die Gruppe der Personen, die sich spontan und ohne fremde Hilfe suizidieren, liegen empirische Untersuchungen vor, in denen sich durch sog. psychologische Autopsien gezeigt hat, dass etwa 90 % dieser Personen an einer psychischen Erkrankung im engeren Sinne gelitten hatten (Moscicki 2001, 315f; Arsenaault-Lapierre et al. 2004; Schneider et al. 2004). Die meisten dieser Störungen wären gut behandelbar und nicht dauerhaft gewesen. Dass die Suizidentschlüsse dieser Gruppe überwiegend nicht dauerhaft gewesen wären, wird zudem durch die Erfahrung untermauert, dass 80–90 % der Personen, die nach einem ernsthaften Suizidversuch gerettet werden, den Suizidentschluss als Fehlentscheidung werten und keinen weiteren Suizidversuch unternehmen (BVerfG 26.02.2010, Rn 244; vgl. Feuerlein 1984; Wolfersdorf 2015).

Es gehört zur Tragik dieser Personengruppe, dass den Betroffenen gerade in den schwersten Krankheitszuständen die Einsicht fehlt, dass ihr Zustand krankheitsbedingt ist und behandelbar wäre. Es ist davon auszugehen, dass die meisten von ihnen nicht um Suizidassistentz nachsuchen und daher auch nicht zur Beurteilung ihrer Freiverantwortlichkeit kommen werden. Entscheidend für diese Personengruppe ist die Verbesserung der Suizidprävention (siehe z.B. DASP 2021).

3.3.2 Unheilbar terminal Kranke

Diese in der öffentlichen Debatte stark beachtete Gruppe wird meist als paradigmatisch für die Humanität der Suizidassistentz angeführt. Es besteht Konsens, dass terminal Kranken eine bestmögliche Linderung ihrer Schmerzen und Leiden gewährt werden soll, selbst wenn dies zu einer Lebensverkürzung führt. Auch vor dem Urteil des BVerfG war es unstrittig, dass die Betroffenen lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen und Behandlungen abbrechen können. Große Fortschritte der Schmerztherapie, der Palliativmedizin sowie der Hospiz-Angebote haben zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation körperlich Schwerkranker an ihrem Lebensende geführt. Wie hoch der Prozentsatz der Personen ist, die durch diese Angebote nicht hinreichend Erleichterung finden

oder diese ablehnen und den Eintritt ihres Todes durch einen assistierten Suizid beschleunigen wollen, ist nicht bekannt. Dasselbe gilt für die Lebensumstände und die Gründe, die sie zu diesem Wunsch veranlassen. Die auch vom BVerfG geäußerte Befürchtung (Rn 243, 247, 250), dass ein allgemeiner gesellschaftlicher Druck oder aber auch konkrete Pressionen auf diese Personen ausgehen können, das Leben vorzeitig zu beenden, um den Angehörigen oder der Gesellschaft Belastungen bzw. Kosten zu ersparen, gilt sicherlich in besonderem Maße für diese Personengruppe.

Über die psychische Situation und evtl. psychische Störungen bei terminal kranken Menschen mit Suizidwunsch ist wissenschaftlich wenig bekannt. Die Annahme liegt nahe, dass viele von ihnen an depressiven und/oder Angst- bzw. Belastungsstörungen und manche an altersassoziierten kognitiven Beeinträchtigungen leiden, je nach körperlicher Grunderkrankung oder Medikation möglicherweise auch an Störungen der Vigilanz bzw. des Bewusstseins.

Wenn durch Fachärzte des entsprechenden medizinischen Gebiets und/oder durch Palliativmediziner eine terminale Krankheit mit einer zu erwartenden Lebensdauer von allenfalls wenigen Monaten nachgewiesen ist, sollten gemäß Rn 340 des BVerfG-Urteils geringere Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Selbsttötungswillens gestellt werden. Im Falle depressiver oder ängstlicher Syndrome bzw. anderer psychischer Auffälligkeiten sollte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zur Prüfung etwa noch vorhandener Therapieoptionen hinzugezogen werden. Ansonsten kann die Prüfung der Freiverantwortlichkeit in diesen Fällen auch durch die behandelnden Ärzte erfolgen, um die Belastung für die tödlich Kranken möglichst gering zu halten.

3.3.3 Kranke mit therapieresistenten unerträglichen Leidenszuständen

Dieser Begriff taucht in den entsprechenden Regelungen und Gesetzestexten anderer Länder auf. Hier geht es beispielsweise um tief in die Lebensführung eingreifende somatische Erkrankungen, um schwere, chronische Schmerzsyndrome, um ein breites Spektrum hartnäckiger somatoformer und hypochondrischer Störungsbilder und schließlich auch, was besonders vorsichtig zu bewerten wäre, um gravierende psychische Erkrankungen mit andauernd massiver Beeinträchtigung von Lebensqualität und sozialen Bezügen. Suizidwillige aus dieser Gruppe sollten zunächst von Fachärzten des zuständigen Spezialgebiets daraufhin untersucht werden, ob alle nach dem Stand der Wissenschaft gebotenen Therapieoptionen und Unterstützungsmöglichkeiten genutzt wurden. Außerdem sollte durch diesbezüglich besonders erfahrene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Schmerztherapeuten geklärt werden, welche psychotherapeutischen und/oder medikamentösen Behandlungsangebote den Betroffenen vielleicht doch noch Linderung bringen könnten. Wenn diese Behandlungsoptionen erschöpft sind bzw. keine Linderung versprechen, sollte im Rahmen einer abgekürzten Wartefrist die Freiverantwortlichkeit fachärztlich überprüft werden.

3.3.4 Suizidwillige, bei denen die Voraussetzungen der Gruppen 2 und 3 nicht vorliegen

Zu dieser großen Gruppe gehören zum einen Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden, zum anderen all jene, die aufgrund von Schicksalsschlägen, anderen belastenden Lebensereignissen, Lebens- oder Sinnkrisen, Lebensüberdruß oder aus sonstigen Gründen einen assistierten Suizid wünschen; eine besondere Subgruppe dürften Personen bilden, die sich in Sicherungsverwahrung, in Strafhaft oder im Maßregelvollzug befinden.

Bei diesen Gruppen von Suizidwilligen sollte nach eingehender Aufklärung und Beratung über medizinische oder psychosoziale Hilfen und sonstige Alternativen zum Suizid und nach einer Vorprüfung der Freiverantwortlichkeit eine Wartefrist von i.d.R. *sechs Monaten* eingehalten werden, nach deren Ablauf die Freiverantwortlichkeit durch zwei Ärzte zu überprüfen ist, von denen mindestens einer Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein muss (wie u.a. im Entwurf des BMG vorgesehen).

3.4 Beurteilung der Freiverantwortlichkeit

Eine *Altersbeschränkung* hat das BVerfG erstaunlicherweise nicht vorgesehen (Rn 210), aber sowohl die Empfehlungen der Leopoldina als auch die Entwürfe des BMG und der Gruppe um Castellucci gehen davon aus, dass grundsätzlich nur die Entscheidung von Volljährigen als Ausdruck eines autonom gebildeten Suizidwillens anerkannt werden und nur in besonderen Fällen Ausnahmen möglich sein sollen (so auch das Votum der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJP 2021). Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen.

Unabhängig von der begrifflichen Frage, ob Freiverantwortlichkeit als Oberbegriff oder als eine der vier genannten Komponenten verstanden werden soll, lässt sich darlegen, welche *Kriterien* das Urteil des BVerfG für eine gemäß Rn 241-244 freie Suizidentscheidung insgesamt nahelegt. Diese sollen im Folgenden aus psychiatrischer Sicht erörtert werden, wobei allerdings zu betonen ist, dass es beim gegenwärtigen Stand der Diskussion und beim Ausstehen gesetzlicher oder anderer Regelungen zur Ausfüllung des Schutzkonzeptes noch nicht um eine detaillierte Begutachtungsanleitung gehen kann.

3.4.1 Kriterium, den Willen frei und unbeeinflusst durch eine psychische Störung zu bilden

Entsprechend der *ersten Beurteilungsebene* in der üblicherweise zweistufigen Begutachtungsmethodik (vgl. Kap. 2.1.2) geht es hier um die Frage, ob bei der betroffenen Person eine psychische Störung vorliegt. Dies entspricht dem Vorgehen, das bei allen psychiatrischen Begutachtungen in Rechtsfragen üblich ist, wobei jeweils der für das betreffende Gutachtensthema *rechtlich* vorgegebene Störungsbegriff zugrunde zu legen ist (vgl. Saß & Cording 2021).

Hier sind zunächst alle psychischen Störungen in Betracht zu ziehen, die auch bei der Beurteilung der freien Willensbestimmung im Sinne der §§ 104, 105, 2229 BGB, der Einwilligungsfähigkeit gemäß § 630d BGB oder der Schuldfähigkeit gemäß §§ 20, 21 StGB zu berücksichtigen sind (siehe Kap. 2.1.3, Tab. 2.1 und Kap. 5.2; vgl. Habermeyer & Saß 2002a; Saß 2008). Von besonderer Bedeutung ist allerdings, dass im vorliegenden Kontext – anders als etwa bei der Geschäfts- oder Testierfähigkeit – ein weiterer Störungsbegriff zugrunde zu legen ist. Nachvollziehbar begründet nämlich das BVerfG die besonders hohen Anforderungen an die *Freiverantwortlichkeit* im Hinblick auf einen assistierten Suizid damit, dass wegen der Unumkehrbarkeit des Vollzugs der Suizidentscheidung und des hohen Rechtsguts Leben die Betroffenen sowie ihr soziales Umfeld soweit wie irgend möglich vor irreversiblen Fehlentscheidungen bewahrt werden müssen, weshalb auch *vorübergehende Lebenskrisen* und *Fehlvorstellungen* auszuschließen sind (Rn 244, 246).

Das bedeutet, dass hier kein enger Krankheits-, sondern ein weitgefasster Störungsbegriff anzuwenden ist, der auch vorübergehende Lebenskrisen (Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen u.ä.) mit umfasst. Deshalb kommen auf der ersten, diagnostischen Beurteilungsebene praktisch alle Störungen der Kategorie F der ICD-10 in Betracht, die geeignet sind, die Entscheidungsfreiheit bezüglich eines assistierten Suizids einzuschränken, insbesondere auch solche, die erfahrungsgemäß vorübergehender Natur bzw. mit Aussicht auf Erfolg behandelbar sind. Diese müssen unter dem Aspekt der geforderten Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches zunächst angemessen behandelt oder es muss die Möglichkeit einer Spontanremission ausreichend lange abgewartet werden. Darüber hinaus sind bei schweren körperlichen Erkrankungen auch Apathiesyndrome und ihre Auswirkungen auf die Motivation zu berücksichtigen (Gaugel 2004, 70ff).

In der 3. Empfehlung der Leopoldina heißt es dazu: *Es muss ... sichergestellt sein, dass psychische oder andere, insbesondere medizinische Gründe, die eine autonome Entscheidung ernsthaft in Frage stellen, nicht vorliegen.* Auch diese Formulierung zeigt, dass nicht nur psychische Störungen oder Krankheiten im engeren Sinne als Ursache mangelnder Freiverantwortlichkeit in Betracht kommen, sondern ganz allgemein *psychische Gründe*, außerdem auch andere, insbesondere medizinische Gründe. Die missverständliche Formulierung aus Rn 241 des BVerfG-Urteils wird hier nicht übernommen, in der von einer *akuten* psychischen Störung die Rede ist; es kann davon ausgegangen werden, dass (anders als im medizinischen Sprachgebrauch üblich) mit „*akut*“ eine *aktuell vorhandene* psychische Störung gemeint war.

Auf der ersten, diagnostischen Beurteilungsebene führt das Vorliegen einer psychischen Störung allein natürlich nicht zwangsläufig zum Fehlen von Freiverantwortlichkeit, vielmehr ist ggf. natürlich auf der zweiten Beurteilungsebene zu prüfen, ob und auf welche Weise die psychopathologischen Phänomene der vorliegenden Störung die Entscheidungsfreiheit für einen assistierten Suizid beeinträchtigen. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, wie ausgeführt, der Umstand, dass es im Kontext der Freiverantwortlichkeit nicht um den engen rechtlichen Krankheitsbegriff im zivilrechtlichen Sinne geht, sondern dass hier

von dem weiteren Störungsbegriff auszugehen ist, den das BVerfG in seinem Urteil vom 26.02.2020 umrissen hat. So können beispielsweise depressive Syndrome, Angstsyndrome, Apathie, Abhängigkeitserkrankungen und Schmerzsyndrome das Bewusstsein und die Abwägungsfähigkeit für alternative Optionen zum Suizid erheblich einengen (*affektive Vereinseitigung*, siehe Kap. 2.1.4 und 2.2.7). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrung zeigt, dass der Verlust wichtiger Bezugspersonen durch Trennung oder Tod sowie gravierende Enttäuschungen, Misserfolge oder Kränkungen häufig mit dem Gefühl einhergehen, unter diesen Umständen nicht mehr weiterleben zu können oder zu wollen, wobei sich die betroffenen Menschen zunächst nicht vorstellen können oder wollen, dass dieser Zustand gefühlter Alternativlosigkeit in der Regel vorübergehender Natur ist und „die Welt“ danach wieder „anders aussieht“ (vgl. z.B. Bochnik 1987, S. 219; Wolfersdorf 2015). Nachvollziehbar geht das BVerfG davon aus, dass auch solche, i.d.R. vorübergehende Lebenskrisen oder Fehlvorstellungen die freiverantwortliche Entscheidung für den irreversiblen Akt der Selbsttötung beeinträchtigen können (Rn 244, 246).

3.4.2 Kriterium der Informiertheit, Aufklärung, Beratung

Hierzu heißt es im Urteil:

„Erforderlich ist, dass [der Suizidwillige] über sämtliche Informationen verfügt, er also in der Lage ist, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen. Eine freie Willensbildung setzt hierbei insbesondere voraus, dass der Entscheidungsträger Handlungsalternativen zum Suizid erkennt, ihre jeweiligen Folgen bewertet und seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft. Insoweit gelten dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung.“ (BVerfGE 153, 182ff, Rn 242)

Bei diesem an der *Einwilligungsfähigkeit* orientierten Merkmalskomplex geht es um die Sicherstellung des für eine freiverantwortliche Entscheidung notwendigen Wissens über die ggf. vorliegende körperliche Erkrankung, die psychische Störung oder seelische Krise und/oder die sonstigen Problemlagen sowie über die hierfür real existierenden Hilfemöglichkeiten medizinischer und/oder anderer Art (z.B. sozialpädagogische, Rechts-, Mieter- oder Schuldnerberatung) als mögliche Alternativen zu einem assistierten Suizid. Anzustreben ist, den in diesen Fällen häufig eingengten Blickwinkel zu erweitern und nach Möglichkeit neue Perspektiven zu eröffnen, auch *Fehlvorstellungen* entgegenzuwirken (Rn 246), etwa irrigen Annahmen über die Prognose und Behandlungsmöglichkeiten der vorliegenden Erkrankung.

Zunächst sollte vom jeweiligen Ansprechpartner vorsichtig geprüft werden, von welcher Informationslage der Betroffene ausgeht, ob diese realistisch und ausreichend ist, wo evtl. Ergänzungen oder Korrekturen erforderlich sind, insbesondere auch zu den nach aktuellem Kenntnisstand optimalen Behandlungsmöglichkeiten einschließlich palliativer und Hospizangebote. Beim psychiatrisch-psychotherapeutischen Erstgespräch sollte das Feld umsichtig sondiert und es sollten die für die individuelle Problemlage bestgeeigneten Fachleute

vermittelt werden, die dann die weitere fachspezifische Beratung und Aufklärung übernehmen (vgl. Empfehlungen 2 – 4 der Leopoldina).

3.4.3 Kriterium des Freiseins von unzulässigen Einflussnahmen oder Druck

Im Rahmen der Überprüfung der Freiverantwortlichkeit und bei der Aufklärung und Beratung sollte in *allen* Fallgruppen stets auch geprüft werden, ob es Hinweise gibt, dass die Suizidentscheidung unter subjektiv empfundenem bzw. tatsächlich ausgeübtem sozialem Druck zustande gekommen ist. In diesen Fällen sollten individuelle Möglichkeiten der Entlastung gesucht und ggf. auch die Bezugspersonen einbezogen werden. Zutreffend spricht die Leopoldina in ihrer 4. Empfehlung diesbezüglich von *gefühltem oder realem äußeren Druck*. Damit wird die *subjektive* Dimension dieses Merkmals deutlich, auf die bei den Beratungsgesprächen besondere Aufmerksamkeit zu richten ist. Dies gilt insbesondere auch für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Explorationen, nachdem unser Fachgebiet aus therapeutischer wie gutachterlicher Erfahrung hierfür eine besondere Expertise besitzt.

3.4.4 Kriterium der Dauerhaftigkeit/inneren Festigkeit des Entschlusses

Vom BVerfG wird als weiteres wesentliches Beurteilungskriterium die *Dauerhaftigkeit/innere Festigkeit* der Entscheidung gefordert, wobei ausdrücklich auf vorübergehende Lebenskrisen verwiesen wird (Rn 244). In Übereinstimmung mit dem Diskussionsentwurf des BMG (2021) sollte u. E. die Beobachtungs- bzw. Bedenkzeit jedenfalls in Fällen der oben beschriebenen Gruppe 4 *mindestens sechs Monate* betragen. Bei den oben aufgeführten Gruppen 2 und 3 können und sollten je nach den individuellen Gegebenheiten kürzere Fristen festgelegt werden (BVerfG Rn 340).

Der im Gesetzentwurf von Castellucci et al. (Stand März 2022) vorgesehene Mindestabstand von 3 ½ Monaten ist nach psychiatrisch-psychotherapeutischer Erfahrung unzureichend, weil die psychiatrische Erfahrung zeigt, dass die zu Suizidabsichten Anlass gebenden schweren Lebenskrisen (z.B. Verlust einer nahen Bezugsperson, Scheidung, Querschnittslähmung, berufliches Scheitern) für ihre Bewältigung und die Neuorientierung häufig sechs Monate oder mehr benötigen. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (2020) empfehlen im Allgemeinen sogar mindestens ein Jahr Abstand.

3.5 Beweisanforderungen

Das BVerfG hat in Übereinstimmung mit dem EGMR betont, dass der Staat *sicherzustellen* hat, dass der Entschluss für einen assistierten Suizid *tatsächlich auf einem freien Willen beruht* (Rn 232, 305). Ähnlich betont die Leopoldina, dass *sichergestellt* sein muss, dass psychische oder andere, insbesondere medizinische Gründe *nicht vorliegen*, die eine autonome Suizidentscheidung ernsthaft in Frage stellen; dies bedürfe zwingend ärztlicher Expertise.

Im Gegensatz zur Begutachtung der Geschäfts- und Testierfähigkeit, wo das *Fehlen* der freien Willensbestimmung nachgewiesen werden muss, muss also im Kontext der Suizidassistentz *positiv* festgestellt werden, dass die Suizidentscheidung mit hinreichender Sicherheit freiverantwortlich getroffen wurde bzw. dass keine Gründe für ernsthafte Zweifel an der Freiverantwortlichkeit vorliegen. Dabei muss nach unserer Auffassung – wie bei anderen Begutachtungen auch – die Gesamtwürdigung der in den Beratungsgesprächen und psychiatrischen Gutachten festgestellten Umstände und die abschließende Entscheidung über das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit letztlich vom Gericht bzw. der dafür eingerichteten Institution getroffen werden, nicht von den Sachverständigen.

3.6 Verfahrensweisen

Wie das vom BVerfG skizzierte Schutzkonzept zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit in ihren vier Dimensionen organisatorisch umgesetzt werden soll, wird derzeit (September 2022) noch diskutiert.

Das BVerfG hält eine *fachärztliche Untersuchung, Beratung und Aufklärung* für geboten, ohne ein Fachgebiet zu benennen (Rn 249). Die Leopoldina stellt klar, dass die Einschätzung der Freiverantwortlichkeit *zwingend der ärztlichen Expertise* bedarf, die möglichst auch unterschiedliche Disziplinen involvieren sollte (Empfehlung 3); für die Bewertung der Freiverantwortlichkeit und die gesonderte Beratung seien mindestens zwei Ärzte erforderlich (Vier-Augen-Prinzip, Empfehlung 6). Im Diskussionsentwurf des BMG (2021) heißt es, dass zwei unabhängige ärztliche Personen, von denen mindestens eine über die *Facharztbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie* verfügen müsse, die o.g. Voraussetzungen für Freiverantwortlichkeit festzustellen haben. Im Entwurf von Castellucci et al. (2022) sind in der Regel mindestens zwei Untersuchungen durch eine(n) *Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie* in einem Mindestabstand von 3 Monaten vorgesehen. Die vom BVerfG, der Leopoldina sowie in den Entwürfen des BMG und der Abgordnetengruppe um Castellucci für erforderlich gehaltene (fach-)ärztliche Feststellung der Freiverantwortlichkeit setzt in der Regel *psychiatrisch-psychotherapeutische* Fachkompetenz voraus (so BMG 2021, Castellucci et al. 2022 und die Fachgesellschaften DGPPN 2022 und DGNB 2020). Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit wie auch Depressionen und andere psychische Störungen sind für psychiatrische Laien und auch für Ärzte anderer Fachrichtungen oft nicht hinreichend erkennbar (vgl. BVerfG

Rn 245; OLG Hamburg ZERb 2018, 280 (284 f.); OLG München NJW-RR 2020, 199 Rn 14; Haupt et al. 2011; Weyerer & Schäufele 2004; Spießl et al. 2006, 35; Hauser et al. 2008, 617; Cording & Saß 2020a, 2020c).

Um die Neutralität und die erforderliche Kompetenz der Begutachtung sicherzustellen, sollte die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit von einem Gericht in Auftrag gegeben, angeleitet und überprüft werden (DGPPN 2022; DGNB 2020; DGNC 2020; Dt. Ges. f. Pneumologie 2020; Cording & Saß 2020a; vgl. auch BMG-Entwurf 2021); eventuell käme auch eine andere neutrale Institution oder Behörde in Betracht.

Aus forensisch-psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar und mit dem Wortlaut des BVerfG-Urteils in Rn 232 und 305 u.E. auch nicht vereinbar erscheint der in den Entwürfen des BMG (2021) sowie der Gruppe um Castellucci jeweils vorgeschlagene Absatz 3 des § 217 StGB, wonach die Prüfung der Freiverantwortlichkeit und eine Aufklärung/Beratung der Suizidwilligen *nicht* vorgesehen ist, wenn die Suizidassistenten durch *Angehörige* oder dem Suizidwilligen *nahestehende Personen* ausgeübt wird. Während Ausnahmeregelungen im Sinne von Rn 340 des BVerfG-Urteils für bestimmte Gruppen von Suizidwilligen, insbesondere für terminal kranke Personen, vertretbar und angemessen erscheinen, erschließt sich nicht, warum bestimmte Eigenschaften der *Suizidhelfer* eine Prüfung der Freiverantwortlichkeit der Suizidwilligen entbehrlich machen sollten, zumal die Suizidhelfer ja durchaus spezifische Eigeninteressen haben können. Die vom BVerfG wiederholt betonte Gefahr von Einflussnahmen und Pressionen auf den betroffenen Personenkreis (Rn 235, 243, 247) geht erfahrungsgemäß oft gerade von überforderten Angehörigen oder interessierten Dritten aus; auch das BVerfG benennt in diesem Zusammenhang explizit das *familiäre Umfeld* (Rn 250). Aus diesem Grund dürfen nach den Vorschlägen der Leopoldina sowie der beiden hier zitierten Gesetzentwürfe die Suizidhelfer ja auch keinesfalls mit den Personen identisch sein, die den Suizidwilligen aufklären, beraten und die Voraussetzungen für Freiverantwortlichkeit prüfen. Insofern sind beide Gesetzentwürfe mit dem Absatz 3 in sich widersprüchlich.

Weder das BVerfG, noch die Leopoldina oder das BMG haben explizit zu der Frage Stellung genommen, ob *Patientenverfügungen* oder *Vorsorgevollmachten* für einen assistierten Suizid gelten und eine zeitnahe Prüfung der Freiverantwortlichkeit entbehrlich machen können oder gar im Fall definitiver fehlender Freiverantwortlichkeit Wirksamkeit entfalten könnten. Sinngemäß lässt sich den Texten allerdings entnehmen, dass dies nicht der Fall sein soll. Der Gesetzentwurf von Castellucci et al. spricht sich klar gegen die Vorrangstellung eines früheren (‘informierten’) Willens gegenüber dem aktuellen, nur ‘natürlichen’ Willen aus (S. 13 der Begründung). Nach psychiatrischer Erfahrung wären Voraussetzungen im Kontext von Suizidwünschen höchst problematisch, denn es ist gut bekannt, dass sehr viele Menschen in gesunden Zeiten falsche Vorstellungen darüber haben, was sie bei schweren körperlichen Krankheiten oder etwa einer Demenz erwartet, und dass sie aus dieser *Außenperspektive* oft zu radikalen Voraussetzungen neigen, die keineswegs der *Innenperspektive* und der Lebensqualität der dann tatsächlich Betroffenen entsprechen (Förstl 2008;

Lulé et al. 2008; Cording & Saß 2020a). Öffentlich bekannte Beispiele dafür sind der Sinneswandel von Walter Jens sowie der Fall der demenzkranken Dame in den Niederlanden, die sich (vergeblich) gegen die Exekutierung ihrer Vorausverfügung wehrte (vgl. Cording & Saß 2020a mit Quellenangaben in Fn 39 und 40). In Oregon und in der Schweiz sind Vorsorgevollmachten für einen assistierten Suizid nicht zulässig bzw. gültig (Ganzini 2017; Kap. 7.5).

Die vom BVerfG, der Leopoldina, im Entwurf des BMG und weiteren Institutionen empfohlenen bzw. vorgesehenen *niederschweligen Hilfsangebote* und *suizidpräventiven Schutzkonzepte* (einschließlich der Verbote kommerzieller Angebote von Suizidassistenten und der Werbung für Suizidassistenten) sind aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht dringend geboten und auch erfolgversprechend, wenn sie auf den Erfahrungen aufbauen, die gerade in Deutschland in den letzten Jahrzehnten auf diesem Gebiet gemacht wurden. Dazu liegen konkrete Vorschläge von einschlägig fachkundigen Gremien vor (z.B. DASP 2021; DGS 2021).

Unverzichtbar sind nicht zuletzt auch die von der Leopoldina empfohlene und im BMG-Entwurf vorgesehene Dokumentation und wissenschaftliche Begleitforschung zur Suizidprävention und zu den tatsächlichen Auswirkungen der Suizidassistenten, um auf empirischer Grundlage ggf. Nachjustierungen vornehmen zu können (Empfehlungen 10-12 der Leopoldina, 2021).