

Fürsorge und Autonomie als normative Grundlagen von assistiertem Suizid¹

Esther Braun

Einleitung

Assistierter Suizid sowie Tötung auf Verlangen sind in den letzten Jahren in einer wachsenden Zahl von Ländern legalisiert worden. In einigen dieser Länder ist unheilbares Leiden an einer Erkrankung ein notwendiges rechtliches Kriterium für den Zugang zu assistiertem Suizid beziehungsweise Tötung auf Verlangen. Dieses Kriterium basiert auf dem in der medizinethischen Literatur verbreiteten Argument, dass assistierter Suizid unter anderem deshalb gerechtfertigt sei, weil er unheilbares Leiden lindern und somit im besten Interesse der Person sein könne (vgl. Sumner 2011; vgl. Davis und Mathison 2020).

Ein häufig angeführtes ethisches Argument für die Zulässigkeit des assistierten Suizids bezieht sich auf den Respekt für eine autonome Entscheidung über die Umstände des eigenen Todes. Dementsprechend wird eine autonome Entscheidung für assistierten Suizid ebenfalls als eine Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid angesehen, was sich in rechtlichen Zugangskriterien wie Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit widerspiegelt (vgl. Emanuel et al. 2016). In der medizinethischen Literatur sowie in rechtlichen Regelungen wird Autonomie jedoch in der Regel nicht als hinreichend für die ethische oder rechtliche Zulässigkeit des assistierten Suizids angesehen.

Das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum assistierten Suizid weicht von dieser verbreiteten, auf Fürsorge und Autonomie basierenden Rechtfertigungsstrategie ab. Das Urteil begründet die Zulässigkeit von assistiertem Suizid rein auf Basis von Autonomie und erklärt, dass assistierter Suizid durch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gerechtfertigt sei (vgl. BVerfG 2020). Dieser autonomiebasierte Ansatz lässt keine pauschalen Zugangsbeschränkungen in Bezug auf das Leiden oder die medizinische Diagnose der Person zu.

¹ Dieser Beitrag basiert auf, erweitert und aktualisiert die folgenden englischsprachigen Publikationen: Braun (2023), Braun et al. (2022), Braun et al. (2023).

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über fürsorge- und autonomiebasierte Begründungsansätze für die Zulässigkeit von assistiertem Suizid. Ich zeige, wie sich fürsorge- und autonomiebasierte Ansätze voneinander unterscheiden und welche Zugangskriterien für assistierten Suizid jeweils aus ihnen hervorgehen. Ich weise zudem auf das sogenannte Expressions-Argument gegen einen fürsorgebasierten Begründungsansatz für assistierten Suizid hin und erkläre, wie dieses Argument durch einen autonomiebasierten Ansatz umgangen werden kann. Abschließend diskutiere ich, welche Konsequenzen sich aus einem autonomiebasierten Ansatz, wie er durch das Bundesverfassungsgericht vertreten wird, in der Praxis ergeben können.

Fürsorgebasierter Ansatz

In der Medizinethik wird häufig angenommen, dass assistierter Suizid dann zulässig ist, wenn er im besten Interesse einer Person ist, weil er ihr Leiden beendet beziehungsweise weiteres zukünftiges Leiden verhindert (vgl. Brock 1992; vgl. Gunderson und Mayo 2000; vgl. Sumner 2011; vgl. Bullock 2015; vgl. Sumner 2017). Befürworter*innen der Legalisierung von assistiertem Suizid gehen in der Regel nicht davon aus, dass assistierter Suizid immer ethisch gerechtfertigt ist, sondern dass er nur dann gerechtfertigt ist, wenn assistierter Suizid im besten Interesse der Person liegt. Zusätzlich muss der Wunsch nach assistiertem Suizid selbstbestimmt sein – dies wird in der Regel jedoch nicht als hinreichend für die Zulässigkeit von assistiertem Suizid angesehen.

Für gewöhnlich wird davon ausgegangen, dass assistierter Suizid dann im besten Interesse einer Person ist, wenn sie aufgrund einer unheilbaren Erkrankung oder Behinderung unerträglich leidet. In den Niederlanden, in Belgien, Luxemburg und Kanada ist dies eine notwendige rechtliche Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid (vgl. Emanuel et al. 2016). In den Niederlanden, wo assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen seit mehreren Jahrzehnten legal sind, stellt die Linderung von Leiden die primäre rechtliche Rechtfertigung dieser Praxen dar. Assistierter Suizid ist gemäß der niederländischen Regelung nur dann zulässig, wenn die ärztliche Pflicht, Leben zu erhalten, mit der Pflicht, Leiden zu lindern, kollidiert (vgl. Braun et al. 2022; vgl. Florijn 2022). Im Fall eines Konflikts zwischen diesen beiden Pflichten ist assistierter Suizid zulässig. Diese Rechtfertigung für assistierten Suizid stützt sich in erster Linie auf die Pflicht, unerträgliches und unheilbares Leiden zu beenden beziehungsweise zu verhindern. Es wird also angenommen, dass Ärzt*innen im besten Interesse von Patient*innen handeln können, wenn sie assistierten Suizid leisten.

Dieser fürsorgebasierte Ansatz scheint davon auszugehen, dass assistierter Suizid objektiv gut für eine Person sein kann. Jedoch ist nicht unmittelbar ersichtlich, inwiefern der Tod gut für eine Person sein kann, da die Person schließlich mit ihrem Tod aufhört zu existieren. Dies lässt sich unter Bezugnahme auf die Deprivationstheorie erklären, einer gängigen philosophischen Erklärung dafür, warum der Tod gut oder schlecht für jemanden sein kann. Dieser Ansatz vergleicht das tatsächliche Leben einer Person mit einem alternativen Leben, in dem sie zu einem späteren Zeitpunkt gestorben wäre. Demnach ist der Tod schlecht für eine Person, wenn er sie einer Zukunft beraubt, die insgesamt eine positive Bilanz an Wohlergehen enthalten hätte (vgl. Bradley 2004). Umgekehrt ist

der Tod dann gut für eine Person, wenn er eine Zukunft verhindert, die voraussichtlich insgesamt eine negative Bilanz an Wohlergehen enthalten hätte. Um festzustellen, ob der Tod gut oder schlecht für eine Person wäre, müssen wir also Vorhersagen darüber treffen, wie ihre Zukunft wahrscheinlich verlaufen würde. Ein (teilweise) auf Fürsorge basierender Begründungsansatz für assistierten Suizid erfordert daher eine objektive Beurteilung des Leidens der Person und der Wahrscheinlichkeit, dass ihr Leiden auf unbestimmte Zeit andauern wird. Ein solcher Ansatz muss somit objektive Kriterien aufstellen, die sicherstellen, dass assistierter Suizid im besten Interesse der Person ist. Der Deprivationstheorie folgend ist das zentrale Kriterium hierfür das Leiden der Person, das zu einer signifikanten Reduktion ihres Wohlergehens führt und mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft andauern wird.

Teils wird argumentiert, dass assistierter Suizid nur dann als im besten Interesse einer Person angesehen werden kann, wenn sie an einer terminalen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet (vgl. Jansen et al. 2019). Dies spiegelt sich in verschiedenen rechtlichen Regelungen wider: In mehreren US-amerikanischen Bundesstaaten ist eine terminale Erkrankung mit einer Lebenserwartung von unter sechs Monaten Voraussetzung für Zugang zu assistiertem Suizid.

Wie ist diese Einschränkung unter Berücksichtigung der Deprivationstheorie zu bewerten? Es erscheint nachvollziehbar, assistierten Suizid als im besten Interesse einer Person zu bewerten, wenn durch ihn wenige letzte Lebensmonate mit niedriger Lebensqualität verhindert werden. Das voraussichtliche Leiden in ihren letzten Monaten nicht erleben zu müssen, kann als zum Wohl einer Person verstanden werden. Jedoch erscheint es nicht plausibel, anzunehmen, dass assistierter Suizid nur dann im besten Interesse einer Person sein kann, wenn ihre Lebenserwartung sehr gering ist. Assistierter Suizid erspart einer Person mit einer terminalen Erkrankung ein begrenztes Ausmaß zukünftigen Leidens, da sie nur noch kurze Zeit zu leben gehabt hätte. Im Gegensatz hierzu wird eine Person mit einer terminalen, aber nicht unheilbaren Krankheit höchstwahrscheinlich noch viele weitere Jahre leben, in denen ihr Leiden andauert. Das kumulative Ausmaß ihres Leidens ist somit wesentlich höher als bei einer Person mit einer terminalen Erkrankung. Gemäß der Deprivationstheorie ist der Tod dann besonders schlecht für eine Person, wenn ihre Zukunft ein hohes Maß an Wohlergehen enthält (vgl. Bradley 2008). Analog hierzu kann assistierter Suizid dann als besonders gut für eine Person beurteilt werden, wenn er ein höheres Maß an Leiden in der Zukunft verhindert. Eine Person mit einer längeren Lebenserwartung würde dementsprechend einen größeren Nutzen aus assistiertem Suizid ziehen, da das Ausmaß des künftigen Leidens, das ihr Tod verhindert, höher ist als bei einer Person mit einer begrenzten Lebenserwartung aufgrund einer unheilbaren Erkrankung.

Das Vorliegen einer terminalen Erkrankung scheint somit kein notwendiges Kriterium dafür zu sein, dass assistierter Suizid im besten Interesse einer Person ist. Stattdessen kann dieses Kriterium vielmehr als Schutzmaßnahme verstanden werden, die das Risiko von Fehleinschätzungen bezüglich der Frage, ob assistierter Suizid zum Wohl einer Person wäre, verringern soll (vgl. Kiouss/Battin 2019). Wenn der Tod einer Person unmittelbar bevorsteht, scheint es einfacher zu sein, akkurate Vorhersagen über ihr Wohlergehen während ihres restlichen Lebens zu treffen, während es schwieriger sein kann, ihr längerfristiges zukünftiges Wohlergehen akkurat einzuschätzen, wenn ihr Tod wei-

ter in der Zukunft liegt (vgl. Davis und Mathison 2020). Jansen et al. (2019) argumentieren daher, dass der Zugang zu assistiertem Suizid auf Personen mit terminalen Erkrankungen beschränkt werden sollte, da assistierter Suizid eindeutig in deren bestem Interesse liege, während das Risiko einer Fehleinschätzung bei Patient*innen mit unheilbaren, aber nicht terminalen Erkrankungen höher sei.

Wenn eine terminale Erkrankung ein notwendiges Zugangskriterium ist, kann das Risiko geringer sein, dass Personen Beihilfe zum Suizid erhalten, obwohl dies nicht zu ihrem Wohl ist. Diese Einschränkung führt jedoch ebenfalls dazu, dass Personen, die in der Zukunft andauernd und über längere Zeit hinweg schwer leiden werden, keinen Zugang zu assistiertem Suizid erhalten. In Anbetracht der Tatsache, dass Personen mit unheilbaren, aber nicht terminalen Erkrankungen gemäß der Deprivationstheorie einen höheren Nutzen aus assistiertem Suizid ziehen, da in ihrem Fall mehr Leiden verhindert wird, würde eine Beschränkung auf Personen mit terminalen Erkrankungen diejenigen ausschließen, die den größten Nutzen aus assistiertem Suizid ziehen. Wenn es also möglich ist, mit ausreichender Sicherheit festzustellen, dass Erkrankungen unheilbar sind, sollte das Vorliegen einer unheilbaren statt einer terminalen Erkrankung als Zugangskriterium verwendet werden.

Eine ähnliche Argumentation scheint der Entwicklung der Regelungen zu assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen in Kanada zugrunde zu liegen, wo die Beschränkung von assistiertem Suizid auf Personen mit terminalen Erkrankungen für diskriminierend und verfassungswidrig befunden wurde (vgl. Okninski/Grieger 2021). Stattdessen wurde in Kanada ein Unheilbarkeitskriterium eingeführt, das in ähnlicher Form auch in Belgien, Luxemburg und den Niederlanden Voraussetzung für assistierten Suizid ist (vgl. Nicolini et al. 2020). Dieses Kriterium soll garantieren, dass keine akzeptable Alternative zur Verfügung steht, um das Leiden der Person zu lindern, und dass ihr Leiden auf unbestimmte Zeit andauern wird. Folglich erfordert ein fürsorgebasierter Ansatz die Kriterien Leiden und Unheilbarkeit, um sicherzustellen, dass assistierter Suizid im besten Interesse einer Person ist.

In den Niederlanden, ein zentrales Beispiel für eine rechtliche Regelung, die einen fürsorgebasierten Ansatz vertritt, ist Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid, dass das Leiden der Person unerträglich ist, ohne Aussicht auf Besserung und ohne akzeptable Alternativen zur Linderung ihres Leidens (vgl. Florijn 2022). Die Schwere des Leidens von Personen, die um assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen bitten, muss ärztlich beurteilt werden (vgl. van Tol et al. 2012). Ärzt*innen müssen objektiv beurteilen, ob das Leiden solcher Personen unheilbar ist, das heißt, ob weitere praktikable Möglichkeiten zur Linderung ihres Leidens bestehen. Personen, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, wie zum Beispiel »lebensmüde« ältere Menschen, die nicht an einer unheilbaren Erkrankung leiden, erfüllen in den Niederlanden daher nicht die Voraussetzungen für den Zugang zu assistiertem Suizid (vgl. Florijn 2022). Rechtliche Regelungen zu assistiertem Suizid, die unheilbares Leiden voraussetzen, sind somit indirekt paternalistisch (vgl. den Hartogh 2017). Diese Voraussetzung soll nämlich sicherstellen, dass assistierter Suizid nicht zugänglich ist, wenn er nicht zum Wohl der Person ist – auch dann, wenn ihr Wunsch nach assistiertem Suizid selbstbestimmt ist (vgl. Jansen et al. 2019).

Das Expressionsargument

Dem sogenannten Expressionsargument zufolge, das zuletzt zunehmende Beachtung in der Literatur gefunden hat (vgl. Kim 2019; vgl. Keown 2020; vgl. Reed 2020; vgl. Scoccia 2020; vgl. Kim 2022), bringt die Beschränkung der Zulässigkeit von assistiertem Suizid auf eine bestimmte Gruppe von Personen – zum Beispiel solche mit unheilbaren Erkrankungen oder Behinderungen – das respektlose Urteil zum Ausdruck, dass ihr Leben nicht lebenswert sei.

Eine Version des Expressionsarguments spielt eine wichtige Rolle in der Debatte um genetische Pränataldiagnostik. Hier wird häufig argumentiert, dass die Beschränkung pränataler genetischer Diagnostik auf »schwerwiegende« Erkrankungen oder Behinderungen eine negative Botschaft an Personen sendet, die von solchen Erkrankungen oder Behinderungen betroffen sind (vgl. Chen/Wasserman 2017). Wenn es nur erlaubt ist, bestimmte »schwerwiegende« Erkrankungen pränatal zu diagnostizieren, würden damit implizit normative Urteile darüber gefällt, welche Arten von Erkrankungen und Behinderungen einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen (vgl. Berens/Wasserman 2022).

Reed argumentiert, dass der Expressionseinwand in Bezug auf assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen stärker sei als in Bezug auf Pränataldiagnostik, auch wenn er im letzteren Kontext bisher mehr beachtet worden sei. Er argumentiert, die Beschränkung von assistiertem Suizid auf Personen, die an terminalen oder unheilbaren Erkrankungen oder Behinderungen leiden, drücke das Urteil aus, ein Leben mit solchen Erkrankungen oder Behinderungen sei nicht lebenswert (vgl. Reed 2020).

Wie die obige Erläuterung des fürsorgebasierten Begründungsansatzes für die Zulässigkeit von assistiertem Suizid gezeigt hat, bringt dieser Ansatz das Urteil mit sich, dass das Leben mancher Personen aufgrund des Ausmaßes an Leiden, das es beinhaltet, nicht lebenswert sei. Das fürsorgebasierte Argument geht davon aus, dass es zum Wohl einer Person sein kann, zu sterben, wenn sie unerträglich leidet und dieses Leiden voraussichtlich auch in Zukunft anhalten wird. Die Beurteilung des Lebens einer Person als nicht lebenswert, weil sie an einer unheilbaren Erkrankung leidet, kann ein implizites Urteil über den Wert des Lebens anderer Personen mit derselben Erkrankung ausdrücken. Wie Kim es formuliert: »If we justify ending the life [...] of a person with D (a disability) because an absence of a life with D is better than a life with D, then that is a judgment that life with D is not worth living« (Kim 2019: 135). Oder, laut Reed:

»[...] when we allow PAS [physician-assisted suicide] for individuals who are terminally ill or facing some severe disease or disability, we send a message of disrespect to all individuals who face such adversities in that we imply that they are inferior or their lives are not worth living [...] precisely insofar as they are diseased or disabled.« (Reed 2020: 539)

In Antwort auf das Expressions-Argument kann argumentiert werden, dass die Person, die sich assistierten Suizid wünscht, nur ein individuelles, privates Urteil über den Wert ihres eigenen Lebens fälle (vgl. Kim 2019; vgl. Kim 2022). So behauptet beispielsweise Colburn, das Expressions-Argument sei falsch, weil es nicht anerkenne, dass die Zulässigkeit von assistiertem Suizid auf dem Argument basiere, dass nicht etwa einige Leben

weniger lebenswert seien als andere, sondern jede*r Einzelne selbst entscheiden müsse, was ihr*sein Leben lebenswert mache (vgl. Colburn 2022).

Wenn jedoch die Entscheidung darüber, ob das eigene Leben lebenswert ist, tatsächlich bei jeder*jedem Einzelnen liegt, sollte auch die Entscheidung für oder gegen assistierten Suizid bei jeder*jedem Einzelnen liegen – und nicht nur bei denjenigen, deren Leid als schwerwiegend genug eingestuft wird (vgl. Keown 2020). Rechtliche Regelungen zu assistiertem Suizid, die unheilbares Leiden voraussetzen, erlauben es selbstbestimmten Personen nur dann, Beihilfe zum Suizid zu erhalten, wenn sie an einer unheilbaren Erkrankung oder Behinderung leiden. Eine solche Einschränkung impliziert, dass nur einige Personen, nämlich solche mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen, nachvollziehbare Gründe für ihren Sterbewunsch haben können.

In den Niederlanden ist eine rechtliche Voraussetzung für assistierten Suizid, dass Ärztin*Arzt und Patient*in gemeinsam zu der Einschätzung kommen müssen, dass keine vernünftige Alternative zum assistierten Suizid beziehungsweise zur Tötung auf Verlangen besteht. Kim erklärt, bei dieser Anforderung handele es sich um ein Werturteil: Nicht zu leben sei eine bessere Option als jedes Leben mit der Erkrankung, an der die Person leidet. Die Person, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußert, bittet also die*den Ärztin*Arzt, ihr Urteil, dass ihr Leben nicht lebenswert sei, zu bekräftigen und gemäß diesem gemeinsamen Urteil zu handeln (vgl. Kim 2019).

Soweit das Expressionsargument plausibel ist, bezieht es sich jedoch nur auf rechtliche Regelungen, die auf Fürsorge basierende Zugangskriterien erfordern, wie etwa das Leiden an einer unheilbaren Erkrankung. Wie im folgenden Abschnitt erläutert wird, vermeidet der autonomiebasierte Ansatz das Expressionsargument.

Autonomiebasierter Ansatz

Im Gegensatz zum fürsorgebasierten Ansatz versteht ein auf Autonomie basierender Ansatz assistierten Suizid nicht als Handlung zum Wohl einer Person, sondern vielmehr als eine durch ihre individuelle Autonomie gerechtfertigte eigenständige Handlung.

Ein solcher Ansatz wird im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 vertreten. In diesem Urteil erklärt das Gericht das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe, das 2015 in Kraft trat, für nichtig und verfassungswidrig (vgl. BVerfG 2020; vgl. den Hartogh 2020). Diese Entscheidung bezieht sich nur auf assistierten Suizid, während Tötung auf Verlangen in Deutschland verboten bleibt. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den meisten Ländern, in denen unheilbares Leiden Voraussetzung für Zugang zu assistiertem Suizid ist, wie zum Beispiel in den Niederlanden, wo nicht grundsätzlich zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen unterschieden wird (vgl. Florijn 2022).

Das Urteil erklärt, dass das verfassungsrechtlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, das die Freiheit einschließt, sich selbst das Leben zu nehmen und zu diesem Zweck die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Es betont, dass die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, und die Gründe für diese Entscheidung höchst persönlich sind. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gilt unabhängig von den individuellen Motiven der Person, ihr Leben beenden

zu wollen, die nicht auf der Grundlage »allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit« (BVerfG 2020: 210) beurteilt werden dürfen. Das Bundesverfassungsgericht betont, dass das individuelle Urteil einer Person über ihre Lebensqualität und ihre Vorstellung eines sinnvollen Lebens als Akt der persönlichen Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft respektiert werden muss. Das Urteil stellt klar, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf Personen mit schweren oder unheilbaren Krankheiten oder auf bestimmte Lebensabschnitte beschränkt sein darf (vgl. BVerfG 2020: 210).

Obwohl das Urteil ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben erklärt, bedeutet dies nicht, dass eine moralische oder rechtliche Verpflichtung besteht, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Das Urteil betont, dass niemand verpflichtet werden kann, Sterbehilfe zu leisten (vgl. BVerfG 2020: 342). Es ist eine empirische Frage, wie viele Personen auf der bloßen Grundlage eines autonomen Wunsches bereit wären, Beihilfe zum Suizid zu leisten – das Urteil stellt lediglich klar, dass es zulässig ist, dies zu tun.

Autonomiebasierte Kriterien sind sowohl bei einem fürsorge- als auch bei einem autonomiebasierten Ansatz erforderlich. Nach einem autonomiebasierten Ansatz, wie er im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vertreten wird, sind jedoch nur autonomiebasierte rechtliche Zugangskriterien für assistierten Suizid zulässig, während objektive Urteile über das Leiden der Person keine Rolle spielen dürfen. Auch wenn ein konkretes Gesetz für die Regelung von assistiertem Suizid in Deutschland derzeit noch ausstehend ist, macht das Urteil einige Vorgaben für den rechtlichen Rahmen. Diese beziehen sich jedoch nicht auf das Leiden der Person oder andere objektive Gründe für ihren Sterbewunsch, sondern zielen vielmehr darauf ab, sicherzustellen, dass ihr Wunsch selbstbestimmt ist. So hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil klargestellt, dass das zentrale Zugangskriterium zu assistiertem Suizid darin besteht, dass der Wunsch der Person auf dem »autonom gebildeten, freien Willen« (BVerfG 2020: 240) der*des Betroffenen beruhen muss. Das Bundesverfassungsgericht legt dar, dass für die Entscheidung zu einem assistierten Suizid »dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung« (BVerfG 2020: 242) gelten. Weithin anerkannte Standards für die informierte Einwilligung in medizinische Behandlungen und klinische Studien erfordern die adäquate Bereitstellung von Informationen, Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit. Darüber hinaus schlägt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vor, sicherzustellen, dass die Entscheidung dauerhaft ist und auf einer gewissen »inneren Festigkeit« (BVerfG 2020: 244) beruht.

Ein autonomiebasierter Ansatz erlaubt kein objektives Urteil in Bezug auf die Frage, ob assistierter Suizid zum Wohl der Person ist. Da sich alle auf Basis eines solchen Ansatzes zulässigen rechtlichen Einschränkungen auf die Autonomie der Person beziehen, bringt das Gesetz kein Urteil darüber zum Ausdruck, ob ein Leben mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen lebenswert ist. Stattdessen liegt die Entscheidung darüber, ob ihr Leben lebenswert ist, allein bei der Person selbst. Der auf Autonomie basierende Ansatz vermeidet somit den oben dargelegten Expressionseinwand.

Nach einem auf Autonomie basierenden Ansatz ist es rechtlich zulässig, jeder Person, die einen selbstbestimmten Wunsch hiernach äußert, Beihilfe zum Suizid zu leisten, auch wenn es noch weitere Möglichkeiten gegeben hätte, ihr Leiden zu lindern, oder

sogar dann, wenn sie überhaupt nicht an einer Erkrankung leidet. Dies gilt beispielsweise für »lebensmüde« ältere Personen, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern. Ein autonomiebasierter Ansatz geht nicht davon aus, dass assistierter Suizid nur aufgrund von bestimmten Formen des Leidens gerechtfertigt ist.

Es ließe sich einwenden, dass der autonomiebasierte Ansatz das Expressionsargument nicht vollständig umgeht, da fürsorgebasierte Gründe bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit weiterhin eine Rolle spielen. Einwilligungsfähigkeit kann als risikoabhängig verstanden werden, was bedeutet, dass risikoreichere Entscheidungen, die potenziell schädliche Konsequenzen für die Person mit sich bringen, eine höhere Schwelle für Einwilligungsfähigkeit erfordern (vgl. Berens/Kim 2022). So argumentieren beispielsweise Kious und Battin (2019), dass in Fällen, in denen das Leiden der Person erheblich ist, das Risiko der Entscheidung nicht besonders hoch ist, weshalb die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit vergleichsweise niedrig angesetzt werden sollte. Wenn die Festlegung der Schwelle für Einwilligungsfähigkeit ein Urteil darüber beinhaltet, wie risikoreich und dementsprechend wie potenziell schädlich die Entscheidung einer Person für assistierten Suizid ist, beinhaltet die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit weiterhin eine Bewertung der Schwere des Leidens der Person und somit ein Urteil über den Wert ihres Lebens.

Die Frage, ob die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit risikoabhängig sein sollte, ist in der medizinethischen Literatur jedoch höchst umstritten (vgl. Berens/Kim 2022; vgl. Pickering et al. 2022). Ein autonomiebasierter Ansatz erlaubt keine Beurteilung der Motive einer Person für ihre Entscheidung zu assistiertem Suizid nach Maßstäben »objektiver Vernünftigkeit« (BVerfG 2020: 210) und trifft kein Urteil darüber, ob assistierter Suizid zum Wohl der Person ist. Daher erscheint es nicht angemessen, die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit auf der Grundlage objektiver Risiken festzulegen. Ein autonomiebasierter Ansatz scheint daher mit dem Konzept der Risikoabhängigkeit nicht vereinbar zu sein. Wenn der autonomiebasierte Ansatz durchgängig einen hohen Standard für Einwilligungsfähigkeit im Zusammenhang mit assistiertem Suizid erfordert, ohne die potenziellen negativen Konsequenzen der Entscheidung einer Person zu bewerten, kann er das Expressionsargument vermeiden. Dies bedeutet, dass die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit nicht für Personen herabgesetzt werden sollte, von denen angenommen wird, dass assistierter Suizid zu ihrem Wohl ist.

Zweitens könnte eingewendet werden, dass selbst bei einem auf Autonomie basierenden Ansatz einzelne Ärzt*innen weiterhin annehmen könnten, dass das Leben von Personen mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern, nicht lebenswert sei. Dies mag zwar der Fall sein, jedoch unterscheiden sich die Meinungen von Einzelpersonen erheblich von in Gesetzen ausgedrückten Werturteilen. Wenn ein Gesetz – als öffentlicher Akt eines Staates – ein bestimmtes Urteil zum Ausdruck bringt, hat dies eine wesentlich größere gesellschaftliche Tragkraft als eine individuelle, private Entscheidung. Das Expressionsargument richtet sich daher in erster Linie gegen Rechtsnormen, nicht gegen individuelle Handlungen (vgl. Reed 2020; vgl. Scoccia 2020).

Auch im Rahmen einer autonomiebasierten Regelung ist es wahrscheinlich, dass die meisten Wünsche nach assistiertem Suizid von Personen mit terminalen oder unheilbaren Erkrankungen geäußert werden. Die privaten Entscheidungen dieser Personen und

ihre individuellen Einschätzungen darüber, ob ihr Leben lebenswert ist, werden in diesem Fall jedoch nicht durch rechtliche oder öffentliche Urteile unterstützt.

Implikationen eines autonomiebasierten Ansatzes

Assistierter Suizid wird häufig als eine Art medizinische Behandlung verstanden. Wie oben erwähnt, bezieht sich die niederländische rechtliche Regelung des assistierten Suizids ausdrücklich auf die Pflichten der Ärzteschaft, und das Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung ist in mehreren rechtlichen Regelungen ein wesentliches Zugangskriterium zu assistiertem Suizid (vgl. Emanuel et al. 2016). Ähnlich argumentiert Sumner (2011), assistierter Suizid sei ein medizinischer Eingriff und sollte als solcher auf die Linderung von Leiden aufgrund einer medizinischen Diagnose beschränkt sein.

Für gewöhnlich werden medizinische Behandlungen nur dann als gerechtfertigt angesehen, wenn sie einen medizinischen Nutzen für Patient*innen haben – beispielsweise werden keine medizinischen Behandlungen durchgeführt, die nicht zum Wohl einer Person sind, nur weil die Person einen selbstbestimmten Wunsch äußert, eine solche Behandlung zu erhalten. Wenn assistierter Suizid als medizinische Behandlung verstanden wird, könnte man davon ausgehen, dass er dann indiziert sein kann, wenn er zum Wohl der Person ist, das heißt, wenn das Kriterium des »unheilbaren Leidens« erfüllt ist. Auch Jansen et al. (2019) gehen davon aus, dass es sich bei assistiertem Suizid um eine medizinische Behandlung handelt, und argumentieren, dass für assistierten Suizid dieselben ethischen Grundsätze gelten sollten wie für andere medizinische Eingriffe, die von Ärzt*innen durchgeführt werden. Jansen et al. (2019) argumentieren, dass es zu einer negativen Veränderung der gesellschaftlichen Rolle von Ärzt*innen führen würde, wenn es erlaubt wäre, auch dann Beihilfe zum Suizid zu leisten, wenn dies nicht im besten medizinischen Interesse der Person ist.²

Dieses Argument gilt jedoch nicht für einen autonomiebasierten Ansatz. Gemäß einem solchen Ansatz sollte assistierter Suizid nicht als eine medizinische Behandlung verstanden werden, die »indiziert« sein kann, sondern vielmehr als eine autonome Handlung, die durch verschiedene individuelle Motive begründet sein kann, die nicht von außen beurteilt werden sollten. Da bei einem autonomiebasierten Ansatz eine medizinische Diagnose keine Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid ist, ist die Expertise und Mitwirkung von Ärzt*innen nicht notwendigerweise erforderlich. Wenn assistierter Suizid nicht als medizinische Behandlung verstanden wird, müssen auf dem Fürsorgeprinzip basierende Standards für medizinische Eingriffe nicht berücksichtigt werden. Ein autonomiebasierter Ansatz führt somit nicht zwangsläufig zu einer Veränderung der allgemeinen Prinzipien für ärztliches Handeln.

In Ländern, die einen eher fürsorgebasierten Ansatz verfolgen, wie zum Beispiel in den Niederlanden, wird Tötung auf Verlangen sehr viel häufiger durchgeführt als assis-

2 Es kann jedoch hinterfragt werden, ob ein objektiver medizinischer Nutzen tatsächlich stets Voraussetzung für die Zulässigkeit medizinischer Behandlungen ist. Zum Beispiel sind manche Eingriffe in der ästhetischen Chirurgie oder auch Vasektomien nicht unbedingt zum objektiven medizinischen Wohl der Person (vgl. Davis und Mathison 2020; vgl. Mathison und Davis 2020).

tierter Suizid (vgl. van der Heide et al. 2017). Im Gegensatz hierzu betrifft das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts, das einen autonomiebasierten Ansatz zum Ausdruck bringt, nur den assistierten Suizid, während Tötung auf Verlangen strafbar bleibt. Diese Einschränkung auf Handlungen, die von der Person selbst und nicht von Ärzt*innen ausgeführt werden, unterstreicht das Verständnis des assistierten Suizids als autonome Handlung der Person und nicht als medizinische Behandlung.

In der Diskussion darüber, ob eine potenziell schädliche selbstbezogene Handlung erlaubt sein sollte, muss auch der Schaden für andere und die Gesellschaft berücksichtigt werden, der durch das Erlauben dieser Handlung verursacht wird. In Bezug auf den assistierten Suizid könnte argumentiert werden, dass ein autonomiebasierter Ansatz zu größerem Schaden führt als eine Einschränkung des assistierten Suizids auf Personen, die als unheilbar leidend eingestuft werden. Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, die praktischen Konsequenzen eines autonomiebasierten Ansatzes im Vergleich zu einem fürsorgebasierten Ansatz vollständig zu bewerten. Die obige Diskussion hat jedoch gezeigt, dass ein autonomiebasierter Ansatz das Expressionsargument gegen die Zulässigkeit von assistiertem Suizid vermeidet und daher zumindest einige potenzielle negative Konsequenzen, die aus der Legalisierung des assistierten Suizids entstehen könnten, vermeiden kann.

Fazit

Dieser Beitrag hat einen Überblick über Fürsorge und Autonomie als unterschiedliche normative Grundlagen für die Zulässigkeit des assistierten Suizids gegeben. Auf Basis von Fürsorge wird assistierter Suizid beziehungsweise Tötung auf Verlangen als Handlung verstanden, die zum Wohl der Person ist, die um Beihilfe zum Suizid bittet. Ein solcher Ansatz versteht assistierten Suizid eher als medizinische Handlung, die nur durch Ärzt*innen durchgeführt werden darf. Ein fürsorgebasierter Ansatz erfordert objektive Werturteile über das Leiden einer Person, was den Expressionseinwand aufwirft. Diesem zufolge kann die rechtliche Beschränkung des Zugangs zu assistiertem Suizid auf eine bestimmte Personengruppe negative Urteile über den Wert des Lebens aller Personen ausdrücken, die dieser Gruppe angehören.

Ein autonomiebasierter Ansatz hingegen, wie er im Urteil des Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum Ausdruck kommt, erlaubt kein Urteil über den Wert des Lebens einer Person und vermeidet damit das Expressionsargument. Diesem Ansatz zufolge wird assistierter Suizid als autonome Handlung angesehen, die durch das Recht der Person auf selbstbestimmtes Sterben gerechtfertigt ist und nicht »indiziert« sein kann, weil sie zum Wohl der Person ist.

Literatur

Berens, N./Wasserman, D.: »Restricting Access, Stigmatizing Disability?«, in: *The American Journal of Bioethics* 22 (2022), S. 25–27, <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013989>.

- Berens, N. C./Kim, S. Y. H.: »Should Assessments of Decision-Making Capacity Be Risk-Sensitive? A Systematic Review«, in: *Frontiers in Psychology* 13 (2022): 897144, <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.897144>.
- Bradley, B.: »When Is Death Bad for the One Who Dies?«, in: *Nous* 38 (2004), S. 1–28, <http://doi.org/10.1111/j.1468-0068.2004.00460.x>.
- Bradley, B.: »The Worst Time to Die«, in: *Ethics* 118 (2008), S. 291–314.
- Braun, E.: »An autonomy-based approach to assisted suicide – a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws«, in: *Journal of Medical Ethics* 49(7) (2023), S. 497–501, <http://doi.org/10.1136/jme-2022-108375>.
- Braun, E./Gather, J./Scholten, M./Vollmann, J.: »An autonomy-based approach to justifying physician-assisted death: A recent judgment of the German Federal Constitutional Court«, in: *The American Journal of Bioethics* 22(2) (2022), S. 71–73, <http://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013979>.
- Braun, E./Scholten, M./Vollmann, J.: »Assisted suicide and the discrimination argument: Can people with mental illness fulfill beneficence- and autonomy-based eligibility criteria?«, in: *Bioethics* (2023), S. 1–8, <http://doi.org/10.1111/bioe.13243>.
- Brock, D. W.: »Voluntary active euthanasia«, in: *Hastings Center Report* 22(2) (1992), S. 10–22, <https://doi.org/10.2307/3562560>.
- Bullock, E. C.: »Assisted Dying and the Proper Role of Patient Autonomy«, in: J. Varelius/ M. Cholbi (Hg.): *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Cham: Springer 2015, S. 11–25. http://doi.org/10.1007/978-3-319-22050-5_2.
- BVerfG (2020) Judgment of the Second Senate of 26 February 2020 – 2 BvR 2347/15 –, paras. 1–343. https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html.
- Chen, S. C./Wasserman, D. T.: »A Framework for Unrestricted Prenatal Whole-Genome Sequencing: Respecting and Enhancing the Autonomy of Prospective Parents«, in: *American Journal of Bioethics* 17(1) (2017), S. 3–18, <http://doi.org/10.1080/15265161.2016.1251632>.
- Colburn, B.: »Disability-based arguments against assisted dying laws«, in: *Bioethics* 36(6) (2022), S. 680–686, <http://doi.org/10.1111/bioe.13036>.
- Davis, J./Mathison, E.: »The Case for an Autonomy-Centred View of Physician-Assisted Death«, in: *Journal of Bioethical Inquiry* 17(3) (2020), S. 345–356, <http://doi.org/10.1007/s11673-020-09977-8>.
- den Hartogh, G.: »Two kinds of physician-assisted death«, in: *Bioethics* 31(9) (2017), S. 666–673, <http://doi.org/10.1111/bioe.12371>.
- den Hartogh, G.: »Decriminalising Assisted Suicide Services: Bundesverfassungsgericht 26 February 2020, 2BvR 2347/15«, in: *European Constitutional Law Review* 16(4) (2020), S. 713–732, <http://doi.org/10.1017/S1574019620000309>.
- Emanuel, E. J./Onwuteaka-Philipsen, B. D./Urwin, J. W./Cohen, J.: »Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe«, in: *Journal of the American Medical Association* 316(1) (2016), S. 79–90, <http://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>.
- Florijn, B. W.: »From Reciprocity to Autonomy in Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis of the Dutch Supreme Court Ruling in the Albert Heringa Case«, in: *American Journal of Bioethics* 22(2) (2022), S. 51–58, <http://doi.org/10.1080/15265161.2020.1863510>.

- Gunderson, M./Mayo, D. J.: »Restricting Physician-Assisted Death to the Terminally Ill«, in: Hastings Center Report 30(6) (2000), S. 17–23, <https://doi.org/10.2307/3528448>.
- Jansen, L. A./Wall, S./Miller, F. G.: »Drawing the line on physician-assisted death«, in: Journal of Medical Ethics 45(3) (2019), S. 190–197, <http://doi.org/10.1136/medethics-2018-105003>.
- Keown, J.: »Expressivism at the beginning and end of life«, in: Journal of Medical Ethics 46(8) (2020), S. 545–546, <http://doi.org/10.1136/medethics-2020-106372>.
- Kim, S. Y. H.: »Lives Not Worth Living in Modern Euthanasia Regimes«, in: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 16(2) (2019), S. 134–136, <http://doi.org/10.1111/jppi.12300>.
- Kim, S. Y. H.: »The Unstable Boundary of Suffering-Based Euthanasia Regimes«, in: American Journal of Bioethics 22(2) (2022), S. 59–62, <http://doi.org/10.1080/15265161.2022.2015964>.
- Kious, B. M./Battin, M. P.: »Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis?«, in: American Journal of Bioethics 19(10) (2019), S. 29–39, <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1653397>.
- Mathison, E./Davis, J.: »Value promotion as a goal of medicine«, in: Journal of Medical Ethics 47(7) (2020), <http://doi.org/10.1136/medethics-2019-106047>.
- Nicolini, M. E./Kim, S. Y. H./Churchill, M. E./Gastmans, C.: »Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons«, in: Psychological Medicine 50(8) (2020), S. 1241–1256, <https://doi.org/10.1017/S0033291720001543>.
- Okninski, M. E./Grieger, J.: »Evolving Law: Further Developments Concerning MAID in Canada – Bill C-7 Receives Royal Assent and Revisiting Ethicon Sàrl«, in: Journal of Bioethical Inquiry 18 (2021), S. 371–376, <http://doi.org/10.1007/s11673-021-10124-0>.
- Pickering, N. J./Newton-Howes, G./Walker, S.: »Risk-related standards of competence are a nonsense«, in: Journal of Medical Ethics 48(11) (2022), <http://doi.org/10.1136/medethics-2021-108107>.
- Reed, P.: »Expressivism at the beginning and end of life«, in: Journal of Medical Ethics 46(8) (2020), S. 538–544. <http://doi.org/10.1136/medethics-2019-105875>.
- Scoccia, D.: »The Disability Case Against Assisted Dying«, in: A. Cureton/D. T. Wasserman (Hg.), The Oxford Handbook of Philosophy and Disability, Oxford: Oxford University Press 2020, S. 279–294, <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190622879.013.36>.
- Sumner, L. W.: Assisted Death: A Study in Ethics and Law, Oxford: Oxford University Press 2011, <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199607983.001.0001>.
- Sumner, L. W.: Physician-assisted death: What everyone needs to know, New York: Oxford University Press 2017, <http://doi.org/10.1093/wentk/9780190490188.001.0001>.
- van der Heide, A./van Delden, J. J. M./Onwuteaka-Philipsen, B. D.: »End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years«, in: The New England Journal of Medicine 377(5) (2017), S. 492–494, <http://doi.org/10.1056/NEJMc1705630>.
- van Tol, D. G./Rietjens, J. A./van der Heide, A.: »Empathy and the application of the »unbearable suffering« criterion in Dutch euthanasia practice«, in: Health Policy 105(2-3) (2012), S. 296–302. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.014>.