

Simon Duncker | Almuth-Maria Schmidt [Hrsg.]

Sterben mit Anspruch?

Sterbehilfe aus gesellschaftstheoretischer
und historischer Sicht



Nomos

Schriftenreihe
Zeitgenössische Diskurse des Politischen
herausgegeben von

Prof. Dr. Andreas Hetzel
Prof. Dr. Oliver Flügel-Martinsen

Band 23

Wissenschaftlicher Beirat

Mathias Albert (Bielefeld), Robin Celikates (Berlin), Anna Geis (Hamburg), Charles Girard (Lyon), Ina Kerner (Koblenz-Landau), Regina Kreide (Giessen), Oliver Marchart (Wien), Stephan Moebius (Graz), Maria Muhle (München), Martin Nonhoff (Bremen), Dirk Quadflieg (Leipzig), Hartmut Rosa (Jena), Rainer Schmalz-Bruns † (Hannover)

Die Forschungsreihe versteht sich als Forum der Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen des Politischen heute. Sie vereint Schriften aus der Politischen Theorie, der Politischen Philosophie, der Sozialphilosophie und der Soziologie. Ohne sich schulpolitisch festlegen zu wollen, verfolgen die Schriften der Reihe die Pfade eines antiessentialistischen, pluralistischen und radikaldemokratischen Denkens des Politischen, wie es sich seit der Mitte der 1980er Jahre vor allem in Frankreich, Italien, England und in den USA formiert hat. Das Themenspektrum der Bände erstreckt sich von dekonstruktiven über genealogische, agonistische, diskurs- und hegemonietheoretische Ansätze bis in die Felder der Gouvernementalitätsstudien, des (Post-)Feminismus und der Postcolonial Studies. Die Reihe eröffnet eine konstruktive Kontroverse über die Diskurse des Politischen und sucht zugleich nach Perspektiven ihrer Weiterentwicklung.

Simon Duncker | Almuth-Maria Schmidt [Hrsg.]

Sterben mit Anspruch?

Sterbehilfe aus gesellschaftstheoretischer
und historischer Sicht



Nomos

We acknowledge support for the publication costs by the Open Access Publication Fund of Bielefeld University and the Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2023

© Die Autor:innen

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-7599-6

ISBN (ePDF): 978-3-7489-3734-0

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748937340>



Onlineversion
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz.

Inhaltsverzeichnis

<i>Simon Duncker</i>	
Vorwort	7
<i>Thomas Macho</i>	
Letzte Hilfe. Bemerkungen zum assistierten Suizid	23
<i>Stefanie Graefe</i>	
Unbedingte Freiheit? Sterbehilfe im fortgeschrittenen Neoliberalismus	43
<i>Angelika Pillen</i>	
„Ich möchte niemandem zur Last fallen!“ – Sterbewünsche im Alter und ihre Beziehung zu Altersbildern in der Spätmoderne	63
<i>Nina Streeck</i>	
Suizid als Prävention – Sterbehilfe und das Management der Zukunft	81
<i>Robin Iltzsche</i>	
Die Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe	103
<i>Simon Duncker</i>	
Von Nietzsche lernen – Die Lehre vom freien Tode als unmögliche und notwendige Aufgabe einer demokratischen Sterbehilfekultur	127
Autor*innen- und Herausgeber*innenverzeichnis	159

Vorwort

Simon Duncker

Dieses Buchprojekt geht auf eine Veranstaltungsreihe zurück, deren Organisation durch eine Debatte infolge eines historischen Ereignisses motiviert wurde: das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), das im Februar 2020 den sogenannten ‚Sterbehilfeparagraphen‘ § 217 StGB für nichtig erklärte. Doch der Reihe nach – denn wie kam es zu dem Urteil? Dieses Vorwort soll dazu dienen, in zentrale Fragen anhand der Genese der Debatte einzuführen, wie sie sich uns Herausgeber*innen Anfang 2022 darbot – und uns zum Nachdenken darüber anstieß, wie diese Debatte bis dato geführt wurde. Vor diesem Hintergrund schildern wir den Eindruck, der uns dazu bewog, zu diesem Zeitpunkt eine Veranstaltungsreihe für nötig zu halten, die die Möglichkeit bieten würde, sich zu gesellschaftstheoretischen und historischen Perspektiven auf Sterbehilfe zu äußern. Diese Perspektiven zu (ver)stärken ist auch Sinn und Zweck dieses Buches. Es soll einen Schritt aus der aufgeregten Debatte heraustreten, um grundsätzliche Fragen darüber aufzuwerfen, wie sich die historische Bedeutung der Liberalisierung begrifflich fassen lässt und wir als Gesellschaft über Ordnungen freiwilligen Sterbens kritisch nachdenken können – und wie wir sie demokratisch aushandeln und gestalten möchten. Nach dieser Einführung lässt das Vorwort einige allgemeine Bemerkungen zu Titel und Charakter dieses Sammelbandes in einen kurzen Überblick über die einzelnen Beiträge münden. Abschließend folgt ein Ausblick auf den aktuellen Stand der Gesetzgebung zum Zeitpunkt der Manuskriptabgabe.

I. Genese einer Debatte

Die jüngere Debatte um Sterbehilfe in Deutschland reißt seit den Nullerjahren nicht so richtig ab, sondern bewegt sich vielmehr in wellenförmigen Konjunkturen, die meistens durch Gerichtsurteile, Gesetzgebung und Presseberichte über diverse Einzelfälle strukturiert werden. Dabei werden mehrere unterschiedliche Formen von Sterbehilfe verhandelt: *passive, indirekte*

und *aktive Sterbehilfe* sowie *Suizidbeihilfe*.¹ In den Nullerjahren stand die sogenannte *passive Sterbehilfe* im Vordergrund, mit der Verzicht, Abbruch oder Reduktion bestimmter Behandlungsmaßnahmen bezeichnet werden, die zum Tod von Patient*innen führen. Auf Initiative des *Deutschen Juristentages* wurde 2006 eine Debatte losgetreten, die 2009 die Verabschiedung des sogenannten *Patientenverfügungsgesetzes* (Deutscher Bundestag 16/8442) nach sich zog, das seitdem die Verbindlichkeit des formulierten Patientenwillens bezüglich dieser lebensverlängernden Maßnahmen oder dem Verzicht darauf festschreibt.² 2010 sorgte der Bundesgerichtshof (BGH 2010) für weitere Rechtssicherheit, indem sein Urteil über einen Einzelfall bekräftigte, dass passive Sterbehilfe bei (mutmaßlichem) Patientenwillen gerechtfertigt sei. Im Jahr darauf beschloss der *Deutsche Ärztetag* eine Änderung seiner Berufsordnung dahingehend, dass eine Hilfe zur Selbsttötung für Ärzte nicht mehr erlaubt sei. *Indirekte Sterbehilfe* hängt eng mit der *passiven* zusammen. Denn werden kurative Behandlungsziele oder lebenserhaltende Maßnahmen aufgegeben, stellen sich schnell Fragen der Palliativmedizin: Durch welche Maßnahmen kann der Sterbeprozess erträglich und würdevoll im Sinne der Patient*innen gestaltet werden? Durch *indirekte Sterbehilfe* sind Maßnahmen wie z. B. Sedierungen bezeichnet, die den Tod oder eine Verkürzung der Lebenszeit als indirekte Folge in Kauf nehmen. Dies ist nach gängiger Rechtsauffassung nicht nur straffrei, sondern nach Ansicht des Bundesgerichtshofs (BGH) sogar geboten, da eine Verweigerung von Schmerzmitteln gar als Körperverletzung (§§ 223–233 StGB) oder unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB) ausgelegt werden kann. *Aktive Sterbehilfe* bezeichnet das, was als *Tötung auf Verlangen* nach § 216 StGB in Deutschland strafbar ist, jedoch in den Beneluxstaaten und seit 2021 auch in Spanien unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt ist.³ Hier dürfen Ärzt*innen unter bestimmten Bedingungen (z. B. in manchen Fällen von unheilbarer Krankheit) eine tödliche Substanz verabreichen, sofern es dem freien (z. T. mutmaßlichen) Willen des*der Patient*in entspricht und bestimmte Sorgfalts- und Dokumentationspflichten befolgt werden.

-
- 1 Für eine übersichtliche Darstellung und Problematisierung dieser gängigen Unterscheidung, siehe Woellert/Schmiedebach (2008, 17ff.) sowie Finzen (2009, 20ff.).
 - 2 Für eine Problematisierung der Autonomie-Debatte in ihrer Struktur biopolitischer Subjektivierung, siehe Graefe (2007).
 - 3 In Portugal wurde ein entsprechendes Gesetz bereits im Mai dieses Jahres vom Parlament verabschiedet. Das Gesetz wird voraussichtlich noch vor dem Jahresende 2023 in Kraft treten.

Auch wenn die Mehrheit der Bevölkerung Deutschlands laut Umfragen sogar die aktive Form befürwortet⁴, spielt sie keine nennenswerte Rolle in der deutschen Debatte, geschweige denn in Gesetzesinitiativen. Ein Grund dafür ist sicherlich die Erinnerung an die im Rahmen des T4-Programms organisierte Euthanasie im Nationalsozialismus (Klee 2010). Vielmehr ist es hierzulande die Regelung einer *Assistenz* bzw. *Beihilfe zum Suizid*, die seit den Zehnerjahren im Mittelpunkt sowohl der Debatte als nun auch des Gesetzgebungsbedarfs steht, den das Urteil des BVerfG erzeugt hat. Es geht also um die Frage, ob und unter welchen Umständen Sterbewilligen etwa tödliche Substanzen, wie das in der Schweiz geläufige Natrium-Pentobarbital, beschafft werden dürfen – Substanzen, welche sie dann selbst einzunehmen hätten, um die juristische Tatherrschaft zu behalten. Bis zum 2015 verabschiedeten ‚Sterbehilfeparagraphen‘ war die Beihilfe (von Einschränkungen im Betäubungsmittelgesetz abgesehen) nicht strafrechtlich geregelt, nach dem Grundsatz: Da Suizid längst keine Straftat mehr darstellt, kann auch die Beihilfe dazu keine solche mehr sein. Oder? Für Angehörige, die im Einzelfall Beihilfe leisten, ist dies auch nach 2015 straffrei geblieben. Vielmehr sollte das Verbot „geschäftsmäßiger Sterbehilfe“ durch § 217 StGB bezwecken, der Praxis von Sterbehilfevereinen nach Schweizer Vorbild einen Riegel vorzuschieben.

Fünf Jahre zuvor war der *Verein Sterbehilfe Deutschland* gegründet worden und hatte bereits Suizidassistenten angeboten und geleistet. Auch Ärzt*innen machten ihre Beihilfe publik und trugen zu jener Debatte bei, die zu § 217 führte. „Geschäftsmäßig“ bedeutet dabei nicht, dass sich Menschen an einem ‚Geschäft mit dem Tod‘ bereichern (schließlich sind solche Vereine grundsätzlich gemeinnützig), sondern jede institutionalisierte Form, die über den Einzelfall hinausgeht und auf Wiederholung angelegt ist. Ein Verbot, das sich auf „gewerbliche“ Formen beschränkt, lag als Gesetzesvorschlag ebenso vor wie ein anderer, der jede Suizidassistenten verbieten wollte. Mit dem Kompromiss wollte der Gesetzgeber einerseits vermeiden, dass eine Normalisierung des Lebensendes durch Suizid stattfindet, sobald ein solches Angebot der Assistenz grundsätzlich im Raum steht, andererseits aber jenem verständlichen Einzelfall Rechnung tragen und Straffreiheit zusichern. Was zur Rechtssicherheit beitragen sollte, verunsicherte insbesondere Ärzt*innen, deren Handeln grundsätzlich im Rahmen

4 Nach einer repräsentativen Umfrage waren es 2021 72 % – im Vergleich zu 2019 (67 %) ist die Tendenz steigend (Statista Research Department 2022).

von medizinischen Institutionen stattfindet, in denen die Konfrontation mit der Bitte, beim Sterben zu unterstützen, ebenso institutionalisiert ist wie das Wissen, dies möglichst sicher und schmerzfrei zu bewerkstelligen. Der dadurch geschaffene Graubereich brachte die eigentümliche Situation hervor, in der jene Fälle von Gerichten zum gerechtfertigten Einzelfall erklärt wurden, die ihre Beihilfe öffentlich machten und die Debatte befeuerten – denn verurteilt wurde niemand.⁵ Doch den Graubereich mit Rechtswegen abzuschaffen hätte bedeutet, die gefürchtete Normalität der Suizidbeihilfe anzuerkennen bzw. zu schaffen. Denn jede Einigung auf eine Regel setzt den Rahmen für die Beurteilung wiederholbarer Handlungen gleichen Typs. Es stapelten sich die Verfassungsbeschwerden von Sterbehilfvereinen, Ärzt*innen, Rechtsanwält*innen und Sterbewilligen, die sich in die Illegalität gedrängt fühlten, weil die Beihilfe eigentlich – im Einzelfall – offenstehen sollte, es aber an legalen Wegen mangelte, diese Hilfe zu organisieren. Einige Menschen versuchten es beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), indem sie dort um die Herausgabe des tödlichen Natrium-Pentobarbital baten. So bekam die Debatte neues Futter, als das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig 2017 darüber entschied, den Genehmigungsanträgen bei „extremen Notlagen“ wie schwerer und unheilbarer Krankheit zukünftig stattzugeben (BVerwG 2017, Rn. 38). Der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) setzte sich durch einen Nichtanwendungserlass über die höchstrichterliche Entscheidung hinweg. Das BVerfG müsse Klarheit schaffen. So wurden alle Anträge abgelehnt.

Es war lange erwartet worden, dass das BVerfG den ‚Sterbehilfeparagraphen‘ kippen würde. Überraschend war aber doch die Einseitigkeit, mit der die Urteilsbegründung die Würde des Individuums einzig von seiner Selbstbestimmung her zu denken scheint und auf dem individuellen Freiheitsrecht beharrt, den Tod als Ende des eigenen Lebens nach eigenen Vorstellungen gestalten zu dürfen. Der Staat dürfe das nicht nur nicht verhindern, sondern müsse auch Sorge dafür tragen, dass dieses Grundrecht verwirklicht werden kann. Eine Liberalisierung der Sterbehilfe, die von der Bevölkerungsmehrheit längst gewünscht wird, ist in Deutschland damit unvermeidlich geworden. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, Rahmenbedingungen für ebenjene Institutionalisierung zu setzen, die er mit § 217

5 2019 bestätigte der BGH auch die Urteile zweier Landesgerichte, die Ärzte von der Anklage unterlassener Hilfeleistung freisprachen. Die Ärzte hatten auf lebensrettende Maßnahmen verzichtet, um den Sterbewunsch ihrer Patient*innen zu respektieren (BGH 2019)

verhindern wollte. Das Urteil belastet den Gesetzgeber nicht nur mit der Pflicht, die Bedingungen für die freie Willensbildung zu schaffen, sondern räumt ihm auch die Kompetenz ein, Verfahren ihrer Prüfung zu regeln. Jedoch sind ihm dabei enge Grenzen gesetzt. Denn das Grundrecht komme grundsätzlich jeder Person zu, deren freier Wille nicht eingeschränkt ist – wie etwa durch eine akute Psychose oder seelische Behinderung. Damit ließe sich das Recht auf Suizidassistenten also keinesfalls auf alte und unheilbar kranke Menschen beschränken und würde z. B. auch junge Menschen mit psychiatrischen Diagnosen nicht ausschließen. Ein Gesetz, das dem Urteil hinreichend Folge leisten würde, hätte also weitreichende Konsequenzen, nicht nur für die Ärzte- und Pflegeberufe, sondern auch für die Suizidprävention, die vor allem durch psychiatrische und psychologische Institutionen geleistet wird.

Das Urteil stellt ein historisches Ereignis dar, das den politischen Diskurs um Sterbehilfe nicht nur neu entfachte, sondern ihm Regeln und entsprechende Grenzen dafür diktierte, wie die Debatte in Zukunft noch sinnvoll geführt werden kann. Historisch so bedeutend ist das Urteil deshalb, weil es in aller Deutlichkeit die Richtung festgeschrieben hat, wohin die Reise geht. Alle relevanten Akteure wie Berufs- und Patient*innenverbände positionierten sich zum Urteil und gaben z. T. Vorschläge für künftige Regelungen ab. Weitere Aufmerksamkeit erhielt die Debatte in der Öffentlichkeit knapp ein Jahr später, als parteiübergreifende Initiativen erste Gesetzesentwürfe vorlegten, auf die hin im April 2021 eine Orientierungsdebatte im Deutschen Bundestag stattfand (Plenarprotokoll 19/223). Die Entwürfe unterscheiden sich vor allem hinsichtlich des Verfahrens, das den Betroffenen zugemutet werden soll, um ihren freien und nachhaltigen Willen festzustellen. Während der Entwurf um Katrin Helling-Plahr (FDP), Karl Lauterbach (SPD) und Petra Sitte (Linke)⁶ vorsieht, die ärztliche Verschreibung eines tödlichen Medikaments lediglich an die Beratung durch eine nicht-staatliche, nicht-medizinische, unabhängige Stelle und 10 Tage Bedenkzeit zu binden (Deutscher Bundestag 20/2232), differenziert der Entwurf von Renate Künast, Katja Keul (beide Grüne) und anderen zwischen Suizidwünschen, denen eine unheilbare Krankheit zugrunde liegt, und solchen, bei denen das nicht der Fall ist (Deutscher Bundestag 20/2293). Während im zweiten Fall medizinische Gutachten zu den Voraussetzungen gehören, ist solch eine Praxis im ersten Fall nicht vorgesehen. Für unheilbar kranke Menschen wäre das Verfahren dadurch weniger langwierig. Diesen libera-

6 Zitiert werden hier die späteren, überarbeiteten Entwürfe.

len Entwürfen, die eine Regelung im Strafrecht rundweg ablehnen, steht der Entwurf von Lars Castellucci (SPD), Ansgar Heveling (CDU), und Kirsten Kappert-Gonthier (Grüne) gegenüber, der ein Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe beibehalten, diese aber unter bestimmten Voraussetzungen als „nicht unrechtmäßig“ straffrei belassen wollen (Deutscher Bundestag 20/904, 9). Von Ausnahmen terminaler Erkrankungen abgesehen, wäre die Gewährung von der „zweimaligen Untersuchung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Abstand von drei Monaten [abhängig] und eine umfassende ergebnisoffene Beratung in einem auf die Situation des/der Betroffenen angepassten interdisziplinären Ansatz“ nötig (ebd., 3). Noch im selben Jahr reagierte der *Deutsche Ärztetag* auf das Urteil, indem er das Verbot der Suizidbeihilfe aus seiner Berufsordnung strich. Von § 217 befreit, konnten deutsche Sterbehilfevereine ihre Praxis wieder aufnehmen. *Dignitas-Deutschland* kam hinzu und auch die *Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben* (DGHS), zuvor eher um die Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen und in der Palliativpflege bemüht, vermittelte nun auch offiziell an Sterbehelfer*innen. Die Mitgliederzahlen der Vereine stiegen – so auch die Anzahl begleiteter Selbsttötungen. Im Jahr 2021 waren es 346 Fälle, bei denen nicht alle Betroffenen alt und krank waren (Hipp 2022; Tagesschau, 21.02.2022). Solange kein neues Gesetz verabschiedet wird, gilt die Gutachter*innenpraxis, auf die sich die Vereine selbst verpflichten. Was die Vereine ihren Mitgliedern nun ungehindert anbieten dürfen ist eine Sache, was Bürger*innen vom Staat erwarten dürfen, eine andere. Das BfArM kann nach wie vor nicht zu der Herausgabe von Natrium-Pentobarbital verpflichtet werden, urteilte das Oberverwaltungsgericht Münster noch im Februar 2022 zuungunsten von drei schwerkranken Antragsstellern (OVG NRW 2022).

II. Die Veranstaltungsreihe

Die sich entspinnde, aufgeregte Debatte bereitete schließlich Ende 2021 den Hintergrund unseres Bestrebens, eine öffentliche Veranstaltungsreihe zu organisieren. Uns motivierte der Eindruck einer Schiefelage, den diese Debatte bei uns hinterließ: Auf der einen Seite findet eine tendenziell liberale Presseöffentlichkeit Gehör, die (im Geiste der Mehrheitsmeinung) im Namen dieses oder jenes Einzelfalls generell die Zumutungen von Beschränkungen in den Vordergrund rückt. Ihr wohnt dadurch *eine Tendenz* inne, *jede* Regelung zu problematisieren. Auf der anderen, liberalisierungs-

kritischen oder -skeptischen Seite kommen als Spezialist*innen vor allem diejenigen Professionen zu Wort, die berufshalber mit Suizidwünschen praktisch konfrontiert sind – und Teil potentieller Ordnungen ihrer Gewährung wären bzw. längst sind. Jedoch geht es hier auch um Fragen, die ihr Professionswissen weit übersteigen. Eine demokratische Gesellschaft hätte sich aufgerufen fühlen sollen, sich selbst öffentlich dahingehend zu befragen, welche Ordnung sie dem freiwilligen Sterben in ihren Reihen geben möchte – und welche nicht. Denn dabei stellen sich nicht nur allerhand juristische und berufspraktische Probleme. Vielmehr brechen grundlegende Fragen nach Selbstverständnis, Werten und dem guten Leben auf, über die wir uns verständigen sollten, um Gesetzgebungsprozesse zum Thema Sterben kritisch begleiten zu können. Doch statt eine breite und grundsätzliche Debatte zu führen, ist der Diskurs weiterhin insbesondere durch professionsperspektivisch verengte, juristische, medizinische, psychiatrische, praktisch-ethische und theologische Positionen geprägt. Historische und soziologische Reflexionen finden nur sehr beschränkt Gehör. (Kritische) Gesellschaftstheorien spielen gar keine Rolle. Aber sind sie es nicht, die den historischen Umbruch auf macht- bzw. herrschaftskritische Begriffe zu bringen hätten, um für eine emanzipatorische Perspektive zu streiten? Warum ist es so still? Ist die Sache zu widersprüchlich, die richtige Position zu uneindeutig, die Debatte zu aufgeladen, alle Antworten schlecht? Ist es dann nicht erst recht Zeit, Fragen aufzuwerfen?

Unser Bedürfnis war es also, von den zweifelsfrei wichtigen Verfahrensfragen einen Schritt zurückzutreten, um in sozialtheoretischer Sprache grundsätzlichere Fragen zu formulieren: Was passiert hier eigentlich? Was für ein Begriff von Freiheit und Selbstbestimmung ist im Zuge der anstehenden Liberalisierung hegemonial geworden und inwiefern ist er Ausdruck unserer Zeit? In welchem Zusammenhang stehen diese Veränderungen mit spätkapitalistischer Herrschaft oder neoliberaler Macht und Ohnmacht? Was ist das für ein suizidales Subjekt, das sich da bilden darf, und wo findet es seine Grenzen? Beobachten wir den Autoritätsverlust medizinischer, psychiatrischer und psychologischer Ordnungen oder nicht eher deren Restituierung? Sind die Entwicklungen als Befreiung aus biopolitischer Kontrolle zu lesen oder zeigen sie eine neue Form der Unterwerfung unter diese an? Um solche und andere Fragen zu stellen, luden wir im Rahmen der *Gesellschaft für Philosophie und Wissenschaften der Psyche*

(GPWP)⁷ für das Frühjahr 2022 zu einer unter Pandemiebedingungen online durchgeführten Veranstaltungsreihe mit Vorträgen und Diskussionen ein. Ziel war es, einen Sprech- und Diskussionsraum für Wissenschaftler*innen und Autor*innen mit unterschiedlichen *gesellschaftstheoretischen und historischen Perspektiven auf Sterbehilfe* zu schaffen und alle Interessierte daran teilhaben zu lassen. Die im zweiwöchigen Rhythmus gehaltenen Vorträge zu von den Referent*innen selbstgewählten Problematiken konnten anschließend ausgiebig diskutiert werden. Dabei war es unser Anliegen, alle Interessierten zu einer Diskussion anzuregen, die uns alle angeht. Die rege und auch regelmäßige Teilnahme von Diskutierenden und Beitragenden hat uns darin bestätigt, dass es einen Bedarf nach gesellschaftstheoretischer und historischer Reflexion gibt, der wir mit diesem Sammelband weiter Vorschub leisten möchten.

III. Normative Pluralität und eine schwierige Titelwahl

Der bescheidene Anspruch dieses Bandes ist es nicht, Antworten auf, geschweige denn praktische Vorschläge für die schwierigen Fragen zu geben, vor die uns die Liberalisierung der Gesetzgebung, aber auch ihre Unterlassung, als Gesellschaft stellt. Wir wollen stattdessen zuallererst auf einigen Fragezeichen beharren, die aus einer theoretisch und historisch reflektierten Perspektive aufgeworfen werden können. Diese Bescheidenheit sollte nicht mit Wertneutralität verwechselt werden, deren Existenz wir Herausgeber*innen generell bezweifeln, weil schon den Fragen und den Begriffen, die Fragen zu formulieren erlauben, durch die Denk- und Sprechmöglichkeiten, die sie eröffnen und begrenzen, eine Normativität eingeschrieben ist. Einen normativen Standpunkt wird man dem einen Beitrag eher ablesen können als dem anderen, jedenfalls wird man aus ihnen kein Horn basteln können, mit dem dieses Buch in die Debatte posaunen könnte. Während einigen Beiträgen durch ihre theoretische Einordnung der Entwicklung in spätkapitalistische oder neoliberale Dynamiken mindestens eine kritische Skepsis unterstellt werden darf, werden andere Beiträge in solchen Problematisierungen keine hinreichenden Argumente dafür entziffern können, eine liberale Gesetzgebung abzulehnen. Gemeinsam ist den Autor*innen jedoch ein Problembewusstsein für die historische Situation. Solch ein Problembewusstsein zu schärfen und unterschiedliche

7 Siehe www.gpwp.de

Perspektiven ins Gespräch zu bringen, ist unser Anliegen. Es ist durch die Überzeugung geleitet, dass eine demokratische Gesellschaft eine kritische Öffentlichkeit braucht, in der offene Fragen Anlass stiften, sich über das Eingemachte zu verständigen und darüber zu streiten, in welcher gesellschaftlichen Ordnung wir leben und sterben möchten.

Solche Debatten sollten nicht nur zwischen Bundestag, Meinungsfeuilletons, den Diskursräumen der medizinischen und helfenden Professionen sowie praktisch veranlagten Ethikkommissionen zirkulieren. So ist mit der Entscheidung für Open Access auch der fromme Wunsch verbunden, dass die Gedanken dieses Buches trotz des akademischen Hintergrundes der Autor*innen und des Verlags nicht in universitären Echokammern verhallen mögen. Wir Herausgeber*innen verfügen über keinen sicheren Standpunkt dazu, wie mit der Gestaltung und Begrenzung assistierter Suizide zu verfahren ist und betrachten es als schwierige gesellschaftspolitische Aufgabe. Unsere Erfahrung ist, dass uns der feste Grund für eine fixe Positionierung desto mehr abhandenkommt, je mehr wir uns mit dem Thema beschäftigen. Vielleicht ist dies aber nicht der schlechteste Ausgangspunkt, sowohl für ein zugewandtes Gespräch als auch für entscheidendes Handeln, welches nicht *zu* entschieden, sich seiner Sache nicht *zu* sicher ist.

Mit dem Untertitel des Buches sei sowohl die Gemeinsamkeit angezeigt, die die Beiträge verbindet, als auch das Merkmal dessen, was wir in der aufgeregten Debatte um assistierten Suizid vermisst haben: ein historisches und theoretisch reflektiertes Bewusstsein des gesellschaftlichen Wandels, der sich gerade zeigt und weiter abzeichnet. Erklärungsbedürftiger als der Untertitel könnte der Titel „Sterben mit Anspruch?“ sein. Denjenigen, die in ihm Polemik erkennen möchten, sei versichert: es liegt uns fern. Ist es merkwürdig, angesichts der Sterbewünsche von in aller Regel leidenden, oftmals sterbenskranken Menschen von ‚Anspruch‘ zu reden? Vielleicht. Wir wollen es nicht entscheiden – das Fragezeichen am Ende des Titels zeigt es an. Aber steht nicht auch in der Debatte ein Anspruch im Raum? Wird er nicht als Frage aufgeworfen und immer wieder in Frage gestellt? Wir meinen, ja, und zwar in einem doppelten Sinne – zum einen als Anspruch im Sinne jenes Ideals der Selbstbestimmung, das das liberale Lager für das Sterben verwirklichen möchte. Kann oder sollte angesichts des Schreckens des Todes, der in seiner Notwendigkeit die absolute Grenze aller Freiheit unter unfreien gesellschaftlichen Bedingungen ist, von Selbstbestimmung die Rede sein? Wie auch immer – es *ist* davon die Rede. Zum anderen steht Anspruch im Sinne eines Rechtsanspruchs im Raum, der freien, sterbewilligen Rechtssubjekten *quasi* zukommen könnte. Kann oder

sollte es so etwas in einem Staat geben, dessen verfassungsverbriefte Aufgabe, das Leben seiner Bürger*innen zu schützen, relativiert werden würde? Wie auch immer – die Rahmung der Feststellung solch eines Anspruchs (wenn auch nicht direkt dem Staat gegenüber) *ist* dem Gesetzgeber durch das Bundesverfassungsgericht aufgetragen.

IV. Vorstellung der Beiträge

Die Beiträge dieses Bandes basieren auf den Vorträgen, die im Rahmen der Reihe von den Autor*innen gehalten wurden.⁸ Ein einziger Vortrag konnte nicht in einen Beitrag unseres Bandes verwandelt werden, weil er inzwischen an anderer Stelle erschienen ist: Benigna Gerisch (2022) hatte aus psychoanalytischer Perspektive zu Sterbewünschen gesprochen und deren Ambivalenz hervorgehoben, die ein kritisches Licht auf Angebote assistierter Suizide werfen und das Gesprächsangebot psychoanalytisch fundierter Suizidprävention empfehlen lässt.

Der erste Beitrag eröffnet Leser*innen dieses Buches Sterbehilfe als ein reiches Feld, das die nachfolgenden Aufsätze mit unterschiedlichen theoretischen Instrumenten bearbeiten. Für diese *Er-öffnung* nimmt uns *Thomas Macho* mit auf einen kulturhistorischen Streifzug, der dazu einlädt, zu fragen: Wie lässt sich Suizid *verstehen*? Wie schon in seiner großen Studie über *Suizid in der Moderne* (2017), lässt uns Macho über Bedeutungen unterschiedlicher Zeiten, Personen und Kontexte hinweg *Suizidalität* als konstitutive Gespaltenheit eines Subjekts entdecken, das sich selbst als sein eigener Zwilling gegenübertritt. Anstatt Hilfe für Menschen, die nicht mehr leben möchten, einzig als Assistenz *für* oder Prävention *gegen* den Suizid zu verhandeln, schlägt Macho vor, *letzte Hilfe* als Versuch des konkreten Verstehens solch suizidaler Selbstverhältnisse zu begreifen. Dies würde bedeuten, dem Bedürfnis eines zerrissenen Subjekts, sich selbst und sein Leben als Ganzheit zu erfahren, bei jeglicher Form der Unterstützung am Lebensende Raum und Ausdruck zu geben.

Stefanie Graefe betrachtet die Liberalisierung von Sterbehilfe als ein Element von Biopolitiken des Lebensendes im fortgeschrittenen Neoliberalismus. Vor dem Hintergrund der allgemeinen gesellschaftlichen Tendenz, den Tod nicht mehr zu verdrängen, sondern als individualisiertes Projekt

8 Die Videoaufzeichnungen fast aller Vorträge finden sich auf der Homepage der GPWP (s.o.).

zu gestalten, richte sich die Aufmerksamkeit vor allem auf individuelle Freiheitspotenziale, während soziale Ungleichheiten und Strukturbedingungen – auch und gerade am Lebensende – eher ausgeblendet würden. In diese Tendenz schreibe sich auch das Urteil des BVerfG ein. Obwohl die Urteilsbegründung Gefahren institutionalisierter Suizidassistenten benennt, die sich aus ungleichen Lebensbedingungen sowie unzureichenden Versorgungslagen ergeben können, reproduziere der dem Urteil zugrunde gelegte Begriff von Autonomie ein problematisches, weil radikal dekontextualisiertes Freiheitsverständnis. Damit trage das Urteil dazu bei, die Differenz von positiver und negativer Freiheit zugunsten einer reduktiven und markt-kompatiblen Vorstellung menschlicher Freiheit, in der sich die Einzelnen selbst zum Gegenstand biopolitischer Abwägungen machen (müssen), zu verwischen.

Angelika Pillen beschreibt die von Graefe beschriebene Verabsolutierung von Autonomie und Selbstbestimmung anhand des Wandels von Altersbildern, den sie aus einer spätmodernen Normativität ableitet. Pillen stellt fest, dass die moderne Vorstellung des Alters als wohlverdienstem Ruhestand von einem neuen Bild des aktiven Alterns abgelöst wird. Das Ideal der *jungen Alten*, die der Gesellschaft noch nützlich sein können, führt zu einer Aufwertung einer Phase des *dritten Alters*, in der Aktivität und Kompetenz noch mobilisiert werden können. Das *vierte Alter* der Hochaltrigkeit wird im Gegenzug jedoch abgewertet, sodass Gefühle und Ängste erzeugt werden, anderen zur Last zu fallen. Der Wunsch nach Möglichkeiten assistierter Suizide erscheint so zum Teil aus dieser Entwicklung heraus verstehbar, aber auch aus historischer Perspektive problematisierbar.

In einem verwandten Geiste hatte *Nina Streeck* in ihrem Vortrag über das Ideal der Selbstbestimmung referiert, das sich in seiner Anwendung auf das Sterben in sein Gegenteil zu verkehren droht (siehe auch Streeck 2020). Ihr Text ist dem präventiven Charakter des assistierten Suizids auf der Spur. Suizidwünsche seien oftmals nicht einem Leiden an Vergangenheit und Gegenwart geschuldet, sondern entsprächen einem Bedürfnis nach Vorsorge, wahrscheinlich erwartbares Leiden zu vermeiden. Der assistierte Suizid erscheint vor diesem Hintergrund als extremes Element eines Ensembles präventiver Praxen, die das Management einer als bedrohlich konstruierten Zukunft ermöglichen. Die Erstreckung der Präventionslogik bis auf das Lebensende im Namen der Selbstbestimmung verortet Streeck in Anlehnung an Bröckling in einem *Zeitalter der Prävention*, in dem das Individuum die Verantwortung für sein künftiges Wohl und Weh trägt.

Diese enge Beziehung, die die oftmals als getrennt betrachteten Bereiche von Suizidprävention und Sterbehilfe miteinander unterhalten, führt uns *Robin Iltzsches* ethnographische Analyse konkret vor Augen, indem er zeigt, wie die Grenze zwischen beiden in einer psychiatrischen Klinik verhandelt, hergestellt und wieder verwischt wird. Anhand von Beobachtungen, Gesprächen und Dokumentationen aus einem besonderen Fallbeispiel seiner Dissertation (Iltzsche 2023) wird nachvollziehbar, wie das, was zu Beginn als pathologische Suizidalität aufgenommen wurde, in den verständlichen Sterbewunsch eines alten, kranken Mannes umgedeutet wird. So wird zuletzt Sterbehilfe in einer Institution möglich, die der Suizidprävention verschrieben ist. Dabei begreift Iltzsche den Deutungsumschlag als Ausdruck dialektischer Verschränkungen, die in den Diskursen über Suizidprävention und Sterbehilfe angelegt sind, und führt den Begriff der *Physiologisierung des Suizids* für einen Prozess ein, der die Entpathologisierung von Sterbewünschen ermöglicht.

Simon Duncker setzt sich mit Nietzsches Lehre *vom freien Tode* auseinander, um eine tragische Lesart von ihr als ethische Haltung für ein politisches Nachdenken und Sprechen über Sterbehilfe in demokratischen Gesellschaften zu empfehlen. Von Nietzsche zu lernen wäre erstens eine Metaphysikkritik, die gleichermaßen auf den Individualismus der Liberalen und den Konservatismus der Lebensschützer*innen zielt. Zweitens eröffnet Nietzsche *jenseits der Moral* dieser Pole vor dem Hintergrund einer säkularen Ethik den Möglichkeitsraum einer nötigen Aufgabe: im Bewusstsein ihres Scheiterns eine Suizidkultur zu schaffen, die den Gefahren einer Biopolitisierung freiwilligen Sterbens im Spätkapitalismus dadurch gewachsen wäre, dass sie nicht-liberale Voraussetzungen einer Liberalisierung setzt statt diese zu beklagen. Dazu gehören die Politisierung des Raums, in dem die Bedingungen, Grenzen und Wege des *Tods zur rechten Zeit* problematisiert und verhandelt werden, sowie die Kultivierung von Selbstsorgepraktiken, die relative Autonomie suizidaler Subjektivierung gewährleisten.

V. Zeitkern und weitere Entwicklung

Die Beiträge gehen auf Vorträge zurück, die mehr als eineinhalb Jahre vor Erscheinen dieses Buches gehalten wurden. Verfasst wurden die Texte zwischen Herbst 2022 und Herbst 2023. Dass ein Fortschreiten von Debatte und Gesetzgebungsprozess nicht berücksichtigt werden konnte, ist angesichts der allgemeineren Fragen, die die Texte aufwerfen, sicherlich

verkraftbar. Die drei oben erwähnten Gesetzesentwürfe wurden im April und Mai 2022 im Bundestag diskutiert und einen Monat später an den federführenden Rechtsausschuss gegeben. Die besten Aussichten schien der Vorschlag von Castellucci et al. zu haben. Aber wird es verfassungskonform sein, die Gewährung eines Grundrechts an die dort vorgesehenen Hürden samt psychiatrischer Beurteilungen zu knüpfen? Vier von fünf Jurist*innen des Rechtsausschusses verneinen dies (Deutscher Bundestag 2022a). Immerhin gab es Ende 2022 (auch seitens Expert*innen) großen Zuspruch dafür, den in diesem Vorschlag beinhalteten Antrag auf Neuregelung von § 217 mit einer Aufforderung zu kombinieren, einen Gesetzesentwurf zur Stärkung der Suizidprävention vorzulegen (Deutscher Bundestag 2022b). Dies war dann auch das einzige, worauf sich eine sehr große Mehrheit von 688 Abgeordneten bei der Abstimmung des Bundestages am 6. Juli 2023 einigen konnte. Die Neuregelung von § 217 scheiterte ebenso an der erforderlichen Mehrheit wie der einzige zur Abstimmung stehende liberale Entwurf, der sich kurz vorher aus einer Fusion der Gruppen um Helling-Plahr und Künast ergeben hatte (Deutscher Bundestag 2023). Die ärztliche Verschreibung des tödlichen Medikaments soll demnach an die ergebnisoffene Beratung einer unabhängigen Stelle gebunden werden, bei der Ärzt*innen und Psycholog*innen nur im Einvernehmen hinzugezogen werden.

Der Koalitionsvertrag der Ampelregierung hatte in einem Satz „begrüß[t], wenn durch zeitnahe fraktionsübergreifende Anträge das Thema Sterbehilfe einer Entscheidung zugeführt wird“ (2021, 113). Danach sieht es nun nicht aus. Mag zwar über die andauernde Rechtsunsicherheit geklagt (Lauterbach) und ein baldiger neuer Vorstoß gefordert werden (Castellucci), mehren sich auch Stimmen, die mehr Zeit für die gesellschaftliche Debatte begrüßen.⁹ Und so wird sie weitergehen. Welche Ordnung möchten wir selbstbestimmtem Sterben geben? Mögen die in diesem Band aufgeworfenen Fragen zum Nachdenken und Streiten darüber anregen.

Berlin, Sommer 2023

9 So z. B. von der Vorsitzenden des Deutschen Ethikrats, Alena Buyx, und dem Bundesärztekammerpräsidenten Klaus Reinhardt (Tagesschau, 06.07.2023).

Literaturverzeichnis

- BGH (2010): Urteil vom 25. Juni 2010 (LG Fulda). 2 StR 454/09. <https://www.hrr-straftrecht.de/hrr/2/09/2-454-09.php>, [13.09.2023]
- BGH (2019): Freisprüche in zwei Fällen ärztlich assistierter Selbsttötungen bestätigt. Pressemitteilung Nr. 090/2019 vom 03.07.2019. <https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019090.html>, [09.09.2023]
- BVerfG (2020): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343. https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, [20.08.2023]
- BVerwG (2017): Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung. Urteil vom 02. März 2017. 3 C 19.15, Rn. 1–44. <https://www.bverwg.de/020317U3C19.15.0>, [09.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Parlamentsnachrichten (2022a): Anhörung zur Neuregelung des assistierten Suizids. Hib 696/2022. <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungngen-923964>, [11.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Parlamentsnachrichten (2022b): Expertenlob für Antrag zur Stärkung der Suizidprävention. Hib 696/2022. <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-923964> [11.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Parlamentsnachrichten (2023): Suizidhilfe (2): Neuer Gesetzesentwurf Helling-Plahr/Künast. Hib 516/2023. <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-956802>, [11.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Drucksache 16/8442: *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts*. § 1901a-c und 1904 BGBI. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/084/1608442.pdf>, [09.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Drucksache 20/904: *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/200904.pdf>, [05.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Drucksache 20/2293: *Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>, [05.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Drucksache 20/2332: *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>, [05.09.2023]
- Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 19/223: Stenographischer Bericht, 223. Sitzung, Berlin, Mittwoch den 21. April 2021. <https://dserver.bundestag.de/btp/19/19223.pdf#P.28262>, [11.09.2023]
- Finzen, Asmus (2009): *Das Sterben der Anderen*. BALANCE buch + medien verlag, Bonn.
- Gerisch, Benigna. (2022): Assistierter Suizid im Spiegel von Perfektionierungs- und Optimierungsimperativen in der gegenwärtigen Moderne. In: Joahim Küchenhoff/Martin Teising (Hrsg.), *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer*. Psychosozial-Verlag, Gießen.

- Graefe, Stefanie (2007): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Campus Verlag. Frankfurt am Main, New York.
- Hipp, Dietmar (2022): Tödliche Hilfe in 129 Fällen. In: Spiegel Online. <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/statistik-des-vereins-sterbehilfe-deutschland-toedlich-e-hilfe-in-129-faellen-a-bfcbe843-d2fc-4459-a783-ec26530ce64d>, [05.09.2023]
- Iltzsche, Robin (2023): *Die Überzeugung zum Leben. Eine Ethnographie der psychiatrischen Suizidprävention*. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Klee, Ernst (1985): „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Fischer. Frankfurt am Main.
- Macho, Thomas (2017): *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. Suhrkamp. Berlin.
- OVG NRW (2022): Urteil des 9. Senats am 02.02.2022. 9 A 146/21. https://www.justiz.nrw.de/nrwe/ovgs/ovg_nrw/j2022/9_A_146_21_Urteil_20220202.html, [13.09.2023]
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*. Koalitionsvertrag. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, [11.09.2023]
- Statista Research Department (2022): Umfrage in Deutschland zu Legalisierung aktiver Sterbehilfe 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1294999/umfrage/umfrage-in-deutschland-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe/> [13.09.2023]
- Streeck, Nina (2020): *Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende*. Campus. Frankfurt am Main.
- Tagesschau (21.02.2022): *Sterbehilfevereine halfen bei fast 350 Suiziden*. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/sterbehilfe-deutschland-101.html>, [05.09.2023]
- Tagesschau (06.07.2023): Keine Mehrheit für Gesetzesentwürfe zu Sterbehilfe. <https://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-bundestag-102.html>, [05.09.2023]
- Woellert, Katharina/Schmiedebach, Heinz-Peter (2008): *Sterbehilfe*. Ernst Reinhardt. München.

Letzte Hilfe. Bemerkungen zum assistierten Suizid

Thomas Macho

Wie können wir Suizid verstehen? Und wie können wir verstehen und helfen? Auf den ersten Blick eröffnen sich nur zwei Möglichkeiten, diese Frage zu beantworten. Hilfe kann einerseits vor dem letzten Schritt zur Selbsttötung geleistet werden, als Hilfe zum Leben, als therapeutische Unterstützung und Intervention, genau genommen als Hilfe *gegen* den Suizid. Und sie kann andererseits als Hilfe zur Beendung eines Lebens erfolgen, wenn dieses Leben – beispielsweise aufgrund schwerer Erkrankung und quälender Schmerzen – unerträglich geworden ist. So legitimieren etwa die Organisationen für Sterbehilfe in der Schweiz oder in den Niederlanden die Bereitstellung von Medikamenten, die einen sanften und schnellen Tod herbeiführen. Von solchen Möglichkeiten hat schon Thomas Morus in seiner vor mehr als fünfhundert Jahren gedruckten Schrift *Utopia* gesprochen. Wenn jemand auf der „nova insula“ des englischen Humanisten an einer unheilbaren Krankheit und heftigen Schmerzen leidet,

reden die Priester und Behörden ihm zu, er möge bedenken, dass er allen Berufspflichten seines Leben nicht mehr gewachsen, anderen zur Last und sich selber schwer erträglich sei und somit seinen eigenen Tod bereits überlebe; deshalb möge er [...] nicht zaudern, in den Tod zu gehen, da ihm das Leben doch nur eine Qual sei; somit möge er getrost und guter Hoffnung sich selbst aus diesem schmerzreichen Leben wie aus einem Kerker oder einer Folter befreien oder willig gestatten, dass andere ihn der Qual entrissen. (Morus 2003, 106)

Nach wie vor wird die Hilfe zum freiwilligen Tod kontrovers diskutiert, auch wenn sie – wie in Michael Hanekes berührendem Film *Liebe* mit Emmanuelle Riva und Jean-Louis Trintignant, der 2012 in Cannes die goldene Palme gewann – aus Liebe erfolgt.

Es gibt allerdings noch andere Möglichkeiten, Suizid zu verstehen und zu helfen. Sie betreffen eine Haltung, die häufig als ‚Suizidalität‘ charakterisiert wird, die Reflexion des Suizids als letzten Ausweg, der in schlimmster Not gewählt werden könnte. Ein solches Verständnis von Suizidalität möchte

ich nun kulturhistorisch verfolgen, um abschließend die Frage aufzuwerfen, welche Zugänge es zu Formen letzter Hilfe zu eröffnen vermag.

I.

In einem solchen Sinn von Suizidalität behauptete schon Friedrich Nietzsche, der „Gedanke an den Selbstmord“ sei „ein starkes Trostmittel: mit ihm kommt man gut über manche böse Nacht hinweg.“ (1980, 100) Kate, die suizidale Heldin in Walker Percys Roman *Der Kinogehrer* von 1961, krönt dieses Argument noch mit der scheinbar paradoxen Versicherung, der Suizid sei

das einzige, was mich am Leben hält. Wenn alles andere schiefgeht, muss ich nur an Selbstmord denken, und in Null komma nichts bin ich wieder gut drauf. Wenn ich mich nicht umbringen könnte – ja, das wäre ein Grund, es zu tun. Ich kann ohne Nembutal oder ohne Krimis leben, aber nicht ohne Selbstmord. (zit. nach Gabbard 2007, 131)¹

Suizidgedanken als Überlebenshilfe: Davon erzählt auch Vilém Flusser in seiner philosophischen Autobiographie, die unter dem Titel *Bodenlos* ein Jahr nach seinem Tod am 27. November 1991 erschienen ist. Flusser wuchs in einer jüdischen Familie in Prag auf; sein Vater war Professor für Mathematik an der Universität Prag. 1939 musste er vor dem NS-Regime flüchten; seine Angehörigen – die Eltern, Großeltern und seine Schwester – wurden in den Konzentrationslagern Buchenwald und Auschwitz ermordet. Flusser emigrierte zunächst nach London und 1940, im Alter von zwanzig Jahren, nach São Paulo in Brasilien. 1962 erhielt er einen Lehrstuhl für Kommunikationstheorie an der dortigen Universität, übrigens im selben Jahr, in dem sein drei Jahre älterer Cousin David Flusser zum Professor für vergleichende Religionsgeschichte an *The Hebrew University of Jerusalem* ernannt wurde. Vilém Flussers „Bodenlosigkeit“ manifestierte sich nicht nur in zahllosen Vortragsreisen und Gastprofessuren, sondern auch in seiner Mehrsprachigkeit; er schrieb in Englisch, Französisch, Portugiesisch und Deutsch, seltener in seiner tschechischen Muttersprache.

In Prag hatte der achtzehnjährige Flusser – ein Jahr vor seiner Flucht – das Studium der Philosophie aufgenommen, das er in London fortsetzte.

1 Im Original *The Moviegoer* (1962) beginnt die Passage auf Seite 194. Ihre deutsche Fassung fehlt in Peter Handkes Übersetzung.

Bevor er jedoch in São Paulo erste Kontakte mit dem philosophischen Institut der Universität zu unterhalten begann, musste er mehr als ein Jahrzehnt lang im Import-Export-Geschäft arbeiten. Während dieser Zeit vertiefte sich eine Zerrissenheit, die Flusser nur in ständigem Umgang mit Suizidgedanken zu ertragen vermochte:

Zugegebenermaßen war dieses Doppelspiel zwischen São Paulo und Prag, zwischen Import und Schopenhauer, zwischen Terrinkauf und Gaskammer nur durchzuhalten, weil man zugleich auch immer mit dem Gedanken an den Selbstmord spielte. [...] Diese innere Zerrissenheit war, wie gesagt, nur durch das Spiel mit dem Gedanken an den Selbstmord erträglich. Der Selbstmordgedanke, mit den Gasöfen als Hintergrund, war das Klima, in dem man damals philosophierte. (Flusser 1992, 42f.)

Dieselbe Zerrissenheit prägt freilich auch die Erinnerungsarbeit der Autobiographie:

Denn bei der Frage, warum man sich damals nicht das Leben nahm, sondern die Alternative der Denkerstickung wählte, schweigt das Gedächtnis nicht, sondern gibt eine doppelzüngige Antwort. Einerseits, sagt es, sei man damals zu feig gewesen, sich umzubringen, weil man die Schmerzen fürchtete und einen ästhetischen Abscheu vor der Vorstellung empfand, auch physisch zu einer schmutzigen Sache zu werden. Andererseits aber, sagt es, man habe schon damals dunkel gefühlt, eine Aufgabe im Leben zu haben, und sich also entschlossen, dem spielerischen Grauen des täglichen Lebens die Stirn zu bieten. (ebd., 53f.)

Die Beobachtung zielt erneut auf eine elementare ‚Gespaltenheit‘,

die man sich nicht eingestehen kann. Tatsache ist, daß man sich weder das Leben nahm noch auch aufhörte, täglich mit dem Gedanken an den Selbstmord zu spielen. Diese immer offen gelassene Möglichkeit bedeutete die Freiheit, in der man lebte. (ebd., 55)

Es sei eine Freiheit um den Preis nächtlicher Alpträume und täglicher Suizidgedanken, im andauernden Blick auf den letzten Ausweg:

Nicht nur dachte man in Träumen und schlaflosen Nächten auf unkontrollierte Weise, sondern es ‚kamen einem‘ auch im wachen und ganz bewußten Zustand immer wieder Gedanken. Es waren vor allem diese Gedanken, die einem ein Leben ohne das Spiel mit dem Selbstmord unmöglich machten. (ebd.)

II.

Was wir so halbwegs routiniert als Suizidalität bezeichnen, besteht genau in dieser Zerrissenheit und Spaltung. Spieler*innen spielen mit sich um den Einsatz ihres Lebens; Jäger*innen verfolgen sich selbst als Beute. Als Täter*innen und Opfer zugleich, als Befreiende und Befreite, als Besitzende und Besessene, gar als Wächter*innen und Häftlinge treten sich suizidale Subjekt als Objekte selbst gegenüber. In solchem Sinn spricht Roberta Tatafiore in ihrem Suizid-Tagebuch von der „Gefängniswärterin ihrer selbst“ (2010, 27). In der zweiten Ausgabe vom 15. Januar 1925 veröffentlichte die neu gegründete Zeitschrift *La Révolution Surréaliste* die Ergebnisse einer Umfrage zum Thema: „Ist Selbstmord eine Lösung?“² Publiziert wurden Antworten und Beiträge von rund fünfzig Autoren, darunter Antonin Artaud, André Breton, Francis Jammes oder Marcel Jouhandeau. Der an Lungentuberkulose erkrankte René Crevel bejahte den Suizid, den er zehn Jahre später auch vollzog; und Paul Valéry ließ sein Alter Ego, *Monsieur Teste* (1997), antworten. Monsieur Teste argumentierte zunächst, der Suizid sei eine „plumpe Lösung“; doch räumte er ein, manche

zweimal Sterblichen scheinen im Schatten ihrer Seele einen somnambulen Mörder mit sich zu führen, einen Träumer ohne Erbarmen, einen Doppelgänger, der zum Vollstrecker einer unerbittlichen Weisung wird. Manchmal steht in ihren Gesichtern ein leeres und geheimnisvolles Lächeln, das Zeichen ihres gleichgearteten Geheimnisses, das (wenn man das so schreiben kann) die Gegenwart ihrer Abwesenheit zum Ausdruck bringt. Vielleicht empfinden sie ihr Leben als sinnlosen und unerquicklichen Traum, dessen sie sich zunehmend überdrüssig fühlen, so dass sie der Versuchung, davon zu erwachen, immer weniger widerstehen können. Alles erscheint ihnen trister und nichtiger als das Nicht-sein. (*La Révolution Surréaliste*: Enquête 2007, 379f.)³

André Breton antwortete dagegen kurz und bündig mit einem Zitat aus Théodore Jouffroys *Nouveaux mélanges philosophiques*: „Selbsttötung ist ein schlecht gewähltes Wort; wer tötet, ist niemals identisch mit dem, der getötet wird.“ (Jouffroy 1842, 245) Auch Ernst Jünger hätte sich wohl zu

2 *Enquête: Le Suicide est-il une solution?* (*La Révolution Surréaliste*, 15.01.1925); in deutscher Übersetzung von Tanja Graf: *La Révolution Surréaliste*: Enquête (2007).

3 Im Original (*La Révolution Surréaliste*, 15.01.1925) findet sich die Passage auf Seite 14.

dieser Haltung bekannt, als er – in einem Zusatz zu seinem utopischen Roman *Heliopolis* (1949, 400) – schrieb:

Was mich betrifft, so muß ich gestehen, daß der Gedanke, Hand an mich zu legen, mich stets beunruhigt hat. Er hat mich nicht eigentlich mit Furcht erfüllt – eher mit Scheu. Man tritt sich gegenüber wie einem Opfer, das sich nicht wehren kann.

Kaum ein Autor des 20. Jahrhunderts hat so nachdrücklich und obsessiv gegen das Einverständnis mit dem Tod opponiert wie Elias Canetti. Noch im Alter von achtzig Jahren notierte er etwa: „Aber ich verfluche den Tod. Ich kann nicht anders. Und wenn ich darüber blind werden sollte, ich kann nicht anders, ich stoße den Tod zurück. Würde ich ihn anerkennen, ich wäre ein Mörder.“ (Canetti 1987, 200) Viele Jahre lang plante Canetti eine Sammlung von Aufzeichnungen, die unter dem Titel *Totenbuch* erscheinen sollte. Zwanzig Jahre nach seinem Tod wurde schließlich *Das Buch gegen den Tod* (2014) publiziert, das – in chronologischer Reihenfolge von 1942 bis 1994 – eine Vielzahl bisher unveröffentlichter Aufzeichnungen enthält, darunter auch einige Bemerkungen zur Selbsttötung. Wie sich fast von selbst versteht, schließt Canettis Hass auf den Tod auch den Suizid ein. So heißt es etwa in einer Aufzeichnung aus dem Jahr 1952:

Jeder Tod ist möglich, zu rechtfertigen ist keiner. Selbst einer, der sich gegen seinen Willen *ermorden* läßt, trägt in meinen Augen Schuld. Aber die Schuld des Mörders oder gar des Selbstmörders ist für mich unermeßlich und durch nichts je abzubüßen. Ich frage mich ernsthaft, ob nicht jeder Mensch, der *stirbt*, dafür allein schon Schuld trägt. (Canetti 2014, 72)

Und im folgenden Jahr notierte er:

Allen, die den Tod empfehlen, als Befreiung und Ausweg scheint eines entgangen zu sein: die *Unwiderruflichkeit* des Selbstmords. Die glückliche Türe, die sich seinen Verfechtern öffnet, schliesst sich, sobald man durch sie hindurchgegangen ist, und öffnet sich niemals wieder. Es wird einem nicht erlaubt, die beiden Zustände zu *vergleichen*. Man kommt nicht zurück. Man tat *einen* Schritt, und er bedeutet *alles*. Die *Leichtigkeit* dieses Schrittes, seine Schlüssigkeit, Billigkeit und Unfehlbarkeit sind es, die mich am meisten an ihm entsetzen. Ich habe ein Gefühl, dass Selbstmord noch schlimmer als Mord ist.⁴

4 Elias Canetti: Unveröffentlichte Aufzeichnung vom 10. April 1953.

Von den Freitoden seiner Freunde – Gerhard Fritsch, Paul Celan, Jean Améry – war Canetti gleichwohl betroffen und erschüttert. Vierzig Jahre nach den eben zitierten Generalverurteilungen des Suizids, ja des Sterbens überhaupt, träumte er von einer seltsamen Wiedergutmachung:

Er sucht die Selbstmörder seines Lebens und holt sie zurück. Wie gern sie kommen, wie sie über die Gesellschaft, in der sie sich finden, staunen! Jeden spricht er an, jeder steht ihm Rede. Keiner begreift sich, keiner täte es wieder. Zusammen danken sie ihm, Chor der Selbstmörder. (Canetti 2014, 291)

Dennoch kannte auch Canetti die rätselhafte Erfahrung der Gespaltenheit, der Suizidalität, die nicht mit älteren Konzepten der Schizophrenie oder dem breiten Feld der ‚dissoziativen Störungen‘ verwechselt werden sollte, die in psychologischer Fachliteratur beschrieben und kommentiert werden. Denn diese ‚dissoziativen Störungen‘ sind zumeist mit Bewusstseinsstörungen und Kontrollverlusten verbunden. Die nach wie vor umstrittenen ‚multiplen Persönlichkeiten‘ wissen beispielsweise oft nichts voneinander (vgl. van der Hart/Nijenhuis/Steele 2008). Dagegen erweitert die Gespaltenheit, die André Breton, Vilém Flusser, Ernst Jünger, Friedrich Nietzsche, Roberta Tatafiore oder Paul Valéry beschreiben, den Spielraum der Handlungsmöglichkeiten und Freiheitserfahrungen; sie vertieft die Hoffnung, sich verändern und ein anderer werden zu können. Nicht der unwiderrufliche und letzte Schritt durch die Tür ist hilfreich oder verwerflich – im Sinne Canettis –, sondern vielmehr die paradoxe Gewissheit Kates (in Walker Percys Roman), wenn sie sich nicht umbringen könnte, müsste sie es tatsächlich tun. Diese Haltung erinnert an die stoischen Lehren Epiktets:

Die Hauptsache ist, vergiß nicht, die Tür steht offen. Sei nicht ängstlicher als die Kinder, sondern mach es wie diese: Wenn ihnen die Sache keinen Spaß mehr macht, sagen sie: „Ich will nicht mehr mitspielen.“ Sag auch du, wenn dir die Verhältnisse untragbar erscheinen: „Ich will nicht mehr mitspielen“, und entferne dich einfach; falls du aber bleibst, so klage nicht. (Epiktet 1994, 165)

Am 24. Februar 1951 notierte Canetti den Satz: „Jeder hat seinen Zwilling, der ihm mit Selbstmord droht.“⁵ Mag sein, dass er dabei auch an die Auseinandersetzungen mit seiner Frau Veza dachte, die im Londoner Exil oft mit dem Gedanken an den letzten Ausweg spielte, wie etwa die *Briefe an*

5 Elias Canetti: Unveröffentlichte Aufzeichnung vom 24. Februar 1951.

Georges (2006), Canettis jüngsten Bruder, bezeugen. Nicht weniger plausibel ist jedoch, dass er den somnambulen Doppelgänger kannte, von dem Valéry's *Monsieur Teste* berichtet. Zumindest implizit verweist Canettis Satz aber auch auf einen anderen „Zwilling“, nämlich eine Aufzeichnung seines Mentors und Freundes, des Ethnologen Franz Baermann Steiner, dessen Beiträge zu *Masse und Macht* kaum überschätzt werden können, der 1952 – in seinem Todesjahr – schrieb: „Die Einsamsten sind die, deren Selbstmord eigentlich Doppelselbstmord ist.“ (Baermann 2009, 428)

III.

Wie können wir Suizid verstehen? Wir haben uns daran gewöhnt, aus Sorge vor Nachahmungstaten die mediale Berichterstattung über Suizide zu disziplinieren; ‚Werther-Effekte‘ sollen vereitelt werden. Inzwischen haben wir freilich auch die ‚Papageno-Effekte‘ entdeckt: Manche Suizide können vermieden werden, gerade weil die offene Tür Epiktets als Einladung zu Reflexion und Gespräch wahrgenommen wird. So erzählt Jeffrey Merrick in seiner Studie über Suizide im Paris des 18. Jahrhunderts folgende Anekdote:

1781, wenige Jahre nach der Veröffentlichung der französischen Übersetzung der *Leiden des jungen Werthers*, unterhielt die *Correspondance secrète* ihre Leser mit der Geschichte eines suizidalen Schusters aus dem Faubourg Saint-Germain, der beinahe dasselbe Schicksal erlitten hätte wie Goethes unglücklicher Held. Gesegnet mit einer herrischen Gattin, einer widerspenstigen Tochter und einem unbegabten Sohn, pflegte der Schuster während des Tages die Maße zu nehmen und seine Verkäufe abzuwickeln, nach Hause zu eilen, um in seinem Zimmer das dort versteckte Geld nachzuzählen, und den Abend in der Taverne zu verbringen, um mit seinen Freunden über Literatur zu diskutieren. Als er einmal spät in der Nacht, gegen Jahresende, nach Hause zurückkehrte, musste er entdecken, dass seine Frau mit dem Vorarbeiter durchgebrannt war, dass seine Tochter im Arrest saß, weil sie Fremden auf der Straße unziemliche Avancen gemacht hatte, dass sein Sohn in die Armee eingetreten war, und dass, am schlimmsten von allem, sein ganzes Geld gestohlen war. Erschüttert von diesem Unglück beschloss der Schuster, sich das Leben zu nehmen. Er war schon dabei, sich die Kehle durchzuschneiden, als ihm einfiel, dass es in Paris nicht nur Mode war, Suizid zu begehen, sondern eben auch üblich, einen erklärenden Abschiedsbrief zu hinter-

lassen. Er legte also sein Messer nieder, ergriff seine Feder, kritzelte wenige Zeilen und schloss mit einigen passenden Versen von Molière. Molière? Oder war es Jean-Baptiste Rousseau, fragte er sich. In Sorge, nach seinem Tod einen Narren aus sich zu machen, entschied er, den Suizid auf den nächsten Tag zu verschieben, gerade lange genug, um seine Freunde über die Quelle der Verse konsultieren zu können. Der eine schrieb sie Corneille zu, der andere Marmontel. Am Ende gaben sie einander eine Woche, um die Angelegenheit zu klären. Während dieser Woche erkannte der Schuster, dass ihm seine Frau einen Gefallen getan hatte, indem sie ihn verließ, dass seine Tochter erhalten hatte, was sie für ihr Fehlverhalten verdiente, dass sein Sohn die Ehre hatte, dem König zu dienen, und dass er im Laufe der Zeit das Geld ersetzen konnte, das er gehortet und verloren hatte. (Merrick 1989, 1f.; übersetzt von Thomas Macho)⁶

Freund*innen und Lektüren können also den drohenden Zwilling beschwichtigen. Doch sollten wir dabei nicht vergessen, dass der Zwilling nicht nur droht, sondern auch ein Versprechen leistet, eine Art von Sinnstiftung des ganzen Lebens. Mit diesem Aspekt hat sich die flämische Schriftstellerin und Philosophin Patricia de Martelaere 1993 in ihrem inspirierenden Essay zur *Ästhetik des Selbstmords* auseinandergesetzt. Gewiss, so setzt sie ein:

Selbstmord ist ‚in‘. Immer mehr Menschen denken daran, immer mehr Menschen tun es, und immer mehr Menschen versuchen es auch einmal. Am allermeisten jedoch wird über Selbstmord geredet – seien es Psychologen, Ärzte und Priester, Kritiker, Moralisten und Sympathisanten oder Sektenführer, Therapeuten und zögernde Verzweifelnde. (de Martelaere 1997, 117)

Zwei Typen des Suizids seien freilich „philosophisch uninteressant“: der rationale Suizid, der aus überzeugenden Motiven – einer massiven Einschränkung des Lebens durch hohes Alter, unheilbare Krankheit oder schwer erträgliche Schmerzen – begangen wird, und der Suizid, der so „stark von einer psychischen Pathologie bestimmt wird“, dass er geradezu als „unbewusste Handlung“ charakterisiert werden könnte (ebd., 118). In Analogie zu einem Satz des Science-Fiction-Autors Frederick Brown, „für den eine Menge Autoren Geld zahlen würden, dürften sie dann in

6 Vgl. auch Marzio Barbagli (2015, 25f.).

Anspruch nehmen, ihn formuliert zu haben” – nämlich: „Mich widert das Schreiben an, aber ich finde es wunderbar, geschrieben zu *haben*” –, fragt sie nach einem Typus des Suizidalen, der „lieber ‚gelebt hätte‘, anstatt zu leben” (ebd., 118f.). Diese unmögliche Haltung werde geprägt von einer „Sehnsucht nach Vollständigkeit, nach Vollendung, nach Abrundung des eigenen Lebens, um es, endlich, als Endprodukt den Hinterbliebenen vorzulegen” (ebd., 119f.). Heideggers „Sein zum Tode” erträumte noch das „*mögliche Ganzsein des Daseins*” (2006, 235), doch ein „leidiger Aspekt des Lebens” bestehe gerade darin, dass „es sich nicht vollendet” (de Martelaere 1997, 120): Denn wir bilden uns zwar ein,

daß wir ‚am Ende‘ unseres Lebens sterben werden, was nicht nur logisch, sondern auch gerecht und sehr schön wäre. Aber in Wirklichkeit sterben wir auf dem Weg, um die Kinder von der Schule abzuholen, im Badezimmer, während wir eine Kultursendung im Radio hören, oder im Bett mit einer Frau, die nicht die unsrige ist. Wir sterben, so scheint es, immer in den ungelegensten Momenten. Und alles, was wir unbedingt noch tun mussten, alles, was wir auf jeden Fall noch sagen wollten, wird einfach ungetan bleiben und ungesagt. Unser Leben wird durch den Tod *unterbrochen*, nicht *beendet*. (ebd., 120)

Darin besteht die Drohung des Zwillings: im Abbruch, nicht in der Vollendung. Vor dem Hintergrund dieser Analyse entwirft Patricia de Martelaere ein „Phantombild” des kreativen Suizidenten,

der, mehr als andere Menschen, von einer nie nachlassenden Unruhe und Unzufriedenheit getrieben wird. Er kann nichts beginnen, ohne gleich zu wollen, daß es schon beendet ist, weil er sich einbildet, daß er dann zufrieden ist und seine Ruhe wiedergefunden hat. Aber darin wird er immer wieder getäuscht, denn sobald er das eine beendet hat, oder meistens sogar lange vorher, will er schon wieder etwas anderes anfangen, das eigentlich auch längst wieder fertig sein müßte. Das erklärt sowohl die große Ausdauer als auch den großen Widerwillen, mit dem er arbeitet, denn im Gegensatz zu seinen Artgenossen, die die meisten ihrer Tätigkeiten problemlos mittendrin unterbrechen können, geht es ihm nicht um das Vergnügen des Zeitvertreibs oder der Abwechslung, sondern einzig und allein um den Moment der Vollendung. (ebd., 123)

Die Neigung von Autoren, die Vollendung eines Werks mit der suizidalen ‚Vollendung‘ des eigenen Lebens – wie paradox auch immer – zu ver-

schmelzen, kann übrigens an zahlreichen Beispielen belegt werden. Philipp Mainländer nimmt sich am 1. April 1876 das Leben, kurz nachdem die ersten gedruckten Exemplare seiner *Philosophie der Erlösung* eingetroffen sind. Carlo Michelstaedter erschießt sich im Alter von 23 Jahren am 17. Oktober 1910, nachdem er am Vortag seine Dissertation über *La Persuasion e la Rettorica* abgeschlossen hat.⁷ Alfred Seidel verschickt das Buchmanuskript zu *Bewußtsein als Verhängnis*, um wenig später im Oktober 1924 Suizid zu begehen. Vier Wochen nach Erscheinen ihres ersten Romans *Die Glasglocke* (2005) nimmt sich am 11. Februar 1963 Sylvia Plath das Leben. Ein anderes Beispiel hat der französische Schriftsteller und Fotograf Édouard Levé gegeben. Im Oktober 2007 schickt er das Manuskript eines Textes mit dem Titel *Suicide* – halb Roman, halb Essay oder Bekenntnis – an seinen Verleger, der ihn nach der Lektüre begeistert anruft, um ein Treffen zu vereinbaren; doch wenige Tage nach diesem Telefonat erhängt sich der 42-jährige Autor. Sein Text ist insofern einzigartig, als er durchgehend als eine Art von Selbstgespräch konzipiert ist; die Spaltung in das literarische Ich des Autors und das adressierte Du eines Freundes, des „Zwillings“, der sich bereits das Leben genommen hat, wird mit chirurgischer und zugleich poetischer Präzision vollzogen:

Dein Leben war eine Vermutung. Diejenigen, die alt sterben, sind ein Brocken Vergangenheit. Man denkt an sie und sieht, was sie waren. Man denkt an dich und sieht, was du hättest sein können. Du warst und bleibst ein Brocken Möglichkeiten. Dein Selbstmord war das Wichtigste, was du in deinem Leben gesagt hast, aber du wirst die Früchte davon nicht ernten. Bist du überhaupt tot, da ich doch zu dir spreche? [...] Du bist ein Buch, das zu mir spricht, wenn ich es wünsche. Dein Tod hat die Geschichte deines Lebens geschrieben. (Levé 2012, 11)

Das Versprechen des drohenden Zwillings wird gehalten *und* gebrochen zugleich: Das „mögliche Ganzsein“ des Daseins (im Sinne Heideggers) wird zwar erreicht, aber der „Lebenskünstler“ selbst ist verschwunden. Und das Fleisch ist Wort geworden.

Wie können wir Suizid verstehen? Der junge Filmregisseur Stefan Bohn, ein Schüler Michael Hanekes, hat 2018 einen berührenden Dokumentarfilm gedreht; er trägt den Titel *Bruder Jakob, schläfst du noch?* Dieser

7 Ins Deutsche übersetzt und herausgegeben von Federico Gerratana und Sabine Mainberger: *Überzeugung und Rhetorik* (Michelstaedter 1999). Vgl. hierzu auch Thomas Vašeks Studie *Schein und Zeit* (2018).

Film wurde damals in manchen Wiener Programmkinos gezeigt; er schildert den Suizid Jakobs, des Bruders des Regisseurs, genaugenommen die Reise nach Portugal, die Stefan gemeinsam mit seinen drei anderen Brüdern David, Johannes und Matthias unternimmt, auf den Spuren des toten Bruders, auf einer anderen Art von ‚Jakobsweg‘, um zuletzt in demselben Hotelzimmer anzukommen, in dem Jakob seine letzten Stunden verbracht hat. Die Brüder liegen zu viert im Hotelbett, traurig, nachdenklich, sogar zornig; und sie versuchen etwas zu verstehen, was nicht mehr umkehrbar ist. Die Szene ist anrührend, weder melodramatisch noch kitschig. Sie scheint abermals eine Vollendung zu versprechen, sei es auch nur im Bild und Wort, in einer imaginären Gemeinschaft der Lebenden mit den Toten, die in vielen Kulturen regelmäßig und rituell in Szene gesetzt wird. Verstehen mündet in Respekt und Zuneigung.

IV.

Wie finden wir den Weg vom Verstehen der Suizidalität als elementare Gespaltenheit des Subjekts zum Helfen in Prävention, Gespräch, Sterbebegleitung oder Sterbehilfe? Sterbebegleitung und Sterbehilfe umfassen viele mögliche Schritte; als allerletzter Schritt kann die aktive Sterbehilfe gelten. Seit der allmählichen Entkriminalisierung des Suizids ab dem 18. Jahrhundert – im Vereinigten Königreich seit 1961, in Israel ab 1966 – und seit den Diskussionen um die Legitimität von Suizidprävention, etwa durch Zwangseinweisung in die geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Anstalten oder durch Maßnahmen der Zwangsernährung bei Hungerstreiks in Gefängnissen, wird die moderne Medizin immer klarer und unabweisbarer mit der Frage nach dem Suizid konfrontiert. Ärzt*innen müssen – paradox genug – über Fragen entscheiden, die sich gerade ihren Leistungen und Erfolgen verdanken, nämlich den technischen Möglichkeiten, das Leben eines Menschen mit Hilfe von Medikamenten oder Maschinen unabsehbar zu verlängern. Rechtliche Regelungen unterscheiden dabei zumeist zwischen (erstens) *aktiver Sterbehilfe* und Tötung auf Verlangen, (zweitens) *passiver Sterbehilfe* durch Abbruch oder Reduktion lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen, (drittens) *indirekter Sterbehilfe* durch Hochdosierung von Medikamenten zur Beruhigung, Betäubung und Schmerzlinderung, auch angesichts des Risikos einer Verkürzung der Lebensdauer (Stichwort Palliativmedizin), und (viertens) der Beihilfe zum Suizid, dem *assistierten*

Suizid, der etwa in Schweizer Vereinen wie *Dignitas* oder *Exit* praktiziert wird.⁸

Die Rechtslage differiert in den europäischen Ländern. So ist die aktive Sterbehilfe nur in Belgien, Luxemburg, den Niederlanden und seit 2021 auch in Spanien gesetzlich erlaubt, in Belgien, den Niederlanden und Luxemburg inzwischen sogar für Kinder. Die Gewährung passiver oder indirekter Sterbehilfe ist dagegen einzig in Polen ausdrücklich verboten, während die meisten anderen europäischen Länder lediglich eine Willensäußerung der Kranken oder eine gültige Patientenverfügung verlangen. Der assistierte Suizid ist nicht nur in Belgien, Luxemburg, Schweiz und den Niederlanden, sondern inzwischen auch in Deutschland, Finnland und Österreich zulässig. In den USA ist die aktive Sterbehilfe generell verboten, der assistierte Suizid jedoch in den Bundesstaaten Kalifornien, Washington, New Mexico, Montana, Oregon und Vermont erlaubt. In Neuseeland und Australien ist der assistierte Suizid legal, in den australischen Bundesstaaten Victoria und Queensland sogar die aktive Sterbehilfe; in Kanada ist der ärztlich assistierte Suizid seit 2016 gestattet. In China sind aktive Sterbehilfe und Suizidassistenz streng verboten; dagegen hat sie ausgerechnet das katholisch geprägte Kolumbien schon ab 1997 erlaubt. Die internationale Rechtslage ist also denkbar unübersichtlich; selbst eine tabellarische Übersicht bietet nur eine Momentaufnahme, denn in vielen Ländern – zuletzt auch in Frankreich – werden Initiativen zur Liberalisierung der Sterbehilfe engagiert und teilweise kontrovers diskutiert.

Dieser Wandel hat sich schon länger angekündigt. Nach Berechnungen des *Statistischen Bundesamts* (2015, 27ff.) hat sich die Lebenserwartung etwa in Deutschland seit dem Ende des Deutsch-Französischen Krieges 1871 – also während jenes Jahrhunderts der Kriege und Völkermorde, das Eric J. Hobsbawm als *Zeitalter der Extreme* (1997) charakterisiert hat – kontinuierlich mehr als verdoppelt. Die vier apokalyptischen Reiter – auf dem weißen Pferd der Kriege, dem roten Pferd der Gewalt, dem schwarzen Pferd des Hungers und dem fahlen Pferd der Seuchen und Angst – haben sich während des 20. Jahrhunderts zwar nicht zurückgezogen; aber sie haben den demographischen Wandel, das oft zitierte *Methusalem-Komplott* (Schirmacher 2004), auch nicht aufgehalten. Sogar die fernere Lebenserwartung – die durchschnittliche Zahl der Lebensjahre, die Frauen und Männer im Alter von sechzig Jahren noch erwarten dürfen – wird

8 *Anmerkung der Herausgeber*innen*: Diese gängige Unterscheidung von Typen der Sterbehilfe wird im *Vorwort* in Bezug auf die deutsche Debatte thematisiert.

sich Prognosen zufolge bis 2050 im Verhältnis zu 1900 beinahe verdoppelt haben: Während sechzigjährige Männer zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit dreizehn weiteren Jahren rechnen durften, werden sie 2050 noch fast 24 Jahre weiterleben; sechzigjährige Frauen werden statt ehemals vierzehn Jahre dann mehr als 28 weitere Jahre zu erwarten haben (im Durchschnitt also bis zu ihrem 88. Geburtstag leben). Zunehmend wird die Lebensdauer verlängert.

Unter solchen Umständen sind überraschende Todesfälle seltener geworden; und die ehemals gültigen Vorstellungen von einem wünschenswerten Tod haben sich geradezu in ihr Gegenteil verkehrt. In vergangenen Jahrhunderten galt der plötzliche Tod als Unglück, während der allmähliche Tod als guter Tod angesehen wurde, der eine Ordnung der irdischen und himmlischen Dinge erlaubte. Heute gilt dagegen das allmähliche, verzögerte Sterben als Unglück, das mit Hilfe von Patientenverfügungen begrenzt oder gar verhindert werden muss, während ein plötzlicher Tod fast schon als glücklicher Tod angesehen wird. Der Tod wird nicht mehr nur als Schicksal wahrgenommen, sondern auch als kalkulierbares und gestaltbares Projekt, anders gesagt: eigentlich als Suizid.⁹ Im Vorwort zu seiner bereits 1938 erschienenen Psychoanalyse des Suizids behauptet Karl Menninger, es sei wohl wahr, dass „sich letztlich jeder Mensch selbst tötet, auf seine eigene, selbstgewählte Weise, schnell oder langsam, früher oder später“ (1978, 11); heute ist diese These noch viel wahrer geworden.

Kurz zu den aktuellen Zahlen, die zuletzt für das Jahr 2021, das zweite Jahr der Corona-Pandemie, veröffentlicht wurden: In diesem Jahr begingen in Deutschland 9.215 Menschen Suizid; im selben Jahr starben 2.562 Personen durch Verkehrsunfälle (Statistisches Bundesamt 2022a; 2022b). Bedenkt man die mutmaßlich hohe Dunkelziffer der Suizidstatistik, die wesentlich höhere Zahl der Suizidversuche, ja sogar die Möglichkeit, dass manche Verkehrsunfälle als verdeckte Suizide bewertet werden müssten, nahmen sich 2021 womöglich vier- oder fünfmal so viele Menschen das Leben als durch den Straßenverkehr zu Tode kamen. Wie bereits häufig dokumentiert, starben auch 2021 wesentlich mehr Männer als Frauen durch Suizide. Das *Statistische Bundesamt* gibt an, dass in Deutschland 2021 rund 75 % der Suizide von Männern begangen wurden. Das Durchschnittsalter der Männer zum Zeitpunkt ihrer Suizide lag bei 59,3 Jahren,

9 *Anmerkung der Herausgeber*innen*: Nina Streecks Beitrag in diesem Band betrachtet den assistierten Suizid als Präventionsstrategie, durch die der eigene Tod Gegenstand eines *Managements der Zukunft* wird.

während Frauen durchschnittlich 61 Jahre alt waren. Wir reden wohlge-merkt vom Durchschnittsalter: Es waren wohl vorrangig alte und ältere Menschen, die auch 2021 ihr Leben selbst beendeten, zumeist, ohne dabei Sterbehilfe in Anspruch genommen zu haben. Die Motive für den Alters-suizid sind naheliegend: Krankheiten, Schmerzen, Einsamkeit und soziale Isolation, materielle Nöte, gewiss auch der Verlust eines Lebenspartners oder einer Lebenspartnerin.¹⁰ Auch Paarsuizide in fortgeschrittenem Alter werden inzwischen häufiger begangen. Vor sechzehn Jahren hat der gebür-tige Wiener und französische Philosoph André Gorz eine der schönsten Liebeserklärungen publiziert, die ich jemals gelesen habe: die *Lettre à D., Brief an D., eine Histoire d'un amour, Geschichte einer Liebe*. Dieser Brief an seine seit vielen Jahren schwerkranke, von kaum erträglichen Schmerzen gequälte Frau Dorine endet mit folgenden Zeilen:

Soeben bist Du zweiundachtzig geworden. Und immer noch bist Du schön, anmutig und begehrenswert. Seit achtundfünfzig Jahren leben wir nun zusammen, und ich liebe Dich mehr denn je. Kürzlich habe ich mich von neuem in Dich verliebt, und wieder trage ich in meiner Brust diese zehrende Leere, die einzig die Wärme Deines Körpers an dem meinen auszufüllen vermag. Nachts sehe ich manchmal die Gestalt eines Mannes, der auf einer leeren Straße in einer öden Landschaft hinter einem Leichenwagen hergeht. Dieser Mann bin ich. Und Du bist es, die der Leichenwagen wegbringt. Ich will nicht bei Deiner Einäsche-rung dabei sein; ich will kein Gefäß mit Deiner Asche bekommen. Ich höre die Stimme von Kathleen Ferrier, die singt: ›Die Welt ist leer, ich will nicht leben mehr‹, und ich wache auf. Ich lausche auf Deinen Atem, meine Hand berührt Dich. Jeder von uns möchte den anderen nicht überleben müssen. Oft haben wir uns gesagt, dass wir, sollten wir wundersamerweise ein zweites Leben haben, es zusammen verbringen möchten. (Gorz 2007, 83f.)

André und Dorine Gorz haben sich am 22. September 2007 gemeinsam das Leben genommen. Der *Brief an D.* war ein öffentlicher Abschiedsbrief; weitere letzte Briefe waren an Freunde gerichtet, an der Eingangstür zum Haus im burgundischen Vosnon hing ein Zettel mit der Bitte, die Polizei zu verständigen.

10 *Anmerkung der Herausgeber*innen*: Angelika Pillens Beitrag in diesem Band unter-sucht die Rolle, die der *Wandel von Altersbildern* bei den Sterbewünschen Hochaltri-ger spielt.

Eine andere Sorge und ein wichtiges Motiv für Alterssuizide betrifft mögliche Kontrollverluste, beispielsweise durch eine Demenzerkrankung. Norman Ohler schreibt in dem berührenden Schlusskapitel seines neuen Buchs zur Geschichte des LSD:

Bis ins Jahr 2050 wird sich die Zahl der Demenzfälle auf über 170 Millionen verdreifachen. Das ist dann jeder 50. Mensch auf der Welt. Derzeit sind es 57 Millionen Frauen und Männer; über die Hälfte von ihnen leidet an Alzheimer. Es ist keine Pandemie, die nur die Patienten betrifft. Die heimtückische Malaise verändert Familien, stellt das Netzwerk von Freunden auf die Zerreißprobe, das Gesundheitssystem sowieso. Unzählige Tragödien spielen sich ab in den Häusern und Hütten in Amerika, Asien, Afrika, Europa, überall. Das Leid ist unermesslich, die jährlichen globalen Kosten der Alzheimer-Erkrankung belaufen sich bereits heute auf eine Trillion Dollar. (Ohler 2023, 215)

Mit der Angst vor einer Alzheimer-Erkrankung hatte Gunter Sachs bekanntlich seinen Suizid vom 7. Mai 2011 in einem öffentlich verbreiteten Abschiedsbrief begründet:

In den letzten Monaten habe ich durch die Lektüre einschlägiger Publikationen erkannt, an der ausweglosen Krankheit A. zu erkranken. Ich stelle dies heute noch in keiner Weise durch ein Fehlen oder einen Rückgang meines logischen Denkens fest – jedoch an einer wachsenden Vergesslichkeit wie auch an der rapiden Verschlechterung meines Gedächtnisses und dem meiner Bildung entsprechenden Sprachschatz. Dies führt schon jetzt zu gelegentlichen Verzögerungen in Konversationen. Jene Bedrohung galt mir schon immer als einziges Kriterium, meinem Leben ein Ende zu setzen. Ich habe mich großen Herausforderungen stets gestellt. Der Verlust der geistigen Kontrolle über mein Leben wäre ein würdeloser Zustand, dem ich mich entschlossen habe, entschieden entgegenzutreten. (zit. nach Martens 2013, 205)

Gunter Sachs war 78 Jahre alt, als er sich in seinem Chalet im Schweizer Gstaad erschoss, um nicht die „geistige Kontrolle“ über sein Leben zu verlieren. Auch der Theologe Hans Küng bekannte – in einem Postscriptum zu seinem Buch *Glücklich sterben?* –, er habe während einer schweren gesundheitlichen Krise im Zuge seiner fortschreitenden Parkinson-Erkrankung befürchtet, den Zeitpunkt für eine selbstbestimmte Entscheidung zum Sterben versäumt zu haben. Da habe er gewusst, „dass der Wunsch,

bis zur letzten Sekunde die Kontrolle über mein Leben zu behalten, eine Idealvorstellung ist” (Küng 2014, 158).

Die forensische Anthropologin Sue Black hat in einem vor fünf Jahren veröffentlichten Buch über ihre Arbeit und die extremen Herausforderungen vielfältiger Einsätze, beispielsweise im Kosovo-Krieg, vom Sterben ihrer Eltern erzählt. In einer berührenden Passage schreibt sie über den qualvollen Tod ihres Vaters:

Während die Tage auf dem Sterbebett für meine Mutter glücklicherweise nur kurz gewesen waren, zog sich das Sterben meines Vaters schmerzlich in die Länge, und hätte er die Wahl gehabt, er hätte sich für eine andere Art der letzten Reise entschieden. Ich bin sicher, hätte er gewusst, was ihm bevorstand, hätte dieser bodenständige Schotte, der seine Zeit nicht mit Sentimentalitäten verschwendete, sein Gewehr genommen, wäre hinters Haus in den Wald gegangen und hätte der Sache vorher ein Ende gesetzt. (Black 2018, 108)

Nicht zuletzt aus dieser Erfahrung, ganz abgesehen von den erschreckenden Umständen ihrer langjährigen Arbeit, zieht sie eine Schlussfolgerung, die als engagiertes Plädoyer für Sterbehilfe, die in Schottland nach wie vor kontrovers diskutiert wird, gelesen werden muss:

Egal, wie man darüber denkt, die Entscheidung über den Zeitpunkt des Sterbens sollte meiner Meinung nach eine persönliche Angelegenheit sein und nicht vom Staat kontrolliert werden. Eine verantwortungsvolle Gesellschaft zeichnet sich durch einen vertrauensvollen und weniger pessimistischen Umgang mit den Wünschen jener aus, die sich danach sehnen, das Wann und Wie ihres Todes selbst zu bestimmen. (ebd., 133)

Unabhängig davon, welche *letzte Hilfe* wir gutheißen oder auch letztlich zu leisten bereit sind: Sie sollte beim zugewandten Verstehen von Suizidalität ihren Ausgangspunkt nehmen. Die Einsicht in die Gespaltenheit, die Suizidalität in all ihrer historischen und kulturellen Mannigfaltigkeit kennzeichnet, kann dem Helfenden dabei helfen, einen Zugang zum suizidalen Dialog zu erhalten. Faktisch müssen wir stets eine Position im inneren Widerstreit der suizidalen Selbstsorge – *cura sui, self care* – verkörpern.¹¹ Dabei können wir durchaus als der „Zwilling“ auftreten, der dabei hilft,

11 *Anmerkung der Herausgeber*innen*: Simon Dunckers Beitrag in diesem Band betrachtet die *Sorge um den eigenen Suizid* als ethische Praxis im Kontext gesellschaftlicher Machtverhältnisse.

das jeweilige Ganzsein eines Lebens (im Sinne von Patricia de Martelae-re) wahrzunehmen. Während Sterbende oft das eigene Leben wie einen ungeordneten Trümmerhaufen erleben, kann schon die Erzählung der eigenen Lebensreise, *navigatio vitae* in der Antike, hilfreich sein. Darum hat beispielsweise Christiane zu Salm solche Lebenserzählungen – als „Nachrufe auf das eigene Leben“ – aufgezeichnet. Sie fragte:

Wie betrachten ganz gewöhnliche Menschen ihr Leben, wenn sie im Sterben liegen? Sind es Antworten auf die großen Fragen des Lebens, die sie eventuell gefunden haben und hinterlassen könnten? Oder sind es Banalitäten? Aber wer entscheidet eigentlich, was banal ist und was nicht? Was ist wichtig, ganz am Ende? Ist es möglicherweise das Gleiche, das immer schon wichtig war – oder etwas ganz anderes? Und woran erinnert sich jemand – dann, wenn es zu Ende ist, das Leben? (zu Salm 2013, 24)

Und sie resümiert:

Alle Menschen, mit denen ich ein Gespräch führte, haben ihren Text vor der Veröffentlichung in diesem Buch autorisiert. [...] Nichts ist also geschönt an diesen ganz persönlichen Lebensbeurteilungen. Jeder hat seine eigene Sprache, seine eigene Dramaturgie, seine eigenen Schwerpunkte. Nur die Namen wurden auf Wunsch der Sterbenden geändert. (ebd., 25)

Swantje Goebel, eine ehemalige Doktorandin, die eine großartige Dissertation (2012) zu den Biographien von Hospizhelfer*innen verfasst hat und inzwischen eine gute Freundin geworden ist, hat ein ähnliches Verfahren – im Zuge langjähriger Tätigkeiten in palliativmedizinischen Einrichtungen und Hospizen – praktiziert: Sie lässt sich die Lebensgeschichten der Sterbenden erzählen, zeichnet sie auf und formt sie anschließend zu Geschichten, die sie den Sterbenden vorliest. Dieses Vorlesen, so hat sie es mir geschildert, sei besonders wichtig: Wer seiner eigenen Geschichte zuhören darf, erlebt sie nicht nur als abgeschlossen und wichtig, sondern auch als Ausdruck der Aufmerksamkeit und Zuneigung des inneren „Zwillings“, sichtbar verkörpert in der Sterbebegleiterin.

Literaturverzeichnis

- Barbagli, Marzio (2015): *Farewell to the World. A History of Suicide*. Polity Press. Cambridge/Malden.
- Black, Sue (2018): *Alles, was bleibt. Mein Leben mit dem Tod*. DuMont. Köln.
- Canetti, Elias (1987): *Das Geheimherz der Uhr. Aufzeichnungen 1973 – 1985*. Carl Hanser. München/Wien.
- Canetti, Elias und Veza (2006): *Briefe an Georges*. Carl Hanser. München/Wien.
- Canetti, Elias (2014): *Das Buch gegen den Tod*. Carl Hanser. München.
- Epiktet (1994): *Ausgewählte Schriften*. Artemis. Zürich.
- Flusser, Vilém (1992): *Bodenlos. Eine philosophische Autobiographie*. Bollmann. Bensheim/Düsseldorf.
- Gabbard, Glen O. (2007): Misslungene psychoanalytische Behandlungen suizidaler Patienten. In: Sylvia Zwettler-Otte (Hrsg.), *Entgleisungen in der Psychoanalyse*. Berufsethische Probleme. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen. 120–142.
- Goebel, Swantje (2012): *Die eigene Sterblichkeit im Blick. Eine biographieanalytische Studie mit Hospizhelfern*. Wilhelm Fink. München.
- Goetz, André (2007): *Brief an D. Geschichte einer Liebe*. Rotpunktverlag. Zürich.
- Heidegger, Martin (2006): *Sein und Zeit*. Max Niemeyer. Tübingen.
- Hobsbawm, Eric J. (1997): *Das Zeitalter der Extreme. Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts*. Carl Hanser. München/Wien.
- Jouffroy, Théodore (1842): *Nouveaux mélanges philosophiques*. Joubert. Paris.
- Jünger, Ernst (1965): Heliopolis. In: *Werke. Band 10: Erzählende Schriften II*. Klett-Cotta. Stuttgart.
- Küng, Hans (2014): *Glücklich sterben? Mit dem Gespräch mit Anne Will*. Piper. München/Zürich.
- La Révolution Surréaliste, 15.01.1925: *Enquête: Le Suicide est-il une solution?* N° 2, première année. Librairie Gallimard. Paris. 8–15.
- La Révolution Surréaliste: *Enquête* (2007): Ist Selbstmord eine Lösung? In: Roger Willemsen (Hrsg.), *Der Selbstmord. Briefe, Manifeste, Literarische Texte*. Fischer. Frankfurt am Main. 361–385.
- Levé, Édouard (2012): *Selbstmord*. Matthes & Seitz. Berlin.
- de Martelaere, Patricia (1997): *Der Lebenskünstler. Über eine Ästhetik des Selbstmords*. In: *Neue Rundschau* 3. S. Fischer. Frankfurt am Main. 117–131.
- Martens, Ekkehard (2013): Angst vor der „ausweglosen Krankheit A.“ – Mit Alzheimer-Demenz „aufgehoben“ weiterleben. In: Thomas Rentsch/Harm-Peer Zimmermann/Andreas Kruse (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit. Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit*. Campus. Frankfurt am Main/New York.
- Menninger, Karl (1978): *Selbsterstörung. Psychoanalyse des Selbstmords*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.

- Merrick, Jeffrey (1989): Patterns and Prosecution of Suicide in Eighteenth-Century Paris. In: *Historical Reflections / Réflexions Historiques*, 16(1). Berghahn Books. New York/Oxford. 1–53.
- Michelstaedter, Carlo (1999): *Überzeugung und Rhetorik*. Verlag Neue Kritik. Frankfurt am Main.
- Morus, Thomas (2003): *Utopia*. Reclam. Stuttgart.
- Nietzsche, Friedrich (1980): Jenseits von Gut und Böse. In: Giorgio Colli und Mazzimo Montinari (Hrsg.), *Sämtliche Werke / Kritische Studienausgabe in 15 Bänden*. Band 5. dtv/De Gruyter. München/Berlin/New York. 9–243.
- Ohler, Norman (2023): *Der stärkste Stoff: Psychedelische Drogen: Waffe, Rauschmittel, Medikament*. Kiepenheuer & Witsch. Köln.
- Percy, Walker (1962): *The Moviegoer*. Alfred Knopf. New York.
- Plath, Sylvia (2005): *Die Glasglocke*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Schirmacher, Frank (2004): *Das Methusalem-Komplott*. Blessing. München.
- zu Salm, Christiane (2013): *Dieser Mensch war ich. Nachrufe auf das eigene Leben*. Wilhelm Goldmann. München.
- Statistisches Bundesamt (2015): *Allgemeine Sterbetafel. Methodische Erläuterungen und Ergebnisse*. 2010/12. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html#_y18ny4w8a, [30.10.2023]
- Statistisches Bundesamt (2022a): Suizid (nach Altersgruppen). Anzahl der Suizide 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119576>, [30.10.2023]
- Statistisches Bundesamt (2022b): Sterbefälle nach Unfallkategorien 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sterbefaelle-unfaelle.html>, [30.10.2023]
- Steiner, Franz Baermann (2009): *Feststellungen und Versuche. Aufzeichnungen 1943 – 1952*. Wallstein. Göttingen.
- Tatafiore, Roberta (2010): *Einen Tod entwerfen. Tagebuch eines Selbstmords*. edition fotoTAPETA. Berlin/Warszawa.
- Van der Hart, Onno/Nijenhuis, Ellert R. S./Steele, Kathy (2008): *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Junfermann. Paderborn.
- Valéry, Paul (1997): *Monsieur Teste*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Vašek, Thomas (2018): *Schein und Zeit. Martin Heidegger und Carlo Michelstaedter. Auf den Spuren der Enteignung*. Matthes & Seitz. Berlin.

Unbedingte Freiheit? Sterbehilfe im fortgeschrittenen Neoliberalismus

Stefanie Graefe

Gesellschaftliche Debatten über Fragen von Sterben und Tod folgen oft einem bestimmten Muster: Ängsten vor einer Lebenserhaltung um jeden Preis, die Schwerkranken und Sterbenden unnötige medizinische Prozeduren aufzwingt, stehen Befürchtungen vor einem Umschlag in Richtung einer staatlich organisierten ‚Euthanasie‘ gegenüber. Diese Gegenüberstellung – vereinfacht gesagt: von Selbstbestimmung und Selektion – ist weder neu noch auf das Lebensende beschränkt. Vielmehr ist sie charakteristisch für gesellschaftliche Debatten, die sich mit Fragen der Regulierung von Lebendigkeit und Sterblichkeit – oder kürzer: mit biopolitischen Fragestellungen – beschäftigen. Ob Sterbehilfe, künstliche Befruchtung oder Organtransplantation: Wo die einen eine Einschränkung ihrer Lebenschancen durch zu enge rechtliche Vorschriften befürchten, verweisen die anderen auf die potenziell hohen ethischen Folgekosten, die mit der Entwicklung und/oder Liberalisierung biomedizinischer Verfahren einhergehen. Von dieser Grundkonstellation ausgehend konzentrieren sich Debatten um biopolitische Themen häufig auf Fragestellungen, die eine Verhandlung im Pro-Contra-Modus nahelegen. Deutlich weniger öffentliche Aufmerksamkeit erfahren solche Themen, die biopolitische Fragestellungen zwar erheblich beeinflussen, sich aber weniger leicht in ein Pro-Contra-Schema übersetzen lassen – wie beispielsweise Arbeits- und Lebensbedingungen in der Pflege, Finanzierungsstrukturen im Krankenhaus, psychosoziale Versorgungslagen, soziale Ungleichheit im Alter, gesellschaftliche Normierungen und Diskriminierungen und viele andere mehr. Eine zentrale Rolle spielt in biopolitischen Debatten außerdem der Begriff der Menschenwürde. Er impliziert, dass menschliches Leben grundsätzlich schützenswert ist. Dabei besteht in liberalen Gesellschaften Konsens darüber, dass ein menschenwürdiges Leben nur in Freiheit gelebt werden kann. Gerade in Bezug auf Lebenssituationen, in denen Freiheitspotenziale unbestreitbar eingeschränkt sind – wie etwa bei schwerer Krankheit oder dem Sterben – stellt sich für die Konzeption von Menschenwürde deshalb immer auch

die Frage, wie Freiheit und Lebensschutz zueinander in Beziehung gesetzt werden.

In Biopolitiken der Gegenwart wird also, kurz gesagt, das Verhältnis von Lebendigkeit, Sterblichkeit, Freiheit und Menschenwürde verhandelt. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, das das Verbot der sogenannten „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ für verfassungswidrig erklärt (BVerfG 2020a, b), schreibt sich in diese Tradition biopolitischer Kontroversen ein und bezieht darin zugleich eindeutig Position: „Selbstbestimmtes Sterben“ (hier in Form des assistierten Suizids) sei, wie es im ersten Leitzatz des Urteils formuliert ist, ein wichtiger Bestandteil personaler Autonomie. Es dürfe genau deshalb vom Gesetzgeber nicht verhindert oder in der Reichweite der Anwendbarkeit beschränkt werden, etwa auf terminal Kranke oder Sterbende (BVerfG 2020b, Rn. 210). Das mit dem 2015 eingeführten Paragraphen 217 des Strafgesetzbuches verhängte Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid sei dementsprechend nichtig. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts kann insofern als historisch bezeichnet werden, als es einen deutlichen Bruch in der in Deutschland bisher vorherrschenden Zurückhaltung in Bezug auf eine generelle Liberalisierung von Sterbehilfe markiert. Dabei greift es in seiner Begründung die oben skizzierte biopolitische Grundkontroverse explizit auf und verschiebt sie markant in Richtung einer weiteren Liberalisierung von Sterbehilfe, wie sie in vielen europäischen Nachbarländern schon länger Realität ist.

Mir geht es im Folgenden weniger darum, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Hinblick auf seine konkreten mittel- und langfristigen Konsequenzen für Schwerkranke, Lebensmüde und Sterbewillige zu befragen. Ebenso wenig werde ich die im Bundestag derzeit diskutierten Entwürfe zur Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils diskutieren. Vielmehr betrachte ich das Urteil samt Begründung als ein hochinteressantes Textdokument, das einen Einblick in die Art und Weise gewährt, wie biopolitische Fragestellungen am Lebensende in unserer spätliberalen Gegenwartsgesellschaft aufgeworfen und bearbeitet werden. Dem möchte ich im Folgenden nachgehen. Dabei interessiert mich insbesondere das dem Gerichtsurteil zugrundeliegende Verständnis von Freiheit bzw. Autonomie¹ und die Frage, wie sich dieses Verständnis aus soziologisch-zeitdiagnostischer Perspektive einordnen lässt. Dafür werde ich im ersten Schritt kurz einige Aspekte eines kritischen Biopolitik-Begriffs skizzieren (I.). Davon

1 Die beiden Begriffe werden in dem hier diskutierten Gerichtsurteil synonym verwendet.

ausgehend werde ich auf einige soziologisch beobachtbare Tendenzen im gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod (II.) eingehen, bevor ich ausführlicher auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zurückkomme (III.) und meine Gedanken in einigen vorläufigen Überlegungen zur Biopolitik der Sterbehilfe zusammenführe (IV.).

Disclaimer: Meine Überlegungen zielen nicht darauf ab, Menschen moralisch das Recht abzusprechen, ihr Leben eigenmächtig oder mit Unterstützung anderer zu beenden. Mir geht es auch nicht darum abzustreiten, dass es Lebens- und Leidenssituationen geben kann, die als ausweglos erlebt werden und deshalb den berechtigten Wunsch nach leidensfreier Lebensbeendigung evozieren. Meine Überlegungen richten sich also nicht gegen den assistierten Suizid an sich. Dieser war ja auch vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht grundsätzlich verboten. Problematisiert wird hier stattdessen der Umstand, dass Suizidbeihilfe in eine regulär organisierte Dienstleistung verwandelt und vom Staat garantiert werden soll sowie, vor allem, die dieser Forderung zugrundeliegende Vorstellung von Freiheit.

I. Freiheit, Leben, Biopolitik

Das Recht auf „selbstbestimmtes Sterben“ ist nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ein elementarer Bestandteil personaler Freiheit. Das Urteil verhandelt also neben der konkreten Frage der Suizidhilfe die viel grundlegendere Frage, was unter Freiheit im Sinne des Grundgesetzes verstanden werden soll. Der Begriff der Freiheit ist freilich nicht allein aus verfassungsrechtlicher Sicht bedeutsam. Er bündelt gleichsam das Selbstverständnis moderner liberaler Gesellschaften: Es ist die Freiheit als zentraler Anspruch und normativer Handlungshorizont, die das moderne Subjekt auszeichnet und programmatisch von seinen historischen Vorläufern unterscheidet. Wo von Freiheit in der Moderne die Rede ist, wird auch zwischen positiver und negativer Freiheit unterschieden (Berlin 2006). Die negative Freiheit ist demnach die Freiheit, die aus der Abwesenheit von Zwang und Gewalt resultiert; die positive Freiheit hingegen die Freiheit, sich selbst entfalten zu können. Mit Hannah Arendt (2007) ließe sich präzisieren, dass die positive Freiheit bedeutet, das eigene Leben aktiv zu führen, während die negative Freiheit die Gefahr bannen soll, auf bloßes (Über-)Leben, auf das „nackte Leben“, wie wiederum Giorgio Agamben (2002) es genannt hat, reduziert zu werden.

Agamben unterscheidet das nackte Leben, *zoe*, vom sozialen Leben, *bios*, in welchem der Mensch nicht als bloßes Lebewesen, sondern als selbstbestimmtes, mit Rechten ausgestattetes Subjekt, als Bürgerin eines Gemeinwezens anerkannt ist. Den Rahmen für diese Gegenüberstellung übernimmt er einerseits von Arendt und andererseits von Michel Foucault, der wiederum sehr prominent *Biopolitik* (oder auch *Biomacht*) als grundlegende Unterströmung der liberalen Moderne analysiert und in der bekannten Formel „leben machen, sterben lassen“ begrifflich auf den Punkt gebracht hat (Foucault 2001, 284). Foucault nimmt in diesem ersten und grundlegenden Text zur Biopolitik vor allem die sogenannte ‚Rassenhygiene‘ des frühen zwanzigsten Jahrhunderts sowie das NS-‚Euthanasie‘-Programm in den Blick – also rassistische Selektionspolitiken, die im Namen der Stärkung von Reinheit und Gesundheit und ‚Volksgemeinschaft‘ operierten. Aber Foucault erwähnt auch die Atombombe oder die Möglichkeit, biologische Waffen herzustellen sowie indirekte Formen des „sozialen Todes“; der gewissermaßen mit der Produktion von ‚nacktem Leben‘ zusammenfällt – etwa Vertreibung, Abschiebung, Verweigerung von Lebensmöglichkeiten usw. (ebd.). Mit dem Blick auf diese sehr unterschiedlichen Phänomene sensibilisiert Foucault (wie später auch Agamben) dafür, dass in der aufgeklärten Moderne menschliches Leben auch und gerade in seiner existenziell-leiblichen Dimension einerseits geschützt, gesteigert und optimiert (*leben gemacht*), andererseits reguliert, kontrolliert oder zum sozialen Risiko erklärt und deshalb auch fallen gelassen, exkludiert, vergessen und sogar, im totalitären Extremfall, vernichtet werden kann (*sterben gelassen*).

Übersetzt in die oben skizzierte Differenzierung von Freiheitstypen ließe sich dieser für kritische Konzeptionen von Biopolitik grundlegende Gedanke so formulieren: Die positive Freiheit ermöglicht das aktive, soziale, gestaltende Leben, während die negative Freiheit dafür sorgt, dass wir nicht auf den Status des nackten Lebens, also darauf, ein biologisches Lebewesen zu sein, reduziert werden können. Genau dieser Grundgedanke ist eng verknüpft mit dem Begriff der Menschenwürde, der sich vielleicht am klarsten in Immanuel Kants Forderung ausdrückt, dass der Mensch stets Zweck an sich sein solle. Menschenwürde als eine normative Leitidee liberaldemokratischer Gegenwartsgesellschaften enthält somit beide Freiheitsdimensionen: die Abwesenheit von Gewalt und Unterdrückung *und* die Möglichkeit, das Leben gemäß den eigenen Vorstellungen zu leben. Allerdings geht es, wo in kritischer Absicht von Biopolitik die Rede ist, darum, auch zum Ideal der Menschenwürde einen gewissen Abstand zu wahren. Denn es

bannt nicht bereits von sich aus, so jedenfalls die Annahme, die Gefahr einer totalitären (technologischen, staatlichen, ökonomischen) Bemächtigung und Unterwerfung des Lebens. Vielmehr verweisen sowohl Agamben als auch implizit Foucault darauf, dass die Idee der Menschenwürde womöglich selbst ein totalitäres Moment enthält, das je nach historischer Konstellation stärker oder schwächer zum Zuge kommt. Foucault spricht in diesem Zusammenhang auch von *Normalisierung*, also der schrittweisen Durchsetzung selektiver Ein- und Ausschlusslogiken. Zu denken wäre hier beispielsweise an Ideale von Gesundheit, die es im Umkehrschluss ermöglichen, kranken oder behinderten Menschen Menschenwürde abzusprechen. Agamben wiederum geht davon aus, dass positive Normen – somit auch die Norm der Menschenwürde – vermittelt über die Logik der Ausnahme immer die Möglichkeit ihrer radikalen Außerkraftsetzung in sich tragen²: Die Menschenrechte beispielsweise gelten dann zwar eigentlich für alle, werden im Konkreten aber in Geflüchtetenlagern, in Guantánamo oder an den europäischen Außengrenzen mehr oder weniger problemlos außer Kraft gesetzt.

Klar ist jedoch auch: Biopolitik wird in demokratischen Gesellschaften üblicherweise nicht einfach autoritär ausgeübt, sondern auf verschiedene Weisen – von Talkshows bis Ethikräten – zur Diskussion gestellt.³ Liberale Biopolitik fokussiert also nicht auf eine explizite staatliche Selektion sogenannten ‚unwerten Lebens‘ (Graefe 2007), sondern auf die individuellen Entscheidungen und Wertpräferenzen von als grundsätzlich autonom und rational gedachten Bürger*innen. Das Subjekt moderner Biopolitik ist dementsprechend selbstbestimmt, aufgeklärt und unabhängig. Es entscheidet über sein eigenes Leben in Abwägung der vorhandenen Möglichkeiten und gemäß der je eigenen Wertpräferenzen. Auch das eigene Sterben soll unter dem Gesichtspunkt von Selbstbestimmung und Wahlfreiheit gestaltet werden. Gerade in Deutschland allerdings haben sich Liberalisierungstendenzen im Bereich der Sterbehilfe in Folge der kritischen Auseinandersetzung mit der NS-Geschichte bislang vergleichsweise langsam durchgesetzt. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts stellt vor diesem Hintergrund in der

2 Mit dieser These hat sich Agamben zu Beginn der Corona-Pandemie auf Seiten der Kritiker*innen staatlicher Schutzmaßnahmen zu Wort gemeldet, was ihm viel Beachtung, aber – meiner Meinung nach zu Recht – auch viel Kritik eingebracht hat (Graefe 2021).

3 Dieser Unterschied kommt bei Agamben und Foucault ebenso zu kurz wie die mit dem Übergang zur Moderne keineswegs verschwundene Dimension einer (neo-)kolonialen *Nekropolitik* (Mbembe 2003).

Tat einen „Paukenschlag“ dar, insofern es eine „unerwartet weitreichende Entscheidung von enormer Bedeutung für die gesamte Gesellschaft getroffen“ hat (Richter-Kuhlmann 2020). Die Frage, ob und, falls ja, inwiefern sich diese Entscheidung als Element zeitgenössischer Biopolitik begreifen lässt, möchte ich im Folgenden zunächst in einer weiteren Perspektive auf den gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben und anschließend im Blick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts erörtern.

II. Gestaltet, nicht verdrängt: Der eigene Tod als Projekt

Eine bemerkenswerte Veränderung der jüngeren Geschichte ist, dass in der Gegenwart nicht allein *bios*, das tätige, soziale, aktive Leben gestaltet wird und werden soll. Auch der Tod wird längst nicht mehr bloß abgewehrt, hinausgezögert, ausgelagert oder verdrängt – er wird zum Projekt (Schneider 2012). Der tote Mensch kommt in spätliberalen Gesellschaften nicht mehr einfach unter die Erde. Am besten bereits zu Lebzeiten soll vom zukünftig Toten selbst allerhand entschieden werden: Erdbestattung, Urnenbestattung, Seebestattung, christlich, anders religiös oder atheistisch, mit Grabstein oder Sammelplakette im Friedwald oder als Asche im Kettenanhänger um den Hals eines Angehörigen. Nicht zuletzt werden wir immer wieder dazu aufgefordert, unsere Wünsche für die letzte Lebensphase in Form einer rechtssicheren Patientenverfügung beizeiten detailliert aufzuschreiben, um auf diese Weise unsere Angehörigen sowie potenzielle Ärzt*innen und Pflegende in den gewünschten Umgang mit unserem hin-fälligen Körper einzuweisen (Graefe 2007). Dabei folgt die Patientenverfügung, anders als zeitgenössische Bestattungsrituale, auf den ersten Blick eindeutig der Logik der negativen Freiheit: Es geht darum festzulegen, was man im Falle terminaler Krankheit, Verwirrtheit oder im Prozess des Sterbens an Behandlung *nicht* will. Damit einher geht die Hoffnung, bis zum letzten Atemzug ganz ‚man selbst‘ sein zu können. Das Versprechen auf eine qua Verfügung garantierte ‚Autonomie am Lebensende‘ schließt somit indirekt auch die Verheißung positiver Freiheit mit ein, das eigene Sterben gemäß den je eigenen Lebensvorstellungen zu gestalten.⁴

4 *Anmerkung der Herausgeber*innen:* Nina Streeck untersucht in diesem Band die Logik der Prävention, die diesem Gestaltungswillen zugrunde liegt. Der Beitrag von Angelika Pillen widmet sich dem spätmodernen Wandel von Altersbildern, die dieses Autonomieideal in sich aufgenommen haben.

Die Schweizer Kulturwissenschaftlerin Corina Caduff (2013) beobachtet in ihrer Rundumschau zeitgenössischer Sterbepraktiken auf Waldfriedhöfen, in Reality-TV-Shows, im Internet und auf privaten Beerdigungsfeiern nicht nur eine zunehmende Individualisierung von Sterben und Tod, sondern auch, dass die traditionelle Grenze zwischen Tod und Leben (genauer: zwischen Toten und Lebenden) zunehmend aufweicht. Beim Sonntagsspaziergang im Friedwald bemerke ich im Zweifel gar nicht mehr, dass ich auf einem Friedhof unterwegs bin. Besonders sichtbar wird diese Grenzverschiebung im Internet, wo virtuelle Gedenkseiten und Friedhöfe theoretisch jahrzehntelang der Eindruck erzeugen, die verstorbene Person weile irgendwie noch immer unter den Lebenden. Manche Sterbende produzieren über ihr eigenes Sterben auch Videos, die dann über ihren Tod hinaus potenziell unendlich weiter im Internet zirkulieren. Tod und Sterben erfahren seit einigen Jahren somit „dank der ‚Publikationsmaschine‘ Internet eine schwer justierbare Öffentlichkeit“ (Stöttner 2019, 203). An die Stelle der – in säkular geprägten Gesellschaften wie auch immer diffus gearteten – Jenseitsvorstellungen tritt tendenziell eine „informationelle Unsterblichkeit“ (Lafontaine 2010, 136). Ob wir uns deshalb bereits in einer „postmortalen Gesellschaft“ (ebd.) befinden, sei hier dahingestellt. Interessant ist jedenfalls die Doppelbewegung: Sterben und Tod werden *individueller* und *öffentlicher* zugleich. Dies bildet sich auch in gesellschaftlichen Auseinandersetzungen zum Themenkomplex Sterbehilfe ab. In ihnen wird das Versprechen auf das ‚ganz eigene‘ selbstbestimmte Sterben transportiert und zugleich umfassend medial begleitet.

Kurioserweise hält sich die These von der modernen Todesverdrängung nichtsdestotrotz hartnäckig. Sie stellt nicht nur „für die konservative Kulturkritik [...] geradezu eine Leitmelodie dar“ (Hahn/Hoffmann 2009, 128), sondern ist auch in Alltagsgesprächen nach wie vor überaus präsent, während zugleich Praktiken, Diskurse und Regulierungen rund um die Frage des ‚guten‘ oder ‚richtigen‘ Sterbens wuchern. Insofern scheint die Vermutung berechtigt, dass es sich „wie so oft, wenn über den ‚Verlust‘ von Wichtigem geklagt wird – nicht um Verdrängung, sondern um Differenzierung [handelt]“ (ebd., 132). Und tatsächlich: Analog zu anderen Produktbereichen diversifiziert sich auch in puncto Sterben der Markt der Möglichkeiten immer weiter aus. Anders formuliert könnte man auch sagen, dass der Tod, statt verdrängt zu werden, zu einem Medium jener für neoliberale Gesellschaften typischen „tyranny of choice“ (Salecl 2011) geworden ist, in der das Versprechen auf Selbstbestimmung und Gestaltbarkeit von der Pflicht, entscheiden und auswählen zu *müssen*, kaum noch zu trennen

ist. Was grundsätzlich als gestaltbar gilt, muss auch gestaltet werden; den Fluchtpunkt bildet dabei stets das Ideal des einzigartigen, unverwechselbaren, autonomen Subjekts.

Die Wahlfreiheiten zeitgenössischer Sterblicher haben allerdings auch eine Kehrseite: Sie produzieren Versagensängste und Entscheidungsnöte. Nicht zuletzt bilden sie, analog zu anderen Prozessen differenzierender Individualisierung, soziale Hierarchien deutlich ab. Lebenserwartungen in den reichen Gesellschaften des globalen Nordens spiegeln statistisch recht exakt die sozialökonomischen Positionen der Einzelnen wider. Grob gerechnet sterben ärmere Menschen im Durchschnitt etwa sechs bis acht Jahre früher als wohlhabende (Thieme 2019, 49). Im Kontrast zu den medial relativ breit verhandelten klassisch biopolitischen Streitfragen wie beispielsweise der Sterbehilfe gibt es zur radikalen sozialen Ungleichheit des Sterbens allerdings kaum öffentlichen Diskurs. Die alte und immer schon falsche Vorstellung vom Tod als großer Gleichmacher kann auf diese Weise überdauern, während in der Gegenwartsgesellschaft nicht nur die kreativen Bestattungsrituale zunehmen, sondern auch anonyme und Discount-Bestattungen (ebd., 216). Kurz: Sterben ist in spätliberalen Gesellschaften zu einer komplexen Angelegenheit geworden, in der sich steigende Ansprüche auf individuelle Gestaltungsmöglichkeiten mit materiellen Ungleichheiten und neuen Handlungszwängen kreuzen. Genau das gilt auch, wie im Folgenden skizziert werden soll, für das Thema der Sterbe- bzw. Suizidhilfe.

III. Vom Anspruch, sterben gelassen zu werden

Um das wesentliche Argument des Bundesverfassungsgerichts zusammenzufassen: Dem Gesetzgeber, so die Karlsruher Richter*innen, sei es von Verfassung wegen untersagt, die Möglichkeit der Suizidhilfe *prinzipiell* einzuschränken. Er dürfe diese zwar regulieren, müsse aber sicherstellen, dass dem „Recht des Einzelnen, sein Leben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt“ (BVerfG 2020a), was in diesem Zusammenhang die prinzipielle Möglichkeit der Inanspruchnahme geschäftsmäßig organisierter Selbsttötung einschließt, und zwar ausdrücklich unabhängig von den Gründen für diese Inanspruchnahme: Ein unheilbares schweres Leiden darf aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts *nicht* zwingende Voraussetzung für die gesellschaftlich organisierte Realisierung von Sterbewünschen sein.

Ein naheliegender Einwand gegen diese Argumentation wurde weiter oben bereits angedeutet. Er lautet, dass es eben fraglich ist, wie frei die Entscheidungen für Suizide in einer Gesellschaft sind, die beispielsweise seit geraumer Zeit ihre eigene ‚Überalterung‘ beklagt und kaum ausreichende Ressourcen in die Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen investiert. Zu fragen ist außerdem, wie sich der Blick auf Schwerkranke oder Lebensmüde langfristig verändert, wenn das Angebot einer Suizidbeihilfe, das eine schmerzfreie und schnelle ‚Lösung‘ verspricht, erst einmal selbstverständlicher Bestandteil gesellschaftlicher Routinen geworden ist. Berichte aus den Niederlanden beispielsweise lassen vermuten, dass es unter den Bedingungen einer fest institutionalisierten Sterbehilfepraxis durchaus sozial rechtfertigungsbedürftig werden kann, mit einer medizinisch ungünstigen Prognose so lange wie möglich am Leben bleiben zu wollen (van Loenen 2014; Groß/Boer 2022; Feyerabend 2021; Baureithel 2016). Dasselbe gilt möglicherweise für alte Menschen, bei denen Beschwerden kumulieren und deren Bedarfe im derzeitigen Versorgungs- und Pflegesystem oftmals kaum ausreichend gedeckt werden.

Interessanterweise wird genau dieser Einwand vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich als plausibel anerkannt: Es könne, vermittelt z. B. über Ökonomisierungszwänge im Bereich der Alterssicherung, Pflege und Gesundheitsversorgung⁵, zu einer Art der ‚Gewöhnung‘ an Suizidbeihilfe kommen; auf Alte, Kranke und Lebensmüde könnte Druck ausgeübt werden, Familie, Gesellschaft und Staatshaushalt sozusagen freiwillig von sich selbst zu entlasten. In Übereinstimmung mit Daten aus Ländern mit bereits existierender liberaler Sterbehilfegesetzgebung erklärt das Gericht, es sei nachvollziehbar anzunehmen, dass

geschäftsmäßige Suizidhilfe zu einer ‚gesellschaftlichen Normalisierung‘ der Suizidhilfe führen und sich der assistierte Suizid als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne (BVerfG 2020b, Rn. 250).

Dies sei in den genannten Ländern insofern der Fall, als in diesen „ein stetiger Anstieg assistierter Selbsttötungen und von Tötungen auf Verlangen zu verzeichnen“ sei (ebd., Rn. 252). Eine Normalisierungsgefahr bestünde zudem „insbesondere vor dem Hintergrund, dass Versorgungslücken in der Medizin und der Pflege geeignet sind, Ängste vor dem Verlust der Selbst-

5 Zum Zusammenhang von Ökonomisierung und Rationierung von Gesundheitsdienstleistungen im Krankenhaus siehe z. B. Naegler/Wehkamp 2018.

bestimmung hervorzurufen und dadurch Suizidentschlüsse zu fördern“ (ebd., Rn. 257). Nachweislich seien Suizidwünsche oftmals auch Ausdruck des Wunsches, „Angehörigen oder Dritten nicht zur Last zu fallen“ (ebd., Rn. 258).

Wie also ist die Legalisierung der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe aus der Perspektive des Bundesverfassungsgerichts zu rechtfertigen, wenn doch offenkundig enorme Gefahren mit ihr verknüpft sind? Die Anerkennung des „Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“, so das Gericht, versage dem Gesetzgeber nicht nur nicht, Suizidprävention zu betreiben und palliativmedizinische Behandlungsangebote auszuweiten. Vielmehr sei der Staat sogar dazu verpflichtet,

denjenigen Gefahren für die Autonomie und das Leben entgegen[zu]treten, die in den gegenwärtigen und absehbaren realen Lebensverhältnissen begründet liegen und eine Entscheidung des Einzelnen für die Selbsttötung und gegen das Leben beeinflussen können (ebd., Rn. 276).

Eben dieser Verpflichtung aber, so die Begründung weiter, dürfe der Gesetzgeber sich „nicht dadurch entziehen, dass er das verfassungsrechtlich geschützte Recht auf Selbstbestimmung außer Kraft setzt“ (ebd., Rn. 277). Ein „gegen die Autonomie gerichteter Lebensschutz“ widerspreche dem Selbstverständnis einer Gemeinschaft, „in der die Würde des Menschen im Mittelpunkt der Werteordnung steht, und die sich damit zur Achtung und zum Schutz der freien menschlichen Persönlichkeit als oberstem Wert ihrer Verfassung verpflichtet“ (ebd.). Schließlich:

Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist [...] unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde. (ebd., Rn. 211)

An dieser Erläuterung scheinen mir im Zusammenhang mit der Frage nach der aktuellen Kontur von Biopolitik vier Aspekte bemerkenswert. *Erstens* verwandelt sich der Suizid hier von einem üblicherweise als „Akt der Verzweigung“ verstandenen Phänomen (Schieder 2020) in einen Akt der Realisierung individueller Freiheit. Der als reguläre Dienstleistung zu organisierenden assistierten Selbsttötung wird somit eine weit größere Bedeutung zugewiesen als bloß die, schwere Leidenssituationen zu beenden: Sie soll den fundamentalen Wert der Freiheit auch und gerade am Ende des Lebens vor unzulässigen staatlichen Eingriffen schützen. *Zweitens* und

daran anschließend wird Menschenwürde restlos mit Freiheit gleichgesetzt und letztere dem Schutz des Lebens als grundrechtlicher Leitwert übergeordnet.⁶ Dabei wird das Subjekt als Souverän seiner selbst konzipiert, insofern es dazu berechtigt ist, mithilfe Dritter die Voraussetzungen der eigenen Existenz – und damit auch der eigenen Freiheit – zu beseitigen. *Drittens* erkennt das Gericht explizit die Gefahr einer gesellschaftlichen „Normalisierung“ von Suizidbeihilfe an und verweist auf die Verpflichtung des Gesetzgebers, dieser vorzubeugen. Diese Verpflichtung hat jedoch reinen Empfehlungscharakter, mit ihr ist kein Rechtsanspruch (etwa auf ausreichende Pflege- und Palliativversorgung o. Ä.) verknüpft. Die Bürger*innen können sich zwar auf ihr Recht auf geschäftsmäßig organisierte Suizidbeihilfe berufen, nicht aber auf ihr Recht, gesellschaftlich nicht unter Druck gesetzt zu werden, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen. Daraus folgt *viertens*, dass die Freiheit des Subjekts, die hier garantiert werden soll, auch unter Bedingungen von Unfreiheit unbeschadet fortexistiert. Ein Mensch, auf den direkt oder indirekt Druck ausgeübt wird, sein Leben ‚freiwillig‘ zu beenden, tut dies dennoch aus und in Freiheit. Interessant ist hier vor allem, dass die Unfreiheit transzendierende Wirkung der prinzipiellen Freiheit des Subjekts ausdrücklich auch jene Unfreiheit einschließt, die durch die hier geforderte Liberalisierung organisierter Suizidhilfe *selbst* hervorgerufen wird. Kurz: Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts wird die assistierte Selbsttötung als Garant individueller Freiheit und als ein dem Schutz des Lebens übergeordneter Leitwert aufgefasst. Darüber hinaus wird die Existenz von gesellschaftlichen oder sozialen Kontextbedingungen, die die Freiheit des Subjekts potenziell unterlaufen, zwar ausdrücklich anerkannt. Sie scheinen andererseits jedoch an der eigentlichen Freiheit des Subjekts nichts zu ändern. Das verfassungsrechtlich garantierte Angebot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe stellt daher aus Sicht des Karlsruher Gerichts ausreichende Bedingungen für die Ausübung von Freiheit zur Verfügung. Mit Foucault ließe sich dieses Freiheitsverständnis auch so formulieren: „Ich werde dir die Möglichkeit zur Freiheit bereitstellen. Ich werde es so einrichten, daß du frei bist, frei zu sein“ (Foucault 2004: 97).

Die in dieser Argumentationsfigur implizierte Vorstellung vom menschlichen Subjekt geht also davon aus, dass Menschen unabhängig von ihrer

6 Diese Argumentationsfigur hat kurz nach der Veröffentlichung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Suizidbeihilfe im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie weitere Popularität erlangt, etwa in den einschlägigen Äußerungen des ehemaligen Bundestagspräsidenten Wolfgang Schäuble (Graefe 2021).

ökonomischen, sozialen und rechtlichen Lage und selbst in Situationen existenzieller Bedrängnis als souveräne Akteur*innen agieren. Sie geht weiterhin davon aus, dass im Subjekt eine Art unberührbarer ‚Freiheitskern‘ eingelagert ist, der von allen äußeren Einflüssen unberührt bleibt und als eben solcher vom Gesetzgeber vorrangiger zu schützen ist als das Leben des Subjekts selbst. Auf diese Weise rückt nicht nur die Frage nach dem gesellschaftlichen Kontext, sondern auch die nach der tatsächlichen Selbstbestimmung von alten, pflegebedürftigen oder auch lebensmüden Menschen zwangsläufig in den Hintergrund. Der Fokus verschiebt sich auf einen als radikal individuell entworfenen Entscheidungsakt. Wie autonom wir als chronisch Kranke, Pflegebedürftige oder Sterbende sind, erscheint in der Konsequenz als Frage der individuellen Wahl – und nicht als von gesellschaftlichen Prozessen entscheidend beeinflusst.

Nun ist allerdings kaum davon auszugehen, dass sich der im Bundesverfassungsgerichtsurteil für ebenso realistisch wie letztlich verfassungsrechtlich irrelevant erklärte Normalisierungsdruck auf Kranke und Sterbende gleichmäßig verteilt. Wahrscheinlicher ist vielmehr, dass eine Kluft existiert zwischen jenen, die den selbst gewählten assistierten Suizid tatsächlich als höchsten Ausdruck ihrer Individualität begreifen können und wollen und jenen, für die dieser die letzte verzweifelte Lösung einer sozial unerträglichen Lebenssituation darstellt. Dies gilt umso mehr, wenn das Recht auf Inanspruchnahme staatlich regulierter Suizidbeihilfe ausdrücklich nicht auf terminale Krankheitsdiagnosen begrenzt bleibt. Psychische Erkrankungen und Suizidalität sind nicht zufällig über die Bevölkerung verteilt, sondern hochgradig sozial markiert. Der Suizid als „Tod aus Verzweiflung“ (Case/Deaton 2020) ist demzufolge oftmals weniger ein Ausdruck von individueller Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung, als vielmehr von sozialer Deprivation, Diskriminierung oder Marginalisierung.

Konzeptionell ist die Vorstellung vom menschlichen Subjekt als letztlich vollkommen frei, rational und unabhängig handelnde Entität in sozialtheoretischen (insbesondere feministischen) Debatten des letzten Jahrhunderts immer wieder umfassend in Frage gestellt worden (z. B. Meyer-Dräwe 2001). Die Frage, wie sich beispielsweise Konzepte einer *relationalen Autonomie* auf Regelungen zur Sterbehilfe anwenden ließen, ist sicherlich alles andere als leicht zu beantworten – zumal, wenn man hierbei nicht nur den unmittelbaren Interaktionsraum des betreffenden Subjekts in den Blick nimmt, sondern auch die oftmals eher im Hintergrund wirkenden gesellschaftlichen Strukturen (van Wijngaarden/Goossensen/Leget 2018; Baureithel 2016). Wie ausgeführt, versteht das Bundesverfassungsgericht

einerseits nicht nur „Versorgungslücken“, sondern auch die Legalisierung der geschäftsmäßigen Suizidhilfe selbst als einflussreiche und in diesem Sinne potenziell freiheitseinschränkende Hintergrundstruktur. Andererseits ändert dieser Zusammenhang nach Auffassung des Gerichts nichts an der Unbedingtheit der nichtsdestotrotz als eindeutig ‚frei‘ konzipierten individuellen Entscheidung für oder gegen die assistierte Selbsttötung. Zugleich wird der assistierte Suizid hier nicht nur als Abwehrrecht verhandelt (man weist den ‚fremdbestimmten‘ Tod zurück), sondern als ausdrücklich positive Möglichkeit der Lebensgestaltung aufgefasst. Insofern das Bundesverfassungsgericht behauptet, im individuell zu entscheidenden *und* gesellschaftlich zu organisierenden Sterben entfalte sich ein letztes Mal die Persönlichkeit des Einzelnen (BVerfG 2020b, Rn. 211), impliziert es daher nicht nur eine fragwürdige Verklärung des Suizids als Freiheitsakt, sondern erinnert zugleich an das, was Axel Honneth in einem anderen Zusammenhang als *Organisierte Selbstverwirklichung* (2010) bezeichnet und als Kernelement des fortgeschrittenen Neoliberalismus im frühen 21. Jahrhundert analysiert hat. Honneths Analyse zeigt, dass und inwiefern sich das Ideal der Selbstverwirklichung im Kontext spätmoderner Lebens- und Arbeitsverhältnisse paradoxerweise in eine Anforderung transformiert, der sich das Individuum kaum entziehen kann. Im Kontext von Arbeit wird *Selbstverwirklichung* zugleich typischerweise auf Formen der *Selbstorganisation* reduziert – man kann beispielsweise die eigene Arbeitszeit frei einteilen, nicht aber über Inhalte, Menge und Ziele der Arbeit mitentscheiden (Graefe 2019, 75 ff.). Dieses Spannungsverhältnis zwischen einer zugleich überhöhten und reduzierten Freiheit findet sich in gewisser Weise auch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts wieder, wo die bloße Entscheidung pro oder contra Suizidhilfe als eine Entfaltung der Persönlichkeit verklärt wird. Zugleich entstehen durch die Option einer gesellschaftlich organisierten Suizidhilfe auch neue Pfadabhängigkeiten: einmal als reguläres ‚Angebot‘ des ‚selbstbestimmten Sterbens‘ etabliert, ist es der einzelnen kranken, alten, verarmten oder lebensmüden Person kaum mehr möglich, sich *nicht* dafür oder dagegen zu entscheiden. Auf diese Weise verkehren sich mittelfristig womöglich auch hier Ideale in Zwänge und Ansprüche in Forderungen (Honneth 2010, 76).

Das Postulat einer radikalen individuellen Freiheit, die vom Staat nicht eingeschränkt werden darf, erweckt vor dem Hintergrund der hier diskutierten, dem Urteil zugrundeliegenden Argumentationsfigur also nicht zufällig den Eindruck, „dass in Karlsruhe ein neoliberaler Geist am Werke war“ (Schieder 2020). Ähnlich wie in der neoliberalen Humankapitaltheo-

rie Gary Beckers werden hier offenbar nicht nur ökonomische, sondern alle Entscheidungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens fällt, als irreduzibel individuelle Präferenzen betrachtet, deren Realisierung vom Staat nicht eingeschränkt werden sollte. So formuliert das Gerichtsurteil einerseits eine an diese neoliberale Figur des Humankapitals erinnernde fundamentale „Kritik am Exzeß der Regierung“ (Foucault 2004, 441) – hier in Gestalt des Verbots der geschäftsmäßigen Sterbehilfe – und trägt andererseits durch die Legalisierung geschäftsmäßig organisierter Suizidhilfe potenziell dazu bei, „die Rationalität des Marktes“ in Bereiche auszudehnen, „die nicht ausschließlich oder nicht in erster Linie ökonomisch sind, wie die Familie und die Geburtenrate“ (ebd., 442) oder hier eben das Sterben. Zugleich fehlen in der Urteilsbegründung aber auch entscheidende Elemente der von Foucault untersuchten Spielarten neoliberaler Theorie, namentlich die Vorstellung, durch Investitionen in das eigene Humankapital würde indirekt Fortschritt, Wachstum und Innovation befördert, also das materielle Wohl der Gesellschaft als Ganzes (ebd., 319 ff.). Stattdessen wird, wie ausgeführt, gerade im Gegenteil auf die vielfältigen Gefahren verwiesen, denen die freie Entscheidung für oder gegen das assistierte Sterben in der gegenwärtigen Gesellschaft potenziell ausgesetzt ist – und gerade deshalb auf der Irreduzibilität der individuellen Freiheit bestanden.

Eher als an den Ökonomismus der Humankapitaltheorie erinnert das hier zugrundeliegende Freiheitsverständnis deshalb an libertäre Konzeptionen des „Selbsteigentums“, deren argumentativer Fluchtpunkt die kategorische Zurückweisung staatlicher Eingriffe an dem als souverän imaginierten Einzelsubjekt darstellt (Trčka 2020). Das Urteil affirmiert somit eine Grundkonstellation spätmoderner liberaler Gesellschaften, in denen

Individuen mehr denn je als selbstbestimmte Subjekte adressiert [werden], während sie gleichzeitig keine souveräne Kontrolle über die sozialen Bedingungen haben, auf deren Grundlage sie ihre [...] Autonomie entfalten sollen (Amlinger/Nachtwey 2023, 174).

Auch wenn es sicherlich zu weit geht, dem Bundesverfassungsgericht eine Nähe zu dem von Amlinger und Nachtwey analysierten *libertären Autoritarismus* zu unterstellen, so frappiert doch die Übereinstimmung zwischen diesem und der Konzeption von Freiheit, wie sie das Bundesverfassungsgericht artikuliert. Der libertäre Autoritarismus, so die Autor*innen, basiere auf

einer verdinglichten Freiheitsidee, mit der die Einsicht in soziale Abhängigkeiten abgewehrt werden soll. Freiheit ist in dieser Sichtweise kein geteilter gesellschaftlicher Zustand, sondern ein individueller Besitzstand (ebd., 173).

Andererseits geht das Urteil des Bundesverfassungsgerichts über die „verdinglichte Freiheit“ insofern hinaus, als es diese zugleich als authentischen Ausdruck einer sich selbst entfaltenden Persönlichkeit auffasst.

Im Vokabular einer kritischen Perspektive auf Biopolitik lässt sich dieser Zusammenhang vielleicht so formulieren: Im Karlsruher Urteil zur Suizidhilfe verschwimmen die Differenzen von *zoe* und *bios*, *leben machen* und *sterben lassen*, positiver und negativer Freiheit. Das konzeptionell aus allen sozialen Bezügen freigesetzte Subjekt des Sterbens macht *sich selbst*, sein* ihr Leben, *indem* es sich *sterben lässt*. Auf diese Weise erlebt es sich bis zum letzten Atemzug als eine vermeintlich „volle Identität“ (Charim 2022, 131)⁷ – sogar dann noch, wenn die ‚freie‘ Entscheidung für den vorzeitig herbeigeführten Tod als Reaktion auf kontingente gesellschaftliche Umstände oder sogar Zwänge erfolgt. Der Staat als regulierende Instanz ist dabei an- und abwesend zugleich: Seine Aufgabe besteht nur sekundär darin, die Freiheit beschränkende Bedingungen abzubauen und das Leben des Individuums so gut wie möglich zu schützen. Primär muss er die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Suizidhilfe garantieren.

IV. Was leben muss und was sterben darf

Offensichtlich leben wir in einer Zeit, in der das vermeintlich oder tatsächlich nicht (mehr) autonom gestaltbare Leben ein größeres Abschreckungspotenzial entfaltet als dessen – unter Umständen deutlich vorzeitige – Beendigung. Suizid erscheint in dieser Perspektive nicht als individuelles Drama oder als Indikator gesellschaftlicher Dysfunktion (Durkheim 1983), sondern – ähnlich wie säkularisierte Bestattungsrituale – als Medium und Ausdruck individueller Selbstverwirklichung, während parallel die Ungleichheit von Lebensbedingungen und damit von Möglichkeiten, ‚frei‘ zu handeln, unvermindert fortexistiert oder sich sogar verschärft. Die Gleich-

7 Freilich ist, wie Isolde Charim zeigt, allein die Vorstellung sowie die Sehnsucht danach, eine volle Identität erreichen zu *können* wenig realistisch, sondern vielmehr ein wesentlicher Baustein des Narzissmus, den die Philosophin als Grundstruktur gegenwärtiger Subjektivität analysiert.

zeitigkeit der diskursiven Anrufung *und* des faktischen Unterlaufens von Autonomieidealen in der neoliberalen Gegenwartsgesellschaft – also das, was die Literaturwissenschaftlerin Lauren Berlant pointiert *Cruel Optimism* (2011) genannt hat – trägt in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen dazu bei, Ansprüche der Einzelnen an Staat und Gesellschaft, die weniger auf Selbstentfaltung und Optionenvielfalt, sondern eher auf Schutz, Gleichheit und Versorgung zielen, zu entkräften. Die Konzeption einer ‚Autonomie am Lebensende‘, die unter anderem durch einen Rechtsanspruch auf Suizidhilfe gesichert werden soll, ist insofern ein weit über den Bereich von Krankheit, Pflege, Sterben und Tod hinaus einflussreicher Diskurseinsatz, der dem Individuum eine Form der finalen Selbstverwirklichung in Aussicht stellt und *zugleich* Ansprüche auf angemessene gesundheitliche und pflegerische Infrastrukturen in das schwer zugängliche Terrain eines diffusen politischen Wollens verlegt und auf diese Weise von der Frage der individuellen Freiheit entkoppelt.

Alles in allem stellt sich das Feld der Biopolitik, innerhalb dessen die Frage der Sterbe- bzw. Suizidbeihilfe nur ein (wenn auch wichtiges) Element ist, gegenwärtig in einer Weise dar, die vielleicht mit dem englischen Begriff *blurring* gefasst werden kann. *Blurring* meint verschwimmen, verwackeln, unscharf werden. Das ist nicht ganz dasselbe wie der in kritischer Absicht in biopolitischen Debatten oft beschworene ‚Dambruch‘, der selektionistische Zuschreibungen von ‚Lebenswert‘ zur Folge haben werde: Die Metapher des Dambruchs setzt voraus, dass es einen klar definierten Punkt oder Ort des Umschlags gibt. Tatsächlich aber scheinen die klassischen biopolitischen Gegensätze – zwischen *zoe* und *bios*, *leben machen* und *sterben lassen*, positiver und negativer Freiheit – gegenwärtig eher aufzuweichen. Allerdings nicht in eine beliebige Richtung: Der Akzent liegt auf der Gestaltung und Gestaltbarkeit, auf der Umwandlung des ‚nackten‘ in sozial wertvolles, das heißt autonom im Hinblick auf die eigene Selbstverwirklichung gestaltetes Leben. Die Kehrseite dieser Bewegung in Richtung des *leben machens* und der positiven Freiheit bleibt dabei häufig unsichtbar: neue Formen von Entscheidungszwängen und strukturell bestehende Grenzen der individuellen Gestaltbarkeit, die mit alten und neuen Formen sozialer Ungleichheit – und damit von Machtverhältnissen – einhergehen. Zugleich verschiebt sich das Verständnis von Menschenwürde: die Selbstzweckhaftigkeit des menschlichen Lebens wird dem Ideal einer sich von Anfang bis Ende des Lebens vollziehenden Entfaltung ‚freier‘ Subjekte untergeordnet. Wie das Urteil zur Suizidhilfe exemplarisch zeigt, impliziert ein solches Verständnis von Menschenwürde auch eine spezifi-

sche Vorstellung von Freiheit: Sie wird einerseits auf die Freiheit, zwischen unterschiedlichen Angeboten auszuwählen, reduziert und andererseits als absolute Freiheit, die selbst noch faktische Unfreiheit transzendiert, überhöht. Die „Zäsur zwischen dem, was leben, und dem, was sterben *muss*“ (Foucault 2001, 301, Hvhb. S. G.) scheint der Zäsur zwischen dem, was leben *muss* und dem, was sterben *darf*, zu weichen.

Literaturverzeichnis

- Agamben, Giorgio (2002): *Homo Sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Amlinger, Carolin/Nachtwey, Oliver (2023): *Gekränkte Freiheit. Aspekte des libertären Autoritarismus*. Suhrkamp. Berlin.
- Arendt, Hannah (2007): *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. Piper. München.
- Baureithel, Ulrike (2016): Sterbehilfe. Der Druck zum „Freitod“. In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Heft 1/2016. 21–24.
- Berlant, Lauren (2011): *Cruel Optimism*. Duke University Press. Durham.
- Berlin, Isaiah (2006): *Freiheit. Vier Versuche*. Fischer. Frankfurt am Main.
- BVerfG (2020a): Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26.02.2020. [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html;jsessionid=D91107E32054F50110BC29492FAC2C6D.internet961, \[01.04.2023\]](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html;jsessionid=D91107E32054F50110BC29492FAC2C6D.internet961, [01.04.2023])
- BVerfG (2020b): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020.. – 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1–343. [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html, \[01.04.2023\]](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html, [01.04.2023])
- Caduff, Corina (2013): *Szenen des Todes*. Lenos. Basel.
- Case, Anne/Deaton, Angus (2020): *Deaths of Despair. And the Future of Capitalism*. Princeton University Press. Princeton.
- Charim, Isolde (2022): *Die Qualen des Narzissmus. Über freiwillige Unterwerfung*. Zsolnay. Wien.
- Durkheim, Emile (1983): *Der Selbstmord*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Feyerabend, Erika (2021): Autonomie am Lebensende – ein uneinlösbares Versprechen? In: Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell* 2021. Köln. 250–265.
- Foucault, Michel (2001): In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesung vom 17. März 1976. In: Andreas Folkers/Thomas Lemke (Hrsg.), *Biopolitik. Ein Reader*. Suhrkamp. Berlin. 282–311.
- Foucault, Michel (2004): *Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Graefe, Stefanie (2007): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Campus. Frankfurt, New York.
- Graefe, Stefanie (2019). *Resilienz im Krisenkapitalismus. Wider das Lob der Anpassungsfähigkeit*. transcript. Bielefeld.
- Graefe, Stefanie (2021): Systemrelevanzen. Zur Biopolitik der Resilienz in Coronazeiten. In: Dies./Karina Becker (Hrsg.), *Mit Resilienz durch die Krise? Anmerkungen zu einem gefragten Konzept*. Oekom. München. 111–139.
- Groß, Anita/Boer, Theo (2022): *Assistierter Suizid: Niemand ist eine Insel*. [https://medonline.at/10094724/2022/assistierter-suizid-niemand-ist-eine-insel/, \[01.04.2023\]](https://medonline.at/10094724/2022/assistierter-suizid-niemand-ist-eine-insel/, [01.04.2023])

- Hahn, Alois/Hoffmann, Matthias (2009): Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. In: Cornelia Klinger (Hrsg.), *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft*. Böhlau. Wien. 121–144.
- Honneth, Axel (2010): Organisierte Selbstverwirklichung. Paradoxien der Individualisierung. In: Christoph Menke/Juliane Rebentisch (Hrsg.), *Kreation und Depression. Freiheit im gegenwärtigen Kapitalismus*. Kadmos. Berlin. 63–80.
- Lafontaine, Celine (2010): *Die postmortale Gesellschaft*. Springer VS. Wiesbaden.
- van Loenen, Gerbert (2014): *Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt: Risiken und Nebenwirkungen einer "liberalen" Sterbehilfe-Praxis*. Mabuse. Marburg.
- Mbembe, Achille (2003): Nekropolitik. In: Marianne Pieper et al. (Hrsg.), *Biopolitik in der Debatte*. Springer VS. Wiesbaden. 63–69.
- Meyer-Dräwe, Käthe (2001): *Illusionen von Autonomie. Diesseits von Ohnmacht und Allmacht des Ich*. P. Kirchheim. München.
- Naegler, Heinz/Wehkamp, Karlheinz (2018): *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2020): Geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid: Paukenschlag aus Karlsruhe. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 117(10). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212866/Geschaeftsmaessige-Beihilfe-zum-Suizid-Paukenschlag-aus-Karlsruhe>, [22.06.2023]
- Salecl, Renata (2011): *The Tyranny of Choice*. Profile Books. London.
- Schieder, Rolf (2020): Anfrage an die Gesellschaft. Das Sterbehilfe-Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist irritierend und eindimensional. In: *zeitzeichen. Evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft*. <https://zeitzeichen.net/node/8374>, [01.04.2023]
- Schneider, Werner (2012): Das Projekt Lebensende – Vom einstigen Gleichmacher Tod zur Ungleichheit des ‚guten Sterbens‘ heute. In: Gabriele Arndt-Sandrock (Hrsg.), *Was ist gutes Sterben? 15. Loccumer Hospiztagung*, Loccumer Protokolle 19/12. Evangelische Akademie Loccum. Rehburg-Loccum. 25–46.
- Stöttner, Carina (2019): Digitales Jenseits? Virtuelle Identität im postmortalen Stadium. In: Thorsten Bänkel/Matthias Meitzler (Hrsg.), *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*. Springer VS. Wiesbaden. 185–210.
- Thieme, Frank (2019): *Sterben und Tod in Deutschland*. Springer VS. Wiesbaden.
- Trčka, Michal (2020): The limits of libertarianism in debates over euthanasia and the application of moral fictionalism in bioethics. In: *Ethics & Bioethics (in Central Europe)*, 10(1–2). 30–39.
- Van Wijngaarden, Els/Goossensen, Anne/Leget, Carlo (2018): The social-political challenges behind the wish to die in older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. In: *Journal of European Social Policy*, 28(4). 419–429.

„Ich möchte niemandem zur Last fallen!“ – Sterbewünsche im Alter und ihre Beziehung zu Altersbildern in der Spätmoderne

Angelika Pillen

Den Erhebungen des *Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland* (NaSPro) ist zu entnehmen, dass die Suizidrate in den letzten zehn Jahren insgesamt um etwa 9 % abgenommen hat. Der Anteil der älteren Menschen allerdings ist überproportional gestiegen. Von den etwa 10.000 Menschen, die sich in Deutschland jährlich umbringen, sind über 35 % älter als 65 Jahre, wobei ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung nur 21 % beträgt (Statista Research Department 2022). Mit zunehmendem Alter verstärkt sich diese Tendenz noch einmal. Lag die Suizidrate in Deutschland im Jahr 2020 insgesamt bei 11,1 Fällen pro 100.000 Einwohner, so beträgt sie bei der Alterskohorte der 65- bis 69-Jährigen 14,1, bei den 85- bis 89-Jährigen 34,8 und bei den über 90-Jährigen sogar 35,3 Fälle. Wenn man die Perspektive des Geschlechts berücksichtigt, werden insgesamt zwar deutlich mehr Suizide von Männern begangen – ihr Anteil liegt bei 75 %. Allerdings ist jede zweite Frau, die sich umbringt, älter als 60 Jahre (Kruse 2017, 253). Auch hier ist der Anteil der Älteren also überproportional hoch. Wie der Psychiater Reinhard Lindner und Mitautor*innen treffend feststellen, trägt der Suizid die „Handschrift des Alters“ (Lindner et al. 2021, 141). Ältere Menschen entwickeln offensichtlich weitaus häufiger den Wunsch, ihr Leben vorzeitig zu beenden, als dies bei den Jüngeren der Fall ist.

I. Alterssuizidalität aus psychiatrischer Perspektive

Jene Disziplinen, die sich mit Suizidalität befassen, bewerten diesen Sachverhalt entsprechend ihrem Professionsverständnis als Problem. Psychiater*innen, Psycholog*innen und Gerontolog*innen gehen davon aus, dass es sich bei 90 % der Menschen, die Sterbewünsche äußern, um Personen mit psychischen Problemen handelt. Den Befunden der Psychiatrie zufolge stehen bei den Älteren Depressionen und Suchtkrankheiten im Vordergrund. Das heißt für die Psychiater*innen: Wir haben es mit behandelbaren Krankheiten zu tun. Ein fortgeschrittenes Alter, so betonen die Vertre-

ter*innen der angeführten Disziplinen, ist kein Grund für therapeutischen Nihilismus. So wird der prominente Heidelberger Gerontologe Andreas Kruse nicht müde darauf hinzuweisen, dass auch Menschen im hohen Alter noch von psychotherapeutischen Interventionen profitieren können. Laut Kruse wird in der psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit Sterbewünschen deutlich, dass diese in vielen Fällen ambivalent sind (2017, 248). Wenn sie zu bestimmten Zeiten im Vordergrund stehen, heißt das nicht, dass es sich um stabile Willensbekundungen handelt. Denn zu anderen Zeiten verlieren sie wieder an Intensität (ebd.). Auch im hohen Alter ist es seiner Überzeugung nach möglich, die innerpsychische Widerstandsfähigkeit und individuelle Resilienzfaktoren durch geeignete Interventionen so zu stärken, dass die Sterbewünsche sich wieder auflösen.

II. Alterssuizidalität aus der Perspektive der Liberalisierung der Sterbehilfe

Die psychiatrische Haltung zu Sterbewünschen sieht sich in den letzten Jahren allerdings in zunehmendem Maße kritischen Nachfragen gegenübergestellt. Handelt es sich wirklich immer um einen krankheitsbedingt veränderten Willen, der solche Wünsche entstehen lässt oder muss man sie, zumal im Alter, nicht als Ausdruck eines freien Willens respektieren? Und ist das Anliegen, bei der Realisierung derartiger Wünsche Unterstützung zu erhalten, nicht legitim?

Den Bemühungen von Psychiatrie und Gerontologie, Alterssuizide zu verhindern, stehen die Verfechter*innen einer Liberalisierung der Sterbehilfe gegenüber. Bekanntlich gibt es die Möglichkeit zum assistierten Suizid in der Schweiz bereits seit geraumer Zeit. In Deutschland sind die Aktivitäten von Sterbehilfe-Organisationen seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 nicht mehr strafbar. Die drei in Deutschland tätigen Sterbehilfe-Organisationen *Gesellschaft für humanes Sterben*, *Dignitas Deutschland* und *Sterbehilfe Deutschland* geben an, im Jahr 2021 in insgesamt 350 Fällen Suizide begleitet zu haben. Nach dem Urteil des obersten Gerichtes stieg die Zahl der assistierten Suizide stark an. Die von Betroffenen geäußerten Gründe dafür, aus dem Leben scheiden zu wollen, waren den Angaben der Organisationen zufolge nicht nur schwere Krankheiten, sondern in einem nicht unerheblichen Teil der Fälle wurde als Motiv ‚Lebensattheit‘ angegeben.

Die Tendenz, Assistenz beim Suizid zu einem normalen Unterstützungsangebot für alte Menschen zu machen, ist in der Schweiz bereits sehr viel

weiter fortgeschritten als bei uns. So hat die Sterbehilfeorganisation *Exit* 2017 eine Arbeitskommission zum Thema Altersfreitod eingerichtet. Laut Auskunft von *Exit* ist die sogenannte Alterspolymorbidität der zweithäufigste Grund dafür, dass Menschen aus dem Leben scheiden wollen. Der in zunehmendem Maße von verschiedenen Gebrechen geplagte Körper hat Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen, und dies hat, wenn man *Exit* Glauben schenken will, auch einen erheblichen Einfluss auf ihren Lebenswillen. Die Organisation stellt ihre Dienstleitungen explizit auch dieser Gruppe zur Verfügung. In diesem Zusammenhang wünscht *Exit* sich sogar eine weitere Liberalisierung der aktuellen Praxis, bei der die Vergabe des Medikaments an eine ärztliche Begutachtung und die Ausstellung eines ärztlichen Rezepts gebunden ist. Als Fernziel gibt *Exit* an, das Medikament möge auch ohne ärztliches Rezept zugänglich werden (*Exit* 2019).

Auch in Deutschland sind Bestrebungen dieser Art inzwischen angekommen. So wirbt die *Gesellschaft für humanes Sterben* auf ihrer Homepage für den ‚Altersfreitod‘ mit dem als Brief an eine Freundin konzipierten Text einer 80-Jährigen, die in ihrem früheren Leben als Psychiaterin tätig gewesen ist. Die Autorin zeichnet ein düsteres Bild von der Lebenssituation hochbetagter Menschen, illustriert durch die als deprimierend dargestellte und empfundene Situation in Pflegeheimen:

Niemandem, der eine solche Station betritt, entgeht diese dortige niederdrückende Stimmung [...] Die Pflegebedürftigen sitzen stumm und verbraucht da, der Gesichtsausdruck erstarrt und traurig. Ein Gespräch untereinander, eine Beschäftigung ist nicht mehr möglich, Gedächtnis und Erinnerungen sind erloschen. Die Betroffenen können die Frage, wie sie selbst ihre Lage erleben, weder verstehen noch beantworten. Ihre Gesichter dagegen geben eine beredte Antwort. (Moll-Schmidhäuser o. J., 6f.)

Im Anschluss an diese Ausführungen fordert die Autorin dazu auf, sich Gedanken über das eigene Lebensende zu machen:

Wie stelle ich mir mein Lebensende vor? Möchte ich einen Zustand völliger Hilflosigkeit erreichen? Sehe ich einen Sinn darin, später einmal ohne Gedächtnis, Erinnerungsvermögen und ohne Verstand zu sein, mit Medikamenten ruhig gestellt, vielleicht lange Zeit bettlägerig? Will ich die Entscheidung zur medizinischen Behandlung in meinem Fall anderen Menschen, also Ärzten und Pflegepersonal in die Hand geben,

die dadurch weitgehend über den Zeitpunkt meines Todes bestimmen?
(ebd., 7)

Die Autorin ist der festen Überzeugung, dass viele alte Menschen den Freitod wählen würden, wenn er gesellschaftlich als „Zeichen von Freiheit, Selbstbestimmung und sozialer Verantwortung“ anerkannt wäre und die Unterstützung dafür gesellschaftlich organisiert würde (ebd., 19). Zur Illustration des letzten Punktes, also der sozialen Verantwortung, benutzt sie eine in den 50er Jahren in Japan erschienene Fabel von einem sehr armen, ständig von Hungersnöten bedrohten Bergvolk, das sich der Belastung durch die Alten dadurch entledigte, dass es sie, wenn sie das 70. Lebensjahr erreicht hatten, auf einen Berg schickte, der für das Sterben bestimmt war. Dort begaben sich die Alten nach einem Abschiedsmahl mit Altersgenoss*innen hin, um auf den Tod zu warten. Der Gang auf den Berg war eine Pflicht, der die Alten mal mehr, mal weniger freiwillig nachkamen, um die Gemeinschaft zu entlasten (ebd., 23).¹

Nun befinden wir uns nicht mehr in einer Situation, in der das Überleben der Gruppe im Kampf gegen eine widrige Natur nur mit großer Mühe gesichert werden kann. Gleichwohl schließt die Autorin ihre Ausführungen mit dem Vorschlag, man möge doch einem jeden Menschen, der das 80. Lebensjahr erreicht hat, erlauben, den Zeitpunkt des Todes selbst zu bestimmen. Dafür führt sie folgende Argumente an:

1. 80-Jährige haben ein volles Leben gehabt.
2. Die Erde ist überbevölkert.
3. Alte beanspruchen zu lange zu viel Wohnraum.
4. Alte belasten den Finanzhaushalt übermäßig.
5. Alte belasten ihre Kinder und Enkel, die sich um sie kümmern müssen.
(ebd., 29)

Der Schwerpunkt der Argumente für die Begründung des sogenannten Altersfreitodes liegt, wie wir sehen können, keineswegs auf einem subjektiven Lebensgefühl, das an anderer Stelle mit dem Begriff ‚Lebenssattheit‘ beschrieben wird, sondern unverkennbar auf dem Lastcharakter für die Gesellschaft, der den Alten zugeschrieben wird. Und zumindest in den angeführten Ausführungen, wie gesagt zu finden auf der Website der *Gesell-*

1 Simone de Beauvoir listet in ihrer großen Studie zum Alter im Übrigen eine Fülle von indigenen Völkern auf, bei denen ähnliche Praktiken gebräuchlich waren (de Beauvoir 2000, 48ff.).

schaft für humanes Sterben, wird der Schritt des ‚Altersfreitodes‘ als ein freiwilliger Dienst an der Gemeinschaft nahegelegt.

III. Ängste vor dem Selbstverlust am Ende des Lebens

Nun mag man das für eine extreme Einzelmeinung halten. Die Angst davor, eine Last für andere zu sein oder werden zu können, ist jedoch in der Tat bei alten Menschen weit verbreitet. Viele von ihnen äußern, niemandem zur Last fallen zu wollen und bewerten ein Leben, in dem sie auf fremde Hilfe angewiesen sind oder ihre Fähigkeiten zur autonomen Lebensbewältigung eingebüßt haben, als nicht mehr lebenswert. Aufsehen hat in diesem Zusammenhang vor einigen Jahren der Suizid von Gunther Sachs erregt, den allein die Hypothese, an Alzheimer erkrankt zu sein, dazu veranlasste, sich umzubringen. In seinem Abschiedsbrief heißt es: „Der Verlust der geistigen Kontrolle über mein Leben wäre ein würdeloser Zustand, dem ich mich entschlossen habe, entschieden entgegenzutreten.“ (FAZ.NET, 8.5.2011)

Die Anbindung der Würde an den Erhalt von Selbständigkeit und Geist finden wir auch bei einem weiteren prominenten Suizidenten. Fritz Radatz begründete seine Entscheidung zum Suizid, für den er bekanntlich in die Schweiz gefahren ist, sehr ähnlich: Ihm sei die Vorstellung, als Greis nicht mehr den ästhetischen Kriterien zu entsprechen, die für ihn zeitlebens identitätsstiftend gewesen sind, derartig unerträglich gewesen, dass er sich dazu entschlossen habe, seinem Leben ein Ende zu setzen, bevor es soweit komme.

Sie wissen ja, ich bin ein Anhänger des begleiteten Suizids. Ich finde das eine würdige Form, sein Leben zu beenden. Eben nicht zu warten, bis der Schlaganfall kommt. Ich sehe doch, wie mein heiß geliebter und sehr bewunderter Freund Joachim Kaiser in einer seltsamen Düsternis versinkt, in die kein Mensch mehr eindringen kann. Das lehne ich ab. Das finde ich unwürdig. Das will ich nicht. Ich will nicht warten auf die 38. Operation. Sieben bei Rühmkorf waren genug. Sechs davon waren schon zu viel. Ich will leben. Ich will nicht überleben. Man soll aufhören, wenn es noch geht. [...] Das war's. Es ist genug. (Frankfurter Rundschau, 30.1.2015)

Beide bewerten ein Leben, in dem die kognitiven bzw. die zu einer den eigenen Vorstellungen entsprechenden Selbstinszenierung erforderlichen

Fähigkeiten verloren gegangen sind, als einen nicht tolerablen, unerträglichen Zustand. Beide wollen bis zum letzten Atemzug die Kontrolle über ihr Leben behalten und unter gar keinen Umständen in eine Situation geraten, in der sie ihre Vorstellungen von der Gestaltung ihres Lebens nicht mehr realisieren können.

Obwohl nur der eine von ihnen, Fritz Raddatz, den Weg des assistierten Suizids über eine Sterbehilfeorganisation gewählt hat, sind beide exemplarische Vertreter der Argumentation, mit der diese ihre Aktivitäten begründen. Die Möglichkeit zum selbstbestimmten Tod sichere, wie es bei den Organisationen auch explizit heißt, ab, dass wir in würdiger Weise sterben können. Umgekehrt wird damit nahegelegt, dass ein Lebensende bzw. die letzte Phase des Lebens, wenn sie denn von dem Verlust der Kontrolle geprägt ist, als würdelos bewertet wird.

Die zunehmende Legitimität der Sterbehilfe als Unterstützung für einen ‚Altersfreitod‘ und die Versuche, diese Praktiken zu normalisieren, sind Entwicklungen, die sich aus der Normativität der Spätmoderne herleiten. Die Verfechter*innen berufen sich auf die Prinzipien von Autonomie und Selbstbestimmung und leiten daraus die Vorstellung ab, dass alle Aspekte des menschlichen Lebens gestaltbar sein sollten. Die Leitidee von der grundsätzlich vorhandenen Gestaltbarkeit des Lebens wird damit auch auf jene Situation ausgeweitet, in der die Möglichkeiten zur aktiven Gestaltung eine endgültige Grenze finden.

IV. Spätmodernes Sterbemanagement

In früheren Epochen ist das Sterben in der Regel als eine Grenzerfahrung betrachtet worden, die den Menschen zu einer hinnehmenden Haltung auffordert. In dem bald eintretenden Tod wird die Unhintergebarkeit der eigenen Endlichkeit gegenwärtig, die eben nicht der eigenen Entscheidung überlassen ist. Der Mensch der Spätmoderne hingegen verweigert sich der Auseinandersetzung mit Erfahrungen, die das Pathische der Existenz vergegenwärtigen. Die Vorstellung, mit einem Seinsbereich konfrontiert zu werden, der der eigenen Verfügbarkeit entzogen bleibt, löst bei ihm heftige Abwehrreaktionen aus und veranlasst ihn zu entschlossenen Gegenmaßnahmen. Indem er das Lebensende bereits im Vorfeld plant und organisiert, hofft er sicherstellen zu können, beim Eintritt des Todes „Herr

der Situation“ bleiben zu können (Gehring 2013, 189).² Mit Hartmut Rosa kann man dies als den radikalsten Versuch des Menschen verstehen, die Welt in Reichweite zu bringen, und auch dort noch ein Kontrollregime einzurichten, wo er auf das Unverfügbare der eigenen Endlichkeit trifft (2018, 94).

Zum spätmodernen Management des Sterbens gehören auch die Patientenverfügungen, deren Verbindlichkeit durch die Gesetzgebung seit 2009 gestärkt worden ist. Auch die Patientenverfügungen dienen dem Zweck, selber zu steuern, was in bestimmten Situationen am eigenen Lebensende geschehen bzw. nicht geschehen soll. Dabei spielen Befürchtungen, am Ende des Lebens einem technisch hochgerüsteten Medizinbetrieb ausgeliefert zu sein, eine nicht unwesentliche Rolle. Nach wie vor ist es für viele Menschen eine Schreckensvorstellung, dass die letzten Atemzüge von einer Peinigung durch Medizintechnik bestimmt werden, und der Tod sie auf der Intensivstation ereilt. Auch die regelmäßig in der Presse erscheinenden Skandalberichte über eine wenig auf individuelle Bedürfnisse eingehende Versorgung in den Einrichtungen der Altenpflege tragen dazu bei, Ängste vor einem Sterben in einer Institution zu fördern.

Diese Ängste und das darin zum Ausdruck kommende Misstrauen gegenüber jenen Institutionen, in denen heute gestorben wird, unterstreichen den starken Einfluss, den Kontextfaktoren bei der Entstehung von Sterbewünschen haben. Dabei spielen sowohl die Möglichkeiten der unmittelbaren sozialen Umgebung – etwa in Form von unterstützenden Angehörigen oder der Qualität der Versorgung in den Einrichtungen – eine Rolle als auch die normativen Vorstellungen von dem, was ein gutes Leben ist. Diese Vorstellungen sind in der Spätmoderne, wie bereits erwähnt, an die Fähigkeit zur autonomen Lebensgestaltung gebunden. Was in jedem Fall verhindert werden soll, ist eine Situation des Angewiesenseins und der Abhängigkeit, in der Andere darüber entscheiden, was getan bzw. unterlassen wird. Der vorzeitige Tod wird eher in Kauf genommen als eine Situation des Ausgeliefertseins, in der eigene Vorstellungen und Wünsche eventuell keine Berücksichtigung mehr finden. Gerontolog*innen sowie viele engagierte Praktiker*innen und Aktivist*innen im Bereich der Altenarbeit leiten daraus die Forderung ab, die sozialen und institutionellen Rah-

2 *Anmerkung der Herausgeber*innen:* Die Tendenz, den Tod als Projekt zu betrachten, wird in diesem Band von Stefanie Graefe als Kennzeichen neoliberaler Biopolitik beschrieben. Nina Streeck untersucht in ihrem Beitrag die Logik der Prävention, die bei diesem Projektmanagement am Werk ist.

menbedingungen für das Altern zu verbessern. Es hat, so hebt der bereits erwähnte Andreas Kruse hervor, einen erheblichen Einfluss, ob das Umfeld Betroffene dabei unterstützt, so autonom wie möglich zu leben und am sozialen Leben teilzunehmen, ob es ihnen damit trotz ihrer altersbedingten Einschränkungen Lebensqualität ermöglicht oder ob es das unterlässt (2017, 413). Die Rahmenbedingungen der Versorgung im Alter spielen ohne Zweifel eine wichtige Rolle für die Vorstellungen und Wünsche, die Menschen in Bezug auf ihr Lebensende entwickeln. In den Äußerungen der prominenten Suizidenten, die wir eben zitiert haben, steht jedoch ein anderer Aspekt im Vordergrund. Sie begründen ihre Sterbewünsche damit, dass die Alterungsprozesse ihr Selbstbild verletzen, und dass sie im Zeichen der Verluste von Fähigkeiten zur autonomen Lebensbewältigung nicht mehr die sein können, die sie sein wollen.

V. Der Kult um die Jugendlichkeit

Die bekannten Renaissance-Bilder mit dem Motiv des Jungbrunnens illustrieren, dass der Wunsch, Alterungsprozesse aufhalten zu können, keine neue Vorstellung ist. Den Wunsch nach ewiger Jugend reflektierend, lässt Oscar Wilde die Romanfigur Lord Henry im Dialog mit seinem Helden Dorian Gray feststellen, die Tragödie des Alters sei nicht, dass man alt werde, sondern dass man jung bleibe (Wilde 2011, 280ff.). Jean Améry entwickelt diesen Gedanken in seiner Phänomenologie des Alterns weiter, wenn er konstatiert, dass wir unsere Ich-Identität in jungen Jahren ausbilden und im Lichte dieser Ich-Identität den Alterungsprozess als Selbst-Entfremdung erfahren (1968, 38ff.).

Gleichwohl weist erst die Jugend- und Reformbewegung zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Jugendlichkeit jenen umfassenden gesellschaftlichen Wert zu, der ihm auch heute noch zugesprochen wird. Die neu entwickelten Techniken der Photographie und des Films verschaffen die Möglichkeit, eine Bilderflut von jungen, schönen Körpern zu erzeugen und dadurch den jugendlichen Körper als ästhetischen Richtwert und normatives Ideal ständig zu vergegenwärtigen. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird es als Frage des Willens dargestellt, ob man sich die Jugendlichkeit erhält oder auch nicht. Der Münchener Verleger Georg Hirth, Herausgeber der dem Jugendstil seinen Namen verleihenden Zeitschrift *Jugend*, formuliert das neue Leitbild des 20. Jahrhunderts wie folgt:

Wir lernen nie aus, jedoch noch wichtiger als das schulmeisterliche Lernen ist auch für die Ältesten die unablässige Pflege des Willens zur Jugend. (Hirth 1903, 253; zit. nach Deutscher Bundestag 17/3815, 73)

In diesem Zusammenhang wird der Sportler mit seiner ständigen Arbeit am Körper zum „Prototyp des modernen Menschen“ (ebd., 74). Der Körper ist nicht mehr länger schicksalhaft gegeben, sondern verlangt eine ständige Bearbeitung, der Erhalt seiner Jugendlichkeit wird zur lebenslangen Aufgabe. Der Körper wird dabei zum bevorzugten Terrain der Darstellung von Gestaltungswillen und Selbstoptimierung. Implizit enthalten in dieser Glorifizierung des jugendlichen Körpers ist eine Abwertung des älter werdenden Körpers und aller Anzeichen des Alterungsprozesses. Die Vielzahl der Angebote, die heute zur Verfügung stehen, um die sichtbaren Zeichen des Alterungsprozesses aufzuhalten, wie Anti-Aging-Programme, Fitness-Center oder Möglichkeiten der ästhetischen Chirurgie, fügt dieser Werte-Orientierung keine neue Dimension hinzu, sondern stellen nur stärker ausdifferenzierte Techniken dar, um den „Willen zur Jugend“ zu unterstützen.

VI. Vom wohlverdienten Ruhestand zum produktiven Alter

Neben der Fokussierung auf Jugendlichkeit hat das 20. Jahrhundert indessen noch eine weitere Neuerung für das Alter gebracht, die die Lebenssituation älterer Menschen in fundamentaler Weise verändert hat. Mit dem in den Nachkriegsjahren in Deutschland eingeführten Rentensystem wurde eine nie dagewesene gesellschaftliche Absicherung des Alters geschaffen. Renten hatte es vorher nur in Fällen von Invalidität gegeben. Es ist also die längste Zeit normal gewesen, lebenslang zu arbeiten.

Die Einführung des Rentensystems ist mit der Vorstellung verbunden gewesen, dass es Menschen nach einem langjährigen Erwerbsleben zusteht, in den ‚wohlverdienten Ruhestand‘ zu gehen. Wie die Formulierung anzeigt, handelte es sich dabei um ein gesellschaftlich akzeptiertes Lebensführungsmodell. Allerdings zeigte sich bereits sehr schnell das damit verbundene Dilemma: Die zwangsweise erfolgende Ausgliederung aus dem Erwerbsleben verurteilte die Ruheständler zur Funktionslosigkeit (Höpflinger 2016, 289). Mit dem Eintritt in die Rente waren sie zwar materiell abgesichert, wurden aber zugleich nicht mehr als Akteure wahrgenommen, die noch eine relevante Bedeutung für die Gesellschaft hätten.

Bei diesem Problemzusammenhang setzt das Engagement der Gerontolog*innen für eine Verbesserung der Situation alter Menschen in der Gesellschaft an. Zu nennen wäre hier vor allem Ursula Lehr, die gleichzeitig wissenschaftlich und politisch tätig gewesen ist. Im Fokus ihrer Kritik stehen zum einen die verbreiteten negativen Altersstereotypen, die das Alter vornehmlich mit Defiziten und Verlusten assoziieren, zum anderen aber auch die Ausgrenzung, die mit dem Lebensmodell des Ruhestandes verbunden ist. Lehr und andere Altersforscher*innen bemühen sich demgegenüber darum, die Kompetenzen und Potentiale der Älteren zu vergegenwärtigen. Dabei werden das Wissen und die Erfahrung der Älteren besonders hervorgehoben sowie ihre Fähigkeiten, Probleme zu lösen und Komplexität zu reduzieren.

Es liegt sicherlich nicht nur an diesem von Gerontolog*innen für die Älteren geführten Kampf um Anerkennung, dass sich die Altersbilder verändert haben. Ohne Zweifel haben deren Bemühungen aber ihren Teil zu diesem Wandel beigetragen. Die neuen Bilder eines erfolgreichen und aktiven Alterns setzen sich ab den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts durch. Dabei entsteht die spätmoderne *Figur des jungen Alten*. Ab den 90er Jahren wird das Alter von der Gerontologie in zwei verschiedene Phasen unterteilt: *Das dritte Alter* bezieht sich auf die Phase nach der Berentung. Die *neuen* oder *jungen Alten* werden als Akteur*innen entdeckt, die zwar älter geworden, aber noch fit und gesund genug sind, um weiterhin ein aktives Leben zu führen. Diese Phase wird abgelöst vom *vierten Alter*, womit die Hochaltrigkeit gemeint ist. Nun werden die vormals dem Alter im allgemeinen zugewiesenen negativen Attribute dieser letzten Lebensphase zugeordnet.

Die neuen Altersbilder orientieren sich an der spätmodernen Normativität, deren Basis die Werte der Autonomie und Selbstverantwortung sind. Auch der ältere Mensch soll ein aktives Leben führen und durch eigene Bemühungen dafür sorgen, sich die Fähigkeiten dazu so lange wie möglich zu erhalten. Die Kompetenzperspektive verknüpft die beiden Botschaften ‚Altern ist kein biologisches Schicksal‘ und ‚Defizite werden im Sinne der self-fulfilling prophecy erzeugt‘ und leitet daraus die Erwartung an die Alten ab, für die eigene Optimierung zu sorgen. Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Gesundheit werden zu Aspekten der Lebensqualität, die der alte Mensch durch geeignete Aktivitäten selber herstellen kann und soll (Höpflinger 2016, 290). Dabei geht es nicht nur darum, durch Anti-Aging-Programme, Sport, Wellness und gesundheitsbewusstes Verhalten den Körper fit zu halten, sondern auch um psychische Interventionen. Ein

ganzes professionelles Handlungsfeld entsteht, in dem mit zahlreichen Interventionen dafür gesorgt werden soll, die Kompetenzen älterer Menschen zu erhalten bzw. zu erweitern und mit Hilfe therapeutischer Verfahren auch in dieser Lebensphase noch Entwicklungsprozesse zu initiieren. Die spätmodernen Konzepte der Plastizität und des lebenslangen Lernens werden nun auch für das Alter in Anspruch genommen. Je stärker Betroffene Bildungsmöglichkeiten, therapeutische Angebote und andere Aktivitäten wahrnehmen, desto mehr steigen die Chancen, dass sich für sie auch im Alter noch neue persönliche Entwicklungsmöglichkeiten ergeben.

Im Zentrum all dieser Bemühungen steht die Idee, dass das Altern kein passiv zu erleidender Prozess, sondern zu gestalten ist (ebd.). Das heißt aber auch, dass diejenigen, die sich nicht um ein erfolgreiches Altern in dem beschriebenen Sinne kümmern, die negativen Konsequenzen selber zu verantworten haben. Das mit dem Bild des *jungen Alten* verbundene Konzept des *erfolgreichen Alterns* verstärkt die meritokratische Logik des Neoliberalismus, indem diese es zu einer Frage von persönlichem Verdienst und persönlicher Verantwortung macht, ob man im Alter ein gutes Leben hat oder auch nicht. Diese Entwicklung hat zweifellos zu einer sozialen Aufwertung des *dritten Alters* geführt. Wie Francois Höpflinger zu Recht kritisch anmerkt, orientiert sich das Bild des erfolgreichen *jungen Alten* jedoch im Wesentlichen am Leben von wirtschaftlich abgesicherten älteren Menschen in wohlhabenden Ländern (ebd., 299). So stellt die Aufwertung einen Gewinn für diejenigen dar, die ohnehin durch materielles, soziales und kulturelles Kapital wie etwa Bildung privilegiert sind. Akteure aus den sogenannten ‚bildungsfernen Schichten‘ bzw. solche, die von Armut betroffen sind, finden dabei keine Berücksichtigung.

Zudem haben die Bilder des erfolgreichen Alterns eine Abwertung des *vierten Alters*, d. h. der Hochaltrigkeit, zur Konsequenz. Die Aussicht, im hohen Alter dann doch mit den Grenzen aller Bemühungen konfrontiert zu werden, erzeugt bei vielen Menschen massive Angst und Abwehr. Und nicht nur das: Die Verabsolutierung der Vorstellung, dass das Leben insgesamt gestaltbar sei, birgt die Gefahr in sich, unfähig zu werden, mit jenen Momenten des Lebens umzugehen, die Widerfahrnischarakter haben und sich der Verfügbarkeit entziehen. So kann das Altern zwar mit allen möglichen Mitteln beeinflusst werden, der Alterungsprozess schreitet aber trotzdem unweigerlich voran.

Bevor wir die Abwertung der Hochaltrigkeit näher beleuchten, muss noch auf die soziale Dimension des Kompetenzmodells erfolgreichen Alterns eingegangen werden. Der eben erwähnte ‚wohlverdiente Ruhestand‘

wird zunächst abgelöst von der Metapher des ‚Unruhestandes‘. Mit diesem etwas spöttischen Begriff, häufig und gerne bei Verabschiedungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verwendet, wird hervorgehoben, dass die durch die Beendigung des Erwerbslebens frei verfügbar gewordene Zeit für ein weiterhin aktives Leben genutzt werden kann. Das beschauliche Bild vom Großvater oder der Großmutter im Lehnstuhl ist längst verschwunden und hat Vorstellungen wie der vom reiselustigen Rentnerhepaar auf Kreuzschiffahrt Platz gemacht. Für diese Konnotation zum Ruhestand hat sich auch der Begriff der ‚späten Freiheit‘ eingebürgert.

Vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen wie dem deutlichen Anstieg des Anteils Älterer an der Bevölkerung mehrten sich jedoch vor allem in der Medienberichterstattung die Stimmen, die den hedonistischen Lebensstil der Rentner*innen und Pensionär*innen kritisch beäugen. Begriffe wie der in diesem Zusammenhang gerne verwendete Begriff der ‚Alterslast‘ legen nahe, die Alten als Kostgänger zu Lasten der jüngeren, arbeitenden Generation wahrzunehmen (Denninger et al. 2014, 73).

Der Blick auf die Kompetenzen und Potentiale des Alters, von den Gerontolog*innen so erfolgreich in ihrem Kampf um die Anerkennung der Älteren durchgesetzt, wird nun mit der Idee verknüpft, diese Kompetenzen und Potentiale auch gesellschaftlich produktiv zu machen. So hebt der 2010 erschienene *sechste Altenbericht* der Bundesregierung explizit hervor, dass die Gesellschaft die bei den *jungen Alten* brachliegenden Potentiale auch nutzen sollte. Auch ältere oder berentete Menschen können laut Bericht gesellschaftlich wertvolle Leistungen erbringen und sollten dies auch tun, nicht zuletzt in Form von ehrenamtlicher Tätigkeit (Höpflinger 2016, 291). Der Altenbericht verwendet zur Bestimmung des zu überwindenden Zustands den Begriff des „entpflichteten Alters“ (Deutscher Bundestag 17/3815, 457), womit er nahelegt, dass die Regelungen zur Absicherung des Ruhestandes nicht Anlass geben sollten, sich frei von Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft zu wähen.

Damit wird eine Möglichkeit explizit, die im Kompetenzmodell des Alters latent angelegt ist, obwohl dessen Protagonist*innen damit deutlich andere Intentionen verfolgt haben. Im Altenbericht wird der Schritt von den Kompetenzen zur Produktivität vollzogen: Das hier konturierte neue Altersbild fokussiert auf die Produktivität des Alters. Der normative Maßstab ist nun nicht mehr die subjektive Lebenszufriedenheit der Akteur*innen, sondern die Frage, ob sie sich weiterhin produktiv in die Gesellschaft einbringen und ihre Ressourcen zur Verfügung stellen. Ja, das im Altenbericht konturierte neue Paradigma geht davon aus, dass subjektive Lebenszufrie-

denheit und subjektiver Lebenssinn daraus erwachsen, sich nützlich machen zu können. Dabei wird nahegelegt, dass für Individuen so lange ein Lebenssinn besteht, wie es für sie möglich ist, sich produktiv einzubringen, wobei individuelle Interessen mit gesellschaftlichen Interessen gleichgesetzt werden. Wie das Jenaer Team um Stephan Lessenich und Silke van Dyk in ihrem Forschungsprojekt *Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft* herausarbeitet, entstehen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels neue normative Anforderungen an die Alten (Denninger et al. 2014). Den sich durch stetige Arbeit an sich selbst dynamisch und fit halten- den *jungen Alten* wird nahegelegt, als „freiwillige, verantwortungsbewusste und gemeinwohlorientierte Helfer und Helferinnen einer demografisch unter Druck geratenen Gesellschaft“ die Rolle von „potenziellen Rettern des Sozialen zu spielen“ (ebd., 13). Der Weg zu einem Anspruch der Allgemeinheit an die Rentner*innen und Pensionär*innen ist vorgezeichnet (ebd., 102).

War die Aufforderung der Gerontolog*innen zu einer selbstverantwortlichen Lebensführung ursprünglich auf die Prävention von Pflegebedürftigkeit und Demenz ausgerichtet, also darauf, individuellen Schaden zu vermeiden, so geht es beim Produktivitätsparadigma darum, Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten, um sie der Gesellschaft zur Verfügung stellen zu können, also darum, so lange wie möglich von Nutzen zu sein (ebd.). Der Gewinn für die Individuen wird dann als Teilhabe dargestellt.

VII. Hochaltrigkeit im Zeichen des Produktivitätsparadigmas

Wie bereits erwähnt, haben diese Verschiebungen zu einer sozialen Aufwertung des *dritten Alters* geführt. Es sollten jedoch nicht die dabei entstehenden Kosten übersehen werden. Die Verlierer sind in jeder Beziehung diejenigen, die der Generation des *vierten Alters* angehören. Den Hochaltrigen werden nun sämtliche negativen Attribute zugeschrieben, von denen sich die Vertreter*innen des *dritten Alters* befreien konnten. Hochaltrigkeit wird verbunden mit dem Verlust von Kompetenzen, Autonomie und Selbstständigkeit, mit Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit, d. h. mit Zuständen, die *das Andere* der Produktivität und Nutzbarkeit darstellen, und damit das, was auf keinen Fall sein darf, wenn man weiterhin anerkannter Teil der Gesellschaft sein will.

Diese Vorstellungen zur Lebenssituation der Hochaltrigen kulminieren in bestimmten Assoziationen zum Pflegeheim. Wir erinnern uns an das

Schreckensbild, das die Psychiaterin im Zuge ihrer Altersfreitod-Empfehlung vom Heim gezeichnet hat. Es wird als ein Ort vorgestellt, an dem das Leben der Bewohner*innen darin besteht, auf den Tod zu warten; ein Ort der Ausgrenzung, an den sie abgeschoben werden. Diese Vorstellung ist nicht aus der Luft gegriffen, sondern entspricht einer realen Exklusion – zum einen, weil die Gesellschaft keine Ressourcen bereitstellt, alten Menschen eine individuellere Versorgung zukommen zu lassen, zum anderen, weil sie es vorzieht, diesen Teil des Lebens der Sichtbarkeit zu entziehen.

Das bringt uns dem Ausgangsthema wieder nahe. Die Auskunft vieler alter Menschen bezüglich der letzten Lebensphase enthält die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen, verbunden mit dem Wunsch, dass dies auf keinen Fall geschehen möge. Es ist die andere Seite des Produktivitätsparadigmas: Wenn man sich nicht mehr nützlich machen kann, hat das Leben keinen Sinn mehr. Von dort aus ist der Schritt zum angeblich selbstbestimmten Abschied nicht mehr sehr weit.

Die Gerontologie, namentlich ihr prominenter Vertreter Andreas Kruse, hat die Risiken der Negativattribuierung des *vierten Alters* durchaus im Blick. Kruse versucht diesen Gefährdungen dadurch entgegenzutreten, dass er auch den chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen Potenziale und Kompetenzen zuweist (2013, 34f.). Betroffene haben, darauf weist er in seinen Schriften immer wieder hin, häufig seelische Stärken, die sie nutzen, um existentielle Grenzsituationen zu meistern, wie sie in altersbedingten Verlusten und Erfahrungen von Hinfälligkeit zum Ausdruck kommen. Damit können Betroffene, so heißt es dann auch in dem von Kruse maßgeblich mitgestalteten Altenbericht, anderen als Vorbild dienen (Deutscher Bundestag 17/3815, 23). Diese Argumentation ist zweischneidig. Ohne Zweifel bemüht sie sich darum, der Negativattribuierung des hohen Alters entgegenzuwirken und deutlich zu machen, dass auch das hohe Alter der Gesellschaft etwas Positives anzubieten hat. Tendenziell wird dabei jedoch auch die Hochaltrigkeit unter der Perspektive des gesellschaftlichen Nutzens betrachtet. Das kann als ein Versuch gesehen werden, das Produktivitätsparadigma noch einmal auszuweiten. Die Frage ist aber, ob es mit solch einer Perspektive gelingen kann, die Hochaltrigen vor den Gefährdungen zu schützen, denen sie ausgesetzt sind.

Nicht zuletzt die Diskussionen um den Altersfreitod zeigen, dass Hochaltrige im Zeichen der spätmodernen Verabsolutierung von Autonomie, Selbstbestimmung und der grundsätzlichen Gestaltbarkeit des Lebens gefährdete Gestalten sind. Als Verkörperung des *Anderen* der Autonomie

bedrohen sie das narzisstische Selbstideal der Spätmoderne und werden zu Projektionsflächen für Ängste. Das trifft vor allem diejenigen, die von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind. Mit ihrer Gebrechlichkeit vergegenwärtigen sie die Grenzen der Gestaltbarkeit. Als diejenigen, die dem Tode wahrscheinlich näher sind als die Jungen³, vergegenwärtigen sie die Endlichkeit des Lebens und damit das, was sich der Verfügbarkeit definitiv entzieht.

Der steigende Anteil hochaltriger Menschen in unseren Gesellschaften stellt uns vor die große Herausforderung, Schutzstrukturen für die Betroffenen schaffen zu müssen. Ohne Zweifel gibt es bereits etliche Anstrengungen in diese Richtung. Zu nennen sind hier die Palliativmedizin, die Hospizbewegung und die zahlreichen Initiativen zur Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken. Auf der Seite der Normativität engagiert sich die feministische Ethik seit vielen Jahren für eine Anerkennung der zumeist von Frauen verrichteten Care-Arbeit und für eine stärkere Berücksichtigung der Care-Haltung in der Ethik. Auch bleibt zu hoffen, dass der steigende Anteil jener Menschen mit Migrationshintergrund, die aus stärker kollektivistisch geprägten Kulturen kommen, unseren Gesellschaften Impulse für eine Veränderung der Normativität in Richtung einer Anerkennung des Angewiesenseins geben können. Nicht zuletzt können wir davon ausgehen, dass die Situation in den Heimen nicht grundsätzlich immer so desolat ist wie die Vertreterin der *Gesellschaft für humanes Sterben* uns glauben machen will. Die Mitarbeiter*innen in den Heimen versorgen die Bewohner*innen oft mit großem Engagement und vor allem mit viel Herz. Leider müssen sie diese Arbeit viel zu oft unter schlechten Rahmenbedingungen leisten. Und sie bekommen für diese Arbeit nicht die Anerkennung, die ihnen eigentlich zustehen würde, weder pekuniär noch symbolisch.

Ungeachtet dessen finden wir hier, bei den Pflegekräften in der Altenpflege und bei all den anderen, die sich in diesem Bereich engagieren, Ansätze für einen normativen Wandel, der aus den Fallstricken der einseitigen normativen Orientierung an Autonomie und Selbstbestimmung herausführen könnte. Wenn man Pflegekräfte fragt, warum sie sich für diese Form von Arbeit entschieden haben, obwohl sie doch alles andere als leicht ist, dann sagen diese oft, dass sie gerne helfen und das helfende Handeln

3 Dass der Tod in der Regel im Alter naht, ist ein Spezifikum unserer Zeit. Über Jahrhunderte hinweg sind vor allem Kinder gestorben und junge Mütter, die das Wochenbett nicht überstanden haben, und natürlich junge Männer, die in den Krieg gezogen sind. Wenn jemand ein hohes Alter erreichen konnte, so war das ein besonderes Geschenk und alles andere als selbstverständlich. (Gehring 2013, 191f.)

ihrem Leben einen Sinn geben würde. Die Angewiesenheit auf andere bei Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit ist keineswegs zwingend eine demütigende Situation, wenn sie als integraler Bestandteil des menschlichen Lebens verstanden wird. Zwingend ist allerdings die in der Angewiesenheit enthaltene Aufforderung an den anderen, auf diese zu antworten. Emmanuel Levinas hat dazu Eindrückliches gesagt (1983, 224). Die Fokussierung auf Autonomie macht uns alle tendenziell zu Monaden, die Anerkennung der Angewiesenheit dagegen ist die Bedingung der Möglichkeit dafür, mit anderen verbunden zu sein.

Literaturverzeichnis

- Améry, Jean (1968): *Über das Alter und das Altern. Revolte und Resignation*. Klett-Cotta. Stuttgart.
- de Beauvoir, Simone (2000): *Das Alter*. Rowohlt. Hamburg.
- Denninger, Tina/van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan/Richter, Anna (2014): *Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft*. Transcript. Bielefeld.
- Deutscher Bundestag, Drucksache 17/3815: *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Juni 2010. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/101922/b6e54a742b2e84808af68b8947d10ad4/sechster-altenbericht-data.pdf>, [17.1.2023]
- Exit (2019): Die Liberalisierung des Altersfreitod vorantreiben. In: *Exit-Info*, 2/2019. https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/freitodbegleitung/altersfreitod/Liberalisierung_Altersfreitod_2.19.pdf, [02.11.2022]
- FAZ.NET (8.5.2011): Der Abschiedsbrief von Gunter Sachs. Aktualisiert am 8.5.2011. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/wortlaut-der-abschiedsbrief-von-gunter-sachs-1637779.html>, [02.11.2022]
- Frankfurter Rundschau (30.1.2015): „Ich war eine sehr schnelle Ratte“. Interview mit Fritz Raddatz, geführt von Arno Widmann. <https://www.fr.de/kultur/literatur/ich-eine-sehr-schnelle-ratte-11139829.html>, [02.11.2022]
- Gehring, Petra (2013): Altern mit und ohne Lebensende. In: Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit. Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit*. Campus. Frankfurt am Main. 188–203.
- Hirth, Georg (1903): Der „Wille zur Jugend“. In: *Jugend*, 15. Georg Hirth. München.
- Höpflinger, Francois (2016): Zur Entwicklung (post-)moderner Altersbilder. Leitvorstellungen und Realität. In: Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hrsg.), *Kulturen des Alterns. Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Campus. Frankfurt am Main. 287–302.
- Kruse, Andreas (2013): Der gesellschaftlich und individuell verantwortliche Umgang mit Potentialen und Verletzlichkeit im Alter – Wege zu einer Anthropologie des Alters. In: Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit. Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit*. Campus. Frankfurt am Main. 29–64.
- Kruse, Andreas (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Springer. Berlin.
- Levinas, Emmanuel (1983): *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. Alber. Freiburg im Breisgau, München.
- Lindner, Reinhard et al. (2021): Suizidprävention für alte Menschen. In: Schneider, Barbara et al. (Hrsg.), *Suizidprävention in Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. DASP in Kooperation mit NaSPro. Kassel. <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>, [17.1.2023]

Moll-Schmidhäuser, Ines (o. J.): *Aus freiem Willen gehen. Brief einer über Achtzigjährigen zum Freitod im Alter*. DGHS-Schriftenreihe, Nr. 14. https://www.dghs.de/fileadmin/content/02_service/08_publicationen/00_pdfs/NR_14_aus_freiem_willen_gehen.pdf, [30.11.2022]

Rosa, Hartmut (2018): *Unverfügbarkeit*. Residenz, Salzburg, Wien.

Statista Research Department (2020): *Selbstmordrate in Deutschland nach Altersgruppe in den Jahren 2010 bis 2020*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318224/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-altersgruppe/>, [12.10.2022]

Wilde, Oscar (2011): *Das Bildnis des Dorian Gray*. Insel, Berlin.

Suizid als Prävention – Sterbehilfe und das Management der Zukunft

Nina Streeck

Geht es um Sterbehilfe, steht für gewöhnlich eine Frage im Mittelpunkt: Darf man jemandem beim Suizid assistieren? Obschon mehr und mehr Länder, so auch Deutschland, ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ (BVerfG 2020) einräumen, versiegen die Diskussionen über die moralische Zulässigkeit der Suizidbeihilfe nicht. Als das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) am 26. Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärte, entbrannte erneut eine Debatte, nun vor allem genährt durch die Notwendigkeit einer neuen Gesetzesregelung. Die Argumente liegen auf dem Tisch; sie sollen hier nicht wiederholt werden.

Jenseits der strittigen Fragen möchte ich einem anderen Gedanken nachgehen: dass dem assistierten Suizid nicht selten ein präventiver Charakter eignet. Einige, die sich dafür entscheiden, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, wollen vorbeugen, damit sie eine befürchtete Zukunft nicht erleben müssen, etwa geprägt von dem Verlust bedeutsamer Fähigkeiten und dem Bedarf nach umfassender Pflege. Hinter Sterbewünschen steckt längst nicht nur gegenwärtiger Schmerz, dem ein*e Sterbewillige*r entrinnen möchte, sondern oft die Erwartung bevorstehenden Leids. Der assistierte Suizid dient dann der Prävention: Man handelt, bevor eine unerwünschte Situation eintritt, damit sie nicht eintritt.

Im Folgenden entfalte ich diesen Gedanken und frage nach der Verwandtschaft von Prävention und assistiertem Suizid. Deren Gleichartigkeit zu vermuten, mag auf den ersten Blick abwegig erscheinen, vor allem angesichts vielfältiger Maßnahmen der Suizidprävention. Präventives Handeln bezweckt, die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu vermeiden – und gerade nicht zu sterben: Morbidität und Mortalität sollen sinken. Freilich behaupte ich nicht, es handele sich im Wesentlichen um dasselbe, Diät zu halten und Sport zu treiben oder sich aus Furcht vor dem Fortschreiten einer Krebserkrankung selbst auszulöschen. Unter Prävention verstehe ich ein Ensemble sozialer Praktiken des Zukunftsmanagements. Im Anschluss an historische Analysen und soziologische Zeitdiagnosen interpretiere ich

sie als eine heutzutage dominierende Weise, Zukunftsbezüge auszuhandeln und mit dem unbekanntem Kommenden umzugehen. Im präventiven Handeln nimmt ein Verhältnis zur Zukunft Gestalt an, das Gefühle der Bedrohung, Entsicherung und Sorge kennzeichnet: Was kommt, erweckt Furcht, keine Zuversicht. Den assistierten Suizid deute ich als eine Praxis mit ebendiesen Merkmalen.

Nun fällt unter den Begriff der Prävention nicht allein, wie eine einzelne Person ihr Leben führt und für ihre Gesundheit sorgt. Zwar betätigt sich das Individuum präventiv, indem es sich beispielsweise das Rauchen abgewöhnt, doch ebenso sind öffentliche Maßnahmen gemeint, etwa Rauchstopp-Kampagnen oder Impfprogramme, die staatliche ebenso wie nichtstaatliche Organisationen und Institutionen initiieren. Es handelt sich mithin um einen Oberbegriff, der beiderlei Arten von Aktivitäten bezeichnet, private und öffentliche. Umso mehr stellt sich die Frage: Was hat der assistierte Suizid mit Prävention zu tun, wenn er angeblich nicht bloß die Vorbeugung individuellen Leids, sondern gemeinschaftliche Interessen betrifft?

I. Prävention: Eine begriffliche Annäherung

Wer sich präventiv betätigt, handelt, bevor ein befürchtetes Ereignis oder ein unerwünschter Zustand eintreten, damit sie gerade nicht eintreten oder zumindest weniger gravierende Konsequenzen zeitigen. Die Sorge gilt mithin etwas, das noch nicht geschehen ist und auch nicht geschehen soll – jedoch geschehen könnte (Leanza 2017, 12). Erwartet wird ein künftiger Schaden, der dazu antreibt, hier und jetzt zur Tat zu schreiten, um ihn abzuwenden. Es geht mithin nicht darum, optimistisch etwas zu gestalten, sondern das furchteinflößende Kommende aktiv abzuwehren. Dementsprechend spricht der Soziologe Ulrich Bröckling von einem „aktivistischen Negativismus“ der Prävention (2017, 79). Positive Ziele fehlen, vielmehr leitet eine pessimistische Weltsicht das Handeln an. So erscheint die „Zukunft als Katastrophe“, wie die Literaturwissenschaftlerin Eva Horn (2014) in ihrem gleichnamigen Buch konstatiert: In Literatur und Wissenschaft, im Film und in Computerspielen drücke sich das moderne Zeitgefühl in Form apokalyptischer Fantasien aus. Ähnlich schätzt ihre Kollegin Aleida Assmann die Lage ein: Verhiß die Zukunft einst Gutes, so habe sie sich von einem „Eldorado unserer Wünsche und Hoffnungen“ mittlerweile in einen Gegenstand der Sorge und Vorsorge verwandelt (2013, 12f.). In der Logik

der Prävention entfaltet die Zukunft eine eigentümliche Dynamik. Sie zeigt sich in der Gegenwart als „*causa finalis* ihrer eigenen Verhinderung“ und findet, falls präventive Maßnahmen die gewünschte Wirkung zeitigen, niemals statt, jedenfalls nicht in der befürchteten Form (Fuchs 2008, 364). In präventiven Praktiken verflechten sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auf komplexe Weise: Wer Prävention betreibt, nimmt an, dass sich die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Entwicklungen aus der Vergangenheit ableiten lässt. Allerdings löst nicht der Rückblick auf Geschehenes den Impuls aus, tätig zu werden, sondern die Erwartung kommenden Schadens (Bröckling 2017, 76).

An Praktiken der Prävention fallen nicht nur ihre spezifische Zeitlichkeit und die Schwarzmalerei der Zukunft auf, sondern ebenso der damit verbundene Umgang mit Risiken. Nur wer die Wahrscheinlichkeit kalkuliert, zu einem späteren Zeitpunkt zu erkranken, vermag sich in sinnvoller Weise präventiv zu betätigen. Sein Augenmerk auf Risiken zu richten, ist heutzutage gängige Praxis. Der Soziologe Ulrich Beck prägte bereits 1986 den Begriff der „Risikogesellschaft“, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass sich moderne Industriegesellschaften permanent (selbstgemachten) Risiken ausgesetzt sehen, auf die sie reagieren müssen – etwa durch Prävention. Gefahren präsentieren sich dabei nicht als unausweichliche Übel, sondern als selbstverschuldete Folgen eigener Entscheidungen und damit als Risiken (Hölscher 2016). Der Soziologe Niklas Luhmann (1990) unterscheidet dementsprechend zwischen Gefahren und Risiken: Lässt sich ein drohender Schaden nicht durch menschliches Tun abwenden, lauern Gefahren; lassen sich hingegen Vorkehrungen treffen, handelt es sich um ein Risiko. Sobald jemand Vorkehrungen trifft, um Gefahren zu bannen, verwandeln sich diese mithin in Risiken. Wer allerdings beabsichtigt, ein Risiko zu minimieren, bedarf des Wissens, was den potenziellen Schaden ursächlich hervorruft. Alle Maßnahmen basieren auf Prognosen und bleiben notwendig unsicher – ob ein Ereignis tatsächlich eintritt, lässt sich nur mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit vorhersagen. Wer sich präventiv betätigt, geht von vier Voraussetzungen aus: *erstens*, dass sich die Zukunft realistisch prognostizieren lässt; *zweitens*, dass die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Ereignisse steigt, wenn nicht vorgebeugt wird; *drittens*, dass frühzeitiges Eingreifen verspricht, die Risiken zu vermindern; und *viertens*, dass sich die geplanten Interventionen als Hilfe beschreiben lassen (Bröckling 2017, 75).

II. Prävention und öffentliche Gesundheit

Zu allen Zeiten haben Menschen vorgesorgt, um sich gegen drohende Schäden zu wappnen, doch erst seit dem 19. Jahrhundert setzte sich der Präventionsgedanke allmählich durch (Hannig/Thießen 2017). Galt Prävention zunächst allein als staatliche Angelegenheit, vollzog sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine „liberale Wende des Präventionsdiskurses“ (Lengwiler/Madarász 2010, 22), in Folge derer sich die Verantwortung dafür, Prävention zu betreiben, zunehmend auf das Individuum verschob: Das „präventive Selbst“ sorgt eigenständig dafür, Krankheitsrisiken zu mindern, indem es sich eines gesunden Lebenswandels befleißigt (ebd., 24). Bevölkerungspolitische Präventionsstrategien verschwinden damit nicht, doch stehen sie unter dem Vorbehalt, in Konflikt mit individuellen Freiheitsrechten zu geraten, weshalb sie nurmehr ausnahmsweise zum Einsatz kommen, wie beispielsweise während der Corona-Pandemie (Leanza 2017, 217f.). Um dem Schutz vor staatlicher Bevormundung Genüge zu tun, erfolgt in gesundheitlichen Belangen stattdessen meist der Appell an das Gewissen: Das Individuum soll sich aus moralischer Verantwortung und nicht aufgrund von Zwang dafür entscheiden, einen gesunden Lebenswandel zu pflegen. Die Sicherung der Autonomie steht somit an erster Stelle. Öffentliche Maßnahmen erstrecken sich primär darauf, über verschiedene Möglichkeiten und Vorteile der Vorsorge zu informieren, etwa nicht zu rauchen oder sich ausgewogen zu ernähren. Wer erkrankt, hat es damit aber auch selbst verschuldet (jedenfalls insoweit sich der eigene Gesundheitszustand selbst beeinflussen lässt): Er oder sie hätte sich schließlich anders verhalten können (Marckmann 2010).

Uns präventiv zu betätigen, prägt unser Verhältnis zur Zukunft in grundlegender Weise. Ein Jegliches lässt sich heutzutage als Bedrohung konzeptualisieren: Gewalt, Terror, Kriminalität, Unfälle – damit sind nur einige Bereiche genannt, auf die sich präventive Bemühungen richten. In der „präventiven Kultur unserer Gegenwart“ (Willer 2016, 239) umfasst der vorsorgende Umgang mit der Zukunft nahezu alle Aspekte des gesellschaftlichen und individuellen Lebens. In diesem Sinne bricht Ulrich Bröckling zufolge ein „Zeitalter der Prävention“ an (2017, 84). Seine Kollegen Hermann Strasser und Henning van den Brink (2005) sprachen bereits vor nahezu 20 Jahren von einer „Präventionsgesellschaft“, die im Werden begriffen sei.

In besonderer Weise richten sich Präventionsbemühungen auf die Gesundheit, die heute als unabdingbar für ein gutes Leben gilt und Schönheit, Erfolg, Glück und guten Sex verspricht (Rose 2001). Die *Weltgesundheitsor-*

ganisation (WHO) hält in ihrem *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020* fest, dass nahezu zwei Drittel der weltweiten Todesfälle auf nichtübertragbare Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes) zurückgehen, die mit vier verhaltensbedingten Risikofaktoren zusammenhängen: dem Tabakgebrauch, einer ungesunden Ernährung, körperlicher Inaktivität und einem schädlichen Alkoholkonsum. Vor diesem Hintergrund fordert die WHO (2013), Prävention zu priorisieren, sei sie doch das wirksamste Mittel, Krankheitslasten zu senken und vorzeitige Todesfälle zu verhindern. Auch die Verabschiedung des deutschen Präventionsgesetzes im Jahr 2015 liefert einen Hinweis auf die zunehmende Bedeutung der Krankheitsprävention.

Angesichts des demographischen Wandels richten sich präventive Bemühungen heute weniger darauf, die Mortalität zu senken, als vielmehr, das Risiko altersassoziierter Erkrankungen zu mindern. Es besteht die Befürchtung, dass alte und gebrechliche Menschen das Gesundheitssystem übermäßig belasten und die Versorgungskosten explodieren, was sich vermeiden ließe, wenn die Lebensspanne mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglichst kurz ausfiele (Ehni 2017). Ebendies, ein Leben im Alter bei guter Gesundheit, versprechen die Anti-Aging-Medizin sowie Konzepte des *erfolgreichen* und des *gesunden Alterns*, die sich als Strategien der Prävention präsentieren (Schweda/Pfaller 2021). Die Förderung der Prävention folgt einem ökonomischen Kalkül: Bedroht die befürchtete Krankheitslast den gesellschaftlichen Zusammenhalt, gilt es, Maßnahmen zu ergreifen, damit es nicht so weit kommt (Dietscher/Pelikan 2016, 417). Oder, überspitzt mit Ulrich Bröckling gesprochen: „Vorbeugen ist besser [als therapeutische Maßnahmen], nicht zuletzt, weil es billiger ist“ (2008, 46). Passend dazu weist das *Bundesamt für Gesundheit* (BAG) in der Schweiz darauf hin, dass nichtübertragbare und psychische Krankheiten mehr als 50 Prozent der Gesundheitskosten verursachen, weshalb deren Eindämmung, unter anderem mittels Präventionsmaßnahmen, notwendig sei (BAG 2016).

Das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) definiert Prävention im Gesundheitswesen als einen „Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“ (BMG 2019). Es hat sich etabliert, drei Strategien zu unterscheiden: Die *Primärprävention* zielt darauf, Risiken für den Ausbruch von Krankheiten zu senken. Zur *Sekundärprävention* gehören alle Maßnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheiten in einem frühen Stadi-

um, etwa Vorsorgeuntersuchungen und Screenings. Die *Tertiärprävention* richtet sich darauf, die Folgen einer bereits bestehenden Erkrankung zu mildern, einen Rückfall zu vermeiden und die Verschlimmerung einer Erkrankung zu verhindern (Hirschberg/Littmann/Strech 2013, 16f.). Eine weitere Unterscheidung betrifft den Ansatzpunkt präventiver Aktivitäten: Die *Verhaltensprävention* hat zum Ziel, Individuen zu einem Wandel ihrer Lebensgewohnheiten zu bewegen, etwa mit Kampagnen wie *Gib Aids keine Chance*. *Verhältnispräventive* Maßnahmen setzen bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen an; darunter fallen beispielsweise Rauchverbote auf Bahnhöfen (Kühn/Rosenbrock 2009, 54–56).

Die staatliche Förderung präventiven Verhaltens gehorcht einer konsequentialistischen Logik, orientiert sich also an den Folgen gegenwärtigen Handelns für die Gesamtheit – für die Bevölkerung als Ganzes oder für spezifische Gruppen. Demgegenüber kommen die Interessen des Individuums erst in zweiter Linie in den Blick, was zu Spannungen zwischen dem Gesamtnutzen und dem Respekt individueller Autonomie führen kann (Inthorn/Kaelin/Apfelbacher 2019). Damit ist eine der zentralen ethischen Fragen im Kontext der Prävention angesprochen, sofern es sich um Maßnahmen handelt, die umweglos auf Verhaltensänderungen zielen, etwa Rauchverbote auf Bahnsteigen oder die Maskenpflicht während einer Pandemie: Ist es moralisch zulässig, die individuelle Freiheit um des kollektiven Wohls willen einzuschränken? Zudem stellt sich die Frage, inwieweit eine Person für ihr Verhalten haftet, wenn es ihrer selbstbestimmten Entscheidung entspringt: Muss die Konsequenzen selbst tragen, wer seiner Gesundheit wesentlich schadet oder künftiges Leiden bewusst in Kauf nimmt?

Bricht nicht gerade eine Seuche aus, setzen staatliche Präventionsmaßnahmen meist auf die individuelle Selbstbestimmung, betreffen also letztere Frage. So bleibt es der einzelnen Person überlassen, ob sie sich beispielsweise sportlich betätigt oder auf ihre Ernährung achtet, sie beugt sich allein dem „zwanglosen Zwang der präventiven Vernunft“ (Bröckling 2017, 112). Niemand nötigt dazu, Vorsorge zu treffen, aber wer es unterlässt, sich präventiv zu betätigen, verhält sich schlicht unvernünftig, fahrlässig – und unverantwortlich: Ist es der einzelnen Person anheimgestellt, für ihr zukünftiges Wohlergehen Sorge zu tragen, so steht sie auch in der Verantwortung, sollte sie einmal gesundheitliche Einbußen erfahren, schließlich hätte sie zuvor auf einen besseren Lebenswandel achten können. Das Schlagwort der ‚Eigenverantwortung‘ kommt hier zum Tragen, wobei umstritten ist, inwiefern sie eine Rolle spielen soll, wenn es um die Verteilung knapper Gesundheitsleistungen geht (Marckmann 2010).

Der besorgte Blick in die Zukunft reicht bis zum Lebensende und erstreckt sich dementsprechend auch auf das Sterben als letzte Lebensphase, so lautet meine These. Bis zum letzten Atemzug, so ließe sich dieser Gedanke zuspitzen, könnte sich etwas ereignen, wogegen man besser Vorkehrungen trafe – und sei es auf die radikalste Weise: indem man sich selbst das Leben nimmt. Während der Tod jenseits des Kontingenten und Gestaltbaren liegt, lässt sich auf die Risiken des Sterbens, die ihm vorausgehen, noch Einfluss nehmen – man kann sie verhindern. Nun widerspricht allerdings meinem Vorschlag, den assistierten Suizid als präventive Praktik zu begreifen, dass sich vielfältige Bemühungen darauf richten, Menschen davon abzuhalten, sich selbst zu töten. Wie lässt sich angesichts der verbreiteten Suizidprävention begründen, den assistierten Suizid als Prävention aufzufassen? Dem naheliegenden Einwand möchte ich in einem nächsten Schritt begegnen, um schließlich auszuführen, inwiefern der assistierte Suizid einen präventiven Charakter hat.

III. Suizidprävention oder Suizid als Prävention?

Angesichts der Liberalisierung der Sterbehilfe in einer Vielzahl von Ländern drängt sich die Frage auf, ob sich Suizidgedanken bzw. Suizidalität (*suicidal ideation*) von Wünschen nach einer Beschleunigung des Todes bzw. Sterbewünschen (*wish to hasten death*) abgrenzen lassen. Während erstere, so die vorherrschende Meinung, nach einer Intervention rufen, könne letzteren unter bestimmten Bedingungen stattgegeben werden (Balaguer et al. 2016). So betont der *Deutsche Ethikrat*, dass Suizidprävention trotz der Legalisierung der Suizidassistenz bedeutsam bleibe. Dabei gehe es nicht zuletzt auch darum, Menschen am Lebensende davon abzuhalten, sich vorschnell das Leben zu nehmen, obwohl Möglichkeiten bestünden, die als unerträglich erlebte Situation zu verbessern, etwa durch eine gute palliative Versorgung (Ethikrat 2022). Nicht hinter allen assistierten Suiziden stecken demnach vernünftige und nachvollziehbare Sterbewünsche, vielmehr erfolgten sie teilweise aufgrund problematischer Suizidgedanken, die sich durch geeignete Präventionsmaßnahmen zum Verschwinden bringen ließen.¹

Für Suizidprävention machen sich ebenso Befürworter*innen der Sterbehilfe stark: Sie sei weiterhin unerlässlich und es gelte, freiverantwortliche

1 Anmerkung der Herausgeber*innen: Robin Iltzsches Beitrag in diesem Band zeigt anhand eines ethnographischen Fallbeispiels aus einer psychiatrischen Klinik, wie

Suizide von denjenigen zu unterscheiden, die beispielsweise psychischen Störungen, Suchterkrankungen oder akuten Lebenskrisen entspringen (Schneider 2022, 36). Die Anbieter von Suizidbeihilfe betonen nicht nur, dass relevante Unterschiede existierten, sondern schreiben sich Suizidprävention sogar ausdrücklich auf die Fahnen, so etwa die Sterbehilfeorganisationen *Exit* und *Dignitas* in der Schweiz (Dignitas 2019; Exit 2022). Nicht von ungefähr verwenden sie nicht den Ausdruck ‚assistierter Suizid‘ und sprechen stattdessen euphemistisch vom ‚selbstbestimmten Sterben‘ oder vom ‚Freitod‘ – eine Redeweise, die sich allmählich auch in den Medien durchsetzt.

Die Diskussion bewegt sich freilich nicht bloß auf der semantischen Ebene. Einige Selbsttötungen verhindern zu wollen, andere aber zu unterstützen, ist nur plausibel, wenn sich nennenswerte Differenzen zwischen (problematischer) Suizidalität und (unproblematischen) Sterbewünschen ausmachen lassen. Typischerweise wird argumentiert, nicht-assistierte Suizide beruhen auf vorausgegangener Suizidalität und erfolgten impulsiv, aus irrationalen Gründen und bei mangelnder Urteilsfähigkeit, was für Wünsche nach einem assistierten Suizid nicht gelte. Verschiedene Studien sprechen jedoch dafür, dass hinsichtlich der Impulsivität und der Urteilsfähigkeit der Suizident*innen keine wesentlichen Unterschiede zwischen assistierten und nicht-assistierten Suiziden bestehen. Allerdings differieren die Begründungen für den Entschluss zur Selbsttötung teilweise. Tendenziell spielen körperliche Faktoren bei assistierten Suiziden unheilbar kranker Personen eine größere Rolle, während Menschen nach einem gescheiterten Suizidversuch häufiger psychisches Leid und Traumata als Gründe für ihre Entscheidung anführen. Die empirischen Befunde bleiben jedoch mehrdeutig (Friesen 2020).

Gemäß einer Überblicksstudie ist die Zahl der nicht-assistierten Suizide in der Schweiz, in Belgien, den Niederlanden und den USA trotz der Möglichkeit, durch assistierten Suizid aus dem Leben zu scheiden, nicht zurückgegangen, wobei nicht alle Studien zu statistisch signifikanten Ergebnissen kommen. In Oregon starb im untersuchten Zeitraum sogar eine größere Zahl älterer Personen durch nicht-assistierten Suizid, obwohl ihnen die Suizidbeihilfe offenstand. Für die Schweiz fallen geschlechtsspezifische Unterschiede ins Auge: Vor allem ältere Frauen beanspruchen zunehmend Suizidbeihilfe. Die Gründe für diese Entwicklung liegen weitgehend im Dunkeln. Somit stellt der assistierte Suizid offenbar keine Alternative zur

psychiatrisch problematisierte Suizidalität dadurch zum Verschwinden gebracht werden kann, dass sie zu einem nachvollziehbaren Sterbewunsch umgedeutet wird.

nicht-assistierten Selbsttötung dar, was eher dafürspricht, beide Arten des Suizids zu unterscheiden. Allerdings stehen nur begrenzt Daten zur Verfügung (Doherty/Axe/Jones 2022).

Wer Suizidprävention *und* Suizidbeihilfe befürwortet, muss die Verschiedenheit assistierter und nicht-assistierter Suizide behaupten. Unter dieser Annahme lässt sich auch die Behauptung aufstellen, dass der assistierten Selbsttötung ein präventiver Charakter eignen und sie dem Zweck dienen kann, eine befürchtete Zukunft zu verhindern: Selbst wer manche Suizide verhindern will, mag andere nicht nur für erlaubt, sondern sogar für unterstützungswürdig halten, weil sie den Schutz vor künftigem Schaden bedeuten.

IV. Der präventive Charakter des assistierten Suizids

Längst nicht alle Sterbewünsche nähren sich (nur) aus gegenwärtigem Leid. Oft motiviert der Blick in eine bedrohlich wirkende Zukunft bei schwerer Krankheit dazu, einen assistierten Suizid in Angriff zu nehmen. Der „aktivistische Negativismus“ der Prävention, von dem Ulrich Bröckling spricht, kommt dann zu seinem Höhepunkt. Getrieben von einer pessimistischen Bewertung der Zukunft wird die betreffende Person aktiv: Sie nimmt Kontakt mit einer Sterbehilfeorganisation auf, erledigt unabgeschlossene Dinge und plant ihre letzten Tage, um schließlich in einem Akt radikaler Verneinung geliche Zukunft auszuschalten.

Gerade bei der vieldiskutierten Sterbehilfe für Demenzkranke fällt der Präventivgedanke ins Auge, muss ein*e Sterbewillige*r doch vor dem Verlust der Einwilligungsfähigkeit um Assistenz beim Suizid ersuchen. Es wird vorgebeugt: Das als unerträglich imaginierte Leben mit einer fortgeschrittenen Demenz will sie*er um jeden Preis vermeiden. In diesem Zusammenhang spricht die Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert von einem „Präventiv-Sterbewunsch“ als dem „Wunsch, konkret erwartetem Leiden an Krankheit, Verfall oder dem vermeintlichen Würde- und Kontrollverlust durch künftige Lebensumstände zuvorzukommen“ – ein Wunsch, den sie vor allem bei Menschen mit Demenz beobachtet (2019, 37). Sie unterscheidet ihn von „Unerträglichkeits- und Hinfälligkeits-Sterbewünschen“, bei denen ein ausgeprägtes Leiden an einer bestehenden Krankheit oder aber ein nicht krankheitsbedingter Leidenszustand im Vordergrund stehen (ebd.). Seit neuartige Gentests eine frühzeitige Diagnose von Alzheimer erlauben, werden die Suizidwünsche demenziell erkrankter Personen auch unter dem

verwandten Begriff des *pre-emptive suicide* thematisiert. So steht zur Diskussion, ob sich künftig mehr Erkrankte vorsorglich das Leben nehmen und ob eine Beihilfe zum Suizid in diesen Fällen zulässig sei (Davis 2013, 2016; Dresser 2014). Auch in den – hoch umstrittenen – *advance euthanasia directives* spiegelt sich die Angst vor einem bevorstehenden Leben mit Demenz: Sie halten den Wunsch fest, bei fortgeschrittener Erkrankung getötet zu werden. Mit derartigen Patientenverfügungen, die in den Niederlanden und Belgien zur Anwendung kommen, lassen sich zwar Vorkehrungen treffen, allerdings funktionieren sie anders als Präventionsmaßnahmen, nämlich wie Versicherungen: Erst *nach* Eintritt des befürchteten Ereignisses kommen sie zum Einsatz, um den Schaden abzumildern. Dennoch gleichen sich die Motive, *advance euthanasia directives* abzufassen und um Suizidbeihilfe zu ersuchen – nämlich einen angsteinflößenden Zustand, der in der Zukunft möglicherweise eintritt, nicht erleben zu müssen.

In diversen Interviewstudien nennen Befragte dieses Motiv für ihren Wunsch, nicht länger am Leben zu bleiben. So artikulieren sie beispielsweise ihre Angst, zu einem späteren Zeitpunkt an unstillbaren Schmerzen zu leiden und dauerhaft abhängig zu sein (Colburn 2020). Häufig führen sie auch ihre Sorge an, ihren Angehörigen dereinst zur Last zu fallen (Rodríguez-Prat et al. 2019). Der Präventionsgedanke tritt ebenso in den Sterbewünschen zutage, von denen Ohnsorge und Kolleg*innen auf der Grundlage zweier Interviewstudien mit Menschen am Lebensende berichten. Sie sprechen von „hypothetischen Sterbewünschen“, wenn die Befragten äußern, zwar nicht gegenwärtig, aber unter Umständen in Zukunft, im Falle des Eintretens bestimmter Ereignisse, sterben zu wollen (Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a, 2014b; Ohnsorge et al. 2019). Zwar führt der Suizidwunsch hier nicht unmittelbar ins Handeln, doch sofern sich die Befürchtung ausdrückt, künftig könne etwas Unerträgliches geschehen, zeigt sich der Wunsch, dem vorzubeugen. Einige der von Pestinger und Kolleg*innen befragten zwölf Patient*innen auf Palliativstationen gaben an, sich eine Beschleunigung des Todes (*hastened death*) zu wünschen, weil sie mit dem Verlust körperlicher Funktionen rechneten. Zum Zeitpunkt der Interviews verfügten sie allerdings noch über ausreichende Fähigkeiten, um ihr Weiterleben als wünschenswert zu erachten (Pestinger et al. 2015). Ähnliche Sorgen kommen in Interviewstudien regelmäßig zur Sprache. Vielfach kreisen die Befürchtungen um den Begriff der Würde, die verlustig zu gehen droht. Richten sich präventive Maßnahmen für gewöhnlich auf den Erhalt der Gesundheit, tritt hier die (kontingente) Würde an deren Stelle. Zwar beendet der assistierte Suizid das Leben, doch verspricht er

die Bewahrung der Würde bis zuletzt, weil er deren Verlust zuvorkommt und sogar deren letzte Demonstration ermöglicht: Der assistierte Suizid, so heißt es von Befürworter*innen der Sterbehilfe häufig, bedeute ein würdiges Sterben (Streck 2020).

Dass der Präventionsgedanke oft individuelle Sterbewünsche motiviert, lässt sich darüber hinaus in den Erzählungen Suizidwilliger und ihrer Ärzt*innen, in Informationsmaterialien von Sterbehilfeorganisationen und in medialen Darstellungen wahrnehmen. Die Geschichten gleichen sich: Eine Person stellt sich vor, wie sie krank und pflegebedürftig dahinsiecht und diesen Zustand schier nicht erträgt, weshalb sie es vorzieht, dem vorzubeugen und vorzeitig zu sterben. Meist bedienen die Schilderungen verbreitete Sorgen und zielen auf das Mitgefühl der Leser*innen. Um nur ein prominentes Beispiel herauszugreifen: Udo Reiter, ehemaliger Intendant des *Mitteldeutschen Rundfunks*, erschoss sich am 9. Oktober 2014 auf der Terrasse seines Hauses in Leipzig und hinterließ einen Abschiedsbrief, in dem er seine Tat begründete. Er rechnete damit, seine bisherige Selbständigkeit zu verlieren, eine demenzielle Erkrankung zu entwickeln und als „von anderen abhängiger Pflegefall“ zu enden. Ein solcher Zustand, so schreibt er, entspreche nicht seinem Selbstbild (Reiter 2014). In Reiters Worten deutet sich ein weiteres Motiv für den assistierten Suizid an: Die eigene Lebensgeschichte soll zu einem stimmigen Abschluss gelangen, das Leben als Ganzes sich runden. In einen Zustand zu geraten, der es verunmöglicht, das zu bewahren, was einem lieb und teuer ist, bedroht die Kohärenz der Geschichte. Durch eine Selbsttötung hingegen lässt sich dem befürchteten Verlust des Selbstbildes vorbeugen und ein unpassendes letztes Kapitel verhindern (Streck 2018).

Die Schweizer Sterbehilfeorganisation *Exit* wirbt in ihrer Informationsbroschüre dafür, dem Verein rechtzeitig beizutreten, da sonst ein „Schicksal“ drohe, wie es einem 75-jährigen Krebspatienten widerfuhr. Er habe „zu spät an EXIT gedacht“, weshalb er starb, bevor ein*e Sterbebegleiter*in eintraf (Exit 2022, 25). Auch darin kommt der Präventionsgedanke zum Ausdruck: Hätte der Mann nur vorgebeugt! – dann wäre ihm erspart geblieben, seine Krankheit bis zum Schluss zu durchleiden. Hier offenbart sich die Dimension des Risikos, die präventive Strategien kennzeichnet: Wer nicht vorkehrt, so lässt sich aus der *Exit*-Geschichte folgern, geht das Risiko ein, eines unerwünschten Todes zu sterben. Diese Auffassung unterstützen Heinz Rügger und Roland Kunz (2020): Bekämpfe man im hohen Alter eine lebensbedrohliche Krankheit und lasse ihr nicht ihren

Lauf, bestehe das Risiko, künftig mit eingeschränkter Lebensqualität zu leben und später einen beschwerlicheren Sterbeprozess durchzumachen.

Einen ähnlichen Gedanken verfolgt der Soziologe Allan Kellehear (2007), der es heutzutage als zentrale Herausforderung betrachtet, den richtigen Zeitpunkt für das Sterben zu erwischen. Ein beschämender Tod („shameful death“) erwarte diejenigen, die zu früh stürben, etwa an AIDS, oder aber zu spät, gebrechlich und im hohen Alter. Kellehear hebt die soziale Dimension des „timing“ hervor: Dass der Tod zu spät komme, sei ein politisches und ökonomisches Urteil, und der soziale Wert einer Person bemesse sich an ihrer Arbeitsfähigkeit, wofür das Alter ein Indikator sei. Wie an allen Versuchen, einem beschämenden Tod zu entinnen, interessiert Kellehear auch am assistierten Suizid dessen zeitlicher Aspekt (ebd., 234–250). Mit Blick auf die temporale Dimension des Ablebens liefert schließlich Jean-Pierre Wils eine weitere Deutung des präventiven Charakters assistierter Suizide. Er interpretiert ihn als Maßnahme, einem *unerwarteten* Tod zu entinnen, indem die oder der Sterbende den Zeitpunkt des Sterbens selbst setzt und sich Raum verschafft, die letzte Lebensphase zu gestalten. Wils erkennt darin eine verbreitete Abneigung, Dinge dem Zufall zu überlassen, was sich in einem unablässigen Bemühen um Prävention äußere (2021, 137).

V. Der assistierte Suizid und die öffentliche Gesundheitsversorgung

Dass der assistierte Suizid auf individueller Ebene bisweilen präventive Züge trägt, lässt sich kaum bestreiten. Anders scheint es sich jedoch mit Blick auf die öffentliche Gesundheitsversorgung zu verhalten. Erst allmählich weichen viele Staaten ihre Gesetzgebung auf und legalisieren die Suizidbeihilfe oder die Tötung auf Verlangen. Das Bemühen ging bislang überwiegend dahin, Suiziden (auch den assistierten) grundsätzlich vorzubeugen – und nicht, im Gegenteil, sie im Sinne einer Public-Health-Maßnahme zu unterstützen. Der Kampf um die Legalisierung der Sterbehilfe richtete und richtet sich dementsprechend gegen eine paternalistische Suizidprävention in Form eines Verbots der Suizidassistenz, das es – so wird argumentiert – nicht einmal gestatte, bei wohlbegründeten und freiverantwortlichen Selbsttötungen Hilfe zu leisten. Den Suizid als Präventionsmaßnahme zu begreifen, scheint mithin weit hergeholt. Bevor ich darlege, wo ich gleichwohl Ansatzpunkte für diese Sichtweise ausmache, möchte ich mich jedoch

von einem Argument abgrenzen, das Kritiker*innen der Suizidbeihilfe bisweilen anführen: dem *Slippery-Slope-Argument*.

Im Kern besagt es: Wo Sterbehilfe gestattet ist, gerate man unweigerlich auf eine schiefe Ebene. Dürften zunächst nur unheilbar Kranke um Sterbehilfe ersuchen, weite sich die Praxis allmählich aus, so dass es mehr und mehr Personengruppen offenstände, sich beim Suizid helfen zu lassen. Früher oder später würden Menschen unter Druck gesetzt oder sogar gezwungen, sich das Leben zu nehmen. Schlimmstenfalls lande man bei der unfreiwilligen Tötung schwächerer Bevölkerungsgruppen und bei der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wie im Nationalsozialismus (Zimmermann 2002, 348–355). Wer behauptet, der assistierte Suizid diene der Prävention, scheint einem solchen Gedankengang zu folgen: Zunächst eine Möglichkeit, unerträgliches Leiden am Lebensende abzukürzen, handele es sich mittlerweile – oder in Bälde – um eine geförderte Praxis der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Doch um Argumente wie diese geht es mir nicht. Vielmehr folge ich in meinen Überlegungen dem Soziologen Nikolas Rose, der entscheidende Unterschiede zwischen Biopolitiken in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und gegenwärtigen Präventionspraktiken ausmacht. Heute steuert kein übermächtiger Staat die Fitness der Nation in Konkurrenz zu anderen Nationen. Nicht die Folgen eines schlechten Gesundheitszustands der Bevölkerung als eines organischen Ganzen interessieren, sondern ökonomische Faktoren: die Kosten mangelnder Gesundheit, die sich in Fehltagen am Arbeitsplatz und steigenden Versicherungskosten niederschlagen. Im liberalen Staat verschiebt sich der Fokus dabei auf die Individuen, die als Wirtschaftssubjekte in Erscheinung treten und die Verantwortung für ihr gesundheitliches Wohlergehen selbst übernehmen. Deren Führung erfolgt aus Distanz: indem sie angeleitet werden, wie sie ihre Freiheit verstehen und gebrauchen können. So hat bei vielen Entscheidungen im medizinischen Bereich nicht der Staat das Sagen. Vielmehr bestimmt in letzter Konsequenz das Individuum, obschon diverse Akteur*innen wie Ethikkommissionen, Berufsverbände von Ärzt*innen oder Versicherer das diskursive Feld prägen. Das „Leben selbst“, wie Rose schreibt, steht dabei auf dem Spiel – nicht einfach das blanke Überleben, sondern Bewertungen des Lebens, um die in Diskussionen über Lebensqualität, über das Recht auf Leben und auch über Sterbehilfe gerungen wird (Rose 2001). Im Anschluss an diese Überlegungen möchte ich hier nicht dem Argument nachgehen, wir gerieten auf eine schiefe Ebene, weil Bestrebungen bestünden, Menschen in paternalistischer Manier zum assistierten Suizid zu motivieren, um das

Gesundheitssystem zu entlasten. Vielmehr geht es mir um Sterbehilfe als einer Praxis der Prävention, die zu verfolgen im Ermessen der einzelnen Person liegt.

Ergreift der Staat präventive Maßnahmen, entzünden sich oft Konflikte, die sich auf den ersten Blick genau umgekehrt zu denjenigen um den assistierten Suizid verhalten. Ein zentrales ethisches Problem besteht, wie oben bereits ausgeführt, in Eingriffen in die Autonomie der einzelnen Person. Zuletzt ließ sich während der Corona-Pandemie beobachten, auf wieviel Widerstand es stieß, Gesichtsmasken tragen zu müssen oder sich impfen zu sollen. Mit Verweis auf ihre Autonomie lehnten viele Menschen die Maßnahmen ab. Beim Streit um Sterbehilfe verhält es sich genau umgekehrt. Verbote der Praxis rufen Kritiker*innen auf den Plan, die auf ihr Recht pochen, selbst darüber zu entscheiden, wie sie ihr Leben beenden möchten. ‚Selbstbestimmung‘ ist *das* Schlagwort in der Diskussion, die Schweizer Sterbehilfeorganisationen bezeichnen sich sogar als „Selbstbestimmungs-Organisationen“ (Cathkathcatt 2017). Angesichts dessen scheint die Behauptung fernzuliegen, Suizidbeihilfe könne sich zu einer staatlich geförderten Präventionsmaßnahme auswachsen, die zu Konflikten mit der individuellen Selbstbestimmung führe. Noch abwegiger wirkt die Frage, ob der Schutz der Volksgesundheit einen Eingriff in die Autonomie rechtfertige.

Bettina Schöne-Seifert weist auf die Gefahr hin, dass Menschen im Frühstadium einer demenziellen Erkrankung womöglich „Präventiv-Sterbewünsche“ entwickeln, falls ihnen die Aussicht auf ein Leben in trostloser Umgebung vor Augen steht, weil die Gesellschaft von der Finanzierung guter Pflegeeinrichtungen absieht. Einer solchen Entwicklung, so fordert sie, müsse man entgegensteuern (Schöne-Seifert 2019, 76f.). Die Versorgung von Menschen am Lebensende ist teuer. In Deutschland beliefen sich die Ausgaben im Jahr 2011 umgerechnet auf rund 50.000 Dollar pro Kopf in den letzten zwölf Lebensmonaten einer Person (French et al. 2017). Vor allem die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz fällt ins Gewicht. Die WHO schätzt die damit verbundenen Kosten im Jahr 2015 auf 818 Milliarden Dollar weltweit, entsprechend einem Prozent des globalen Bruttoinlandsprodukts. 2030 könnten es zwei Billionen Dollar sein. Angesichts dessen erklärt die WHO die Demenz zur „public health priority“ (2017). Nähmen sich Menschen das Leben, bevor sie eine teure Gesundheitsversorgung beanspruchen, ließe sich ein beträchtlicher Teil der Kosten einsparen.

Ohne konkrete Geldsummen zu nennen, präsentieren David Shaw und Alec Morton vor diesem Hintergrund ein Modell, mit dem sich die Kostenersparnis kalkulieren lässt. Einer Präventionslogik folgend schlagen sie

vor, den gesellschaftlichen Nutzen des assistierten Sterbens zu berechnen, womit sie zwar nicht für eine Legalisierung der Sterbehilfe argumentieren, aber doch dazu aufrufen wollen, ökonomische Überlegungen in die Diskussion einzubeziehen. Sie führen ein Konzept negativer *quality-adjusted life years* (QALYs) ein, das sie verwenden, um *states worse than death* zu kennzeichnen. Für Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen kommen monetär bewertete QALYs als ökonomische Vergleichsgröße regelmäßig zum Einsatz. Sie zeigen nicht nur die zusätzlichen Lebensjahre an, die eine Therapie oder eine andere Intervention versprechen, sondern auch deren jeweilige Qualität. Shaw und Morton sprechen nun von negativen QALYs, wenn Personen ihre Lebensqualität schlechter einschätzen als den Tod. Auf dieser Grundlage stellen sie Berechnungen an, wie viele QALYs sich im Vereinigten Königreich gewinnen ließen, wäre der assistierte Suizid legal. Zu diesem Zweck schätzen sie die erwartbare Zahl assistierter Suizide sowie die vermeidbaren negativen und die gewonnenen positiven QALYs. Die ökonomischen Vorteile wären beträchtlich: *erstens* durch die Vermeidung negativer QALYs; *zweitens* durch den Gewinn positiver QALYs, weil auch Personen mit geringer Lebensqualität aus dem Leben schieden; und *drittens* dank einer höheren Zahl von Organtransplantationen, weil Organspenden in einem früheren Krankheitsstadium erfolgten, Sterbende vorzeitig das notwendige Prozedere für eine Spende in Gang setzen könnten und sich möglicherweise sogar – schwieriger zu ermittelnde – Gewebeempfänger*innen fänden. Bei der Nennung genauer Summen halten sich die Autoren zurück und schätzen nur äußerst vage, dass sich zwischen 7,4 Millionen und 74 Millionen Pfund einsparen ließen, wobei sie ein QALY mit 30.000 Pfund bewerten (Shaw/Morton 2020).

Konkrete Zahlen liegen hingegen aus Kanada vor, wo die Tötung auf Verlangen und der ärztlich assistierte Suizid² seit Juni 2016 legal sind. Gegenüber 2017 hat sich die Zahl der Personen, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen, verdreifacht, im Jahr 2021 schieden rund 10.000 Menschen auf diese Weise aus dem Leben. Die kanadische Regierung kommuniziert die finanziellen Vorteile der Gesetzgebung in aller Offenheit: 149 Millionen Kanadische Dollar ließen sich Schätzungen zufolge im Jahr 2021 einsparen. Freilich betonen die Verfasser*innen des Berichts, sie wollten nicht vorschlagen, *medical assistance in dying* zur Senkung von Gesundheitskosten zu nutzen (Bernier/Ahmed/Busby 2020).

2 In Kanada zusammengefasst unter dem Begriff *medical assistance in dying* (MAID).

In verschiedenen Medien erschienen im Jahr 2022 Berichte über die gegenwärtige Praxis der Sterbehilfe in Kanada. Die britische Wochenzeitung *The Spectator* löste Ende April 2022 mit dem Artikel „Why is Canada euthanising the poor?“ eine breite Debatte aus, ob der kanadische Staat nicht bloß das ärztlich assistierte Sterben gestatte, sondern es sogar fördere (Zhu 2022). Im März 2021 trat eine Gesetzesänderung in Kraft, in Folge derer Sterbehilfe nicht mehr nur im Angesicht eines bevorstehenden Todes zulässig ist, sondern auch im Falle einer schwerwiegenden Krankheit, sofern sich damit unerträgliches Leid verbindet, aber keine für die betreffende Person akzeptablen Bedingungen existieren, unter denen es sich lindern ließe.³ Damit verfügt das Land über eine der liberalsten Gesetzgebungen weltweit. Der Autor des *Spectator*-Artikels, Yuan Yi Zhu, berichtet von zahlreichen Kanadier*innen, die Suizidhilfe in Anspruch nahmen, weil sie in auswegloser Armut lebten, obwohl sie es unter anderen Umständen vorzögen, am Leben zu bleiben. Kanada, so schreibt er, gehöre zu den Industrieländern mit den geringsten Sozialausgaben. Nur eine Minderheit terminal Erkrankter habe Zugang zur Palliativversorgung und die Wartezeit für Behandlungen im öffentlichen Gesundheitssektor sei teilweise unerträglich. Die Inanspruchnahme von Sterbehilfe stelle für manche Menschen den einzigen Weg dar, ihrer Situation zu enttrinnen, weil ihnen eine angemessene Gesundheitsversorgung nicht offenstände. Zhu erzählt von mancherlei Schicksalen, beispielsweise von einer Frau mit schwersten Allergien, die Suizidbeihilfe beanspruchte, weil sie sich den Umzug in eine Wohnung mit weniger allergenen Substanzen nicht leisten konnte; oder von einer Frau, deren Schulden es ihr verunmöglichten, für die Behandlung ihrer chronischen Schmerzen aufzukommen. Seither reißt die Debatte nicht ab.

Die letzte Lebensphase bedeutet auch für viele Menschen in Europa eine hohe finanzielle Belastung. In Belgien, den Niederlanden, Italien und Spanien haben nach Schätzungen von Hausärzt*innen zwischen acht und 43 Prozent der Patient*innen Schwierigkeiten, für die Kosten der Betreuung und Behandlung aufzukommen (Pivodic et al. 2014). Verschiedene qualitative Studien zeigen, dass sich Sterbende oft Gedanken machen, ob sie ihren Angehörigen zur Last fallen, nicht nur finanziell (z. B. Bausewein et al. 2013; Gudat et al. 2019; Rodríguez-Prat et al. 2018). Die Sorge, eine Belastung für andere zu sein, gehört zu den häufigsten Gründen für einen Ster-

3 Im Wortlaut: “You must [...] experience unbearable physical or mental suffering from your illness, disease, disability or state of decline that cannot be relieved under conditions that you consider acceptable.” (Health Canada 2023)

bewunsch. Dabei geht es stets um das unmittelbare Umfeld, demgegenüber sich die Befragten als Bürde empfinden, weil sie beispielsweise Hilfe bei der Körperpflege benötigen oder ihre kognitiven Fähigkeiten schwinden sehen. Auch die Angst vor einer unkontrollierbaren Zukunft taucht in den Interviews gelegentlich auf (Gudat et al. 2019).

Schon seit langem erhitzt die Frage die Gemüter, ob eine Pflicht zu sterben bestehe, wenn man seinen Mitmenschen zur Last falle. Im Jahr 1997 sorgte der Philosoph John Hardwig mit einem Aufsatz für Empörung, in dem er erörterte, wann eine solche „duty to die“ existiere – nämlich unter anderem, wenn man die eigene Familie belaste und seinen Angehörigen ihre Zukunft stehle (Hardwig 1997). Während Hardwig sein Augenmerk auf die nächsten Verwandten legte, hatte die Philosophin Margret Battin mit einem ähnlichen Argument bereits zehn Jahre zuvor das Gesundheitssystem in den Blick genommen. Sie argumentiert unter Bezugnahme auf John Rawls, dass sich rationale Nutzenmaximierer*innen hinter einem Schleier des Nichtwissens darauf einigen würden, ältere Menschen als Maßnahme zur Rationierung von Gesundheitsleistungen zu töten. Zwar plädiert Battin dafür, jedermann die Wahl zu lassen, diesem gesellschaftlichen Anspruch zu genügen, doch macht sie sich dafür stark, denjenigen die medizinische Unterstützung zu verwehren, die ein bestimmtes Alter erreicht haben: Wer sich gegen die Tötung entscheidet, muss mithin selbst für sich sorgen. Battin (1987) versteht ihre Argumentation als ein Gedankenexperiment, keine Empfehlung für heutige Gesellschaften. Hardwig, Battin und manche Diskutant*innen in ihrem Gefolge führen aus, wie sich soziale Erwartungen oder Pflichten zu sterben aus ethischer Warte rechtfertigen lassen; Hardwig mit Blick auf die nächsten Angehörigen, Battin aus gesellschaftlicher Perspektive. Zwar sprechen beide nicht davon, dass der Tod alter und gebrechlicher Menschen präventiven Zwecken diene; sie nehmen weder auf den Umgang mit Zukünftigem noch auf Risiken Bezug. Jedoch deutet sich bei ihnen eine Überlegung an, die auf den Präventionsgedanken verweist: Es unterliege der eigenen Verantwortung, passende Vorkehrungen zu treffen, um zukünftig niemandem zur Last zu fallen, sei es den Nächsten, sei es der Gemeinschaft.

Doch besteht nicht bloß das Risiko, seine Mitmenschen zu belasten, sondern es droht am Lebensende allerlei Unbill, die den Wunsch auslösen kann, die Zukunft nicht zu erleben, sondern lieber zu sterben: Die Demenz schreitet voran, die Wahrscheinlichkeit künftiger Schmerzen steigt, womöglich steht der Verlust der Unabhängigkeit bevor – und ein vorzeitiger assistierter Suizid schüfe Abhilfe. Gleich, ob es um die Erwartung

künftigen Leids, um die befürchtete Belastung der Angehörigen oder um die anhaltende Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheitsversorgung geht: Die Verantwortung liegt beim „präventiven Selbst“, dem überlassen bleibt, wie es damit umgeht – niemand übt Zwang aus. Gerät allerdings jemand in die befürchtete Situation, so ist es sein eigenes Verschulden, schließlich hätte es sich verhindern lassen: durch einen präventiven Suizid. Der Tod von eigener Hand schließt sich der präventiven Lebensführung konsequent an. Im Bereich der Gesundheit zielen Präventionsmaßnahmen darauf, altersbedingte Krankheiten zu verhindern und nur eine kurze Weile mit gesundheitlichen Einschränkungen leben zu müssen. Ihre Plausibilität gewinnt die Prävention aus dem hohen Stellenwert der Gesundheit: Nur ein gesundes Leben gilt als ein gutes Leben. Zeichnet sich ab, dass weiteres präventives Bemühen vergebens ist, weil die Zukunft nur noch Verlust und Last bereithält, bleibt in der Logik der Prävention allein, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden.

Folgt man der Deutung des assistierten Suizids als Prävention, schließen sich die bekannten Fragen an, die sich im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen stellen: Obschon kein direkter Zwang herrscht, sondern die einzelne Person selbst entscheidet, ob sie sich präventiv betätigt und Suizidbeihilfe in Anspruch nimmt, entstehen nicht gleichwohl Konflikte mit der individuellen Autonomie? Denn inwieweit lässt sich von Freiverantwortlichkeit sprechen, wenn es, wie offenbar in Kanada, großes Leid bedeutet, am Leben zu bleiben? Und wenn vielfältige Akteur*innen im weiten Kreis der Medizin darauf Einfluss nehmen, wie Entscheidungen fallen? Trägt, wer (zu) lange am Leben bleibt, die Verantwortung dafür, wenn er selbst und seine Mitmenschen leiden? Und stimmt womöglich mit dem Paradigma der Gesundheit etwas nicht, wenn es die Suizidbeihilfe als Präventionsmaßnahme plausibel macht? Man mag die Dystopie einer Welt heraufbeschwören, in der die Sterbehilfe auf dem Programm staatlicher Präventionsmaßnahmen steht – und damit wiederholen, was die Schlüssigkeit präventiven Handelns begründet: die Befürchtung zukünftigen Schadens. Im „Zeitalter der Prävention“ dürfte ein solcher Gedankengang nicht überraschen. Beim Blick auf den präventiven Charakter des assistierten Suizids fällt ins Auge, in welchem Ausmaß die Zukunft als Katastrophe erscheint: Das Risiko eines leidvollen Sterbens wird als bedrohlicher bewertet als der sichere Tod.

Literaturverzeichnis

- Assmann, Aleida (2013): *Ist die Zeit aus den Fugen? Aufstieg und Fall des Zeitregimes der Moderne*. Hanser. München.
- Blaguer, Albert/Monforte-Royo, Christa/Porta-Sales, Josep/Alonso-Babarro, Alberto/Altisent, Rogelio/Aradilla-Herrero, Amor/Bellido-Pérez, Mercedes/Breitbart, William/Centeno, Carlos/Angel-Cuervo, Miguel et al. (2016): An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. In: *PLoS One*, 11(1).
- BAG (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>, [18.09.2023]
- Battin, Margret P. (1987): Age rationing and the just distribution of health care: is there a duty to die? In: *Ethics*, 97(2). 317–340.
- Bausewein, Claudia/Calanzani, Natalia/Daveson, Barabara A./Simon, Steffen T./Ferreira, Pedro L./Higginson, Irene J./Bechinger-English, Dorothee/Deliens, Luc/Gysels, Marjolein/Toscani, Franco/Ceulemans, Lucas/Harding, Richard/Gomes, Barabara (2013): ‘Burden to others’ as a public concern in advanced cancer: a comparative survey in seven European countries. In: *BMC Cancer*, 13(105).
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Bernier, Govindadeva/Mohamed Ahmed, Salma/Busby, Carleigh (2020): Cost estimate for Bill C-7 “Medical Assistance in Dying”. Office of the Parliamentary Budget Officer. www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/RP-2021-025-M/RP-2021-025-M_en.pdf, [18.09.2023].
- Bröckling, Ulrich (2008): Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behemot. A Journal on Civilisation*, 1. 38–48.
- Bröckling, Ulrich (2017): Prävention: Die Macht der Vorbeugung. In: Bröckling, Ulrich (Hrsg.), *Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste*. Suhrkamp. Berlin. 73–112.
- BMG (2019): *Prävention | Begriffe von A – Z*. Bundesministerium für Gesundheit. Bundesgesundheitsministerium.de. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>, [18.09.2023]
- BVerfG (2020): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. – 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1–343. https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, [18.09.2023]
- Cathkathcatt (2017): Die fünf großen Schweizer Selbstbestimmungs-Organisationen zu den Schlussfolgerungen des Nationalen Forschungsprogramm NFP 67 ‘Lebensende’. https://www.cathkathcatt.ch/d/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/medienmitteilung_schlussveranstaltung_nfp_67_nov17.pdf, [02.03.2023].
- Colburn, Ben (2020): Autonomy, voluntariness and assisted dying. In: *Journal of Medical Ethics*, 46. 316–319.
- Davis, Dena S. (2013): Alzheimer disease and pre-emptive suicide. In: *Journal of Medical Ethics*, 40(8). 543–549.

- Davis, Dena S. (2016): Genetic testing as part of a plan for preemptive suicide in the face of impending dementia. In: *Current Genetic Medicine Reports*, 4, 86–91.
- Deutscher Ethikrat (2022): *Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit*. Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>, [18.09.2023]
- Dietscher, Christina/Pelikan, Jürgen (2016): Soziologie der Krankheitsprävention. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer. Wiesbaden. 417–434.
- Dignitas (2019): *Informationsbroschüre*. Dignitas. Forch. http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=de, [18.09.2023]
- Doherty, Anne M./Axe, Caitlyn J./Jones, David A. (2022): Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. In: *BPsych Open*, 8(1).
- Dresser, Rebecca (2014): Pre-emptive suicide, precedent autonomy and preclinical Alzheimer disease. In: *Journal of Medical Ethics*, 40(8). 550–551.
- Ehni, Hans-Jörg (2017): Ein neues Modell der Präventionsmedizin auf biogerontologischer Grundlage? Teil 1: Demographischer Wandel, Biogerontologie und Medizin. In: Fangerau, Heiner/Kessler, Sebastian/Wiesing, Urban (Hrsg.), *Präventionsentscheidungen. Zur Geschichte und Ethik der Gesundheitsvorsorge im 21. Jahrhundert*. Frommann-Holzboog. Stuttgart-Bad Cannstatt. 95–112.
- Exit (2022): *Selbstbestimmt bis ans Lebensende. Informationen zum Verein*. Zürich. https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/download/broschueren/exit_Broschuer_e_Selbstbestimmung_d_8A_WEB.pdf, [18.09.2023]
- French, Eric B./McCauley, Jeremy/Aragon, Maria/Bakx, Pieter/Chalkley, Martin/Chen, Stacey H./Christensen, Bent J./Chuang, Hongwei/Côté-Sergent, Aurelie/De Nardi, Mariacristina et al. (2017): End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported. In: *Health Affairs*, 36(7). 1211–1217.
- Friesen, Phoebe (2020): Medically assisted dying and suicide. How are they different, and how are they similar? In: *Hastings Center Report*, 50(1). 32–43.
- Fuchs, Peter (2008): Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zu-vorkommenheit. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Springer. Wiesbaden. 363–378.
- Gudat, Heike/Ohnsorge, Kathrin/Streeck, Nina/Rehmann-Sutter, Christoph (2019): How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. In: *Bioethics*, 33. 421–430.
- Hannig, Nicolai/Thießen, Malte (2017): Vorsorge und Prävention in der Moderne. Konzeption, Erweiterung und Erkundung eines Forschungsfelds. In: Hannig, Nicolai/Thießen, Malte (Hrsg.), *Vorsorgen in der Moderne. Akteure, Räume und Praktiken*. De Gruyter. Berlin, Boston. 1–26.
- Hardwig, John (1997): Is there a duty to die? In: *Hastings Center Report*, 27(2). 34–42.
- Health Canada (2023): Medical assistance in dying. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>, [24.01.2023]

- Hirschberg, Irene/Littmann, Jasper/Strech, Daniel (2013): Where public health meets ethics. Conceptual challenges of public health. In: Daniel Strech/Irene Hirschberg/Georg Marckmann (Hrsg.), *Ethics in Public Health and Health Policy: Concepts, Methods, Case Studies*, Springer. Dordrecht. 5–23.
- Hölscher, Lucian (2016): *Die Entdeckung der Zukunft*. Wallstein. Göttingen.
- Horn, Eva (2014): *Zukunft als Katastrophe*. S. Fischer. Frankfurt am Main.
- Inthorn, Julia/Kaelin, Lukas/Apfelbacher, Christian (2019): Public Health Ethik. In: Haring, Robin (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*. Springer. Heidelberg. 701–708.
- Kellehear, Allan (2007): *A Social History of Dying*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Kühn, Hagen/Rosenbrock, Rolf (2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingsmayer, Uwe H./Sahrai, Diana/Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. 47–71.
- Leanza, Matthias (2017): *Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie*. Velbrück Wissenschaft. Weilerswist.
- Luhmann, Niklas (1990): *Risiko und Gefahr. Soziologische Aufklärung*. 5. 131–169.
- Marckmann, Georg (2010): Präventionsmaßnahmen im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl. In: *Ethik in der Medizin*, 22. 207–220.
- Ohnsorge, Kathrin/Gudat, Heike/Rehmann-Sutter, Christoph (2014a): Intentions in wishes to die: Analysis and a typology – A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. In: *Psycho-Oncology*, 23(9). 1021–1026.
- Ohnsorge, Kathrin/Gudat, Heike/Rehmann-Sutter/Christoph (2014b): What a wish to die can mean: Reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. In: *BMC Palliative Care*, 13(38).
- Ohnsorge, Kathrin/Gudat, Heike/Streeck, Nina/Rehmann-Sutter, Christoph (2019): Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. In: *PLoS One*, 14(1).
- Pestinger, Martina et al. (2015): The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “When perception of time tends to be a slippery slope”. In: *Palliative Medicine*, 29(8). 711–719.
- Pivodic, Lara et al. (2014): Burden on family carers and care-related financial strain at the end of life: a cross-national population-based study. In: *European Journal of Public Health*, 24(5). 819–826.
- Reiter, Udo (2014): Jauch verliert Erklärung von Udo Reiter zu Suizid. In: Die Welt. <https://www.welt.de/vermishtes/prominente/article133453458/Jauch-verliert-Erklärung-von-Udo-Reiter-zu-Suizid.html>
- Rodríguez-Prat, Andrea/Balaguer, Albert/Crespo, Iris/Montforte-Royo, Cristina (2019): Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review. In: *Bioethics*, 33(4). 411–420.
- Rose, Nikolas (2001): The politics of life itself. In: *Theory, Culture & Society*, 18(6). 1–30.

- Rüegger, Heinz/Kunz, Roland (2020): *Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung.* rüffer & rub. Zürich.
- Schneider, Barbara (2022): Psychiatrische Diagnosen und die Frage der Freiverantwortlichkeit bei psychischen Störungen. In: Bobbert, Monika (Hrsg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung.* Nomos. Baden-Baden. 35–52.
- Schweda, Mark/Pfaller, Larissa (2021): Responsibilization of aging? An ethical analysis of the moral economy of prevention. In: Leibing, Annette/Schicktanz, Silke (Hrsg.), *Preventing Dementia? Critical Perspectives on a New Paradigm of Preparing for Old Age.* Berghahn Books. New York. 192–213.
- Shaw, David/Morton, Alec (2020): Counting the cost of denying assisted dying. In: *Clinical Ethics*, 15(2). 65–70.
- Schöne-Seifert, Bettina (2019): *Beim Sterben helfen – dürfen wir das?* J.B. Metzler. Berlin.
- Strasser, Hermann; Brink, Henning van den (2005): Auf dem Weg in die Präventionsgesellschaft. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 46. 3–7.
- Streeck, Nina (2018): Ende gut, alles gut? Sterbeerzählungen in der narrativen Ethik. In: Peng-Keller, Simon/Mauz, Andreas (Hrsg.), *Sterbenarrative. Hermeneutische Erkundungen des Erzählens am und vom Lebensende.* De Gruyter. Berlin/Boston. 217–235.
- Streeck, Nina (2020): *Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende.* Campus. Frankfurt.
- Thießen, Malte (2016): Gesunde Zeiten. Perspektiven einer Zeitgeschichte der Gesundheit. In: Bajohr, Frank/Doering-Manteuffel, Anselm/Kemper, Claudia/Siegfried, Detlef (Hrsg.), *Mehr als eine Erzählung. Zeitgeschichtliche Perspektiven auf die Bundesrepublik.* Wallstein. Göttingen. 259–272.
- WHO (2013): Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506236>, [18.09.2023]
- WHO (2017): Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025. Geneva. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>, [18.09.2023]
- Willer, Stefan (2016): Sicherheit als Fiktion – Zur kultur- und literaturwissenschaftlichen Analyse von Präventionsregimen. In: Bernhardt, Markus/Brakensiek, Stefan/Scheller, Benjamin (Hrsg.), *Ermöglichen und Verhindern. Vom Umgang mit Kontingenz.* Campus. Frankfurt/New York. 235–253.
- Wils, Jean-Pierre (2021): *Sich den Tod geben.* Hirzel. Stuttgart.
- Zhu, Yuan Yi (2022): Why is Canada euthanizing the poor? In: *The Spectator*. 30. April 2022. <https://www.spectator.co.uk/article/why-is-canada-euthanising-the-poor>, [18.09.2023]
- Zimmermann, Markus (2002): *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung.* 2. Auflage. Universitätsverlag. Freiburg.

Die Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe

Robin Iltzsche

In diesem Beitrag soll eine Grenze der psychiatrischen Behandlung von Suizidalität ausgelotet und der Fokus auf ein spezifisches Moment des Umschlagens gelegt werden, in dem die Suizidalität Betroffener verschwinden und auch die Anstrengungen der Suizidprävention ausgesetzt werden können. Stattdessen erscheint eine Art nachvollziehbare Lebensmüdigkeit, welche anstelle der Suizidverhinderung gar eine Suizidhilfe möglich macht. Von zentralem Interesse ist somit der Kipppunkt, an welchem aus Suizidprävention ‚plötzlich‘ Sterbehilfe wird oder auch umgekehrt, Sterbehilfe in den Dienst der Suizidprävention gestellt werden kann.

Während Sterbehilfe zwar im fachlichen und öffentlichen Diskurs sehr prominent diskutiert wird, begegnet man weder dem Thema noch dem Prozess der Sterbehilfe in psychiatrischen Kliniken besonders häufig. Doch auf der ethnographischen, mikrosoziologischen Untersuchung genau dieser klinisch-psychiatrischen Praktiken der Suizidprävention basiert dieser Beitrag.¹ Nach einem kurzen einleitenden Umweg soll ein besonderer empirischer Einzelfall analysiert werden, der in kürzester Zeit von einem Fall der psychiatrischen Suizidprävention zu einem Fall der Sterbehilfe transformiert wurde. Es soll anhand dieses psychiatrischen Behandlungsfalles gezeigt werden, wie sich nicht nur Situationsdeutungen sowie Selbst- und Fremdzuschreibungen, sondern auch medizinische Handlungsmaximen der Lebenserhaltung und Lebenssicherung zu Maximen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe verschieben können. In einem zweiten Schritt sollen Argumentationen vorgestellt werden, in denen dieser Moment der Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe wiederkehrt oder in denen auch plötzlich Sterbehilfe als eine Form der Suizidprävention gedeutet wird. Abschließend möchte ich den Begriff der *Physiologisierung* vorschlagen, um die grundlegende Rationalität der Sterbehilfe zu beschreiben.

1 Dieser Beitrag stellt eine überarbeitete und gekürzte Version eines Unterkapitels meiner Dissertation dar (Kapitel 6.4. *Suizidalität am Lebensende*), die 2023 unter dem Titel *Die Überzeugung zum Leben* im Psychiatrie Verlag erschienen ist.

Das Motiv der Inversion soll im Laufe dieses Beitrags weiter im Diskurs der Sterbehilfe und Suizidprävention verfolgt werden, da an ihm die enge Verwandtschaft von vermeintlich so Unterschiedenem deutlich wird. Es soll gezeigt werden, wie sehr die Grenzen zwischen diesen Bereichen verschwimmen können und im jeweiligen Einzelfall immer erst hergestellt und gezogen werden müssen. Doch bevor wir dazu kommen, soll im Folgenden ein kleiner anekdotischer Umweg über die Populärkultur eingeschlagen werden, um sich dieses Umschlagsmoments von einer wiederum anderen Seite zu nähern. Es folgt daher nun eine gegenstandsselektive Filminterpretation von *In Bruges* (deutsch: *Brügge sehen ... und sterben*; McDonagh 2008).

I. Das selbstbestimmte Sterben in Brügge

In dem tragikomischen Film *In Bruges* werden zwar viele große Themen wie Schuld, Gewalt, Männlichkeit, Liebe, Sucht und Ehre verhandelt. Doch ich würde argumentieren, dass ein anderes Thema den Film bestimmt, obgleich es bei aller Prominenz dennoch hintergründig bleibt. Es ist das Thema des Suizids, das sich in dem Film in aller Öffentlichkeit versteckt und doch den verbindenden Kern der Geschichte darstellt. Schließlich besteht der Film aus drei Hauptcharakteren, den zwei Auftragsmördern Ray (Colin Farrell) und Ken (Brendan Gleeson) und ihrem Boss Harry (Ralph Fiennes), welche jeweils eine eigentümliche Position zum Suizid einnehmen.² Zentral angelegt ist das Thema des Suizids bei dem in seiner Art kindlich bis adoleszent wirkenden Hauptprotagonisten Ray, welcher nach einem von ihm verübten Attentat, in dem die von ihm abgefeuerte Kugel nicht nur die Zielperson, sondern auch ein unschuldiges Kind tötet, von schwerer Schuld, Depression und Suizidalität gezeichnet ist. Doch tatsächlich ist es nicht er, sondern sind es am Ende die anderen beiden, die Suizid begehen.

Es braucht etwas Kontext, um zu erklären, wie es dazu kam. Die Geschichte beginnt also mit einem traumatischen Erlebnis, dem missglückten Attentat, aufgrund dessen Ray und sein Kollege Ken nach Brügge gehen, um in dieser Stadt für eine Weile unterzutauchen. Im Laufe der Geschichte wird deutlich, dass ihr Boss Harry das malerische, mittelalterliche Brügge deswegen ausgesucht hat, um Ray mit dieser Reise einen letzten Gefallen zu

2 Diese Positionen können in lockerem Anschluss an die Typisierung von Baechler (1981) als die folgenden drei Formen beschrieben werden: I.) eskapistischer Suizid aufgrund von Strafe, Flucht und Trauer (bei Ray), II.) oblativer Suizid aus Altruismus und Opferung (bei Ken) und III.) reputativer Suizid aus Ehrenrettung und Prinzipientreue (bei Harry).

erweisen, bevor er ihn aufgrund seines Fehlers beseitigen lassen will. Nach ein paar Tagen erhält Ken dann den Auftrag, im Namen seines Bosses für ‚Gerechtigkeit‘ zu sorgen. Doch weder Harry noch Ken ahnen, dass Ray selbst entschlossen ist, seinem Leben ein Ende zu setzen. Dies kulminiert in der paradoxen Schlüsselszene des Films, in der Ken sich gerade in einem Hinterhalt darauf vorbereitet, die auf Ray gerichtete Waffe abzufeuern, er jedoch im letzten Moment davon abkommt, als er realisiert, dass Ray auch eine Waffe hat und eben im Begriff ist, sich damit das Leben zu nehmen. Der Mord wird hier durch einen Suizidversuch verhindert. Oder genauer gesagt: Die Mordabsicht schlägt in Suizidprävention um. Denn Ken legt nicht nur die eigene Waffe nieder, sondern verhindert auch den Suizid seines Freundes.

Nachdem Harry, der als Personifikation eines grausamen Gesetzes angelegt ist, dann nach Brügge reisen muss, um nun selbst über seine illoyalen Untergebenen zu richten, kommt es zwischen Ken und ihm zu einer Schießerei im Brügger Belfried, dem höchsten Turm am Marktplatz. Der schwerverwundete Ken nimmt sich hier aus einem altruistischen Motiv das Leben: Er stürzt sich von dem Turm, um seinen Freund Ray, der unten mit seiner neuen Freundin an einem Café sitzt, durch seinen Tod vor Harry und der kommenden Gefahr zu warnen. In der anschließenden letzten Verfolgungsjagd zwischen Harry und Ray kommt es dann zu einer Reinszenierung des ursprünglichen Traumas: Harry schießt von hinten eine Kugel durch Rays Körper hindurch, welche wiederum ebenfalls im Kopf eines ‚Kinde‘ landet. Nachdem der an seine strengen Prinzipien gebundene Harry diese Wiederholung des missglückten Attentats realisiert, richtet er schließlich (seine Waffe auf) sich selbst. Der schwerverletzte Hauptcharakter, um dessen schuldmotivierte Suizidalität der Film sich dreht, ist durch all diese Entwicklungen tief geprägt und verändert. Während Ray auf der Barre des Rettungswagens liegt, schließt der Film mit seinen Worten „I really, really hoped I wouldn't die“ (McDonagh 2008).

Mit einem guten Schuss schwarzen Humor wird in *In Bruges* die altbekannte literarische Technik der Peripetie bzw. die filmische Technik des Plot Twists gezielt eingesetzt, um das Publikum zu überraschen und mit der Kontingenz der Handlungsmotive und Geschehnisse zu konfrontieren. Entscheidend für das vorliegende Argument ist, dass es viele Variationen gibt, in denen dieser Moment der Invertierung von Motivlagen im Bereich von Mord, Suizid und Sterben auftauchen kann. Im Film ist es schließlich nicht nur die Mordabsicht von Ken, die in Suizidprävention umschlägt als er mit der Suizidabsicht seines Kollegen konfrontiert wird, sondern letzt-

lich transformiert sich auch die Suizidalität des belasteten Hauptcharakters Rays durch die Todesdrohung in einen Lebenswunsch. Im Folgenden soll nun die Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe anhand eines psychiatrischen Behandlungsfalles dargestellt werden.

II. Ein psychiatrischer Wechsel von Suizidprävention zu Sterbehilfe

Während meiner sechsmonatigen Feldforschung in mehreren psychiatrischen Kliniken kam es zu vielen Aufnahmen und Behandlungen wegen Suizidgedanken und Suizidversuchen. Es kam auch zu mehreren schweren Suizidversuchen während der psychiatrischen Behandlung. Doch es war in dieser Zeit nur ein Todesfall zu beklagen. Während das Sterben zur Medizin gehört, der Kampf gegen den Tod gar als Hauptmovers der Medizin angesehen werden kann, ist das Sterben in der Psychiatrie eher die Ausnahme. Doch auch die Psychiatrie kämpft mit dem Tod, und zwar in Form des Suizids. Dies zeigt sich auch bei diesem speziellen Todesfall, den ich hier beschreiben möchte.

Es handelt sich um den Fall von Herrn Pascal³, der wegen eines Suizidversuchs, bei dem er sich die Pulsadern geöffnet hatte, gegen seinen Willen in die stationäre psychiatrische Behandlung gebracht wurde. Doch im Einverständnis mit dem psychiatrischen Team und seinen Angehörigen verweigerte er im Verlauf der sehr kurzen Behandlung jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und verstarb daraufhin fünf Tage später. Es handelt sich um einen besonderen Fall, bei dem der psychiatrische Apparat der Suizidprävention ‚normal‘ angelaufen ist (d. h., notdienstliche Einweisung; Unterbringungsbeschluss aufgrund von Eigengefährdung und akuter Suizidalität; Aufnahme auf eine geschlossene psychiatrische Station), dann aber in kürzester Zeit eine Rekodierung der Ereignisse stattfand und ein einvernehmlicher Prozess der Sterbehilfe eingeleitet wurde. Es folgt nun die Chronologie der Ereignisse, einschließlich einiger Szenen aus meinen Feldtagebüchern.

Zuerst erfahre ich etwas von Herrn Pascal durch ein Gespräch, bei dem sich zwei Pfleger*innen über diese Neuaufnahme unterhalten. Sie meinen, dass gleich ein 93-jähriger Patient mit Prostatakrebs kommt, der versucht habe, sich das Leben zu nehmen und daher eventuell auch eine 1-zu-1-

3 Alle Namen sind natürlich Pseudonyme. Außerdem wurde bei einigen Akteur*innen im Dienst der Anonymisierung die zugeschriebene Geschlechtsrolle geändert.

Betreuung braucht oder zumindest 15-minütige Sichtkontrollen installiert werden müssen. Ein*e Pfleger*in meint, dass sie versteht, dass dieser Patient nicht mehr leben will: „Würde der reanimationspflichtig werden, würde ich mir aber auch schön Zeit lassen. Was soll das denn? Soll der noch drei Monate weiter leiden mit seinem Krebs?“

Schon in dieser ersten Interaktion des Pflegepersonals wird deutlich, dass dieser Patient anders wahrgenommen wird als andere suizidale Patient*innen. Das hohe Alter und die Krebserkrankung dienen als hinreichende Hinweise dafür, dass der Patient wahrscheinlich nicht psychisch erkrankt ist und eine psychiatrische Behandlung damit nicht indiziert ist. Er wird als Eindringling oder Fremdkörper wahrgenommen, der aus den falschen Gründen auf eine psychiatrische Station kommt. Da er wegen akuter Suizidalität eingeliefert wird, befürchtet das Pflegepersonal außerdem eine unnötige Arbeitsbelastung, die durch die damit notwendige, direkte Überwachung entsteht. Der abschließende Kommentar zeugt nicht nur von der Frustration des Pflegepersonals, sondern unterstreicht die Perspektive der anwesenden Pfleger*innen, dass ein alter, kranker Mensch nicht mehr ‚künstlich‘ am Leben gehalten werden müsse, da es das Leiden und den unvermeidlichen Sterbeprozess nur noch verlängern würde. Noch bevor der Patient selbst von der Notaufnahme zur psychiatrischen Station verlegt werden kann, ist seine Akte schon im Stationszimmer angekommen. In dieser Dokumentation wird sein Fall wie folgt beschrieben:

Einsatzprotokoll Rettungswagen

Notfallgeschehen/Anamnese: „Pat., männl., 93 J., wach und bedingt orientiert, versuchte Suizid durch Eröffnung der Pulsadern, ca. 2–3 cm klaffende Wunde Arm Li, Pat gibt an, einschlafen zu wollen, laut Tochter verlor der Pat vor ca. 3 Wo seinen Lebensmut nachdem er körperlich stark abbaute und sich selbst nicht versorgen konnte.“

Erstdiagnosen: „akute Suizidalität.“

Vorläufiger Arztbrief

„Der Pat selbst berichtete er habe Prostata Ca und starke Schmerzen diese kann er nicht aushalten deswegen wolle er einschlafen. Laut Tochter seit 2 Wo habe der Pat Antriebslosigkeit und Suizidgedanken geäußert“. Der Patient wohnt allein, die Ehefrau ist vor ein paar Jahren verstorben. Psychopathologischer Befund: „Aktuell von Suizidalität nicht klar distanziert.“

Im Gegensatz zu den Einschätzungen des Pflegepersonals lesen sich das Einsatzprotokoll sowie der vorläufige Arztbrief als eher typische anamnestische Beschreibungen mit Informationen zum Suizidversuch und ersten angenommenen Gründen. Der vielleicht einzige Hinweis auf eine besondere Einschätzung der Suizidalität findet sich in der Formulierung, welche den Suizidversuch als Wunsch des Patienten klassifiziert, „einschlafen“ zu wollen. Doch schon zwischen diesen zwei Typen von Erstdokumentationen finden sich kleinere semantische Unterschiede, die den Verdacht nahelegen, dass die Suizidalität auf dem Weg in die Psychiatrie an Bedeutung verliert. Wird im notärztlichen Einsatzprotokoll noch klar von einem Suizidversuch gesprochen und jener auch in der notwendigen Kürze (Methode und Verletzungen) beschrieben, so findet sich im vorläufigen Arztbrief nur noch die eher romantische Formulierung des Wunsches einzuschlafen. Auch die Begründungsstruktur scheint sich etwas zu verändern: Wird erst von einem schnellen, körperlichen Abbauprozess und einer Unfähigkeit der Selbstversorgung gesprochen, findet die Begründung durch die „starken Schmerzen“, die nicht mehr auszuhalten seien, erst im Arztbrief eine Erwähnung. Damit findet eine Einbettung in die Begründungsmuster der Sterbehilfe statt. Denn in allen Ländern, in denen Sterbehilfe erlaubt ist, findet sich in der gesetzlichen Regelung das zentrale Legitimationskriterium des ‚unerträglichen Leidens‘, welches meist als durch körperliche Schmerzen und Beschwerden induziertes Leiden verstanden wird. Es scheint außerdem eine Verschiebung in der Diagnostik stattzufinden, wenn im Einsatzprotokoll noch von einer „akuten Suizidalität“ und im Arztbrief nur noch von einer unklaren Distanzierung von Suizidalität gesprochen wird. Diese feinen Unterschiede verweisen schon auf einen Prozess der Rekodierung und Umschreibung dieses psychiatrischen Falles vom ambulanten Erstkontakt zur ersten stationären Beurteilung: Von einem Fall von bedrohlicher und zu verändernder Suizidalität hin zu einem Fall von einer nachvollziehbaren Lebensmüdigkeit am Ende eines langen sowie aktuell sehr leidvollen Lebens. Ich begleite dann die Visite mit der Assistenzärztin Dr. Abels.⁴

Herr Pascal, ein alter, weißhaariger, etwas eingefallener Mann, liegt im Bett und seine vielleicht 65-jährige Tochter sitzt vor dem Bett auf einem Stuhl. Dr. Abels fragt ihn betont laut und deutlich nach Schmerzen und wie lang sie schon bestehen. Er meint seit mehreren Monaten. Dr. Abels fragt ihn, was er für Medikamente nimmt. Er nimmt nur Paracetamol

4 Alle folgenden Einschübe ohne Quellenangaben sind Auszüge aus meinen Feldtagebüchern.

und Ibuprofen, hat aber starke Rückenschmerzen. Die Medikamente helfen zwar schon dagegen, aber leider nicht immer. Sie sprechen kurz über die Schmerzen und dann leitet Dr. Abels über zur Suizidalität und fragt: „Jetzt sind Sie ja noch am Leben. Ist das gut oder ist das blöd?“. Herr Pascal antwortet nicht direkt, sondern spricht von Freunden, die mit 80 gestorben sind. Dr. Abels: „Die haben Sie ja zumindest 10 Jahre überlebt“. Sie reden weiter über sein Leben, wie lang es angenehm war. Er meint, dass er erst seitdem er nicht mehr laufen kann „ein bisschen meinen Lebensmut verloren“ habe. Er kann auch nicht mehr in seinen Fernsehraum. Dr. Abels erwidert: „Das war nicht nur ein bisschen, anscheinend haben Sie ja heute einen Suizidversuch unternommen. Das war doch ein Suizidversuch?“ – „Ja. Ja.“ – „Und wenn wir das mit den Schmerzen hinkriegen und mit dem Laufen, ist das Leben dann wieder lebenswert?“ – „Ja. Wenn ich meine Familie jeden Tag mal sehe und mit denen reden kann, dann schon“. Herr Pascal hätte halt gedacht, dass er irgendwo hingehet, wo er nichts essen und nichts trinken muss und dann sterben kann. Dr. Abels sagt, dass er das aber auch zuhause machen könnte. Doch hier hätten seine Kinder darauf bestanden, dass er essen und trinken muss. Dr. Abels erwidert, dass man mit 93 aber sterben darf und die Kinder erstmal so alt werden sollen wie er, um da mitzureden, worauf Herr Pascal auflachend zustimmt. Die Tochter scheint Tränen zu unterdrücken und wirkt sehr berührt von dem Gespräch und dem Zustand ihres Vaters. Dr. Abels schlägt vor, dass sie auch noch mal gemeinsam mit den Kindern reden können, jetzt muss sie leider los zu einem Gespräch. Sie will aber mit dem Chef wiederkommen. Draußen auf dem Gang sagt Dr. Abels zu mir, dass der „ja nun nicht wirklich suizidal“, eher einfach „lebensmüde“ wäre.

In diesem Erstgespräch zwischen der Assistenzärztin der Station und dem Patienten erfolgt am Anfang die übliche anamnestiche Erhebung. Doch schon in der Wahl der Formulierung „Ist das gut oder ist das blöd?“ zeigt sich eine andere Art des Sprechens über den Suizidversuch. Es mag nur eine Anpassung an die zu erwartende Aufnahmefähigkeit des Patienten sein, doch haftet dieser Sprache eine infantilisierende Konnotation an, die das Thema der Suizidalität, im Gegensatz zu der sonst auch performativ hergestellten Pietät und Seriosität, harmloser erscheinen lässt. Es wird im Gespräch deutlich, dass der Patient eine ambivalente Einstellung zum Sterben hat, da er mit nur ‚wenigen‘ Verbesserungen seines körperlichen Zustands (keine Schmerzen und wieder laufen) und seiner familiären

Einbindung (jeden Tag besucht werden) durchaus das Leben wieder als lebenswert betrachten würde.

Nach Canevascini stützt die Psychiatrie die Legitimität ihrer Intervention auf die angenommene und vorausgesetzte Ambivalenz in jedem Suizidwunsch (2012, 395ff.). Diese Ambivalenz sichtbar zu machen und zu stärken, ist in der Praxis auch eine der primären Techniken der psychiatrischen Behandlung der Suizidalität. In der Visite mit Herrn Pascal fällt aber auf, dass die Ambivalenz in seinem Suizidwunsch nicht weiter elaboriert und vertieft wird. Jener Ambivalenz wird hier wenig Raum gegeben, sie wird nicht taktisch ins Visier genommen und der Patient in seinen Zweifeln bestärkt. Ganz im Gegensatz dazu wird er stattdessen mit geschlossenen Fragen dazu angehalten, sich kurz zu halten und es scheint zwischen ihm und der Ärztin eine stillschweigende Einigkeit zu bestehen, dass seine Wünsche nach einem schmerzfreien und sozial eingebundenen Leben nicht mehr umsetzbar sind. Daher kommen sie auf den ‚Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit‘ (FVNF), wie es im Fachjargon heißt, zu sprechen. Deutlich wird, dass die Familie lange eine suizidpräventive Funktion übernommen hat, indem sie dem Vater keinen FVNF gewährt hat. Außerdem bildet sich hier ein Bündnis zwischen dem Patienten und der Psychiaterin, indem Letztere die moralische Entscheidung, ob er in einem solchen Alter „sterben darf“, unterstützt und sich in eine ironisch-allwissende Position begibt. Aus dieser Position heraus spricht sie den Kindern, hier v. a. der anwesenden Tochter, die Fähigkeit ab, über den Todeswunsch urteilen zu können, da diese aufgrund ihres geringen Alters die Wünsche und Bedürfnisse eines 93-Jährigen nicht nachvollziehen könnten (und das obwohl die Tochter wahrscheinlich mindestens zwei Jahrzehnte mehr Lebenserfahrung hat als die Psychiaterin). Das Bündnis wird abschließend durch das Angebot eines gemeinsamen Gesprächs mit den Angehörigen besiegelt, wobei durch die vorherige Interaktion klar zu sein scheint, dass die Ärztin als Anwältin des Patienten und nicht der Familie agieren wird. Ganz im Gegensatz zu Uexküll, nach dem „sich der Arzt vor allem als ‚Anwalt des Lebens‘ [versteht]“ (1973, XIV), wird er hier eher zum Anwalt des Sterbens.

Das klinische Setting scheint einen Rahmen zu bieten, in dem die Dinge anders verbalisiert und kommuniziert werden können als beispielsweise im privaten oder familiären Rahmen. Der Wunsch nach dem Sterbefasten wurde von den Kindern vorher vielleicht nicht einmal als möglicher Handlungsspielraum wahrgenommen, da es nicht der romantischen Vorstellung eines sanften Todes entspricht, den Vater verhungern und verdursten zu

lassen. Das klinische Setting ermöglicht eine nüchterne und ‚objektive‘ Position der Ärztin. Letztlich ist auch nicht mehr der Patient Ziel der psychiatrischen Behandlungsanstrengungen, sondern die Angehörigen müssen überzeugt werden, dass der Suizid hier nicht mehr verhindert werden muss.

Die Rekodierung dieses Falles durch die behandelnde Ärztin findet auf dem Flur seinen Fortgang, indem sie bekräftigt, dass dieser Patient „nun nicht wirklich suizidal“ wäre. Herr Pascal ist in der Logik der psychiatrischen Akutversorgung nicht suizidal, da Suizidalität als Symptom einer psychischen Krankheit verstanden wird, die der Patient nicht zu haben scheint bzw. nicht zugeschrieben bekommt. Er sei nicht suizidal, sondern einfach seines Lebens müde und das aus intuitiv nachvollziehbaren, da rationalen und objektiven, d. h. gesellschaftlich anerkannten Gründen. Wer so alt und so krank ist, hat keinen pathologischen, sondern einen physiologisch hervorgerufenen Wunsch zu sterben. In gewisser Weise fehlt es Herrn Pascal somit auch an Leben, das er sich nehmen kann.

Ein paar Tage später wird bei Herrn Pascal die Oberarztvisite durchgeführt: Nach einer eigenen Vorstellung fragt die Oberärztin, wie es ihm geht und ob sie was für ihn tun können. Als er nicht (schnell genug) reagiert, fragt Dr. Abels, ob er seinen Lebensmut verloren hat. Er sagt „Ja“. Als Dr. Abels nachfragen will, ob er lebensverlängernde Maßnahmen haben will, unterbricht die Tochter ihn und berichtet davon, dass sie am Wochenende eine Patientenverfügung aufgesetzt haben. Die Tochter will, dass er auf die Palliativstation kommt. Dr. Abels meint, dass das nicht gehen würde. Am besten sollte er nach Hause, mit einer Kurzzeitpflege. Dieser Teil des Gesprächs wird halb geflüstert. Dann betritt die Sozialarbeiter*in den Raum und die Oberärztin fragt nochmal laut und deutlich Herrn Pascal, ob sie was für ihn tun können. Er meint „Ja. Ja.“ – „Was denn?“ – „Mir helfen [unverständlich]“ und als es die Oberärztin fragend wiederholt „Mir helfen ...?“, ergänzt die Tochter „zu sterben“.

In dieser oberärztlichen Visite wird deutlich, dass nunmehr auch die anwesende Tochter den Sterbewunsch ihres Vaters akzeptiert und unterstützt. Sie haben dafür eine Patientenverfügung aufgesetzt, die Herrn Pascal auch in einer Situation der Entscheidungsunfähigkeit, z. B. wenn er aufgrund seines dehydrierten Zustands nicht mehr klar bei Bewusstsein wäre, weiterhin das vermittelte Entscheidungssubjekt sein ließe. Sein Wille, dass ihm keine Nahrung oder Flüssigkeit zugeführt werden soll, wird durch die Patientenverfügung schriftlich fixiert und stabilisiert. Mit einer Patienten-

verfügung wird nicht einfach der Wille einer Person festgehalten, sondern gleichzeitig eine ganz bestimmte Form des Willens produziert:

Patientenverfügungen als Ausdruck des jeweils *aktuellen gültigen* Willens zu verstehen setzt [...] voraus, dass dieser als *kohärent* (eindeutig, nicht widersprüchlich), *kontinuierlich* (nicht veränderbar durch existenzielle Erfahrungen wie Sterben oder Koma) und damit der jeweiligen konkreten Situation gegenüber *geschlossen* konzipiert wird. (Graefe 2008, 248)

Die kategoriale und dichotome Struktur der Patientenverfügung (d. h. entweder Zustimmung oder Ablehnung von lebensverlängernden Maßnahmen) ermöglicht es, Herrn Pascals unsichere und ambivalente Grundhaltung gegenüber dem Sterben zu überschreiben. Durch die Patientenverfügung trägt er auch im Moment der völligen Entscheidungsunfähigkeit die vereinheitlichte Entscheidungsverantwortung. Somit herrscht (Rechts-) Sicherheit für die Behandelnden und Angehörigen. Bezeichnenderweise unterstützte die Tochter ihren Vater dabei nicht nur in der Verschriftlichung der Patientenverfügung, sondern auch in der Artikulation dieses Wunsches („zu sterben“) gegenüber der Oberärztin.

Später, als ich mit Dr. Abels alleine in ihrem Arztzimmer bin, frage ich nach, was jetzt eigentlich mit Herrn Pascal geplant ist. Sie meint, ihm wird nun immer Trinken mit einem Strohhalm angeboten und wenn er es verweigert, dann wird ihm nicht intravenös Flüssigkeit zugeführt. Als ich das als Sterbehilfe deklariere, korrigiert sie mich, dass das keine Sterbehilfe sei, wenn überhaupt sei es passive Sterbehilfe: So sterben halt Leute, wenn der Lebenswille weg ist. Verdursten sei auch nicht so schlimm, wie man sich das vorstellt. Der Mund wird ja benetzt und ansonsten döst man irgendwann weg. Sterbebegleitung machen sie hier zwar selten, aber in der Somatik sei das gang und gäbe.

Ich habe nach der Visite noch einige offene Fragen. Der ganze Prozess des FVNF ist mir unbekannt. Außerdem stelle ich es mir als sehr unangenehmen Sterbeprozess vor und bin überrascht, mit welcher Schnelligkeit und Leichtigkeit der ‚Suizid‘ eines Menschen einvernehmlich auf einer psychiatrischen Station verabschiedet werden kann. Die Assistenzärztin nimmt eine Verteidigungshaltung ein, als ich diesen Vorgang als Sterbehilfe deklariere. Sie negiert diese Einschätzung, um sie gleich darauf mit einer Einschränkung wieder-

einzuführen: Es sei *passive Sterbehilfe*.⁵ Sie antizipiert meine Vorurteile gegenüber dieser Weise des Sterbens und versucht mich gleichzeitig (wieder aus einer vermeintlich allwissenden Position heraus) sowohl darüber aufzuklären, dass Verdursten „nicht so schlimm“ sei, als auch mich von der Alltäglichkeit und Normalität dieser Vorgänge zu überzeugen („so sterben halt Leute, wenn der Lebenswillen [sic] weg ist“; „in der Somatik sei das gang und gäbe“). Auch die Bundesärztekammer stellt in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* fest, dass die „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr für Sterbende eine schwere Belastung darstellen k[ann]“ (BÄK 2004, 277; zit. nach Graefe 2008, 238). In diesem Sinne dient das Verdursten und Verhungern durch den FVNF damit nicht nur dem Ziel des Sterbens, sondern wird selbst zu einem humanitären Akt, der die Qual der Sterbenden verringert. Am nächsten Tag gehe ich morgens ins Stationszimmer und erfahre dort, dass Herr Pascal in der letzten Nacht gestorben ist.

Dr. Abels ist gerade am Telefon, vermutlich mit dem Personal der klinischen Kodierung und des Medizincontrollings: „Diagnose? Tod. [...] Grund sei Erlöschen des Lebenswillens gewesen. [...] Er hat zwar einen Suizidversuch gemacht, aber daran ist er nicht gestorben. Der hat nicht mehr gegessen und nicht mehr getrunken“. In seiner ausrangierten Akte befindet sich der Leichenschauchein, auf dem vermerkt ist: „Diagnose/Todesart: Fortgeschrittenes Prostata-Carzinom.“ In dem als „Vertraulicher Teil“ Markierten steht hingegen: „Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen: Aufn. wg Suizidversuch (Schnittv. U-Arm); lehnte weitere med. Behandl. ab, PatVerfü, trank nicht mehr“.

Herr Pascal ist nur fünf Tage nach der Aufnahme wegen „akuter Suizidalität“ verstorben. Inwieweit für den Tod der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ausschlaggebend war, der nur einen Tag vorher beschlossen wurde, lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen – aber ist für meine Argumentation auch unerheblich. Sein Tod löst auf der Station und in der Klinik kaum Betroffenheit aus. So kann Dr. Abels nüchtern und abgeklärt die Frage nach der Diagnose mit der simplen Feststellung „Tod“ zurückweisen und dann in wenigen Sätzen den Kontext erklären. Während andere besondere Ereignisse wie Suizidversuche oder gewalttätige Übergriffe sehr schnell in der Klinik zum gossip werden, über die sich in vielen offiziellen und inoffiziellen Sitzungen ausgetauscht wird, so wurde ich von keinem weiteren

5 Anmerkung der Herausgeber*innen: Die übliche Differenzierung zwischen *passiver*, *aktiver* und *indirekter Sterbehilfe* wird im Vorworts dieses Bandes kurz erläutert.

Gespräch über den Tod von Herrn Pascal Zeuge. Einen Tag später beginnt der Fall damit auch schon Geschichte zu werden. Es werden die letzten Übersetzungsversuche dieser Vorgänge in die klinischen und krankenkassenrelevanten Kategorien vollzogen und seine Patientenakte ist auch schon ausrangiert worden. Die Antwort von Dr. Abels, die auf die Frage nach der Diagnose nur die Antwort „Tod“ liefert, verweist dabei noch einmal auf die besondere Bewertung dieses Falls. Die Ärztin verweigert an dieser Stelle die psychiatrische Diagnostik des Patienten, welche aber die Voraussetzung für die Abrechnung einer stationären Behandlung darstellt. Damit betont sie, dass es sich hierbei um keinen psychiatrischen Fall gehandelt hat. Im Leichenschauschein findet sich noch eine weitere bemerkenswerte Unterscheidung, welche diese Kategorisierung stützt: Der nicht-vertrauliche Brief des Totenscheins bestimmt die Ursache des Todes durch den fortgeschrittenen Prostatakrebs und erwähnt weder den Suizidversuch noch den FVNF. Der vertrauliche Teil hingegen erwähnt die Vorgänge in aller Kürze. Für die Hinterbliebenen und auch für das Statistische Bundesamt, welche über die Landesämter die Informationen des nicht-vertraulichen Teils für die Bevölkerungsstatistik erhalten, wird hiermit der Tod urkundlich als Folge einer Krebserkrankung dokumentiert. Öffentlich ist dieser psychiatrische Fall, der mit einem Suizidversuch angefangen und mit passiver Sterbehilfe geendet hat, damit letzten Endes zum Fall eines Krebstoten umgeschrieben worden. Nur im vertraulichen Teil, der an das Gesundheitsamt geschickt wird, finden sich noch „nähere Angaben zur Todesursache“, welche den Suizidversuch und die passive Sterbehilfe dokumentieren.

Herr Pascals Sterbewunsch führte zu einem Suizidversuch und markierte damit eine Suizidalität, die zu einer psychiatrischen Aufnahme führte. In der psychiatrischen Verarbeitung wurde dieser Fall rekodiert und nach den nötigen Vorkehrungen, wie der Einverständnisproduktion der Familie sowie der vertraglichen Fixierung des Patientenwillens, ein Prozess der Sterbehilfe eingeleitet. Die drei Komponenten der Suizidalität, der Suizidprävention und der Sterbehilfe brachten sich dabei nacheinander zum Verschwinden. Die anfängliche Suizidalität des Patienten verschwindet in einem natürlichen und vernünftigen Sterbewunsch, die anfänglichen Maßnahmen der Suizidprävention verschwinden in einem Prozess der Sterbebegleitung und schließlich verschwindet auch die Sterbehilfe in ihrer eigenen Passivität sowie durch die Hervorhebung der karzinomen Verursachung. Es ist das Besondere an diesem Fall, dass ihn in seinem Verlauf eine umgreifende Negation kennzeichnet. Der suizidpräventive Auftrag der Psychiatrie wird durch die passive Sterbehilfe genauso negiert wie zuvor die

Suizidalität des Patienten. Schließlich verschwindet selbst der Prozess der Sterbehilfe, sowohl im Gespräch mit mir als auch in der Dokumentation.

Der Tod von Herrn Pascal hinterlässt keine Spuren im klinischen Alltag. Es scheint ein fast unsichtbarer Vorgang gewesen zu sein, der relativ still und unbemerkt vonstattenging. Dabei ist weder das Sterben von Patient*innen noch die Sterbebegleitung oder passive Sterbehilfe ein normaler Vorgang für eine Station der psychiatrischen Akutversorgung. Es ist also nicht die alltägliche und routinierte Arbeitsnormalität, sondern vielleicht eher eine kollektiv geteilte, normative Auffassung des Sterbens alter und kranker Menschen („so sterben halt Leute, wenn der Lebenswillen [sic] weg ist“), die hier zum Verschwinden dieses Falls beiträgt. In gewisser Weise erlitt der Patient schon vor der Aufnahme seinen sozialen Tod, da er von vornherein in einem terminalen Status wahrgenommen wurde. Im Gegensatz zu der Betroffenheit, die beispielsweise durch andere schwere Suizidversuche ausgelöst wurde, besteht hier eher Erleichterung oder sogar Dankbarkeit, dass dieser Mensch nicht noch weiter leiden musste. Der Suizid wird hier zur willkommenen Erlösung.

Im Folgenden soll dieser Einzelfall in einen größeren Rahmen gestellt werden und die konfligierenden Diskurse der Suizidprävention und der Sterbehilfe gegenübergestellt werden, und zwar genau an den Schnittstellen, an denen es zu einer Verschränkung dieser zwei meist separaten Diskurse kommt.

III. Die Grenzen von Suizidprävention und Sterbehilfe

Könnte es nicht sein, dass Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in Zukunft deshalb zunehmend mehr Akzeptanz und Normalität gewinnen, weil man sich dadurch einen Kosteneinspareffekt im Gesundheitshaushalt verspricht [...]? Oder anders gefragt: ‚Lohnt‘ es sich, in Suizidprävention und Krisenhilfe bei suizidgefährdeten, insbesondere alten Menschen, Mittel zu investieren, die in der Akutmedizin und medizinischen Forschung dringlicher gebraucht werden? (Erlemeier/Wirtz 2002, 153)

Sterbehilfe und Suizidprävention stehen in einem gewissen Spannungsverhältnis zueinander. Erlemeier und Wirtz nutzen hier die Vermittlungsebene der Ökonomie und setzen die jeweiligen Maßnahmen mit der Triage, d. h. Kosten-Nutzen-Überlegungen, in ein Verhältnis. Dabei erscheinen Sterbehilfe und Suizidprävention als zwei Seiten der gleichen Medaille, was auf den ersten Blick alles andere als selbstverständlich ist. Immerhin umfasst

die Suizidprävention Maßnahmen zur Verhinderung und die Sterbehilfe Maßnahmen zur Ermöglichung des Suizids.

Betrachtet man die zwei Diskurse der Suizidprävention und der Sterbehilfe, so fällt schnell auf, dass letzterer wesentlich stärker in der Öffentlichkeit präsent ist (Woellert/Schmiedebach 2008, 68). Dies mag zum einen an der einfacheren Identifikationsmöglichkeit mit dem Thema liegen, da ein Szenario, in dem man selbst oder eine Person aus dem sozialen Umfeld Sterbehilfe fordert, vielleicht leichter zu imaginieren ist als der Fall, dass man selbst oder eine nahestehende Person ohne Unterstützung Suizid begeht. Zum anderen wird Sterbehilfe als ethisches und politisches Problem verhandelt, während Suizidprävention hingegen als ethische Selbstverständlichkeit oder ethische Verpflichtung gewertet wird (Wolfersdorfer/Schneider/Schmidtke 2015). Nur an der erzwungenen Suizidprävention durch Hospitalisierung oder Zwangsbehandlung gibt es vereinzelte Kritik (Large et al. 2014; Szasz 2011). Bezüglich der Sterbehilfe stehen sich hingegen mehrere unvereinbare Positionen gegenüber. Wird Sterbehilfe von der einen Seite als eine medizinisch angeleitete und mit Mitleid rationalisierte Tötung betrachtet, wertet die andere Seite sie als eine humane Form des Sterbens, die die Autonomie und Würde des Einzelnen respektiert (Finzen 2009, 38ff.; Wittwer 2020). Diese entgegengesetzten Positionen tragen dazu bei, dass die Debatten rund um das Thema der Sterbehilfe oft sehr emotional geführt werden.

Obwohl die Themen der psychiatrischen Suizidprävention und der Sterbehilfe meist separat verhandelt werden, bestehen doch mehrere grundsätzliche Berührungspunkte zwischen diesen Praktiken und Diskursen, von denen ich zwei nur nennen und auf einen weiteren etwas näher eingehen werde: 1.) Der erste offensichtliche Berührungspunkt liegt zwischen den Debatten um Sterbehilfe und dem spezifischen Strang der Suizidprävention im Alter. Da alte Menschen als besonders suizidgefährdet gelten, sind sie eine der ausgewiesenen Ziel- und Risikogruppen für suizidpräventive Maßnahmen. Gleichzeitig betrifft der Bereich der Sterbehilfe im Kern gerade die Alterssuizidalität, die nur je nach Position und Bewertung des Einzelfalls verhindert oder als nachvollziehbarer Ausdruck der individuellen Lage der Betroffenen gewertet wird. 2.) Der zweite Berührungspunkt betrifft die medizinische oder psychiatrische Macht in der Entscheidung über die Entscheidungsfähigkeit einer Person. Schließlich fällt der Medizin oder Psychiatrie die Aufgabe zu, im Zweifelsfall darüber zu richten, ob der Suizidwunsch irrationalen und psychopathologischen oder rationalen und physiologischen Gründen entspringt. Wird die Suizidalität als Folge einer

psychischen Störung oder emotionalen Belastung infolge einer psychischen Krise verstanden, müsste der Suizid im Prinzip verhindert werden. Wird die Suizidalität hingegen als legitime Lebensmüdigkeit verstanden, kann mit psychiatrischer Autorität eine Art ‚Sterbehilfegenehmigung‘ erteilt werden. 3.) Drittens gibt es eine Begegnung der Diskurse in der argumentativen Gestalt des Widerspruchs. Die Sterbehilfe kann demnach, indem sie die Suizidalität der Betroffenen ernst nimmt, eine wichtige suizidpräventive Funktion übernehmen. Gleichzeitig befürchten manche, dass eine Liberalisierung der Sterbehilfe zu einem Anstieg der Suizidraten führen wird. Diese beiden letztgenannten Argumente will ich nun kurz darstellen.

Ein paradox anmutendes Argument für Sterbehilfe lautet, dass sie unter gewissen Umständen eine wichtige suizidpräventive Funktion übernehmen kann. Diese Argumentation findet sich beispielsweise in der psychiatrischen Praxis wieder. Es gibt vereinzelte Fallbeschreibungen von paradoxen Interventionen mit suizidalen Patient*innen. Die Anthropologin Lorna Rhodes beschreibt in ihrer Psychiatrie-Ethnographie *Emptying Beds* beispielsweise die Behandlung eines obdachlosen, psychotischen und suizidalen Patienten, der von seinem Psychiater fordert, dass er ihn mit einer Spritze umbringen solle (1991, 161ff.). Nach einer langen unfruchtbaren Behandlung lässt sich der Psychiater in einer Art sozialem Experiment auf das Spiel ein. Er sichert ihm also zu, dass er seinen Suizidwunsch unterstützen wird, was wiederum einige letzte Taten des Patienten mobilisiert (so z. B. die Kontaktaufnahme mit der Familie, um sich bei ihnen zu entschuldigen), die den Patienten letztendlich dazu bringen, sich doch nicht das Leben nehmen zu wollen. Auch im Werk von Nicholas Cummings, der im Jahr 1979 Präsident der *American Psychiatric Association* wurde, finden sich mehrere Fallbeispiele, bei denen er Patient*innen eine Zyankalikapfel zur Verfügung stellte, um ihre suizidale, nach innen gerichtete Aggression zu externalisieren und sie damit wieder vom Leben zu überzeugen (vgl. Thomason 2012). Solche paradoxen Interventionen werden in der klinischen Praxis sicherlich sehr selten angewandt, da sie erhebliche Risiken bergen. Doch sie offenbaren eine praktische Relevanz der Möglichkeit der Sterbehilfe: Wenn die Suizidalität als solche ernst genommen und tatsächlich die Möglichkeit für einen Suizid bereitgestellt wird, so kann dies dazu führen, dass für die Betroffenen der Suizid als nunmehr *eine* Möglichkeit hinter Andere zurücktritt oder gar verschwindet.

Im medizinischen und psychiatrischen Diskurs begegnet man diesem Argument immer wieder (Erlemeier/Wirtz 2002, 153; Naudts et al. 2006, 408; Verhofstadt et al. 2019, 155). In den Ländern, in denen *aktive Sterbe-*

hilfe legalisiert ist, müssen sich die Betroffenen einem aufwendigen medizinisch-psychiatrischen Begutachtungsprozess aussetzen, an dessen Ende entschieden wird, ob sie einen ärztlich assistierten Suizid erhalten oder nicht. Ein Argument für aktive Sterbehilfe ist, dass für diejenigen, deren Antrag abgelehnt wird, der ganze Prozess suizidverhindernd wirken kann. Denn der Wunsch zu sterben wird als solcher ernst genommen, intensiv und professionell überprüft und mit medizinischer Autorität abgelehnt. Schließlich werden den Betroffenen Alternativen wie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgezeigt. So stellt die Suizidprävention bei psychiatrischen Patient*innen für manche Autor*innen sogar das hauptsächliche Argument für aktive Sterbehilfe dar: „A liberal approach to assisted suicide may thus prevent irrational suicide“ (Kerkhof 2000, 452). Von ähnlichen Erfahrungen berichten auch Palliativmediziner*innen: Viele Menschen fürchten einen langwierigen und schmerzhaften Sterbeprozess und bitten daher die Behandelnden um ein Mittel zum Sterben oder machen Pläne, in die Schweiz zu fahren und sich dort von einem Sterbehilfeverein helfen zu lassen. Werden die Betroffenen nun aber über die Möglichkeit einer palliativen Sedierung aufgeklärt, können die Suizidwünsche oder Suizidtourismuspläne verschwinden. So schreibt etwa Sitte (2015, 153):

[A]us meiner eigenen Erfahrung heraus scheint es im ehrlichen, intensiven, verlässlichen Austausch mit dem Patienten suizidpräventiv zu sein, ihm Wege offen zu lassen und gegebenenfalls auch aufzuzeigen, wie er sich denn wirklich das Leben selbst nehmen könnte, wenn er es denn wirklich selbst wollte.

Auch Advokaten der Sterbehilfe wie Phillip Nitschke vertreten die Ansicht, dass technische Hilfsmittel wie der *Exit-Bag*⁶ das Leben von terminal Kranken verlängern wird, da sie damit ein Gefühl der Kontrolle über ihre Zukunft zurückerhalten:

That idea of giving people access to a means of feeling that they're back in control of this issue is actually a way of prolonging life [...]. It may

6 Technische Hilfsmittel für das selbstbestimmte Sterben werden seit den 1990er Jahren von Sterbehilfeaktivisten wie Jack Kevorkian, John Hofsess und Philip Nitschke entwickelt und propagiert. Das Entscheidende an diesen Hilfsmitteln ist nicht nur, dass sie einen schnellen und möglichst schmerzfreien Tod ermöglichen sollen, sondern dass die Betroffenen die Tatherrschaft über den Sterbeprozess erlangen. Indem nur noch ein Knopf gedrückt – oder wie beim *Exit-Bag* nur eine Tüte über den Kopf gezogen und mit freiverkäuflichem Gas gefüllt werden muss – werden die juristischen und ethischen Probleme der aktiven Sterbehilfe umgangen.

seem paradoxical, but what we find is when people feel that they're back in control, they're less likely to do desperate things in desperate ways. (ABC News, 18.12.2008)

So weit verbreitet diese Argumentationsstruktur auch ist, so bleibt sie doch umstritten. Dabei wird der korrelative Zusammenhang zwischen der allgemeinen Suizidrate und der Sterbehilferate als Beleg für, aber auch als Beleg gegen einen suizidpräventiven Effekt der Sterbehilfe angeführt. Denn je nach bemühter Statistik ist die Korrelation eine positive oder negative. Während die Suizidraten in einigen US-amerikanischen Staaten und in den Niederlanden seit der Einführung der aktiven und assistierten Sterbehilfe anstieg (Boer/Lic 2017; Jones/Paton 2015), so fiel die sie hingegen in Belgien, der Schweiz und Luxemburg (Lowe 2017).

Schließlich gibt es auch das diametrale Argument: Durch die Enttabuisierung des Suizids, die mit einer Liberalisierung der Sterbehilfe einhergeht, entfallen auch die protektiven Aspekte des Tabus. Der Suizid rücke damit eher in ein Feld des Sag- und Machbaren. Durch subtilen gesellschaftlichen Druck und Mechanismen der sozialen Ansteckung von Suizidalität führe die Sterbehilfe nicht zur Suizidprävention, sondern zum sogenannten ‚Dambruch‘ und einem Anstieg der Suizidraten (Kheriaty 2015). Das Argument der ‚schiefen Ebene‘, das besagt, dass eine Liberalisierung der Sterbehilfe zu weiteren negativen Folgen führe, beinhaltet eben auch das Argument einer verstärkenden Interferenz der Sterbehilfe mit der allgemeinen Suizidalität (Daub 1994; Guckes 1997).

Die Praktiken und Diskurse der Suizidprävention und der Sterbehilfe stehen sich nicht nur dann in Form eines Widerspruchs gegenüber, wenn es darum geht, den selbstbestimmten Tod alter Menschen zu verhindern oder zu ermöglichen, sondern interferieren an gewissen Punkten miteinander. Sie sind dialektisch ineinander verschränkt: Sie widersprechen sich und heben sich in gewissen Punkten gegenseitig auf. Der Sterbehilfe kann sowohl eine suizidpräventive als auch eine suizidverstärkende Funktion zugeschrieben werden. Die disparaten und antagonistischen Bereiche sind zugleich produktiv und wesentlich aneinandergespleißt.

Ist der Diskurs der Suizidprävention zwar auf das Leben ausgerichtet, so können präventive Effekte doch gerade dadurch erzielt werden, dass die Themen des unvermeidlichen Todes und der Gestaltung des Sterbens integriert werden. Sobald das Sterben aber als natürliche Unvermeidlichkeit einbezogen wird, kann die Bewertung und Verarbeitung der Suizidalität von Suizidprävention in Suizidassistenz umschlagen, und zwar durch eine

Rationalität, die ich im letzten Schritt als *Physiologisierung der Suizidalität* beschreiben möchte.

IV. Die Physiologisierung der Suizidalität

In diesem Abschnitt möchte ich die *Physiologisierung von Suizidalität* als einen Vorgang beschreiben, der im Sterbehilfediskurs als Antonym zur *Pathologisierung von Suizidalität* in Erscheinung tritt. *Pathologisierung* bezeichnet die Medikalisierung bestimmter sozialer Phänomene, die als Symptome einer ursächlich zugrundeliegenden (psychischen) Krankheit gedeutet und behandelt werden. Der Begriff ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufgekommen und hat sich seit den 1980er Jahren besonders in den Bereichen der Geschlechtlichkeit und Sexualität (z. B. die Pathologisierung von Homosexualität, Weiblichkeit, Transsexualität etc.) aber auch im Bereich der allgemeinen Medizin- und Psychiatriekritik (z. B. Pathologisierung atypischer Lebensweisen, Handlungen und Erfahrungen) zu einem politischen Begriff entwickelt, der dazu genutzt wird, die diagnostische Kultur zu kritisieren und die medizinische Deutungshegemonie infrage zu stellen (Brinkmann 2020; Groß/Müller/Steinmetzer 2015; Liebert 2014; Tosh 2014).

Ich möchte auf den gegenteiligen Prozess aufmerksam machen und hierfür den Begriff der *Physiologisierung* (physiologisch im Sinne der altgriechischen Etymologie *phýsis*, d. h. *Natur* im Sinne von ‚natürlich‘, ‚natürliche körperliche Beschaffenheit‘ oder ‚den natürlichen Lebensvorgängen entsprechend‘) einführen. Unter Physiologisierung verstehe ich die Re-/ Interpretation von Verhältnissen, Handlungen, Erlebnissen, Gefühlen und Denkweisen als ‚natürliche‘ körperliche Begebenheiten oder Vorgänge⁷. Sie ist also eine spezifische Form der Entpathologisierung, die durch eine Betonung der körperlichen Natürlichkeit bzw. der körperlichen Bedingt-

7 Die Psychiatrie bemüht sich seit jeher um Wahrnehmung und Anerkennung als eine *medizinische* Disziplin und versucht dies in immer wiederkehrenden Euphorie- und Enttäuschungszyklen über den Weg der Biologie (Brink 2010; Ruppel 2020). Von der Phrenologie des 19. Jahrhunderts zur Biomarkerforschung des 21. Jahrhunderts versucht die psychiatrische Forschung psychische Erkrankungen in der materiell-biologischen Anlage des Menschen zu identifizieren. Mit dem Term der Physiologisierung bezeichne ich aber etwas anderes: Eine Begründungsstruktur und eine Handlungs- und Legitimationsgrundlage, die dazu dienen, ein spezifisches Erleben (wie Suizidwünsche) nicht mehr als Zeichen einer psychiatrischen Erkrankung zu verstehen, sondern als Folge einer natürlichen körperlichen Entwicklung und Verfassung.

heit vollzogen wird. Die Physiologisierung weist Verhältnisse und Prozesse nicht als gesund aus, wie die Pathologisierung sie als krank ausweist, sondern sie schreibt ihr eine körperliche Normalität zu, wie die Pathologisierung eine Normabweichung markiert. Die Physiologisierung verstehe ich somit als einen Prozess der dezidiert körperbezogenen Normalisierung und Rationalisierung.

Der Prozess der *Physiologisierung der Suizidalität* konnte in der psychiatrischen Behandlung und Verarbeitung der Suizidalität von Herrn Pascal beobachtet werden. Hier kam der Moment des Umschlagens in den Blick, in dem die Beurteilung von einer psychopathologisch motivierten und somit behandlungswürdigen Suizidalität zu einer, seinem präfinalen körperlichen Alters- und Leidenszustand entsprechenden, nachvollziehbaren, rationalen und in diesem Sinne physiologischen Suizidalität wechselte. Die Suizidalität der Betroffenen verschwindet somit in einem ‚normalen‘ körperlichen Sterbeprozess, zu dem nicht nur die Wünsche nach dem eigenen Tod gehören können, sondern auch passive Unterlassungen oder aktive Handlungen, die diesen Prozess beschleunigen.

Die *Pathologisierung der Suizidalität* geht mit einem Absprechen der Handlungs- und Entscheidungssouveränität einher. Die Suizidalität ist im psychiatrischen Sinne zumeist durch eine gewisse Grunderkrankung oder -störung motiviert und kein Ergebnis einer wohlüberlegten und freien Entscheidung. Die vielzitierte Formel von Ringel aufgreifend, stellt der Suizid den „Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung“ (1953) dar, was Suizidalität als Symptom einer psychischen Erkrankung ausweist. Die *Physiologisierung der Suizidalität* geht hingegen mit einer Zuschreibung der Handlungs- und Entscheidungssouveränität einher. Die Lebensüberdrüssigkeit und die Suizidwünsche der Betroffenen gelten hier als rational nachvollziehbare Konsequenz ihrer körperlichen Verfassung. Der Entschluss Sterben zu wollen ist an dieser Stelle nicht mehr Resultat einer krankhaften psychischen Entwicklung, sondern Resultat einer freiwilligen, bilanzierenden und ausgewogenen Entscheidung, welche durch einen als objektiv erklärten, perspektivlosen und unerträglichen körperlichen Zustand motiviert ist.

Liegt die medizinpolitische Rationalität der Suizidprävention also in der Pathologisierung, liegt sie bei der Sterbehilfe in der *Physiologisierung der Suizidalität*. Durch einen Prozess der körperbezogenen Naturalisierung und Normalisierung erscheint der Suizid hier als Mittel, den unvermeidlichen Sterbeprozess selbst zu regulieren. Die Ambivalenz, die in der Suizidprävention normalerweise den zu verstärkenden Ansatzpunkt für eine *Überzeugung zum Leben* darstellt (Iltzsche 2023), wird im Kontext der Ster-

behilfe durch eine Vereindeutigung negiert. Nicht mehr die pathologische, irrationale und ambivalente ‚Natur‘ der Suizidalität, sondern die physiologische und rationale ‚Natur‘ der Sterbewünsche wird hervorgehoben.

V. *Wer stirbt, wer lebt und wer entscheidet?*

„Oh, my God ... you were gonna kill me.“ – „No, I wa/... You were gonna kill yourself!“ – „Well ... I'm allowed.“ – „No, you're not!“ – „What? I'm not allowed, and you are? How's that fair?“

(Dialog zwischen Ray und Ken aus *In Bruges*, McDonagh 2008)

Im Hollywoodfilm *In Bruges* werden die Fragen aufgeworfen, wer sterben will und wer sterben muss, wer leben darf oder gar leben muss und wer darüber entscheiden darf. Der Film ist somit eine nicht nur ironische Erzählung über Suizidprävention in einer mörderischen Welt. Vielleicht ist es daher auch kein Zufall, dass er gerade in Belgien spielt, einem der wenigen Länder weltweit, in denen selbst *aktive Sterbehilfe* erlaubt ist. Dabei thematisiert der Film auch, wie sich unter besonderen Umständen die vergleichbaren Handlungsziele von Mord und Selbstmord gegenseitig zum Verschwinden bringen. Bei einer etwas anderen Variante von Suizidalität, in der oftmals gar nicht so lustigen Welt der klinisch-psychiatrischen Praxis, ließ sich durch die Analyse des psychiatrischen Behandlungs- und Todesfalles von Herrn Pascal zeigen, wie die Bereiche der Suizidalität, Suizidprävention und Sterbehilfe nacheinander zum Verschwinden gebracht wurden. Ein konkreter Fall hat uns vor Augen geführt, wie sich durch ein kollektives und performatives Tun aus einem Suizidversuch zunächst suizidpräventive Bemühungen ergaben, die dann zu Maßnahmen der passiven Sterbehilfe transformiert wurden und schließlich all dies unter der Kodierung eines krebserkrankten Todesfalls verschwinden konnte. Auch auf der Ebene der diskursiven Berührungspunkte von Sterbehilfe und Suizidprävention ließen sich diese Momente der Invertierung wiederfinden. Die so disparaten und widersprüchlichen Bereiche, die mit völlig unterschiedlichen Setzungen und Ansprüchen die gleiche ‚Zielgruppe‘ anvisieren, scheinen auch hier an gewissen Stellen zu interferieren. Auf der einen Seite kann Sterbehilfe demnach eine suizidpräventive Funktion übernehmen, indem sie die Sterbewünsche der Betroffenen tatsächlich anerkennt und nicht von vornherein pathologisiert. Auf der anderen Seite findet sich das gegensätzliche Argument, dass eine Liberalisierung der Sterbehilfe auf eine ‚schiefe Ebene‘ und zu einem Anstieg der allgemeinen Suizidrate führe. Der

psychiatrische Apparat ist in erster Linie auf Suizidprävention ausgerichtet und nur an seinen Grenzen mit dem Komplex der Sterbehilfe konfrontiert. Doch die Transition von Suizidprävention zu Sterbehilfe wirft viele schwierige Fragen danach auf, wer die Macht hat oder haben sollte, über Leben und Tod zu entscheiden.

Nach Thomas Macho (2017) ist die Frage nach dem Suizid ein Leitmotiv der Moderne. Die Fragen, wer über den Erhalt und seine Beendigungen bezüglich des eigenen oder fremden Lebens bestimmen darf, wann die Grenzen des im Namen der Selbsterhaltung tolerierbaren Leidens erreicht werden, also wann und wie gestorben werden darf und welche Rollen die medizinischen und psychiatrischen Apparate dabei einnehmen sollen, sind keine leicht zu klärenden Fragen – und doch Fragen, die immer wieder zu stellen sind und deren Antworten *praktisch* zu geben weder gescheut werden kann noch sollte. Die immer wieder neu aufkommende Debatte um Sterbehilfe zeigt vielmehr, dass die liberale Demokratie gerade bei der Frage des selbstbestimmten Todes in widersprüchliche rechtlich-normative Ansprüche und Maximen verstrickt ist, da hier grundlegende bürgerliche Rechte, Pflichten und Freiheiten verhandelt und hergestellt werden. Die hier angeführten Beispiele und Überlegungen sollen vielmehr aufzeigen, dass die Stränge der Suizidprävention und Sterbehilfe nicht nur Gegensätze sind, sondern sich auch gegenseitig bedingen und sogar ineinander umschlagen können. Gerade anhand der empirischen Einzelfallanalyse konnte deutlich gemacht werden, wie sehr die *Pathologisierung der Suizidalität* ein performativer Darstellungs- und Deutungsakt ist, der mit nur wenig Anstrengung durch Umdeutung auch wieder revidiert werden kann. Die Grenze zwischen dem suizidalen Leiden, das sich aus einer psychischen Erkrankung ergibt und verhindert werden muss, und dem suizidalen Leiden, das sich aus einer körperlichen Bedingtheit ergibt und sogar medizinpolitische Legitimität erhält, ist also nicht von vornherein gegeben, sondern wird erst durch gewisse Praktiken konstituiert.

Literaturverzeichnis

- ABC News (18.12.2008): Nitschke's suicide machine slammed. <https://www.abc.net.au/news/2008-12-18/nitschkes-suicide-machine-slammed/243744>, [03.09.2023]
- Baechler, Jean (1981): *Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord*. Ullstein. Frankfurt am Main, Berlin, Wien.
- Boer, Theo A./Lic, Theol (2017): Does Euthanasia Have a Dampening Effect on Suicide Rates? Recent Experiences from the Netherlands. In: *Journal of Ethics in Mental Health*, 10, 1–9.
- Brinkmann, Svend (2020): *Diagnostic cultures. A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge. London.
- Canevascini, Michela (2012): *Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques*. Dissertation. University of Lausanne Open Archive. <http://serval.unil.ch>, [22.02.2023]
- Daub, Ute (1994): *Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Forum Gegen die neue Lebensunwert-Diskussion*. Lambertus. Freiburg im Breisgau.
- Erlmeier, Norbert/Wirtz, Markus Antonius (2002): *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*. Deutschland. Kohlhammer. Stuttgart.
- Finzen, Asmus (2009): *Das Sterben der Anderen. Sterbehilfe in der Diskussion*. Mabuse. Frankfurt am Main.
- Graefe, Stefanie (2008): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Campus-Verlag. Frankfurt am Main.
- Groß, Dominik/Müller, Sabine/Steinmetzer, Jan (2015): *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Guckes, Barbara (1997): *Das Argument der schiefen Ebene. Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion*. Fischer. Stuttgart.
- Iltzsche, Robin (2023): *Die Überzeugung zum Leben. Eine Ethnographie der psychiatrischen Suizidprävention*. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Jones, David Albert/Paton, David (2015): How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide? In: *Southern medical journal*, 108(10). 599–604.
- Kerckhof, Ad J. F. M. (2000): How to deal with requests for assisted suicide: Some experiences and practical guidelines from the Netherlands. In: *Psychology, Public Policy, and Law*, 6(2). 452–466.
- Kheriaty, Aaron (2015): Social Contagion Effects of Physician-Assisted Suicide: Commentary on "How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?". In: *Southern medical journal*, 108(10). 605–606.
- Large, Matthew/Ryan, Christopher/Walsh, Gerard/Stein-Parbury, Jane/Patfield, Martyn (2014): Nosocomial suicide. In: *Australasian psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 22(2). 118–121.

- Liebert, Rachel (2014): Pathologization. In: Thomas Teo (Hrsg.), *Encyclopedia of critical psychology*. Springer. New York. 1327–1333.
- Lowe, Matthew (2017): Does Legalization of Medical Assistance in Dying Affect Rates of Non-assisted Suicide? In: *Journal of Ethics in Mental Health*, 10. 1–9.
- Macho, Thomas (2017): *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. Suhrkamp. Berlin.
- McDonagh, Martin (2008): *In Bruges*. Produktion von Graham Broadbent und Peter Czernin. Regie und Drehbuch von Martin McDonagh. Großbritannien, USA.
- Naudts, Kris/Ducatelle, Caroline/Kovacs, Jozsef/Laurens, Kristin/van den Eynde, Frederique/van Heeringen, Cornelis (2006): Euthanasia: the role of the psychiatrist. In: *The British journal of psychiatry. The journal of mental science*, 188. 405–409.
- Rhodes, Lorna A. (1991): *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*. University of California Press. Berkeley.
- Ringel, Erwin (1953): *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*. Maudrich. Wien.
- Sitte, Thomas (2015): *Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen? Über eine mögliche Notwendigkeit lebensverkürzender Maßnahmen*. Dissertation. Universität des Saarlandes.
- Szasz, Thomas (2011): *Suicide prohibition. The shame of medicine*. Syracuse University Press. New York.
- Thomason, Timothy C. (2012): Paradoxical treatment of severe depression: An unconventional therapy. In: *Scientific Review of Mental Health Practice*, 9(1). 41–52.
- Tosh, Jemma (2014): *Perverse psychology. The pathologization of sexual violence and transgenderism*. Routledge. New York.
- Uexküll, Thure von (1973): Das Verhältnis der Heilkunde zum Tode – Einleitung zur deutschen Ausgabe. In: David Sudnow (Hrsg.), *Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung*. Fischer. Frankfurt am Main.
- Verhofstadt, Monica/van Assche, Kristof/Sterckx, Sigrid/Audenaert, Kurt/Chambaere, Kenneth (2019): Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. In: *International journal of law and psychiatry*, 64. 150–161.
- Wittwer, Héctor (2020): *Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid. Grundlagen zur ethischen Debatte*. Verlag Karl Alber. Freiburg im Breisgau.
- Woellert, Katharina/Schmiedebach, Heinz-Peter (2008): *Sterbehilfe*. Reinhardt. München.
- Wolfersdorf, Manfred/Schneider, Barbara/Schmidtke, Armin (2015): Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. In: *Der Nervenarzt*, 86(9). 1120–1129.

Von Nietzsche lernen – Die Lehre vom freien Tode als unmögliche und notwendige Aufgabe einer demokratischen Sterbehilfekultur

Simon Duncker

Die Debatte um assistierten Suizid, die sich infolge des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 26. Februar 2020 wieder entspannen hat, bewegt sich hitzig zwischen zwei Positionen, die in der Öffentlichkeit ihre allzu unterschiedenen Verfechter*innen haben. Die liberale Position fordert im Namen von Freiheit und Selbstbestimmung, dem Individuum endlich institutionalisierte Möglichkeiten zu bieten, sein Leben zu beenden. Die konservative Position pocht auf die staatliche Pflicht, menschliches Leben zu schützen, deren Relativierung sie angesichts moderner Rationalisierung für gefährlich hält. Vermittelnde Positionen und Gesetzesvorschläge bemühen sich um einen Kompromiss zwischen den Lagern, die schließlich nicht nur im Parlament sitzen, sondern in die Verfassung eingeschrieben sind und eine Güterabwägung verlangen. Auch wenn die Diskutant*innen nicht müde werden zu betonen, dass sie nicht über Suizid urteilen, reproduzieren sie die altbekannten Regeln seiner moralischen Beurteilung. Diese Regeln strukturieren die zwei Pole, zwischen denen die Debatte auch in ihren vermittelnden Positionen changiert (s. Vorwort in diesem Band).¹

Dieser Beitrag möchte versuchen, dieser eingefahrenen und moralisch aufgeladenen Struktur mit einem Rückgriff auf Nietzsche zu entkommen.² Von Nietzsche lernen kann die Sterbehilfedebatte deshalb, weil sich bei ihm eine Suizidethik *jenseits der Moral* der dargestellten Pole finden lässt. Des-

-
- 1 Ich spreche hier vom liberalen und vom konservativen Pol im Sinne von Diskurspositionen. Das bedeutet ausdrücklich nicht, dass die Position mit dem politischen Selbstverständnis des*der Sprecher*in oder gar einem links-rechts-Pol übereinstimmt, ist es doch gerade für die Sterbehilfedebatte kennzeichnend, dass sie sich quer zu den Parteilinien organisiert, was sich an der Aufhebung des Fraktionszwangs im Bundestag verdeutlicht.
 - 2 Ich danke der *Klassik Stiftung Weimar* für das Nietzsche Fellowship, das es mir ermöglicht hat, an diesem Text zu arbeiten. Ich danke Helmut Heit für Zuspruch und Anne-Kathrin Krug, Achim Wamßler und dem Kolloquium Politische Theorie von Oliver Flügel-Martinsen für Kritik und Hinweise.

halb lässt sich mit ihm das Problem auf eine Weise artikulieren, für die die Debatte bislang strukturell keine Sprache hat. Es geht mir also keineswegs darum, hermeneutische Nietzsche-Philologie zu betreiben, sondern eine Lesart zu entwickeln, die die Reformulierung eines politischen Problems ermöglicht.

An Nietzsches Lehre *vom freien Tode* wird sich der erste Teil des Beitrags herantasten (I.). Im Werkkontext seiner *freigeistigen Phase* erscheint diese Lehre als Teil des Projekts eines *Lebens ohne Gott. Der Tod zur rechten Zeit* wird zur Frage, die sich nach dem Tod Gottes in philosophischer (1.), historisch-kultureller (2.) und pädagogischer Dimension (3.) als Problematisierungen relativen Lebenswerts aufdrängt. Den Gefahren einer durch Nietzsche nahegelegten *Suizidkultur* werde ich durch die Betonung des *tragischen Bewusstseins* Zarathustras begegnen, welches das Scheitern *jeder* Bestimmung des freien Lebens und Sterbens ohne Gott in die Ethik einer solchen *Suizidkultur* aufnimmt. Der zweite Teil des Beitrags fragt danach, was die aktuelle Sterbehilfedebatte von diesen drei Problematisierungsweisen lernen kann (II.). Philosophisch ist das erstens eine Metaphysikkritik, die in liberalen und konservativen Diskursen Gottes Erben als Formen des *Absoluten* aufspürt, die ihr Sprechen ermöglichen (1.). Zweitens stellt sich jenseits dieser ideologischen, aber auch der politischen Debatten um institutionelle Verfahrensweisen im Anschluss an die tragische Ethik das politische *Problem einer demokratischen Kultivierung des Suizids* – eine Kultivierung nämlich, die der Liberalisierung der Suizidassistentz und ihren problematischen Folgen dadurch gewachsen wäre, dass sie gleichsam die illiberalen Voraussetzungen für eine gelingende Demokratisierung schafft (2.). Drittens würde Kritik dann nicht ins strukturell konservative Klagelied einer Biopolitisierung des Suizids einstimmen, die durch institutionalisierte Suizidassistentz stattfindet, sondern auf die Ermöglichung und Ausweitung von Techniken suizidaler Subjektwerdung und Politisierung zielen, die Bedingungen für Autonomie und Widerstand gegen *jede* liberale Macht über Lebensmüde im Spätkapitalismus schafft (3.).

I. Die Lehre vom freien Tode...

... lässt Nietzsche durch die zentrale Figur seines literarischen Hauptwerkes verkünden. *Also sprach Zarathustra*:

Viele sterben zu spät, und Einige sterben zu früh. Noch klingt fremd die Lehre: „stirb zur rechten Zeit!“ [...]

Freilich, wer nie zur rechten Zeit lebt, wie sollte der je zur rechten Zeit sterben? Möchte er doch nie geboren sein! – Also rathe ich den Überflüssigen. [...]

Wichtig nehmen Alle das Sterben: aber noch ist der Tod kein Fest. Noch erlernten die Menschen nicht, wie man die schönsten Feste weicht.

Den vollbringenden Tod zeige ich euch, der den Lebenden ein Stachel und ein Gelöbniß wird.

[...], umringt von Hoffenden und Gelobenden. [...]

Also zu sterben ist das Beste; das Zweite aber ist: im Kampfe zu sterben und eine grosse Seele zu verschwenden.

Aber dem Kämpfenden gleich verhasst wie dem Sieger ist euer grinsender Tod, der heranschleicht wie ein Dieb – und doch als Herr kommt.

Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich will.

Und wann werde ich wollen? – Wer ein Ziel hat und einen Erben, der will den Tod zur rechten Zeit für Ziel und Erben. (Z, 4, 93f.)³

In schönen Worten werden allerhand befremdliche Dinge gesagt. Die Lehre fordert den selbstbestimmten Tod, der irgendwie besser sei als der „natürliche“ durch körperlichen Verfall. Er könne sogar ein Fest sein, wenn man gut und schön, und das heißt vor allem zum richtigen Zeitpunkt zu sterben wisse. Für wen wird dieses Fest ausgerichtet? Für die Weiterlebenden auf dieser Erde. Wodurch erhält das sich bewusst abschließende Leben seinen Sinn? Durch ein Werk, das der „Vollbringende“ nun ein für alle Mal abschließt, um es seinen „Erben“ (Kindern, Schülern, Freunden, d. h. im weiteren Sinne die Gesellschaft) zu hinterlassen. Er hat sein Ziel vollbracht und seinem Leben Form gegeben. Die „grosse Seele“ hat gelebt, um dieses Werk zu schenken. Und ab. Keine albernern Kränze bitte, die das Leben heiligen. Sinn und Wert sind ausschließlich diesseitig durch das Werk und sein Fortleben bestimmt. Das bedeutet aber auch, dass das Leben (und Weiterleben) nur durch sein Werk gerechtfertigt ist. Die „Überflüssigen“ sterben nie zur rechten Zeit, ihr Tod kommt immer recht. Sie sind die Masse des Pöbels, die „Viel-zu-Vielen“ (ebd., 227), Kleingeister, die zum Schaffen nicht imstande sind. Und für die großen Geister heißt es, dass sie, um bis zuletzt groß zu bleiben, abzutreten haben, sobald sie nicht mehr schaffen können. Die Freiheit, zu sterben, wird an diesem Punkt zur Pflicht. Die Gesellschaft, der das Werk gilt, tritt als Instanz auf, die das rechtzeitige Abtreten verlangen kann.

3 Nietzsche wird hier nach der Kritischen Studienausgabe (KSA) zitiert (Werk, Band, Seite).

Deutlicher wird Nietzsche weniger dichtend in *Menschliches, Allzumenschliches*, als er vom *vernünftigen Tod* (Aph. 185) im Gegensatz zum „natürlichen Tod“ spricht. Beim Selbstmord wird die vernünftige Seele Herr über die unvernünftige Natur:

Was ist vernünftiger, die Maschine stillzustellen, wenn das Werk, das man von ihr verlangte, ausgeführt ist, – oder sie laufen zu lassen, bis sie von selber stille steht, das heißt bis sie verdorben ist? Ist letzteres nicht eine Vergeudung der Unterhaltungskosten [...]? Wird hier nicht weggeworfen, was anderswo sehr not täte? [...] Der natürliche Tod ist [...] der eigentlich *unvernünftige* Tod, bei dem [...] also der verkümmernde, oft kranke und stumpfsinnige Gefängniswärter der Herr ist, der den Punkt bezeichnet, wo sein vornehmer Gefangener sterben soll. Der natürliche Tod ist der Selbstmord der Natur, das heißt die Vernichtung des vernünftigen Wesens durch das unvernünftige, welches an das erstere gebunden ist. Nur unter der religiösen Beleuchtung kann es umgekehrt erscheinen: weil dann, wie billig, die höhere Vernunft (Gottes) ihren Befehl gibt, dem die niedere Vernunft sich zu fügen hat. Außerhalb der religiösen Denkungsart ist der natürliche Tod keiner Verherrlichung wert. – Die weisheitsvolle Anordnung und Verfügung des Todes gehört in jene jetzt ganz unfaßbar und unmoralisch klingende Moral der Zukunft, in deren Morgenröte zu blicken ein unbeschreibliches Glück sein muß. (MAMII, 2, 632f.)

Hier zeigt sich schon deutlicher der Kontext der *freigeistigen Phase*, in dessen Zentrum der Zarathustra und seine Diagnose vom Tod Gottes stehen. Ist ein Leben ohne Gott möglich? Es muss erst möglich *werden*, damit auch das Sterben ein freies sei. Die freigeistige Phase besteht erstens im philosophischen Projekt einer Metaphysikkritik, zweitens dem gesellschafts-historischen Projekt einer *Umwertung aller Werte* und drittens einem pädagogischen Projekt souveräner Subjektbildung. In der freigeistigen Phase wird der Selbstmord in diesen drei Dimensionen problematisiert, d. h. die Frage nach dem *Tod zur rechten Zeit* gestellt. Den Dimensionen möchte ich im Folgenden nachgehen.

1. Selbstmord als philosophisches Problem – Die Überwindung des Nihilismus Schopenhauers

Ist der Suizid aus gedanklichen Gründen folgerichtig? Die Frage bezeichnet ein Problem, das in der Geistesgeschichte häufig *philosophischer Selbstmord* genannt wurde. Klar ist: Ohne Gott kommt dem menschlichen Leben kein intrinsischer Wert oder Sinn *an sich* zu. Einen absoluten Wert bekam es durch die ewige Seele, die den Schöpfer widerspiegelt. Ohne die „höhere Vernunft“ eines Gottes, so stellt Nietzsche fest, ist ein Selbstmordverbot und die moralische Erhöhung des „natürlichen Todes“ nicht mehr begründbar. Auch die Welt und das Selbst entpuppen sich als an sich sinn- und wertentleert. Nietzsche zollt Schopenhauer den Tribut, dies als „unbeugsamer Atheist“ oder „guter Europäer“ erkannt zu haben, als er *die Welt als Wille und Vorstellung* beschrieb (FW, 3, 600f.). Doch bilde Schopenhauers Wille selbst ein transzendentes Prinzip, das in einer „Hinterwelt“⁴ wirke und durch seine Verneinung diese Welt entleere. Die Welt sei ihm nichts, weil sie bloß Ergebnis des Willens ist, der alles ist. Für Nietzsche gilt diese Universalie als eine neue Metaphysik, eine Neuauflage der christlichen Weltentwertung als „Europäer-Buddhismus“ (GM, 5, 252). Ist die Welt und das Selbst, alles Leben sinnentleert, stelle sich zwangsläufig die Frage nach dem Selbstmord. Sie ist ein „furchtbare[s] Entweder-Oder“: „entweder schafft eure Verehrungen ab oder – *euch selbst!*“ Das letztere wäre der Nihilismus; aber wäre nicht auch das erste – der Nihilismus? – dies ist *unser Fragezeichen.*“ (FW, 3, 580)

Schopenhauer lehnt den Selbstmord ab, aber nur, weil auch dieser sinnlos sei, bloß Ausdruck des Willens, dem man nicht entkommen könne (Schopenhauer 1996, §69, 541). Ohne diesen letzten Gott des Nihilismus ist der Selbstmord für Nietzsche hingegen ein „consequenter *Nihilismus der Tat*“ (KSA, 13, 221). Nietzsches Antwort auf das Fragezeichen ist aber die *Überwindung* des Nihilismus. Aus der Einsicht, dass der Existenz an sich kein Wert innewohnt, folgt nicht der Tod, sondern eine Hinwendung zum Leben, das (von aller höheren Vernunft verlassen) seine Schönheit in seiner Vergänglichkeit offenbart. Es wird zur Aufgabe, bleibende, wenngleich vergängliche Werke zu schaffen, deren Werte sich in ihren Verhältnissen zu Anderen bilden. Um so das Leben zu adeln, ja erst zu rechtfertigen,

4 Für Nietzsche ist es Sache der „Hinterweltler“, hinter der diesseitig sinnlich erfahrbaren Welt noch irgendetwas anderes anzunehmen, was ihre Wahrheit wäre oder bestimme (Z, 4, 35ff.).

muss dieses Leben selbst einen Willen ausbilden; keine Inkarnation metaphysischen Schnickschnacks, sondern den konkreten Willen eines physiologischen Körpers, der sich auf konkrete Dinge richtet, die er schafft und umwertet. Diese Aktivität schaffenden Tuns ist für Nietzsche das Leben selbst. Weil *Leben* eine ethische und zugleich ästhetische Kategorie ist, die den einzelnen Organismus überdauert, kann sie sich zur rechten Zeit gegen ihn richten. Es ist nie *das nackte*, sondern immer schon das gute und schöne Leben, dessen vergängliche Güte und Schönheit durch die Aktivität des Lebens selbst bestimmt werden. Welche Inhalte diese Aktivität hervorbringen sollte, bleibt dabei normativ radikal unbestimmt.

2. Selbstmord als gesellschaftliches und historisches Problem – Vom Tod Gottes zur Suizidkultur

Der Tod Gottes, Nihilismus, Selbstmord. Es sind für Nietzsche drei allgemeine Erfahrungen sich säkularisierender Gesellschaften des 19. Jahrhunderts. Die Aufgabe, dem Leben jenseits universeller Begründungen Wert beizumessen, ist Teil jenes gesellschaftlichen und historischen Projekts einer *Umwertung aller Werte*. Ohne die Heiligung des menschlichen Lebens stellt sich die Frage des *Tods zur rechten Zeit* nämlich prinzipiell *für* alle. Dieser Umstand macht für Nietzsche eine Suizidkultur nötig, die den Mut hat, sich dieser Frage auszusetzen. Die christliche Moral gilt ihm als Hindernis dafür. Ihre Prediger des langsamen, natürlichen Todes sollen sich der nihilistischen Weltentwertung ihrer Predigten vom ewigen Leben bewusstwerden,⁵ sowie der „reinigenden großen Nihilismus-Bewegung“ nicht im Wege stehen, die die Erde von traurigen, passiven Existenzen befreie, und sich ihr lieber anschließen (KSA, 13, 222). Der „Nihilismus der Tat“ sei zu fördern, indem man „mit wissenschaftlicher Gewissenhaftigkeit, den freiwilligen Tod lehrt und übt“ (ebd.).

Die Moral der christlichen Prediger des langsamen Todes sei auch schuld daran, dass alte Menschen sich durch Ärzte ihre nutzlosen Leben verlängern ließen, für das Nietzsche in *Greis und Tod* (Aph. 80) allerhand Verachtung übrighat (MAMI, 2, 58), so auch für die *Verheißungen der Wissenschaft* (Aph. 530), ohne Schmerz möglichst lange zu leben, in denen er noch die Sehnsucht nach ewig-religiöser Seligkeit sieht (MAMI, 2, 123). Der Ton

5 Mit „Predigern des Todes“ meint Nietzsche alle Nihilist*innen, die das diesseitige Leben verneinen. (Z, 4, 55ff.)

wird härter. Die Verachtung, der Gesellschaft zur Last zu fallen, schlägt in der *Götzendämmerung* um in eine *Moral der Ärzte* (Aph. 36), die den Kranken „als Parasit der Gesellschaft“ aus dem Leben jagen soll, indem die ärztliche Autorität ihm Ekel vor sich selbst beizubringen habe (GD, 6, 134). In Fragmenten derselben Zeit kippt Rat zur Tat: „Die Schwachen und Mißrathenen sollen zu Grunde gehen: [...] und man soll ihnen dazu noch helfen.“ (KSA, 13, 192) Erst wird der Selbstmord passiv begrüßt, dann herbeigepredigt, dann soll durch Verachtung überzeugt und schließlich nachgeholfen werden. Nirgends geht es um Tötungen, doch schwimmt die Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.⁶

Was lässt sich also von einem Arschloch lernen, der Alte, Kranke, Schwache und Traurige tot sehen will? Erstens stellt er die *Frage* nach dem *Tod zur rechten Zeit* richtig, indem er sie in aller Konsequenz als Problem säkularisierter Gesellschaften formuliert und auf Antworten drängt. Zweitens führt er uns die Gefahren gleich mit vor Augen. Wird die Gestaltung des Todes in menschliche Hände gelegt, stellt sich nicht nur dem Individuum, sondern auch der Gesellschaft tatsächlich die Frage nach dem guten und dem schlechten Suizid. Für Nietzsche ist diese Grenze ein Problem einer (elitären) *Suizidkultur*, die notwendig aus der Erschütterung des christlichen Selbstmordverbots durch den Tod Gottes folgen müsste, aber faktisch nicht vorhanden ist, weil ein christlicher Zombie-Gott oder Substitute moderner Götzen sie verhindern. Das strikte Selbstmordverbot wurde schon im 5. Jahrhundert von Augustinus (1979) in Anlehnung an das fünfte Gebot formuliert: *Du sollst Dich nicht töten!* Es ist Mord, weil Du ein Mensch bist (Ausnahmen bestätigen die Regel). Thomas von Aquin (1987) systematisierte das Verbot auf scholastisch-rationale Weise und kam zu dem Schluss, dass der Selbstmord ein Verbrechen gegen Gott, die Gemeinschaft und das Selbst sei. Ohne Gott ist dieses Dreieck zerbrochen, war ER es doch, der mit der christlichen Gemeinschaft (*De Civitate Dei*) zugleich DIE Menschheit konstituierte und die Liebe zum Selbst dadurch begründete, dass ER es durch eine ewige Seele heiligte. Die erzwungene Harmonie des Dreiecks ist ohne Gott dahin – und mit ihr auch die festen Identitäten der Eckpunkte, deren einzelne Bedeutungen sich jeweils erst in Vermittlung mit den beiden anderen ergeben. Sie werden zerbrechlich, weil ihre Grenzen und Verhältnisse zueinander ab sofort erst schaffend bestimmt werden müssen. Alles wird der Problematisierung preisgegeben.

6 Stefanie Graefe (2007) zeigt dieses Schwimmen sowohl im Euthanasiediskurs der Weimarer Republik als auch in neueren Sterbehilfedebatten.

Welchen vergänglichen, irdischen Menschengöttern möchten wir dienen? Dies ist Nietzsches Frage nach Werten einer Ethik des Lebens und Sterbens in der Folge von Gottes Tod. Welche ist die *begrenzte* Gemeinschaft, für die eine Lehre (wie die vom freien Tode) Geltung beanspruchen kann, wenn universelles Menschsein nicht mehr einfach gegeben ist? Die Gemeinschaft konstituiert erst eine Lehre, indem sie bestimmten Werken Wert beimisst, und wird durch eine Lehre, die sie gemeinsam anerkennt, erst konstituiert. Und das Selbstverhältnis, in dem sich ein Individuum liebend, oder eben auch verachtend gegenübertritt, und sich als suizidales Subjekt der Frage des eigenen Tods zur rechten Zeit ausliefert, ergibt sich erst im Verhältnis zu einer Gemeinschaft, das vermittelt ist durch den Wert seines Werkes für diese Gemeinschaft. In Polemik gegen das Abstraktum christlicher *Nächstenliebe* macht Nietzsche immer wieder deutlich, dass sich Selbstliebe nicht mehr qua der Liebe Gottes ergibt, sondern als irdisch-vergängliche der Liebe konkreter Anderer bedarf (Z, 4, 94).

Das Emanzipationspotential des „unerbittlichen Vollender[s] der Aufklärung“ (Horkheimer/Adorno 2004, 6) Nietzsche liegt in der Problematisierung alter Gewissheiten und dem Aufwerfen von Fragen, deren Beantwortung er als gemeinsame, erst noch zu erfüllende Aufgabe formuliert. Und seine Aufklärung wird dort reaktionär, wo die Beantwortung ihrer Fragen bestimmten großen aristokratischen Geistern vorbehalten ist, oder gar bestimmt wird, wer diese Geister seien bzw. *nicht* seien (Arbeiter*innen, Frauen, Alte, ... usw.). So gebiert sich Klein-Friedrich als Avantgarde der Philosophen der Zukunft und verkündet mit selbstsicherer Gewissheit eine Wahrheit, die doch erst noch zu suchen wäre – und zwar mit dem *Verzicht* auf jede Gewissheit, die *immer* einen Gott voraussetzt. Das gilt auch für die Lehre vom freien Tode: Einerseits ist von einer Lehre die Rede, für die die Welt noch nicht bereit ist, die erst noch zu schaffen ist. Sie ist Aufgabe. Die Verwirklichung ist in die Zukunft projiziert. Der Tod als Fest, *er muss erst möglich werden*. Andererseits spricht er immer wieder in einer selbstgerechten Anmaßung und Härte, als sei die Lehre bereits verwirklicht, als könne irgendjemand (allen voran er selbst) die Grenze zwischen lebenswert und -unwert für sich oder sogar Andere bestimmen. Gegen diesen *triumphierenden* Nietzsche empfehle ich im Folgenden, sein *tragisches Bewusstsein* einzuwenden, das sich am besten am Zarathustra und der Dimension suizidaler Subjektwerdung verdeutlichen lässt.

3. Selbstmord als subjektives und pädagogisches Problem – Das unsichere suizidale Subjekt

Zarathustra ist Historiker, der die Kunde von Gottes Tod als erster verstanden hat; er ist Philosoph, der den Ekel vor der Sinnlosigkeit der Welt durchlebt und dadurch zu einer eigenen Lehre kommt, aber auch ein Pädagoge, dessen tätiges Schaffen darin besteht, eine Gemeinschaft zu bilden, die seiner Lehre Wert beimisst. Dabei ist es nicht bloß ein Detail, dass er sein hehres Ziel niemals erreicht. Der *Übermensch*, den er predigt (Z, 4, 14ff.), der ohne jede Götter zu leben imstande sei, ist das Wesen einer gemeinsam zu schaffenden Zukunft. Erst *er* würde die Lehre vom freien Tode beherrschen. Deshalb ist es zentral, dass Zarathustras Rede *vom freien Tode* mit Selbstzweifeln darüber schließt, ob seine eigene Existenz noch gerechtfertigt ist. Er meint sich sogar dafür entschuldigen zu müssen, am Leben zu bleiben. Ihm fällt als Rechtfertigungsgrund bloß seine zärtliche Liebe zu seinen Freunden ein – und nicht etwa die Kraft seines Wirkens:

Also will ich selber sterben, dass ihr Freunde um meinetwillen die Erde mehr liebt; und zur Erde will ich wieder werden, dass ich in Der Ruhe habe, die mich gebär.

Wahrlich, ein Ziel hatte Zarathustra, er warf seinen Ball: nun seid ihr Freunde meines Zieles Erbe, euch werfe ich den goldenen Ball zu.

Lieber als Alles sehe ich euch, meine Freunde, den goldenen Ball werfen! Und so verziehe ich noch ein Wenig auf Erden: verzeiht es mir! (ebd., 95f.)

Zarathustra selbst, der Weiseste von allen, scheitert am eigenen Anspruch. Er ist ein Mensch *auf dem Weg* zu einer Lehre, die sein Leben rechtfertigt. Unter der Prämisse von Gottes Tod ist er auf der Suche nach eben jenen Elementen, im Namen derer Thomas von Aquin den Selbstmord verbot: Er sucht *seinen* Gott, der ihm und anderen Wert und Gesetz, des Lebens Wertgesetz sein kann, sucht nach *seiner* Gemeinschaft, mit der ihn ein ideelles Band verbindet, und auch nach einem *Selbst*, das auf sich selbst zu reflektieren in der Lage ist, vermittelt durch sein vergängliches Leben und Werk in Gemeinschaft. Dabei sollte das Moment des Scheiterns nicht ausgeblendet werden. Zarathustra zeigt, dass das antisuizidale Dreieck nicht nur erschüttert, sondern auch nicht mehr festzustellen ist. Er ist eine tragische Figur. Er bildet sich zwar einen Freundeskreis, muss ihn aber immer wieder seiner Autonomie halber verlassen und verlässt ihn auch zum Schluss. „Wo ist – mein Heim? Darnach frage und suche und suchte

ich, das fand ich nicht. O ewiges Überall, o ewiges Nirgendwo, o ewiges – Umsonst!“ (ebd., 341). An den Göttern, die er schuf, zerbricht er: „Ich sprach mein Wort, ich zerbreche an meinem Wort: so will es mein ewiges Loos –, als Verkündiger gehe ich zugrunde! [...] Also – *endet* Zarathustras Untergang.“ (ebd., 277) Auch die Identität des Selbst ist nicht mehr herzustellen, weil es im Dreieck dezentriert wurde.

Die Suche nach diesem Selbst, das sich im Verhältnis zu einer Werte-Gemeinschaft ausbildet, ist die nach *Souveränität*: überhaupt in der Lage zu sein, sich selbst Gesetz geben zu können. Diese Souveränität ist eine Form von *Autonomie* gegenüber der herrschenden Moral, die sich nicht in einer *negativen* Freiheit erschöpft, sondern zugleich die *positive* Freiheit beinhaltet, sich die Regeln des eigenen Lebens und Sterbens selbst zu setzen.

Frei wovon? Was schieert das Zarathustra? Hell aber soll mir dein Auge künden: frei *wozu*?

Kannst du dir selber dein Böses und dein Gutes geben und deinen Willen über dich aufhängen wie ein Gesetz? Kannst du dir selber Richter sein und Rächer deines Gesetzes? (ebd., 81)

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage des Selbstmords primär als subjektiv-pädagogisches Problem: Kann ein Selbstverhältnis entwickelt werden, in dem über den guten und schönen Tod zur rechten Zeit, ‚vernünftig‘ entschieden werden kann? Mit Blick nach oben auf das zweite Zitat (S. 130) ist es die Frage der Ausbildung jener Vernunft, die Nietzsche der suizidalen Seele als Herrscherin über den Körper attestiert. Diese Vernunft ist nichts Universelles (wie bei Kant oder Hegel), sondern die einer *begrenzten* Gesetzgebung. Sie ist auch nichts Geistiges wie die Idee der deutschen Idealisten, sondern trotz der Herrschaft *über* den Körper ein Teil von diesem: „Seele ist nur ein Wort für ein Etwas im Leibe. Der Leib ist eine grosse Vernunft, eine Vielheit mit Einem Sinne, ein Krieg und ein Frieden, eine Heerde und ein Hirt.“ (Z, 4, 39). Worauf es Nietzsche ankommt, ist die Ausbildung eines „Selbst“ (ebd.), eine Reflexionsinstanz des Verhältnisses *zwischen* Seele und Körper, die bestimmt, wie „Geist“ („kleine Vernunft“ als Werkzeug der Seele) richtig einzusetzen ist, um den Körper gut zu führen. Verlangt wird, den widerstrebenden Kräften des Körpers durch *einen* Willen *eine* Richtung zu geben. Es geht also darum, ohne Rekurs auf eine „höhere Vernunft“ (Gott) die „kleine Vernunft“ (Geist) für die Feststellung einzusetzen, ob die „große Vernunft“ leben oder sterben *will*. Dafür bedarf es einer Selbst-Reflexion, die den Wert des eigenen Werks ins Verhältnis zur Gesellschaft setzt. Sich nach eigenen Gesetzen einen Willen

zu leben oder zu sterben setzen, das ist die „Tugend“ und „schwere Kunst“ des freien Todes, die erst eingeübt und gelernt werden will.

Diese subjektiv-pädagogische Aufgabe ist infolge Gottes Tod zwar nötig geworden, allerdings keine triumphale Erfolgsgeschichte. Vielmehr ist die Geschichte Zarathustras die einer *Suche* nach diesem souveränen Selbst, die zugleich eine Geschichte der Ausbildung suizidaler Subjektivität ist. Sich der Frage, ob der rechte Zeitpunkt gekommen, das eigene Leben gerechtfertigt ist, mit offenem Ausgang und in aller Konsequenz auszuliefern, ist ein wichtiges Moment zur Erlangung jener Souveränität, die uns Zarathustra erträumt. Die Beantwortung der Frage steht nicht am Ende, *nachdem* das Subjekt zur Souveränität befähigt ist, sondern die Frage muss immer wieder beantwortet werden, um souverän zu *werden*. Die Bewertung des eigenen Lebens nach eigenem Maß gehört zu dem Schaffensprozess, der den Nihilismus zu überwinden und der Welt (und schließlich dem Tod) erst Sinn zu verleihen in der Lage ist. Doch muss diese Übung, sich dem „furchtbare[n] Entweder-Oder“ auszuliefern, immer wieder geleistet werden. Sie will nie ganz gelingen, ihre Antwort ist immer vorläufig. „Frei zum Tode und frei im Tode, ein heiliger Nein-Sager, wenn es nicht Zeit mehr ist zum Ja: also versteht er sich auf Tod und Leben.“ (Z, 4, 95) Doch auch dieses *Nein* ist bloß die Vereinheitlichung widerstrebender Kräfte zu *einem* Willen. Die Ambivalenz ist nicht abzustellen, doch *ein* Wille wird verlangt. Zarathustra nennt sich den „Überwinder des großen Ekels“ (ebd., 334), vor sich und der Welt ohne Gott. Doch so wie der *Übermensch* künftiger Fluchtpunkt ist, kann und darf Zarathustra diesen Ekel des Nihilismus nie ganz abschütteln, der am Anfang der Erkenntnis stand. Mehrfach überfällt er Zarathustra um Mitternacht. Er will sterben. Gerade durch die sich wiederholende *Überwindung* der dunkelsten Stunde wird es Zarathustra möglich, ein glückliches Verhältnis zum vergänglichen Leben, zu seinen Freunden und zur Welt zu knüpfen (z. B. ebd., 284ff.). Das souveräne Subjekt, das Nietzsche vorschwebt, ist immer wieder ein suizidales. Und das souveräne Subjekt ist immer ein gebrochenes. Der König hinkt seinem Tod entgegen.

II. Was kann eine Sterbehilfedebatte von Nietzsche lernen?

Sollte es nicht um Sterbehilfe gehen? Warum so viele Worte zum Suizid bei Nietzsche? – Weil in der Sterbehilfedebatte dieselbe große Frage nach dem *freien Tod zur rechten Zeit* und die gleichen kleinen, ausweichen-

den, *menschlichen allzumenschlichen* Antworten *ewig wiederkehren*, da der Mensch sich nicht zu überwinden anschickt. Weil Nietzsches *Beharren auf der Frage* dazu dienen *kann*, eine Suizidkultur, die den assistierten Suizid unter demokratischen Bedingungen zu erlauben gedenkt, in aller Konsequenz mit Schwierigkeiten zu konfrontieren, für die der Liberalismus blind ist. Weil Nietzsches tragische Suizidethik politisch gewendet vielmehr illiberale Bedingungen für eine Sterbehilfekultur und ihre suizidalen Subjekte aufzeigen kann, die Voraussetzungen für ihre demokratische Befragung wären.

1. Die Metaphysikkritik

Solange die alten Götter und Götzen wieder auftauchen, bleibt Nietzsches Vorschlaghammer der Metaphysikkritik ein brauchbares Instrument. Schlägt man gängige Gedanken der Sterbehilfedebatte an, und nimmt ihnen ihr *Absolutes*, das ihnen Sinn verleiht, dann hören wir, dass sie hohl sind.⁷ Obwohl die Gegner*innen der Liberalisierung nicht müde werden zu betonen, dass sie keinesfalls das Recht auf Suizid infrage stellen, sondern ob der Staat Hilfe dafür gesetzlich rahmen soll, rufen sie das diskursive Regelwerk des absoluten Selbstmordverbots wieder auf, um den Anspruch des Individuums abzuwehren.

Das zeigte die Orientierungsdebatte des Deutschen Bundestags im April 2021 (Plenarprotokoll 19/223). Nicht jede*r kommt so anachronistisch daher und führt im Deutschen Parlament den christlichen Gott als Argument ins Feld, um menschliches Leben als „*bedingungslos wertvoll*“ (Alexander Kraus, CDU), die Würde seines nackten Lebens als *unantastbar*, und seinen Schutz als *absolute* Pflicht des Staates zu verstehen. Sechs Politiker aus der AfD und der Unionsfraktion teilen diese Argumentation.⁸ Würde man

7 So die Charakterisierung seiner Methode in der *Götzendämmerung – oder wie man mit dem Hammer philosophiert* (GD, 6, 57f.) Der Hammer ist ihm Instrument zum „Götzen aushorchen [...] keine Zeitgötzen, sondern ewige Götzen“. Der Hammer stellt Fragen und lässt einen hohlen Ton ertönen, der offenbart, dass es weder jenseitige noch ewige Wahrheiten gibt, sondern bloß diesseitige und begrenzte.

8 Alexander Krauß folgert aus seiner Positionierung als Christ nicht nur, dass das Leben nicht verfügbar sei, sondern sieht im Tod eine Reflexionssituation im Leben im Hinblick auf das Jenseits. Fraktionsbruder Axel Müller (CDU) konstatiert ein christliches Verständnis der Menschenwürde, das er gegen das des BVerfG setzt. Leben könne als Geschenk Gottes nicht zurückgegeben werden. Stephan Pilsinger (CSU) ergänzt, dass diese absolute Würde und ein adäquates Verständnis von Autonomie nur auf sicheren

all diese Kinder Gottes zum Klartext zwingen, müssten sie sagen: Der Staat kann Suizidhilfe nicht dulden, weil *jeder* Selbstmord ein Verbrechen ist – gegen den Schöpfer, die Gemeinschaft der Kinder Gottes und das Selbst, das seine Würde durch eine ewige Seele erhält. Nun hatten aufgeklärte und aufklärende Philosophen und Juristen schon im 18. Jahrhundert festgestellt, dass der strafrechtliche Tatbestand modernen Vorstellungen von Gerechtigkeit und Strafzweck widerspricht.⁹ Was blieb, war nur die Möglichkeit, institutionalisierte Assistenz zu verbieten, bis das BVerfG 2020 § 217 StGB kippte. Doch was man den Gläubigen anrechnen muss, ist, dass einige von ihnen im Gegensatz zu den liberalen Individualist*innen noch von den Beziehungen zu den Nächsten reden, in denen einzig Autonomie und Würde gelebt werden kann, und dass sie immerhin *den Namen des Vaters* aussprechen, dem sie dienen.

Säkulare Humanist*innen, die die Mehrheit der Liberalisierungsgegner*innen ausmachen, vertrauen sich das weniger. Nicht wenige von ihnen reproduzieren dennoch Regeln des absoluten Selbstmordverbots. Mal mehr, mal weniger wird die Vernunft idealistischer Aufklärung explizit gemacht, die das göttliche Band zwischen allen Menschen hier ersetzt – und ideengeschichtlich das christliche Selbstmordverbot säkularisierte. Bei Kant wird die Seele zur ebenso ewigen moralischen *Person*, in der sich die Menschheit spiegelt, die neue Glaubensgemeinschaft vernunftbegabter Wesen, auf die sich die Regel des kategorischen Imperativs bezieht (1977, 552ff.; 2007, 53ff.). Der Selbstmord ist für Kant ein Verbrechen gegen die Menschheit, weil er sie mit der Person auslösche, wo das Personenkollektiv doch Bedingung für den freien Willen und die ihn begründende Vernunft des kategorischen Imperativs selbst ist. Hegels historische Vernunft holt die transzendente Vernunft Kants auf die Erde ins faktisch verwirklichte Recht, gegen dessen gesamtes System der Selbstmord verstößt (Hegel 1970, §70, 151f.). Denn der freie Wille der Seele bildet sich bei Hegel erst durch

Füßen stehe, wenn der Schutz des Lebens *uneingeschränkt* gilt. Volker Münz (AfD) leitet aus dem christlichen Menschenbild die Pflicht zur Achtung und Erhaltung des Lebens ab, weshalb es für jede anderweitige Beratung wie auch für den Schwangerschaftsabbruch kein Recht geben könne. Für Fraktionskamerad Kleinwächter ist der Lebensschutz Verantwortung vor Gott und den Menschen.

9 Denn die vormaligen *peinlichen Strafen* an toten Körpern und Vermögenskonfiszierungen bei Angehörigen dienen weder dem Schutz der Gesellschaft vor dem*der Täter*in noch seiner*ihrer

Besserung. Der Zweck des Erhalts gesellschaftlicher Sittlichkeit und Religion wird angesichts der Ausdifferenzierung des modernen Rechts und der (zunächst anatomischen) Pathologisierung von Suizidalität illegitim. Preußen ist 1791 der erste Staat, der alle Strafen abschafft (Baumann 2001, 83ff.; 127ff.).

das zivilrechtliche Eigentumsverhältnis zu einer Sache, könne aber nur insofern über das Leben des eigenen Körpers verfügen, als dass er es nicht *entäußert*, weil mit der Einheit der Person als zugleich im Körper lebend und über ihn verfügend die Bedingung für die Selbstbezüglichkeit des freien Willens zerschlagen würde, auf dem das bürgerliche Recht fußt. Nicht der Menschheit, sondern dem rechtsetzenden Staat gehöre die Gewalt über das nackte Leben, weil er als äußerliche Macht die Bedingungen für das Eigentumsverhältnis der Person als Einheit erst setzt.

Wir haben bei Nietzsche gesehen, wie brutal der Widerspruch zwischen Individuum und modernen Gesellschaften nun auftreten kann, wenn individueller Wille nicht gesellschaftlichen Interessen entspricht. Kants und Hegels Säkularisierungen des Selbstmordverbots waren Versuche, trotz Anerkennung des modernen Widerspruchs die Harmonie wieder herzustellen, indem das eine Absolute (Gott) durch das nächste (Vernunft) substituiert und mit dem freien Willen des Individuums versöhnt wird. Ebenso stellt sich diese Frage der Versöhnung säkularer Humanist*innen in der heutigen Sterbehilfedebatte ausschließlich als Überzeugung des freien Willens hin zum Leben (Finzen 2008, 30). Eine staatliche Ermöglichung assistierter Suizide muss für die säkularen Humanist*innen inakzeptabel sein, weil dies ideell die Identität des (wahlweise transzendental oder juristisch begründeten) Gemeinwesens bedroht, das der Staat repräsentieren soll. Deshalb der Verweis auf das Grundgesetz, das den Lebensschutz als nicht relativierbare staatliche Aufgabe festschreibt.¹⁰ Deshalb auch die häufige Rede von ‚Dambruch‘¹¹ oder ‚Büchse der Pandora‘¹², die die feststehende Grenze eines Verbots bereits voraussetzt, deren Verletzung zu einem Sündenfall *am*

-
- 10 In der Orientierungsdebatte wird diese Position häufig durch die Unionsfraktion vertreten. Die Verfassung und ihr unteilbarer Schutz menschlichen Lebens erscheinen wahlweise als Ermöglicherin, Garantin oder Bedingung von Freiheit und Selbstbestimmung, deren „Grund und Grenze“ (Philipp Amthor) sich aus der allgemeinen Würde menschlichen Lebens ableite.
 - 11 Kamann stellt fest, dass sich das Dambruch-Argument auf die NS-Euthanasie, die Zerstörung des Arzt-Patienten-Verhältnisses oder moralischen Verfall beziehen kann, aber in allen Dimensionen der Plausibilitäts- und Evidenzprüfung nicht standhält (Kamann 2009, 91ff.). Zur Kritik des Dambruch-Arguments, siehe auch den Beitrag von Graefe in diesem Band. Streeck kritisiert in ihrem Beitrag das verwandte „Argument der schiefen Ebene“.
 - 12 Von ihr sprechen Beatrix von Storch (AfD), Volker Münz (AfD), Michael Brand (CDU) und Robby Schlund (AfD). Der Ausdruck ist wie auch ‚Dambruch‘ entgegen dem Eindruck hier nicht auf Rechtsaußen beschränkt, sondern ist fester Bestandteil der konservativen Position.

Ganzen wird (der Menschheit bzw. aller Staatsbürger). Die Relativierung des Lebenswerts, die zwangsläufiges Ergebnis der Zerschlagung des Absoluten ist und jede Liberalisierung assistierter Suizide zumindest implizit einkauft, birgt in der Logik säkularer Humanist*innen deshalb die Gefahr, geradewegs zur Hölle zu fahren, die *alles* zerstört: zum T4-Programm der Nationalsozialist*innen – Verbrechen gegen *die Menschheit* und *den Rechtsstaat*.¹³

Auch radikale Liberalisierungsbefürworter*innen rechnen sich gerne den Humanist*innen zu, wie ihre historische Avantgarde *Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben* schon im Namen trägt. Doch *das Menschliche* ergibt sich hier einzig aus dem Individuellen, ohne dass das Einzige (Trennende) wieder mit einer Gemeinschaft (dem Gemeinsamen) vermittelt würde.¹⁴ In der Isolierung und Hypostasierung des Individuums wird es zu einem sich selbst begründenden Subjekt. Sein Wille geschehe! Aber war das nicht Gott vorbehalten? Geben sich Liberale zwar gerne besonders säkular und aufgeklärt, als würden bloß alte christliche Vorurteile die Menschen vom freien Sterben abhalten, sind sie selbst einem Gott aufgefressen.¹⁵ Denn der Kurzschluss des Individuums mit sich selbst ist bei Herauskürzung der Gemeinschaft nur möglich, indem es sich zumindest implizit *unmittelbar* mit der Allmacht eines Absoluten identifiziert. Bei David Hume, der vielen

-
- 13 Das Schreckgespenst deutscher NS-Euthanasie kann sowohl auf linker Seite auftauchen, um die Gefahren der Marktregulation des Todes hervorzuheben (Kathrin Vogler, DIE LINKE) als auch von rechter Seite (Schlund, AfD), um die soziale Akzeptanz von Suiziden zu verhindern. Auch Finzen sieht T4 vor der Tür (2008, 12f.) und gleich das ganze Abendland bedroht (ebd., 38), was dann zu der Frechheit führt, den Deutschen wegen „unsere[r] Geschichte“ (ebd., 50) moralische Urteilskraft zu attestieren.
 - 14 In der Orientierungsdebatte sind das tendenziell Helling-Plahr (FDP), der jede Moralvorstellung ablehnt, die die individuelle Entscheidung bevormundet, Renate Künast (Grüne), die verfassungsgemäß das Recht auf assistierten Suizid „in jeder Lebenslage“ gewährleisten möchte, aber den Bedarf an Regulation und Schutzvorschriften sieht (der Widerspruch bleibt meist bestehen), Helge Lindh (SPD), der es als Anmaßung empfindet, eine selbstbestimmte Entscheidung überhaupt zu beurteilen, Thomas Seitz (AfD), der auf der individuellen, persönlichen Entscheidung der Suizidbeihilfe beharrt und Daniela De Ridder (SPD), die den Tod für eine „höchst-individuelle Entscheidung“ hält.
 - 15 Ein interessanter Fall ist Kamann, weil er Einsicht in die Religiosität des Individualismus hat, ihn aber annimmt, weil er in ihm die einzig noch bewährte, ins Weltliche verschobene Transzendenz eines Hoffnungsversprechens sieht (Kamann 2009, 45f.), das selbst durch die Religiösen nicht hintergebar ist, als sie Gott als einen „Super-Individualisierer“ (ebd., 80) installieren, um *ihre* Moral vom guten Sterben zu verbreiten.

als Vater liberaler Suizidethik gilt, wird Gott noch beim Namen genannt. Er schrieb: „I believe that no man ever threw away life while it was worth keeping.“ (Hume 2005, 10). Doch sein Vertrauen auf die Rationalität des Individuums beruhte explizit auf der frommen wie demütigen Einsicht, dass es eine Anmaßung wäre zu glauben, das Individuum könne gegen die Regierungsgesetze des Universums von „the Almighty“ verstoßen (ebd., 3). Damit war der*die Suizident*in *immer* im Einklang mit ihrem Schöpfer und dem ganzen Universum – und das Thema des Suizids aus der Ethik entlassen. Denn warum dann noch darüber reden? Den liberalen Gott ruft man heut nicht mehr beim Namen. Doch sein Schweigen, das ist geblieben.

Die Liberalen reden gerne vom ‚Freitod‘. Manchmal haftet ihm gar etwas Heroisches an, indem er als höchster Ausdruck und Bekräftigung *ihrer* Selbstbestimmung und Autonomie gedeutet wird. Mit Zarathustras Lehre hat das wenig zu tun – weil die Begriffe bei Nietzsche nichts mit bürgerlichem Liberalismus zu tun haben (er hasste seine Gleichmacherei), sondern eher im Sinne einer modifizierten antiken Tugendethik (der Stoiker und Epikureer¹⁶) gebraucht werden. Nietzsches Freitod ist eine „schwere Kunst“, die erst gelernt werden will (und nicht einmal Zarathustra beherrscht). Nicht alle Suizide sind freie Tode, nicht jene, die aus christlicher oder nihilistischer Todessehnsucht begangen werden, nicht die, die zu früh sind (Nietzsche nennt Jesus, der seine Lehre noch nicht vollendet hatte), auch nicht die späten, die auf Drängen hin zustande kommen, sondern nur der *Tod zur rechten Zeit* – genau dann, wenn das Werk reif ist. Die Kunst ist kein Naturrecht, das den Massen an Individuen qua Geburt zukommt, sondern ein *Vorrecht* derjenigen, die sich selbst Souverän und Gesetz sein können.

Das BVerfG machte hingegen deutlich, dass *jedem* Menschen jene Würde zukomme, das eigene Leben bis in den eigenen Tod zu gestalten, woraus es ein *Recht* für jedes Individuum ableitet. Auf solch liberale Forderung oder Deklaration individueller Rechte hin würde Nietzsche fragen: Wer hat überhaupt gelernt, Individuum zu sein? Denn für ihn bildet sich das souveräne, frei wollende Individuum, das vom juristischen Vertragsverhältnis vorausgesetzt wird, nicht nur erst durch dieses Verhältnis (wie bei Hegel).

16 Ein bedeutender Unterschied besteht darin, dass es Nietzsche nicht um die ethische Gesetzgebung in Angleichung an eine natürliche geht, sondern um eine gesellschaftlich-schaffende Gesetzgebung der Zukunft *gegen* Naturgesetze (Deleuze 1992, 21). Man denke an den Selbstmord als Rebellion gegen den „Selbstmord der Natur“ (s. o.). Für die Pluralität antiker Schulen, die sich zum Suizid verhalten, siehe Minois (1996, 71ff.).

Das souveräne Individuum muss außerdem die Bildung des Gewissens vergessen, die es erst dazu befähigt, zu versprechen und Versprechungen einzuhalten (GM, 5, 293). Das erhebt das „Tier, das *versprechen darf*“ (ebd., 292) zugleich *über* das staatliche Gesetz, weil es des vertraglichen Zwangs nicht bedarf. Indem das BVerfG hingegen dem Anspruch auf einen schmerzfreien, sicheren und selbstbestimmten Tod stattgibt, behandelt es pauschal Bürger*innen als jene Vertragssubjekte, deren souveräner Umgang mit eigenem Leben und Sterben als gegeben unterstellt wird. Das Phantasma eines rationalen Subjekts, das den ‚philosophischen Selbstmord‘ beherrscht, weil sein „Suizidentschluss auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurück[geht...], auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider“ (BVerfG 2020, Rn. 240), wird erst einmal als allgemein existent angenommen, um dann nur den besonderen ‚irren‘ Einzelfall davon auszuschließen.

Dem BVerfG aber vorzuwerfen, dass es seinem Subjekt wider gesellschaftlicher Realität einen freien Willen zum Tod unterstellt, ist wohlfeil. Denn sein juristischer Diskurs muss *Free Willi* als sein *absolut* freies Subjekt doch anrufen, um sein Sprechen zu *begründen*.¹⁷ Ist es nicht vielmehr bemerkenswert, dass das BVerfG hinzufügt, dass der Staat nicht nur verpflichtet wird, für Möglichkeiten, aus dem Leben zu scheiden, zu sorgen, sondern zugleich, „die Autonomie des Einzelnen bei der Entscheidung über die Beendigung seines Lebens [...] zu schützen“ (ebd., Rn. 232)? Dass die Gesellschaft dabei nicht als Ermöglicherin von Autonomie, sondern ausschließlich als „autonomiegefährdende soziale Pressionen“¹⁸ vorkommt, vor deren *negativer* Kraft die *natürliche* Autonomie des suizidalen Individuums geschützt werden muss, ist ebenfalls dem juristischen Diskurs geschuldet. Denn trotz gelegentlicher Soziologismen, dass Selbstbestimmung „immer relational verfasst“ und „von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst“ sei (ebd., Rn. 235), lässt sich das gesellschaftspolitische Anliegen des Urteils in die Sprache der Verfassungsgüter gar nicht anders übersetzen denn als Deformation ihrer ursprünglichen und ewigen Ordnung, in deren Zentrum der freie Willi steht. Aber ist es nicht gerade die Aufgabe

17 In der Sprache des Urteils: „Ein legislatives Schutzkonzept hat sich aber an der der Verfassungsordnung des Grundgesetzes zugrundeliegenden Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen auszurichten, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten.“ (BVerfG 2020, Rn. 338)

18 Das umfasst alle „Formen der Einflussnahme [...], die geeignet sind, eine reflektierte, abwägende Entscheidung orientiert am eigenen Selbstbild zu verhindern oder wesentlich zu beeinträchtigen“ (ebd., Rn. 248).

des BVerfG, über die Einhaltung gleicher, unteilbarer Grundrechte der Bürger*innen durch den Staat zu wachen, damit naturrechtlich absolut und ewig Vorausgesetztes nicht verletzt wird?

2. Demokratische Suizidkultur als notwendige und unmögliche Aufgabe

Was ist, wenn wir das BVerfG nicht *nur* als naiven Vollstrecker neoliberaler oder spätkapitalistischer Ideologie betrachten (wie Graefe in diesem Band), sondern sein Urteil als politischen Fingerzeig, der eine *Aufgabe* formuliert: die Aufgabe nämlich, politische und kulturelle Voraussetzungen *zu schaffen*, unter denen der freie Tod *zukünftig und für alle möglich wird*? Das universelle Recht, mit dem das BVerfG unterschiedslos um sich wirft, wäre nichts, was *tatsächlich* auf irgendeiner *gegebenen* Fähigkeit oder Pflicht zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung beruht. Die Würde des Individuums, auf der das universelle Recht beruht, die unantastbar, also *absolut* ist, wäre nichts, was *tatsächlich natürlich* gegeben wäre, eingeschlossen im Kern eines asozialen Individuums, das nach einem neoliberalen Autonomiebegriff zu einer einsamen Entscheidung auf Leben und Tod verurteilt wird, sondern etwas, das in der Gemeinschaft des Volkes, an das sich das Grundgesetz richtet, erst hergestellt und universalisiert werden *soll*. Dieses Grundgesetz richtet sich auch an Gott. Das ist kein alberner Wurmfortsatz aus vor-aufgeklärten Zeiten. Die Anrufung SEINES Namens ist vielmehr Existenzbedingung für jedes Absolute, d. h. Nicht-Relativierbare, wie es in Naturrechten artikuliert wird (Derrida 2000). Doch wäre Seine *Notwendigkeit* mit Nietzsche und Derrida in eine ferne, noch unbestimmte Zukunft projiziert und mit der *Unmöglichkeit* zu konfrontieren, die sich aus der (philosophischen, historischen und subjektiven) Erfahrung vom Tod Gottes ergibt. Die Universalisierung des Rechts auf den assistierten *Tod zur rechten Zeit* und die Verwirklichung sozialer Bedingungen, in denen die Souveränität, nach eigenen Regeln zu sterben, tatsächlich von allen beherrscht werden kann, wäre – dem Übermenschen gleich – der Fluchtpunkt einer *vielleicht fernen* Zukunft, die *vielleicht nie* erreicht werden kann. Es wäre Derridas *Gerechtigkeit im Kommen*¹⁹, die ein Naturrecht

19 „Die Gerechtigkeit bleibt *im Kommen*, sie muß noch kommen. [...] In dem Maße, in dem sie nicht einfach ein juridischer oder ein politischer Begriff ist, schafft darum vielleicht die Gerechtigkeit zu-künftig Offenheit für eine Verwandlung, eine Umgestaltung oder eine Neu(be)gründung des Rechts und der Politik – öffnet sie *vielleicht*

überstürzt erklärt, um zu seiner sozialen Verwirklichung zu streben.²⁰ Dass diese dekonstruktive Philosophie um das Scheitern an ihrem *unendlichen* Anspruch weiß, entbindet nicht von der Aufgabe, ihn *trotzdem* zu verfolgen: erstens durch den *überstürzten* Rechtsanspruch auf assistierten Suizid, der das Naturrecht in positives Recht übersetzt, um zweitens die Stärkung institutioneller Arrangements zu erzwingen, die die Souveränität, die der Anspruch eigentlich voraussetzt, zu gewährleisten versuchen. Ist es nicht bemerkenswert, dass unter allen Liberalen und Gesetzes-Initiator*innen Einigkeit darüber besteht, dass starke Suizidprävention und Palliativmedizin Bedingungen für eine gelungene Liberalisierung sind?²¹

Doch muss die Aufgabe unter Spannung bleiben. Das BVerfG löst den Widerspruch zwischen den zwei absoluten, unteilbaren Werten auf, indem *das Leben* des Lebensschutzes kein nacktes Überleben, sondern schon *ein selbst bestimmtes* meint. So erscheint die autonome „Beendigung des Lebens“ *im* Leben als jenes „Leben als solches“, das des Schutzes bedarf (BVerfG 2020, Rn. 227ff.). Selbstbestimmung ist als „oberste[r] Wert“ der Verfassung „Mittelpunkt der Werteordnung“ (ebd., Rn. 277). Durch diesen *obersten* Herrn entsteht wie bei Hume um den Mittelpunkt des Individu-

diese Verwandlung, Umgestaltung oder Neu(be)gründung der Zukunft. ‚Vielleicht‘ – wenn es um (die) Gerechtigkeit geht, muß man immer ‚vielleicht‘ sagen.“ (Derrida 1991, 56f.)

- 20 Gerechtigkeit erfordert für Derrida immer diesen performativen Justizakt, der im *entscheidenden* „Augenblick der Dringlichkeit und Überstürzung“ (Derrida 1991, 53) immer ein Stück weit unbesonnen und ahnungslos ist.)
- 21 In der Orientierungsdebatte betonen das Castellucci (SPD), Sitte (Linke), Kappert-Gonther (Grüne), Griese (SPD), Straetmanns (Linke), Moll (SPD), De Ridder (SPD) und Schulz (SPD). Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV), die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), die Arbeiterwohlwärt (AWO) und der katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) hatten gefordert, dass der Legalisierung des assistierten Suizids ein Suizidpräventionsgesetz und die Stärkung der Palliativversorgung vorausgehen müsse (Ärzteblatt, 09.09.2022). Dieselben Verbände taten sich vor dem Urteil dadurch hervor, die Stärkung der beiden Bereiche gegen assistierten Suizid auszuspielen. In der Orientierungsdebatte tun das Pilsinger (CSU), Münz (AfD), Schlund (AfD), Irlstorfer (CSU), Strasser (FDP), Kleinwächter (AfD), Henke (CDU), Weiß (CDU) und Amthor (CDU). Die paternalistische Frechheit besteht darin, Sterbewünsche pauschal zu pathologisieren, um zu behaupten, dass die sie Äußernden *eigentlich* nur gut betreut werden möchten (Kamann 2009, 60). Palliativmedizin und Suizidprävention fungieren als „Abwehrzauber gegen die Sünde der Sterbehilfe“ (ebd., 70). Der Bundestag hat inzwischen mit großer Mehrheit beschlossen, 2024 ein Suizidpräventionsgesetz zu erarbeiten (s. Vorwort). Der katastrophale Zustand vieler Pflegeheime mag erwähnt werden, spielt in der Debatte aber eine nachgeordnete Rolle.

ums der Kreis eines harmonischen Universums, in dem es *in der Regel* keinen Widerspruch gibt, bzw. dieser erst *in der Ausnahme* aufbricht, wenn einer Person mit Sterbewunsch ihr freier Wille aberkannt wird. Dann legitimiert die Schutzpflicht des Staates die *Einschränkung* der Autonomie des suizidalen Subjekts, niemals aber ihre Aufhebung (ebd., Rn. 303). An keiner Stelle ist der Lebensschutz relativiert, da er erst im natürlichen Einklang mit Autonomie erscheint und dann ggf. durch relative Einschränkung den Einklang gesellschaftlich ins Lot zu bringen einfordert. Damit hat das BVerfG der Widerspruchsfreiheit *seines* Gottes genüge getan, indem es die „Quadratur des Kreises“ (Brand, CDU, in Orientierungsdebatte) auf den Gesetzgeber abwälzt, der die Rahmenbedingungen schaffen soll, die die „Beurteilung [von Sterbewünschen] nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit“ regelt (ebd., Rn. 340).

Doch bleibt die Grenze der Vernunft strukturell gefährdet. Zum einen, weil es der *maßlose* Anspruch an einen rationalen Sterbewunsch ist, dauerhaft und fest zu sein und sich bei Verfügung über sämtliche Informationen über die eigene Lage und Alternativen zum Tod gebildet zu haben (ebd., Rn. 242ff.). Wann ist das schon der Fall? Zum anderen, weil zwar nur Menschen mit *akuter* psychischer Erkrankung von der Befähigung zu einer solchen Willensbildung ausgeschlossen werden sollen, psychische Erkrankung aber zugleich generell als strukturelles *Risiko* für den freien Willen erscheint (ebd., Rn. 245). Wann ist das *nicht* der Fall? Eine *unmögliche* Entscheidung wird bei allen Vorschlägen institutioneller Verfahren deshalb auf die Professionen abgewälzt, die traditionell für die Begutachtung des freien Willens zuständig sind: Medizin, Psychiatrie, Psychologie. Was ist der Fall? Ihre *An-maßung* soll das kantige Quadrat wieder zum ewigen Kreis machen, indem ihr Wissen das *normative* Problem in ein *wissenschaftliches* verwandelt, das *mit Gewissheit* entschieden werden kann. Wissenschaftlicher Zauber verdeckt die Widersprüche und entzieht die Grenzen ihrer ethisch-politischen Aushandlung.²²

22 Die seltsame Position dieser Wissenschaften wird z. B. in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie deutlich (DGPT 2020). Darin wird der Widerspruch des Urteils gesehen, auf die Beurteilung von Sterbewünschen verzichten, aber psychisch erkrankte Menschen ausschließen zu wollen. Das Schreiben hebt die Sozialität und Normativität des freien Willens gegen die rechtsphilosophische Konzeption hervor, um ihre Professionen dann in Stellung zu bringen, diese Beurteilung der Verengung von Freiheit auch jenseits psychiatrischer Gutachten leisten zu können. Das offenbart ein Bewusstsein darüber, dass ihre wissenschaftliche Praxis sich nur *als ethische*

Gegen solch Hokuspokus bedarf es etwas, das Gesetzgebung selbst nicht schaffen kann und Zeit braucht: eine demokratische Suizidkultur. Darunter verstehe ich die radikale Demokratisierung des freien Todes als die fortwährende Bestimmung jener universellen *Gerechtigkeit im Kommen*, die dem*der Suizident*in widerfahren soll, durch eine Demokratie, die ebenfalls nur *im Kommen* begriffen sein kann, als sie sich der Aushandlung dieses gottlos nicht fixierbaren Dings ‚freier Tod‘ niemals entzieht.²³ Es würde bedeuten, die Erschütterung des antisuizidalen Dreiecks anzunehmen und sich die Vermittlung der drei Ecken zur Aufgabe zu machen, einen unabschließbaren Diskurs über den freien Tod zu führen, in der Öffentlichkeit wie in unseren privaten Beziehungen, um damit Nietzsches aristokratisches Projekt des Freitods zu einem gemeinen zu machen und damit unter universalistische Vorzeichen zu stellen. Das heißt: Wir müssen reden. Was sind die Götter, die dem Leben und Sterben Maß und Richter sind und sein sollen? Lass uns sie beim Namen nennen. Von welcher Gemeinschaft oder Gesellschaft sprechen wir, die sich durch bestimmte Werte des Lebens und Sterbens konstituiert und unserem Werk einzig Adressatin sein kann? Lass uns sie schaffen. Und wie können wir dort Beziehungen knüpfen, in denen sich suizidale Subjekte bilden, die den Wert ihres Lebens im Verhältnis zur Gemeinschaft souverän zu bestimmen in der Lage sind, in *relativer* Autonomie zur Gesellschaft und ihren herrschenden Werten?

Wie wir uns die kulturellen Bedingungen einer solchen suizidalen Subjektwerdung vorstellen können, davon kann uns Thomas Macho eine Idee geben. Denn in seiner Kulturgeschichte *Das Leben nehmen* (Macho 2017) betrachtet er den Suizid als Kulturtechnik, mittels derer ein Subjekt sich als suizidales ausbildet. Lesend und schreibend, schauend und bildend tritt das Subjekt vermittelt durch das kulturelle Deutungsrepertoire seiner Zeit in ein Verhältnis zu sich selbst, indem es sich als tot bzw. von eigener Hand gestorben seiend imaginiert. Macho rückverfolgt diese Techniken

begründen lässt – was den stärker medizinisch orientierten Psychowissenschaften der DGPPN abgeht. Diese sehen ihre *psychiatrische* „fachärztliche Kompetenz“ gefragt, um Freiheitsbeschränkungen durch Symptome festzustellen (DGPPN 2020). Dies werden sie auch tun, weil sie assistierten Suizid überwiegend nur bei „terminalen Erkrankungen mit hohem Leidensdruck“ für legitim halten (ebd.). Damit stehen sie in Widerspruch zum BVerfG und der eigenen Aussage, dass ‚psychische Krankheit‘ die Freiverantwortlichkeit nicht per se beschränke. Doch von Widersprüchen und Moral wird im Gutachten vor dem Amts- oder Betreuungsgericht nichts zu lesen sein. Kittel an – Abrakadabra!

- 23 Derridas Verknüpfung kommender Gerechtigkeit mit „kommender Demokratie“ findet sich in *Marx' Gespenster* (1995, 109).

durch Literatur, Philosophie, Kunst, Film und Politik. Nietzsches vielzittierter Selbstmordgedanke als „ein starkes Trostmittel“, mit dem „man gut über manche böse Nacht hinweg[kommt]“ (JGB 5, 100) gehört in diese Kategorie einer Technik suizidaler Subjektbildung, die sich, Zarathustras Ekel überwindend, dem Leben immer wieder zuwendet. Diese *meditatio mortis* ist eine Übung der Stoiker, die durch gedankliche Vorwegnahme vergegenwärtigen soll, dass der Tod kein Übel ist.

Foucault hatte diese Übung als eine *Selbsttechnik* betrachtet (2005c, 437f.). Der Begriff bezeichnet „Verfahren zur Beherrschung oder Erkenntnis seiner selbst, mit denen der Einzelne seine Identität festlegen, aufrechterhalten oder im Blick auf bestimmte Ziele verändern kann oder soll“ (Foucault 2005a, 259). Macho schließt explizit an diesen Begriff Foucaults an (Macho 2017, 15f.). Foucault wendete sich spätantiken Autoren zu, um bei ihnen ein *anderes* Selbstverhältnis zu suchen, das er *Sorge um sich* nannte (Foucault 2005e, 755ff.). In einem Interview machte er deutlich, worum es ihm dabei ging: den modernen Freiheiten und Ungewissheiten, die sich mit den Errungenschaften von '68 noch verstärkt hätten, eine *ethische Praxis* für den Umgang mit ihnen zu geben, welche individuelle Freiheit erst begründen kann (Foucault 2005f, 893ff.). Denn für die *negative* Freiheit von juristischen wie moralischen Gesetzen bedürfe es eines Subjekts, das im *positiven* Sinne frei *dazu* ist, sich selbst Gesetzgeber zu sein und so Autonomie gegenüber gesellschaftlichen Moralvorstellungen zu wahren imstande ist, die mit sozialen, politischen und ökonomischen Strukturen verbunden sind. Foucault versteht seine Ethik als Reaktion auf die abendländische Philosophie des 19. Jahrhunderts, die das politische Subjekt nur noch als Rechtssubjekt des Naturrechts oder positiven Rechts fasse und seine Konstitution *als ethisches* verdrängt habe. Diese Verdrängung sei auch Voraussetzung für die *Biopolitik* eines *Fürsorgestaates*, der Freiheiten durch Humanwissenschaften und Präventionspolitiken liberal regierbar gemacht hat.²⁴ Das ethisch-politische Subjekt, das Foucault vorschwebt, ist eines, das schwerer regierbar ist, weil es sich durch seine autonome Gesetzgebung

24 *Biopolitik* ist für Foucault eine moderne Regierungsrationalität, deren Ziel es ist, menschliches Leben zu vermehren, zu verlängern, in seiner Produktivität zu steigern (1983, 129ff.; 2014). Dafür greift der liberale *Fürsorgestaat* (Foucault 2005g, 199) nicht mehr auf Zwang und Verbote, sondern auf Regierungstechniken zurück, die das Handlungsfeld *freier* Subjekte strukturieren und mit humanwissenschaftlich legitimierten Autoritäten und Institutionen Führungsangebote bereitstellen. Für die bedarfsorientierte Strukturierung bedient sich Biopolitik der statistischen Vermessung der Bevölkerung nach Merkmalen und Risiken sowie der politischen Ökonomie,

immer auch *gegen* biopolitische Führung richten kann. Was Foucault in spätantiker Philosophie und Praxis also sucht, ist ein illiberales ethisches Subjekt, das dem hegemonialen Liberalismus als souveräner Bürger auch Korrektiv und Gegenspieler sein kann.

Foucaults Spätwerk kann als Demokratisierung von Nietzsches Ethik eines Lebens ohne Gott verstanden werden, ist es doch gerade die radikale Diesseitigkeit, die Foucault an antiken Ethiken schätzt und das Verhältnis zum Tod (mit Seneca) in den Mittelpunkt der Selbstsorge stellt (2005f, 886f.). Im Sinne Nietzsches ist es auch zu verstehen, wenn Foucault für eine „Kultur des Selbstmords“ plädiert, die ihn positiv besetzt (2005d, 642) und als schwere Arbeit an sich selbst versteht, die als Fest gefeiert werden sollte (2005b, 309f.). Macho beobachtet die Ausbreitung suizidaler Selbsttechniken in der Moderne im Zuge ihrer wachsenden medialen Verfügbarkeit (2017, 94f.). Diese Ausbreitung kann als *eine* Voraussetzung für die Demokratisierung des freien Todes betrachtet werden. Die Sterbehilfebewegung ist ein Kind von '68, das zunächst in den Niederlanden, Mitte der 80er auch in Deutschland die „liberale Phase“ der Sterbehilfe einzuleiten begann (Fittkau/Gehring 2008), im Zuge derer der vormals elitäre Suizid- und Selbstbestimmungsdiskurs auf Massenkultur ausgeweitet wurde (Kamann 2009, 26).²⁵ Die Liberalisierung heute, die einen natürlichen Rechtsanspruch auf den assistierten Suizid erklärt, ruft deshalb die Aufgabe auf den Plan, Gemeinschaften und Vorstellungswelten zu bilden, innerhalb derer *Sorge um den eigenen Suizid* praktizierbar wird, damit wir suizidale Subjektbildung nicht spätkapitalistischen Verwertungszwängen, einem neoliberalen Freiheitsfetisch oder einem erodierenden Fürsorgestaat und seinen pathologisierenden Professionen überlassen. Unter anderem um diese Gefahren wird es im Folgenden gehen.

um die Entscheidungen rationaler Akteure in ihrer Güterabwägung kalkulierbar zu machen.

- 25 Statistiken aus den Niederlanden, Belgien und der Schweiz legen aber nahe, dass es vor allem Menschen mit bürgerlichen Privilegien sind, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen, weil Selbstbestimmung und Selbstsorge in diesen Schichten einen höheren Stellenwert genießen und Kompetenzen wie Artikulationsfähigkeit, Beharrlichkeit, Wissen und Geduld strukturell ausgeprägter sind. Das hilft, den Begutachtungsprozess durchzustehen (Kamann 2009, 65f.).

3. Die Politisierung des Suizids als biopolitisches Wagnis

Zweifelsfrei ist die Schaffung einer demokratischen Suizidkultur ein Wagnis – aber ist nicht auch das Wagnis zu unterlassen längst eine reelle Gefahr? Die Liberalisierung des assistierten Suizids in Deutschland ist keine Frage mehr. Mit dem Urteil des BVerfG ist sie längst da, das nur noch die Aufgabe ihrer Gestaltung formuliert hat. Jetzt mit Foucault zu skandalisieren, dass der Suizid Gegenstand von Biopolitik wird²⁶, verkennt, dass er das bereits (spätestens) nach dem Zweiten Weltkrieg geworden ist – als sich *Suizidologie* als eigenständige Wissenschaft und Präventionsprogramme ausgehend von Wien und den USA in Europa ausbreiteten.²⁷ Vorher ist der Suizid bloß *indirekter* Gegenstand psychiatrischer, psychologischer und soziologischer Wissenschaften und ihrer medizinischen, therapeutischen und politischen Interventionen gewesen, als irrationale Tat des Wahnsinnigen, tragische Entscheidung des Melancholikers (Freud 1946) oder Ergebnis eines modernen Auseinanderbrechens des Sozialen (Durkheim 1983). Als Erwin Ringel (1985) in den Fünfzigerjahren den Suizid als *Abschluss einer krank-*

26 Diese Skandalisierung von Sterbehilfe als Biopolitik (z. B. Gehring 2006, 203ff.) hängt mit einer Foucault-Rezeption zusammen, die *suggeriert*, dass diese Machtform (weil feiner und umgreifender) besonders schlimm wäre. Das wird der Ambivalenz nicht gerecht, dass Biopolitik zugleich die Freiheiten (und soziale Sicherung) des Individuums erzeugt, die mit ihr kontrolliert werden. Der Begriff beschreibt allgemein eine moderne Regierungsrationalität, deren kritische Analyse in Bezug auf spezifische Gegenstände dazu taugen kann, Widerstandspunkte und Ausweichmanöver gegen die Macht zu ermöglichen, um „nicht dermaßen regiert zu werden“ (Foucault 2010, 240). Eine Ablehnung von Biopolitik insgesamt (oder einer bestimmten Praktik, weil sie biopolitisch ist) bleibt im besten Fall abstrakt und besagt nichts, zeugt im schlechtesten Fall von einem Antimodernismus, der die Brücke zu konservativen Diskursen bildet. Diese Brücke zeigt sich in der Bioethik, die den Begriff häufig in kritischer Absicht gebraucht, ohne zu reflektieren, dass sie durch ihre Kommissionen selbst ein einflussreicher biopolitischer Akteur ist (Wehling 2008, 268). So mag man auch nicht sehen, dass Suizidprävention selbst ein nicht weniger biopolitisches Unterfangen ist als Sterbehilfe. Kamann sieht in der deutschen Bio- und Medizinethik ein „schwarz-grüne[s...] Bündnis von Katholizismus und Foucaultismus“ (2009, 127), die „seltsame Koalition aus streng konservativer Christlichkeit und linksalternativer Kapitalismuskritik“, die „Verwertungsinteressen einer anonymen Biomacht“ vermutet und so Suizident*innen zu Opfern einer neoliberalen Leistungs- und Spaßgesellschaft degradiert (ebd., 62f.).

27 In Wien war es 1948 die erste Einrichtung für Suizidprävention namens Lebensmüdenfürsorge um Erwin Ringel, der dann auch 1960er Jahren mit Norman Farberow die International Association of Suicide Prevention (IASP) gründete. 1968 verschob sich mit der *American Association of Suicidology* (AAS) das Zentrum in die USA. Die *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention* (DGS) gibt es erst seit 1972.

haften psychischen Entwicklung zum ureigenen Syndrom erklärte, sich die Diagnostik von der Ätiologie entfernte und stattdessen mit statistischen Untersuchungen über soziale Risikogruppen verband – dies ist vielleicht das epistemische Ereignis, das den Suizid biopolitisch als eigenen Gegenstand erfasst. Diese liberale Regierung suizidaler Subjekte, die durch Verhaltenstherapien und Risikomanagement die Suizidraten so weit wie möglich zu drücken versucht und dabei voraussetzt, dass der Suizid einerseits *jedem**r erlaubt, andererseits aber *immer* zu verhindern sei, *muss* die Frage nach ihrer Begrenzung aufwerfen.

Robin Iltzsche hat auf die dialektische Verschränkung von Suizidprävention und Sterbehilfe hingewiesen (2023; Beitrag in diesem Band). Er hat nicht nur gezeigt, wie sich die Diskurse gleichzeitig überlappen und gegeneinander konstituieren, sondern uns auch ein Beispiel für einen Kipppunkt aus der psychiatrischen Praxis gezeigt, bei dem Suizidalität vom Symptom zum verständlichen Sterbewunsch reinterpretiert wurde. Beide Seiten gehören zusammen und müssen gemeinsam diskutiert werden. Die Stärkung einer Seite muss die der anderen bedingen und zufolge haben, schlägt der Liberalismus doch sonst in den Zwang um, der er gar nicht sein will: zum Leben, weil alle Mittel, die nicht als grausam empfunden werden, der Prävention halber entzogen werden, oder zum Sterben, weil es ein System helfender Hände zum Leben nicht gibt.

Diese Grenze zwischen *Leben machen und Sterben lassen* – sie ist für Biopolitik konstitutiv (Foucault 2014). Der Witz an Foucaults Konzept liegt doch gerade darin, dass es eine List liberaler Vernunft offenzulegen hilft. Biomacht darf nicht mehr direkt töten (wie die *Souveränitätsmacht*) und gibt sich – zumindest für die Bevölkerung eines Territoriums – einen universellen Anspruch: Leben zu schützen und zu vermehren. Gleichzeitig produziert sie durch ihre Interventionen *immer* eine Grenze zu Merkmalsgruppen, die mit statistisch bestimmbarer Wahrscheinlichkeit dem Tod eher preisgegeben werden. Jedoch bleibt diese Grenze in liberalen Gesellschaften normalerweise verdeckt, müsste sie angesichts ihres Anspruchs doch irgendwie legitimiert werden, wenn sie ans Licht käme. Artikuliert würde sie mindestens implizit zur Grenze zwischen *lebenswert* und *lebensunwert* werden, die Nietzsches großer Geist bestimmen lernen sollte. Das im 19. Jahrhundert geradeheraus auszusprechen ist im Zuge der Ausbreitung biopolitischer Politik folge- und aufrichtig.

Die damalige Euthanasiedebatte wurde im Hinblick auf Bestimmungen des gesellschaftlich Unwerten auf furchtbare Weise geführt (Baumann 2001, 305ff.; Graefe 2007, 221ff.). Doch wurde in ihr zumindest die biopolitische

Grenze noch adressier-, problematisier- und somit auch im Hinblick auf ihre Ausschließungsmechanismen unter der Maßgabe universalistischer Prinzipien kritisier- und politisierbar. Wer sich heute einseitig auf die Seite des Lebensschutzes und der Suizidprävention schlägt und dafür auf einen humanistischen Zombie-Gott beruft, leistet eher der Verschleierung eines Urteils Vorschub, das sich *trotzdem* vollstreckt – in jedem einzelnen Fall, in dem sich ein suizidales Subjekt konstituiert, im Verhältnis zu der Gesellschaft, der es zu fliehen trachtet und ihren Werten, die die Abwägung zwischen Leben und Tod leiten. Mit § 217 StGB wollte der Gesetzgeber dem Einzelfall Rechnung tragen und die Institutionalisierung vermeiden. Dadurch hat man es aber auch vermieden, darüber sprechen zu müssen, anhand welcher Kriterien eine Wertegemeinschaft die biopolitische Grenze ziehen möchte. In der Konsequenz liefert eine solche Scheu vor Politisierung der Grenze den Einzelfall familiärer und ärztlicher Macht aus.

Die liberalen Praktiken in der Schweiz und den Beneluxstaaten haben problematische Grenzziehungen und -verschiebungen hervorgebracht. Doch: Als Institutionen wurden ihre Regeln, nach denen die Grenze gezogen wird, und Abweichungen erst kritisierbar.²⁸ Statt sich darüber zu empören, *dass* die biopolitische Grenze gezogen wird, ist *immer* zu problematisieren, *wie* es getan wird. Denn dass in spätkapitalistischen Zeiten ein suizidales Subjekt seinen Lebenswert an ökonomischer Verwertung und Belastung bemisst und seitens einer *volkswirtschaftlichen* Gemeinschaft auf Zustimmung stößt, ist eine reelle Gefahr. Dem *stummen* Zwang ökonomischer Verhältnisse kann jedoch nur begegnet werden, wenn dem *unverfügbaren* Gott eines ewig sich selbst setzenden Subjekts (dem Kapital)²⁹, im politischen Widerstreit *endliche gestaltbare* Götter entgegengesetzt werden. Erst im Namen der Werte *politischer* Gemeinschaften kann Widerspruch zur Ökonomisierung des Lebens und Sterbens formuliert werden. Die Pathologisierung durch Medizin und Psychiatrie hatte im 18. und 19. Jahrhun-

28 Durch die öffentliche Skandalisierung von besonderen Einzelfällen wurde die Sterbehilfepraxis für bestimmte Personengruppen immer wieder allgemein problematisiert. Das waren v. a. Menschen, bei denen die Artikulation eines freien Willens in Zweifel gezogen wurde (z. B. bei Demenz) oder sogar fehlte, Minderjährige und Menschen ohne körperliche Erkrankung oder mit psychiatrischer Diagnose (Finzen 2008, 45ff.; 65ff).

29 Dieses eigentlich göttliche Kennzeichen eines Sichselbstsetzens meint Marx, wenn er das Kapital als „automatisches Subjekt“ bezeichnet, das sich der Verfügung Handelnder entzieht (2008, 169). Der Verschleierung dieser „metaphysische[n] Spitzfindigkeit und theologisch[en] Mucken“ in der Ware ist durch die Kritik ihres Fetischs nachzuspüren (ebd., 85).

dert maßgeblich dazu beigetragen, den Suizid zu entpolitisieren und von Strafen zu befreien. Wenn nun in der Liberalisierung der Sterbehilfe der Suizid ent-pathologisiert wird, wie Thomas Macho beobachtet (2017, 436), dann wird er wieder re-politisiert werden müssen, um die Bestimmung der Freiheit, die daraus entsteht, nicht dem Markt, den medizinischen und psychologischen Professionen oder dem gesunden Menschenverstand zu überlassen.

„Es gibt ein Recht, wonach wir einem Menschen das Leben nehmen, aber keines, wonach wir ihm das Sterben nehmen: dies ist nur Grausamkeit“, sagt der *eine* Nietzsche, der sich gegen die *Verhinderung des Selbstmordes* wendet (MAMI, 2, 87). Ein Plädoyer für assistierten Suizid? Da wäre aber noch *der andere* Nietzsche, der Zarathustra *den letzten Menschen* verachten lässt, der es sich im ewigen Menschsein bequem gemacht und verlernt hat, den Übermenschen zu suchen: „Ein wenig Gift ab und zu: das macht angenehme Träume. Und viel Gift zuletzt, zu einem angenehmen Sterben.“ (Z, 4, 20) Die Spannung zwischen beiden Zitaten ist festzuhalten. Ob nun ein oder zwei Gutachten bestellt werden, Ärzt*innen, Psycholog*innen oder der große Kürbis befragt wird. Und ob nun Alter, strotzende Gesundheit oder eine psychiatrische Diagnose disqualifiziert – jemandem die Hilfe zu verweigern, bleibt Zumutung und Anmaßung, die nicht hinzunehmen ist, sodass *jedes* Verfahren problematisiert gehört, um ausgehend von individueller Würde und Pluralismus auf die „Begründungs- und Rechtfertigungspflicht jeder Macht“ über Lebensmüde zu bestehen (Kamann 2009, 91). Einerseits. Andererseits ist Skepsis gegenüber *jedem* Einverständnis einer Gesellschaft mit ihren Sterbewünschen an den Tag zu legen, bequemt sie sich doch, die Selbstbestimmung als verwirklicht anzunehmen, die erst eine *übermenschliche* Aufgabe wäre. Die Ambivalenz von Sterbewünschen, die Psycholog*innen beobachten, sollte nicht in der Performance vor Gutachter*innen ausgeräumt, sondern zur Grundlage reflektierter Willensbildung suizidaler Subjekte werden.

Was schützt uns davor, dass das Wagnis einer Suizidkultur nicht schief geht? Nicht viel. Möge das Schreckensbild des polternden, anmaßenden, verhärteten Nietzsche Mahnung sein und durch den leisen, zweifelnden und zärtlichen Nietzsche gebrochen werden. Ein tragisches Verständnis vom Freitod hilft gegen den optimistischen Machbarkeitswahn. Wir werden scheitern. Es gibt keinen Triumph. Denn die Harmonie des Dreiecks ist ebenso wenig wieder herzustellen wie die Identitäten seiner drei Ecken. Und das ist auch gut so. Die Werte, an denen gutes Leben und Sterben gemessen wird, befinden sich im Widerstreit. Die Gesellschaft, die Werte

bestimmt und der das Werk gilt, ist eine umkämpfte. Und das suizidale Subjekt, es bleibt ein zerrissenes. Die Gefahren von Euthanasie kommen nicht erst mit dem Eingeständnis in die längst reale Relativierung des Lebenswerts, deren politisches Bewusstsein vielmehr zur Verunsicherung der Identitäten beitragen kann, die die Relationen stiften – damit eine Gesellschaft *nie wieder* mit Selbstgewissheit und -gerechtigkeit sagt, wann und warum der freiwillige Tod im Sinne ihrer Werte ist. Der gute Tod, es gibt ihn nicht, das Lernen einer *ars moriendi* schlägt fehl. Es kommt auf den Versuch an. Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung, Souveränität, Glück ... nur in der Reflexion ihres Scheiterns, als *Abwesende*, können Ideale der Aufklärung halbwegs vor ihrer Verkehrung geschützt werden.

Literaturverzeichnis

- von Aquin, Thomas (1987): *Recht und Gerechtigkeit*. Theologische Summe II-II, Fragen 57–79. Nachfolgefassung von Band 18 der Deutschen Thomasausgabe. IfG Verlagsgesellschaft. Bonn.
- Ärzteblatt, 09.09.2020: Verbände wünschen sich Suizidpräventionsgesetz. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/137280/Verbaende-wuenschen-sich-Suizidpraeventionsgesetz>, [05.10.2022]
- Augustinus, Aurelius (1979): *Der Gottesstaat. De civitate Dei*. Erster Band, Buch I-XIV. Ferdinand Schöningh. Paderborn.
- Baumann, Ursula (2001): *Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. Bis zum 20. Jahrhundert*. Hermann Böhlau Nachfolger. Weimar.
- BVerfG (2020): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. – 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1–343. https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, [20.08.2023]
- Deleuze, Gilles (1992): *Differenz und Wiederholung*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Derrida, Jacques (1991): *Gesetzeskraft. Der ‚mystische Grund der Autorität‘*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Derrida, Jacques (1995): *Marx' Gespenster. Der Staat der Schuld, die Trauerarbeit und die neue Internationale*. Fischer. Frankfurt am Main.
- Derrida, Jacques (2000): Otobiographien. Die Lehre Nietzsches und die Politik des Eigennamens. In: Jacques Derrida/Friedrich Kittler (Hrsg.), *Nietzsche – Politik des Eigennamens. Wie man abschafft, wovon man spricht*. Merve. Berlin. 7–63.
- Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 19/223: Stenographischer Bericht, 223. Sitzung, Berlin, Mittwoch, den 21. April 2021. <https://dserver.bundestag.de/btp/19/19223.pdf#P.28262>, [29.09.2022]
- DGPPN (2020): Umfrage zu Suizidbeihilfe. Psychiater setzen auf Prävention. Stellungnahme vom 4.10.22. <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung-2022/UmfrageSuizidassistentz.html>, [07.10.2022]
- DGPT (2020): Vorstellungen und Vorschläge der DGPT zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistentz. Stellungnahme von Juni 2020. https://dgpt.de/fileadmin/downloads/1-news/SN_2020-06-22_Stellungnahme-der-DGPT-zur-Neugestaltung-_217-StGB.pdf, [06.10.2022]
- Durkheim, Emile (1983): *Der Selbstmord*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Finzen, Asmus (2009): *Das Sterben der Anderen*. BALANCE buch + medien verlag. Bonn.
- Fittkau, Ludger/Gehring Petra (2008): Zur Geschichte der Sterbehilfe. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, ApuZ 4/2008 vom 21. Januar. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Foucault, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen*. Sexualität und Wahrheit. Erster Band. Suhrkamp. Frankfurt am Main.

- Foucault, Michel (2005a): Subjekt und Wahrheit. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Band IV. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2005b): Gespräch mit Werner Schroeter. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Band IV. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2005c): Die Hermeneutik des Subjekts. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Band IV. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2005d): Michel Foucault, interviewt von Stephen Riggins. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Band IV. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2005e): Zur Genealogie der Ethik. Ein Überblick über die laufende Arbeit. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Band IV. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2005f): Die Ethik der Sorge um sich als Praxis der Freiheit. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Band IV. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2005g): „Omnes et singulatim“. Zu einer Kritik der politischen Vernunft. In: Daniel Defert/François Ewald (Hrsg.), *Analytik der Macht*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2010): Was ist Kritik? In: Ulrich Bröckling (Hrsg.), *Kritik des Regierens. Schriften zur Politik*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2014): In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesung vom 17. März 1976. In: Andreas Folker/Thomas Lemke (Hrsg.), *Biopolitik. Ein Reader*. Suhrkamp. Berlin.
- Freud, Sigmund (1946): Trauer und Melancholie. In: *Gesammelte Werke*. Zehnter Band. Imago Publishing Co. London.
- Gehring, Petra (2006): *Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens*. Campus Verlag. Frankfurt, New York.
- Graefe, Stefanie (2007): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Campus Verlag. Frankfurt am Main und New York.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1970): *Grundlinien der Philosophie des Rechts*. Werke in 20 Bänden. Band 7. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Horkheimer, Max/Adorno, Theodor (2004): *Die Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Fischer. Frankfurt am Main.
- Hume, David (2005): *On Suicide*. Penguin Books. London.
- Iltzsche, Robin (2023): *Die Überzeugung zum Leben. Eine Ethnographie der psychiatrischen Suizidprävention*. Psychiatrie-Verlag. Köln.
- Kamann, Matthias (2009): *Todeskämpfe. Die Politik des Jenseits und der Streit und Sterbehilfe*. Transcript. Bielefeld.
- Kant, Immanuel (1977): *Metaphysik der Sitten*. Werke in zwölf Bänden. Suhrkamp. Frankfurt am Main.

- Kant, Immanuel (2007): *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Macho, Thomas (2017): *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. Suhrkamp. Berlin.
- Marx, Karl (2008): *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie*. Erster Band. MEW. Band 23. Karl Dietz. Berlin.
- Minois, Georges (1996): *Geschichte des Selbstmords*. Artemis & Winkler. Düsseldorf und Zürich.
- Nietzsche, Friedrich (1980): *Sämtliche Werke*. Giorgio Colli und Mazzino Montinari (Hrsg.), Kritische Studienausgabe in 15 Bänden (KSA). Dtv und De Gruyter. München, New York.
- MAMI, 2. Menschliches, Allzumenschliches I
- MAMII, 2. Menschliches, Allzumenschliches II
- FW, 3. Die fröhliche Wissenschaft. La gaya scienza.
- Z, 4. Also sprach Zarathustra. Ein Buch für alle und keinen.
- JGB, 5. Jenseits von Gut und Böse. Vorspiel einer Philosophie der Zukunft.
- GM, 5. Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift.
- GD, 6. Götzendämmerung. Oder wie man mit dem Hammer philosophiert.
- KSA 13. *Nachgelassene Fragmente 1887 – 1889*
- Ringel, Erwin (1985): *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Wilhelm Maudrich. Wien, München, Bern.
- Schopenhauer, Arthur (1996): *Die Welt als Wille und Vorstellung*. Erster Band. Insel. Frankfurt am Main, Leipzig.
- BVerfG (2020): *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020*. – 2 BvR 2347/15-, Rn. 1–343. https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, [19.08.2023]
- Wehling, Peter (2008): Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik. In: *Leviathan. Berliner Zeitschrift für Sozialwissenschaft*, Vol. 36, Nr. 2, Juni 2008. Nomos. Baden-Baden.
- Woellert, Katharina/Schmiedebach, Heinz Peter (2008): *Sterbehilfe*. Ernst Reinhardt. München, Basel.

Autor*innen- und Herausgeber*innenverzeichnis

Simon Duncker promoviert im Fach Soziologie an der Universität Bielefeld zu Suizid-Wissenschaftsgeschichte und Machttheorie. Er wurde durch die Gerda Henkel Stiftung gefördert und ist momentan Fellow des Forschungsinstituts für Philosophie Hannover (FIPH).

Stefanie Graefe ist Privatdozentin und Soziologin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, forscht und lehrt im Bereich Politischer Soziologie. Insbesondere interessiert sie sich für den Wandel von Lebensweisen, Sozialbeziehungen und Subjektformen in spätliberalen Gesellschaften.

Robin Iltzsche, hat am Arbeitsbereich Soziologie und Sozialpsychologie mit dem Schwerpunkt der interpretativen empirischen Sozialforschung der Goethe-Universität Frankfurt am Main promoviert. Er ist in der Ausbildung zum tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Psychotherapeuten und hat derzeit die Vertretungsprofessur für Gesundheitsförderung und Prävention in den Praxisfeldern der Sozialen Arbeit an der Frankfurter University of Applied Sciences inne.

Thomas Macho forschte und lehrte von 1993 bis 2016 als Professor für Kulturgeschichte am Institut für Kulturwissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin und leitete von 2016 bis Oktober 2023 das Internationale Forschungszentrum Kulturwissenschaften (IFK) der Kunstuniversität Linz in Wien. 1984 habilitierte er sich für das Fach Philosophie an der Universität Klagenfurt mit einer Habilitationsschrift über *Todesmetaphern* (1987). Zu seinen neuesten Monographien zählen: *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne* (2017), *Warum wir Tiere essen* (2022) und *Sehen ohne Augen* (2022).

Angelika Pillen, ehemalig Krankenschwester, hat ihr Studium der Philosophie, Germanistik und Romanistik mit einer Promotion zu *Hegel in Frankreich* (2003) abgeschlossen. Von 2003 bis 2021 war sie Leiterin des Instituts für Fort- und Weiterbildung der Alexianer, einem großen katholischen Träger von Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Ihre thematischen Schwerpunkte sind Psychiatrie und Medizinethik.

Almuth-Maria Schmidt, studierte Philosophie und Soziologie in Potsdam, dann Psychologie in Glasgow, Schottland, wo sie den Ausbildungsweg zur psychologischen Psychotherapeutin eingeschlagen hat. Sie interessiert sich für philosophische Reflexionen auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis und therapeutische Haltung, insb. dialogische und anthropologische Ansätze des Verstehens, sowie die Möglichkeiten menschengerechter(er) Gesellschaften.

Nina Streeck ist Medizinethikerin und forscht zu ethischen Fragen des Lebensendes, des Alters, der Demenz und der seltenen Krankheiten. Sie arbeitet am Institut für Sozialethik an der Universität Zürich. Zu ihren Publikationen zählt u. a. *Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende* (2020). Neben ihrer Forschung hat sie Lehraufträge an der Universität Fribourg und ist Dozentin für Pflege- und Medizinethik an verschiedenen Fachhochschulen und für Altersinstitutionen.