1. Einleitung

Lebensende, Sterben (Sterbekultur), Tod und Trauer haben sich in den letzten Jahrhunderten immer wieder verändert und unterlagen den Strukturen sowie Gegebenheiten der unterschiedlichen (historischen) Zeitepochen und mit ihr den politischen, religiösen, ökonomischen, medizinischen (Krankheit, Epidemien/Pandemien, Verletzungen) sowie gesellschaftlichen und damit auch kulturellen Merkmalen (Imhof, 1991, S. 18 ff). Es entstanden unterschiedliche Altersbilder und in diesem Zusammenhang veränderten sich ebenfalls das Leben in der Gesellschaft, die Einbindung von oder der „Umgang" mit alten Menschen sowie das Sterben aus Altersgründen.

Im historischen Kontext gab und gibt es noch immer ein Interesse am „Phänomen" alter Mensch (Lüth, 1965, S. 2). In den unterschiedlichen philosophischen und erkenntnistheoretischen Wissenschaftsströmungen war und/oder ist Alter einmal als Krankheit definiert, einmal wird der alte Mensch als Ware gesehen oder als die weise Person, je nachdem, welches Altersbild in der Gesellschaft präsent war/ist und wahrgenommen wurde/wird (Brandt, 2010, S. 3 ff).

Betagte und hochbetagte Menschen werden in der heutigen westlichen deutschsprachigen Kultur weit über 90 und 100 Jahre alt. Laut Statistischem Bundesamt (2021) waren 2020 20 465 Menschen 100 Jahre und älter, wobei der Frauenanteil der Hochbetagten bei 80% liegt (Statistisches Bundesamt, 2021b). Ursachen sind u.a. der medizinische Fortschritt im 20. und 21. Jahrhundert, eine geringere Säuglingssterblichkeit sowie die Verbesserungen der Lebensbedingungen und der steigende Wohlstand (Statistisches Bundesamt 2021). Mit zunehmendem Alter steigen physiologische Veränderungen, die zu Krankheit sowie chronischen Krankheiten bis hin zur Multimorbidität führen können. Je älter die Menschen werden, desto höher ist ihr Risiko, die Selbständigkeit nicht mehr aufrecht zu erhalten, und die Pflegebedürftigkeit nimmt zu (Weyerer, 2021, S. 41 ff).

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Bereits in der Antike waren die Menschen mit dem Verlust von Selbständigkeit durch Altersleiden vertraut. Einbußen des Geistes im hohen Alter wurden als Demenz bezeichnet, welche sich durch „Erkaltung im Alter" entwickelten (Brandt, 2010, S. 4). Mögliche Überlegungen, ob das Leben noch lebenswert sei und ob ein Freiwilliges aus dem Leben scheiden nicht für die Person wie auch für die Gesellschaft besser sei (ebd., S. 5), waren präsent.

In Deutschland rücken alte Menschen immer weiter in den Fokus aller Wissenschaften, insbesondere weil sich die demografische Entwicklung kontinuierlich umkehrt. 2020 waren die wenigsten jungen Menschen zwischen 15–24 Jahren seit Aufzeichnung des Statistischen Bundesamtes zu verzeichnen und betragen nur 10,1% an der Gesamtbevölkerung Deutschlands von 83,4 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2021c). Die Zahl betagter sowie hochbetagter Personen, die im Rentenalter sind, steigt kontinuierlich an (Statistisches Bundesamt, 2021d). In den letzten 20 Jahren ist die Summe pflegebedürftiger Personen von 2,02 Mio. auf 4,13 Mio. Menschen gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2020). Im Alter sind Selbständigkeit und Autonomie eingeschränkt, betagte Menschen sind auf das solidarische Miteinander der Gesellschaft angewiesen. Eine gefüllte Biografie, durchsetzt mit Höhen und Tiefen, d.h. auch mit Krisen und Verlusten, führt nachweislich bei Betagten und Hochbetagten zu Todeswünschen (naspro, 2019). Die Sterbewünsche sind nicht nur von unterschiedlichen pflegerischen Settings, professionell oder privat, abhängig, sondern es gibt auch Menschen, die ihr Leben als vollendet ansehen. Gedanken dieses Leben vorzeitig zu beenden, wachsen (ebd.).

Durch den demografischen Wandel ist der Generationenvertrag ins Wanken geraten und spitzt sich mit dem Eintritt der Baby-Boomer ins Rentenalter dem Höhepunkt zu. Die finanziellen Kosten der Sozialversicherung werden massiv steigen, besonders auch Kosten für Gesundheit und Pflege. Hinzu kommen Fachkräftemangel in der professionellen Pflege, seit der Corona-Pandemie sogar eine Flucht aus der professionellen Pflege, so dass die familiären Strukturen verstärkt gefragt sind, d.h. die Solidarität unter den Generationen innerhalb der Familie (Pantel, 2022, S. 17 ff; Gronemeyer & Heller, 2021, S. 30). Andererseits hat sich die Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten verändert (Berufstätigkeit von Frauen, berufliche Mobilität u.a.) sowie

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

immer mehr individualisiert, so dass die familiäre Unterstützung betagter und hochbetagter Menschen problematisch wird (Weyerer, 2021, S. 52). Mit der Corona-Pandemie haben sich die Solidarität mit alten Menschen sogar verschlechtert und der Generationenkonflikt verschärft, weil die jungen Menschen als Verursacher der Keimverteilung moralisiert wurden (Pantel, 2022, S. 77 f). Betagte und Hochbetagte werden somit immer mehr vom *Phänomen* zum *Problem*. Begrifflichkeiten der Medien in Schrift und Sprache wie beispielsweise „Altenlast", „Überalterung" oder „Bewältigung des demografischen Wandels" deuten auf ein Problem hin. Probleme sind etymologisch aus dem griechischen = „*próblēma* oder lateinischen = *problēma*" und bedeutet so viel wie „schwierige, noch ungelöste Aufgabe, Hindernis, Schwierigkeit" (DWDS, 2022d). Sehr provokant hat bereits 1998 der damalige Bundesärztekammerpräsident das Unwort des Jahres 1998 „sozialverträgliches Frühableben" (Korzillius, 1999) geprägt und sorgte mit dieser Aussage für allgemeine Empörung, die Provokation sowie Ironie blieb im Verborgenen (ebd.).

Es liegt an der Gesellschaft, ob Menschen mit Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf in einer solidarischen Gemeinschaft oder in einem Verbund von Individuen als singuläres Wesen eingebettet sind. Damit sich Betroffene nicht als Last, sondern als ein Sein zwischen Anderen fühlen, benötigt die Gesellschaft politische Unterstützung. Generationenkonflikte gab es schon immer, jedoch ist der ‚zunehmende Altenhass' (Pantel, 2022, S. 10) gerade unter jungen Deutschen besorgniserregend.

Aufgrund der Multimorbidität älterer und hochaltriger Menschen ist bereits in den 1990-er Jahren eine neue Strömung mit einer konzeptionell erarbeiteten palliativen Versorgung betagter und hochbetagter Menschen entstanden, die Palliative Geriatrie (Kojer & Schmidl, 2011, S. 4), um die Versorgungssituationen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern und folglich das Wohlbefinden und die Lebensqualität für die Bewohner/innen zu erhöhen. In diesem Haltungs-Konzept stehen Autonomie und Selbstbestimmung sowie ein care-ethischer Ansatz im Fokus. Gerade diese Personengruppe ist mit einem ganzheitlichen Blick physischer, psycho-sozialer sowie spiritueller Begleitung in der Versorgung zu bedenken. Dahingehend ist dringend erwähnenswert, dass bereits in den 1980-er Jahren zwei widersprüchliche Bewegungen in Deutschland entstanden sind, um den Bedingungen in den Kranken-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

häusern zu entkommen. Einerseits wurde die Hospizbewegung auf der Grundlage des ganzheitlichen Ansatzes von Cicely Saunders „geboren", um den Menschen im Sterben zu begleiten, und andererseits entstanden Sterbehilfevereine, um beim Sterben zu helfen. Beide hatten/haben dasselbe Ziel: ein menschenwürdiges Sterben bzw. Tod zu erlangen (Streeck, 2021, S. 138 f). Diese gegensätzlichen Strömungen gerieten zunehmend in eine „Schieflage", da sich in Deutschland Sterbehilfevereine etablierten und für sterbewillige Menschen einen assistierten Suizid (AS) in die Schweiz vermittelten. Als Antwort und zum Schutz sowie zur Versorgungsverbesserung von alten und kranken Menschen, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, wird das Bundesgesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, kurz *Hospiz- und Palliativgesetz* (HPG) (BGM, 2015), sowie im Strafgesetzbuch (StGB) das Gesetz *§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung* (Bundesministerium der Justiz, 2015) konstituiert. Durch Klagen schwerkranker Menschen, Jurist/innen und Ärzt/innen auf ein selbstbestimmtes Sterben beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG), erhielt am 26.02.2020 die wechselseitige Intensität Palliative Care – assistierte Sterbehilfe ihren Höhepunkt mit der Verfassungswidrigkeit des § 217. Eine gesetzliche Regelung ist bis zur Beendigung der Masterarbeit nicht erreicht worden. Möglicherweise sind mit dem Gerichtsurteil des BVerfG vom 26.02.2020 Türen aufgestoßen worden, die die traditionelle Sterbekultur in Deutschland endgültig in eine Schieflage bringen könnte. „Im assistierten Suizid feiert eine Gesellschaft, deren suizidale Züge unübersehbar sind, ihr eigenes Requiem" (Gronemeyer & Heller, 2021, S. 35). Die Debatte um den assistierten Suizid blendet gesellschaftliche sowie globale Realitäten aus, da es sich nicht nur um eine medizinisch-ethische Debatte handelt, sondern der Neoliberalismus und der damit verbundene Kapitalismus erhalten dann endgültig die Vorderhand (ebd.). Als Folge soll das Leben, das im gesellschaftlichen Leistungsprozess keine Funktion mehr hat und dessen Erhalt nur durch aufwendige Pflege und Medizin gewährleistet wird, also nur noch Kostenverursacher ist, leichter beendet werden können.

Über die Kultur des Sterbens, insbesondere im Kontext Betagter und Hochbetagter, lassen sich verschiedene Diskurse führen, wobei es wichtig ist, Diskursentstehungen, Praktiken, Strukturmuster sowie de-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

ren Regeln und die Wahrnehmung oder Wirkung in der Gesellschaft aufzudecken.

Diese Masterthesis wird sich mit dem Thema assistierter Suizid und dem gesellschaftlichen Diskurs nach dem Kippen des § 217 im Kontext alter und sehr alter Menschen befassen, weil es zukunftsorientiert für die Pflege und Pflegewissenschaft von Bedeutung ist (Kapitel 1.1). Im Verlauf werden einige Erklärungsversuche sowie theoretische Hintergründe dargelegt. Anhand ausgewählter Printmedien findet eine Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller statt, deren Ergebnisse in einer Diskussion mit den theoretischen Grundlagen mündet. Die Praxisrelevanz für Pflege und Pflegewissenschaft beenden die Diskussion. Ein Fazit und Ausblick schließen die Masterarbeit ab. Der genaue Rechercheprozess zum Thema sowie Tabellen werden in den Anhängen dieses Dokuments genauer beschrieben. Englische Texte werden mit den Sprachkenntnissen der Autorin sowie mit dem kostenlosen Onlineportal deepl übersetzt.

1.1 Erkenntnisinteresse und Relevanz – Forschungsfrage

Das Ziel und das Erkenntnisinteresse dieser Masterthesis ist es, einen kritischen Blick auf den Diskurs zum Lebensende und zum Sterben betagter und hochbetagter Menschen im gesellschaftlichen Kontext zu legen, insbesondere weil seit dem 26.02.2020 durch das BVerfG die rechtlich zugeschriebene Möglichkeit des assistierten Suizids aufgrund autonomer Selbstbestimmung verfasst wurde (Bundesministerium der Justiz). Daraus ergeben sich vielfältige gesellschaftsrelevante Fragen wie beispielsweise zur heutigen Sterbekultur, zum Bewusstwerden/Bewusstsein, dass Sterben ein Leben bis zum Tod ist, zum Altersbild persönlich wie gesellschaftlich, zu Autonomie, Würde und Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft sowie neben ethischen, theologischen und kulturell-sozialen Fragen auch zu pflegerischen, medizinischen sowie rechtlichen Regelungen. Ökonomische Perspektiven sollen nicht unbenannt bleiben. Jedes dieser Themen könnte als eigenständiger Diskurs ausgearbeitet werden, so lässt sich erkennen, wie hochkomplex die Thematik des assistierten Suizids ist. Medial wird das Thema mit einem ‚dafür' oder ‚dagegen' polarisiert und die Autonomie und

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Selbstbestimmung als höchstes Gut des Individuum hervorgehoben (Gronemeyer & Heller, 2021, S. 25).

Sterben ist eine Grenzsituation, da es den Übergang vom Leben zum Tod beschreibt. Diese Grenzsituation kann Konflikte der sterbenden sowie der begleitenden Person auslösen und eine vorzeitige Lebensbeendigung erhoffen lassen (Monforte-Royo, Villavicencio-Chávez, Tomás-Sábado, Mahtani-Chugani & Balaguer, 2012). Sterbewünsche bzw. Todeswünsche der betroffenen Personen werden im Zusammenhang mit der Lebensbegleitung bis zum Tod, insbesondere im palliativ-pflegerischen Kontext, relativ häufig benannt (ebd.). Wissenschaftliche Erhebungen zeigen auf, dass nicht jeder Sterbenswunsch auch in einen Entschluss des vorzeitigen Lebensendes mündet.

In Deutschland starben 2020 insgesamt 985 572 Menschen (Statistisches Bundesamt, 2021a), davon haben sich 9 206 Personen suizidiert. In der Recherche nach *„assistierter Suizid* bzw. *ärztlich assistierten Suizid* oder *Sterbebeihilfe"* im Zusammenhang mit der Todesursachenstatistik erscheint im Statistischen Bundesamt am 28.04. und 07.07.2022: *kein Treffer*. Betroffen ist besonders das Gesundheitswesen, denn es handelt sich um den ärztlich assistierten Suizid (nur Ärzte erlangen einen Zugriff auf die tödlichen Medikamente), so dass auch Pflegefachpersonen stationär, teilstationär sowie ambulant mit dieser Thematik konfrontiert sind. In der Kranken- und Altenpflege arbeiten 1,7 Mio. Pflegepersonen (Bundesagentur für Arbeit, 2021) und als Arbeitgeber sind private sowie kirchliche und wohlfahrtsstaatliche Häuser zu nennen. Das Gesundheitswesen ist aufgefordert, sich mit diesem Thema aus verschiedenen Blickwinkeln auseinanderzusetzen. Die Ärzteschaft hat im Mai 2021 mit der Streichung des § 16 aus der Muster-Berufsordnung reagiert, sieht aber weiterhin die Beihilfe zum Suizid nicht als ärztliche Aufgabe an, sondern überlässt dieses Handeln der Gewissensentscheidung des Arztes (Bundesärztekammer, 2022). Die Pflege und die damit verbundene Pflegewissenschaft ist noch stärker als Mediziner/innen in verschiedenen Settings betroffen, doch die Stimme aus diesem Bereich ist noch sehr leise (Stanze, 2021).

Das Thema (ärztlich) assistierter Suizid als autonome Selbstbestimmung wahrzunehmen, ist gesellschaftlich seit dem 26.02.2020 jedoch hoch präsent, so dass der Diskurs nach der Urteilsverkündung des

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

BVerfG zum § 217 im Kontext betagter und hochbetagter Menschen zu analysieren und einzuordnen ist. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage der Masterthesis:

> ***Wie wird der assistierte Suizid im Kontext betagter und hochbetagter Menschen in ausgewählten Printmedien nach dem Kippen des § 217 gesellschaftlich diskutiert?***

Aufgrund der Komplexität des Themas werden im Folgenden einige Erklärungsversuche aufgezeigt, warum Menschen eher aus dem Leben scheiden wollen, welche gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Sterbewillige wirken können und wie die Wirklichkeit zur Thematik konstruiert wird. Für die wissenssoziologische Diskursanalyse werden vier theoretische Hintergründe ausführlicher dargestellt.

1.2 Mögliche Erklärungsansätze

Dass Menschen vor ihrem natürlichen Tod selbstbestimmt aus dem Leben scheiden wollen, kann unterschiedlich begründet sein. Verschiedene Argumentationen, die nicht singulär stehen können, geben einen Einblick in potenzielle Gründe: *erstens* die persönliche Haltung (moralisch/ethisch, rechtliches Verständnis), *zweitens* die durch die Kultur bzw. Sterbekultur in der Gesellschaft negativen Solidaritätserfahrungen betagter und hochbetagter Menschen mit entsprechenden Altersbildern in der Gesellschaft und damit *drittens* ethisch-moralische Grundwerte der öffentlichen Gemeinschaft und damit erlebte sekundären Sozialisation. Eng damit verbunden sind *viertens* Religion/Theologie mit entsprechendem Menschenbild sowie *fünftens* eine stark zunehmende Individualisierung, welche Autonomie und Selbstbestimmung in den absoluten Fokus stellen. Krankheitsbedingte oder finanzielle Sorgen des alten Menschen, die zur Ausgrenzung oder Isolierung führen, können *sechstens* beispielsweise bei einer lebensbegrenzenden Diagnose den Aktionsradius minimieren und den Lebenswillen beeinträchtigen. Die Studie „*Will to Live in Older Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study in Switzerland*“ (Bornet et al., 2021) beinhaltet im Kern, wie der Wille zum Leben (WTL) bei Menschen mit einem Alter von 65 Jahren und darüber in Schweizer Pflegeheimen geäußert wird. Unter Berücksichtigung einzelner, verschiedener Ein-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

flussfaktoren, wie beispielsweise physische, kognitive sowie sprachliche Fähigkeiten, stieg der Lebenswille mit hoher Mobilität und daraus resultierender Selbstständigkeit und Unabhängigkeit an. Unterstützende und proaktive Gespräche zum Lebenswillen wirkten sich zusätzlich positiv aus. Daraus folgen für das Gesundheitswesen politische und damit einhergehende rechtliche sowie ökonomische Konsequenzen, um entsprechende Rahmenbedingungen und Strukturen, insbesondere in der Pflege (gegen Fachkräftemangel und Deprofessionalisierung) zu bestimmen, damit die Menschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Tod führen können. Die Selbstbestimmung im Gesundheitswesen, insbesondere im Kontext betagter und hochbetagter Menschen, wird oft – eher versteckt – aus ökonomischer Perspektive eingeschränkt und entgeht der gesellschaftlichen Reflexion im Diskurs häufig, wenn es um die Selbstbestimmung bei der Sterbehilfe bzw. den assistierten Suizid geht. Besonders, wenn das Selbstbestimmungsrecht nur formal zivilrechtlich als Selbstentscheidungsrecht gesehen wird, dann wird allerdings die Autonomie und ein damit verbundener ‚informed content' nicht verwirklicht (Tolmein, 2016, S. 67). Sozialrechtlich gibt es andere Rahmenbedingungen, weil nicht nur die Sozialgesetzbücher, wie SGB V mit der medizinischen und palliativmedizinischen Behandlung oder vornehmlich bei Pflegebedürftigkeit SGB XI, eine Rolle spielen, sondern auch die Menschenrechte (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2022). Die ins deutsche Recht übernommene UN-Behindertenrechtskonvention beinhaltet in Artikel 25 ein Höchstmaß an Gesundheit (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen) sowie ein Selbstbestimmungsrecht in §§ 1 und 9 SGB IX, welches durch das Bundesteilhabe-Gesetz (BTHG) von 2016 unterstützt wird (vdek, 2001). Für kranke und alte Menschen sieht das SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V, 2022) medizinisch notwendige und wirtschaftlich tragbare Behandlungen vor, die mit Prävention, d.h. Eigenverantwortlichkeit und Solidargedanke (§ 1) sowie aktiver Mithilfe zur Genesung beisteuern sollen (SGB V, 2022). In SGB V wird auch die palliative bzw. hospizliche (stationär und ambulant) medizinische und damit teilweise palliative geriatrische Behandlung geregelt (§ 39a; mit § 37b für die spezialisierte ambulante Palliativbehandlung bei entsprechenden Kriterien). In Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI, haben

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

die Bewohner/innen einen Anspruch auf diese spezialisierte Palliativversorgung nach § 132d, die durch Vertragspartner oder durch das Pflegepersonal erbracht wird. Die Rahmenbedingungen und Strukturen in Pflegeeinrichtungen müssen dafür ausgerichtet sein und ein organisationsübergreifendes Palliative Care-Konzept implementiert haben sowie dieses auch umsetzen, um ein breites Netzwerk zur optimalen physischen, psychosozialen und spirituellen Versorgung anbieten zu können.

Zeitgleich ist zu beachten, dass laut Medizinrecht auch eine medizinische Indikation zu einer Behandlung mit einem Therapieziel verfolgt werden muss (Rojahn, 2012, S. 229). Zusätzlich sind Medikamente und Hilfsmittel finanziell gedeckelt und es erfolgt eine „Rationierung von Versorgungsleistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter" (Pantel, 2022, S. 91) beispielsweise bei der Triage unter Krisenbedingungen (ebd.). Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI haben einen Versorgungsvertrag „[…] mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. […] Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung […], [ist es, die, H.K.] am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung" zu erfüllen (SGB XI). Diese Aussage besitzt einen hohen Interpretationsspielraum. Die Finanzierung dieser Leistungen sind nicht im SGB XI geregelt. Die momentan aktuellen Diskussionen über eine Sterbebegleitung bzw. eine Begleitung zum Sterben durch assistierten Suizids wird von den Trägern kontrovers diskutiert, insbesondere bei kirchlichen Trägern (Altenheim, 2022).

Die Endlichkeit jedes Menschen und die damit verbundene Sorgeverantwortung eines Jeden für Menschen mit Hilfebedarf ist nicht auf die „geschlossenen" Institutionen beschränkt, sie existiert vornehmlich in der Gesellschaft und damit in der Kommune, um die Lebenswelt des Einzelnen, hier der Betagten und Hochbetagten, zu unterstützen und mitzugestalten. Die Kommune als Sozialraum, in dem der alte Mensch lebt, benötigt eine Infrastruktur von effektiven, zielgerichteten Netzwerken, um für Betroffene das Gefühl des Vertrauens und der Fürsorge zu vermitteln, indem selbstbestimmt gelebt werden kann und indem sich andere durch Solidarität für diese Selbstbestimmung einsetzen. Das stärkt das ICH und damit das PERSON-SEIN und ist eine Quelle für

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

die Sorgebeziehung, aus der geschöpft werden kann. Menschen sind immer mit dem DU bzw. Gegenüber (Buber, 2002, S. 10) in einer wechselseitigen Beziehung aufeinander angewiesen. Schulz-Nieswandt et al. (2021) schreiben:

Ist die „[…] personale Lage einerseits eingebettet in das Landschaftsgefüge verschiedener, einerseits differenzierter, andererseits interpendenter Subsysteme (Wirtschaft, Politik, Kultur, Person) der Gesamtgesellschaft, so ist umgekehrt die Lebenswelt der Person eine ‚Keimzelle' systemfunktionaler Kapitalien (Humankapital, Vertrauenskapital, Sozialkapital, Kulturkapital) in Bezug auf die Logiken von Tausch, Herrschaft, Gabe und Engagement" (Schulz-Nieswandt, Köstler & Mann, 2021, S. 25).

Mit den Kapitalien jedes Einzelnen findet der Mensch in seinem Leben Orientierung, eben auch oder gerade dann, wenn auf das Sozial- sowie das Vertrauenskapital in der Kommune und damit jedes Einzelnen gesetzt wird. Der soziale Rechtsstaat ist für die regionale soziale Infrastruktur verantwortlich, um ein anthropologisches Sein des Menschen und diese dazugehörenden Prinzipien bzw. Naturrechte der Autonomie und Würde durch das Recht der Selbstbestimmung zu gewährleisten. Fundamental zur Umsetzung ist das Grundgesetz mit Art. 1 und Art. 2 sowie SGB I § 1 (ebd., S. 26 ff). So ist die relationale Autonomie im Alter wichtiger als die autarke Autonomie. Die betroffenen Menschen können sogar überfordert sein, so dass Autonomie als „Autonomiezumutung" erfahren werden kann (Heintel, 2005 zitiert durch Heimerl, 2021, S. 8). Besonders betagte und hochbetagte Menschen am Lebensende befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen Autonomie durch Selbstbestimmung und Angewiesen-Sein sowie Freiheit und Gebunden-Sein, dessen sich die Betroffenen bewusst sind. Deshalb ist ihnen wichtig, in einem vertrauenswürdigen Sorgenetz aufgehoben zu sein, um ‚gutes Sterben' zu erfahren (Egger & Heimerl, 2019 zitiert durch Heimerl, 2021, S. 9). Es ist zu erkennen, dass in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen die Mikro-, Meso-, und Makroebene wirkungsorientiert zusammenarbeiten müssen (Kautz, 2022, S. 292 ff).

Weitere Erklärungsgründe, warum gerade bei alten Menschen und ihre natürlich nahe Endlichkeit u.U. zur Verunsicherung führen kann,

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

sind das Alter sowie damit häufig verbundenen Multimorbidität, Isolation durch Singularisierung (Reckwitz, 2020, S. 9) und Individualismus, die Autonomie und Selbstbestimmung einerseits und das „zur Last fallen" andererseits, die damit verbundenen Altersbilder in der heutigen Zeit, der Umgang mit Sterben und Tod bzw. der Sterbekultur sowie medizinisch-technische Möglichkeiten im 21. Jahrhundert. Betagte und hochbetagte Menschen könnten zeitweise nur noch in der Beendigung des eigenen Lebens durch Suizid bzw. assistierten Suizid einen Ausweg sehen. Diese Gründe werden explizit durch das BVerfG zum Kippen des § 217 aufgeführt und anerkannt, so dass der Gesetzgeber aufgefordert wird, diesbezüglich eine gesetzliche Regelung zu schaffen (BVerfG, 2020). Nach dem Kippen des § 217 des BVerfG wächst die Möglichkeit eines assistierten Suizids mit Hilfe eines Dritten. Das kann durch eine Rezeptierung einer tödlichen Substanz durch den Arzt/die Ärztin sein, aber auch durch die Tätigkeit einer Sterbehilfeorganisation. Um gesellschaftliche Konstruktionen mit dem Umgang der Gesellschaft und dem assistierten Suizid bei Betagten und Hochbetagten freizulegen, werden im folgenden Kapitel 2 theoretische Hintergründe vorgestellt, welche die Rekonstruktion der Wirklichkeit bzw. des Diskurses in der darauffolgenden WDA ermöglichen sollen.

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828879935-1 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND