2. Theoretischer Hintergrund

> *„Theorie braucht man dann, wenn sie überflüssig geworden zu sein scheint – als Anlass zum Neu- und Andersdenken, als Horizonterweiterung und inspirierende Irritation, die dabei hilft, eigene Gewissheiten und letzte Wahrheiten, große und kleine Ideologien so lange zu drehen und zu wenden, bis sie unscharfe Ränder bekommen – und man sieht mehr als zuvor"* (Pörksen, 2018 zitiert durch Lakoff & Johnson, 2018, S. 2).

Ein theoretischer Hintergrund befasst sich mit dem Recht, dem Strafrecht und der Rechtsphilosophie. Der für unzulässig erklärte § 217 war von 2015–2020 im Strafgesetzbuch verortet, so dass ihm erforderliche Ausführungen im folgenden Kapitel gewidmet sind.

2.1 Strafgesetzbuch – Aufhebung des § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung (StGB)

Das Strafgesetzbuch als theoretischen Hintergrund zu nutzen, ist im o.g. Theorie-Sinne nicht unbedingt korrekt, da es eine festgesetzte Norm des deutschen Rechts ist.

Das heute gültige Strafgesetzbuch (StGB), welches 1998 auf der Grundlage des Reichsstrafgesetzbuch (RStGB) von 1871 grundlegend reformiert wurde, beinhaltet eine Gliederung von Bestimmungen des deutschen Strafrechts, was als Straftat gilt und welche Regelungen daraufhin folgen müssen (Bundesverfassungsgericht).

Aus dem Strafgesetzbuch, das den § 217 beinhaltete, wurde dieser am 26.02.2020 vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig gestrichen. Dafür wird das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland einbezogen, da dort die grundlegenden Begründungen zur Aufhebung des Paragrafen § 217 enthalten sind. Das deutsche Grundgesetz (1949), seit der Wiedervereinigung Deutschlands als Verfassung (1990) bezeichnet, umfasst „[…] die rechtliche und politische Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland. Am Anfang des Grundgesetzes ste-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

hen die Grundrechte. Sie dürfen nicht verletzt werden“ (Bundesregierung). Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, 1951) wacht über die Einhaltung der Verfassung (Bundesverfassungsgericht).

Da der Paragraf § 217 im Strafgesetzbuch verankert war, wird im Folgenden ein kurzer Einblick in die Entwicklung der Rechtsphilosophie zum Strafrecht gegeben.

2.1.1 Rechtsphilosophie und Ethik

„Unter Rechtsphilosophie im weitesten Sinne des Wortes verstehen wir die Lehre, welche sich zur Aufgabe stellt, eine Synthese der Rechtserscheinungen zu schaffen“ (Makarewicz, 1967, S. 1). Das heißt die Rechtsphilosophie will eine umfassende Perspektive der verschiedenen Strömungen des Rechts und deren Zusammenhänge auf die Welt als Ganzes ermöglichen. Somit ist es ein Teilgebiet der Philosophie und „reflexiv, allgemein und systematisch“ bzw. für das Recht „normativ (oder kritisch), analytisch und holistisch (oder synthetisch)“ (Alexy, 2008, S. 13). Makarewicz (1967) benennt vier Hauptrichtungen: 1. die Richtung des Naturrechts, welches sich erkenntnistheoretischer Methoden bedient, allerdings aus undifferenziertem Material, und ein Ideal als Vorbild schaffen möchte (Subjektivismus); 2. die historische Richtung, welche eine geschichtliche Entwicklung des Rechts verschreibt, aber keine Antwort auf die Rechtsprobleme gibt; 3. die positive Richtung, welche strenge juristische Begrifflichkeiten klassifiziert, die einer zeitlichen Epoche mit der gegebenen Gesellschaft (kulturelle Prägung) geschuldet und bindend sind; 4. die vergleichende Richtung, welche durch das Hinzuziehen der Historie und Einbezug der Forschung eine Chronologie bzw. Ordnung schafft und entsprechende Regeln aufstellt, wodurch die Gesellschaft ein Verständnis von der Rechtsinstitution bekommt (Universalrechtsgeschichte) (Makarewicz, 1967, S. 1 ff). Die Philosophie des Rechts – erstmalig zu Beginn des 18. Jh. im Deutschen benannt (Pfordten, 2021) – dient der „[…] Vertiefung und Herausfindung des Wesens des Ganzen und des Verhältnisses zur Umgebung“ (Makarewicz, 1967, S. 9). Der Mensch verlangt von der Philosophie „[…] eine Aufklärung über eine Reihe von Erscheinungen, die er nicht versteht, deren gegenseitiges Verhält-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

nis er nicht begreift“ (ebd.). Rechtsphilosophie sucht außerhalb eines existierenden Zustandes, von dem ‚was ist‘ zu dem ‚was sein soll‘, so dass der Gegenstand das „Wird“ ist (Makarewicz, 1967, S. 11). Damit sucht die Rechtsphilosophie nach einer umfassenden Beschreibung des Rechts, nach dem Wesen des Rechts. Aufgrund dessen, dass die Entwicklungsgeschichte ein idealistisches Element des Naturrechts beinhaltet, nähert es sich dem, was „das Schlechte“ und was „das Gute bzw. das Bessere“ ist. Das Naturrecht stützt sich zwar nicht auf juristische Begriffe oder wissenschaftliche Erkenntnis, jedoch wird es durch den Subjektivismus „[…] den Bedürfnissen des menschlichen Geistes – der umfangreichen Synthese – gerecht; es hat einen pädagogischen Charakter und dient als Grundlage für die Kritik der vorhandenen Einrichtungen und Vorschriften, für eine unwissenschaftliche Kritik; diese Kritik ist jedoch so gewaltig, daß sie die bestehende gesellschaftliche Ordnung umstürzt. […] es handelt sich nur um eine Vertiefung der Synthese und des Ideals und um die Annäherung derselben an die wirkliche Rechtsentwicklung; denn nur auf diese Weise lässt sich die falsche Synthese und das falsche Ideal, welches zu gesellschaftlichen Umstürzen, die auf falschen Prämissen beruhen, führt, bekämpfen“ (ebd., S. 13 f). Die anderen drei Richtungen nehmen eine subsidiäre Rolle ein und Makarewicz (1967) definiert:

> „Die Rechtsphilosophie gibt nicht nur das Wesen des Rechts an, sondern sie stellt auch Bilder dessen auf, was sein soll und auf Grund der Feststellung dessen, was ist, stellt sie Bilder dessen auf, wonach die Entwicklung strebt, dessen, was sein kann und was sein muß“ (Makarewicz, 1967, S. 14, Originalzitat ist mit einem Leerzeichen zwischen den Buchstaben im Buch hervorgehoben).

Die Rechtsentwicklung hat somit eine Vorlage, wieweit von einem Ideal abgewichen werden kann und ob es ein „Schritt nach vorwärts oder nach rückwärts ist“ (ebd., S. 15), gestützt durch wissenschaftliche Erkenntnisse und mit Blick auf die Historie. Diese Grundlage trifft auch bei verschiedenen Epochen und Kulturen mit verschiedenen ethischen sowie rechtlichen Vorschriften zu. Gleichzeitig sucht die Rechtsphilosophie selbst nach einem Ideal und dient der richterlichen Freiheit in der Interpretation des Gesetzes (Strafrecht), sofern dieses Interpretationsspielraum zulässt. Die Interpretation kann „[…] je nach dem Verständnis des Geistes der geschichtlichen Entwicklung verschieden

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

sein“ (ebd., S. 19) sowie mehrdeutig und bietet damit einen semantischen Spielraum des Wortes bzw. der Begrifflichkeit (Seelmann & Demko, 2019, S. 141). So lässt sich die Rechtsphilosophie gegenüber den anderen Rechtsdisziplinen als emanzipiert beschreiben, jedoch ist sie die gemeinsame Basis und begründet „[…] juristisch-dogmatische, historische, soziologische, psychologische, ethnologische und alle anderen Teilerkenntnisse des Rechts“ (Pfordten, 2021). Es umfasst auch die Rechtsethik (ebd.).

Historisch gesehen waren in der Antike Griechenlands und des Römischen Reichs Mythen von Göttern als Begründung für die damals bestehende Rechtsprechung maßgebend. Im Zentrum stand die Gerechtigkeit, welche mit religiösen Kulthandlungen verflochten war. Der erste sachliche Begriff in dieser Epoche zum Thema Recht und Gerechtigkeit war *Nomos*. Gerechtigkeit für den Einzelnen oder für das Kollektiv sowie Gemeinwohl, Glückseligkeit und Gleichheit wurden unterschiedlich stark verhandelt und unterlagen den geltenden Lehren einer Zeitepoche, die eine Praxisorientierung für die Menschen gaben. Über die Philosophen wurden Tugenden und Normen in der Antike und beginnenden Mittelalter gesetzt bzw. verbreitet, dabei sind Sokrates, Platon, Aristoteles, Cicero und Thomas von Aquin wichtige Protagonisten. Im 18. Jh., der Zeit der Aufklärung, traten das Individuum und das Ziel der Freiheit in den Vordergrund, teilweise als das einzige Ziel von Politik und Recht. Montesquieu, Rousseau und Kant stehen für dieses Ziel sowie Hegel, der die Freiheit des Geistes und des Willens in den Fokus rückte. Freiheit kann erst in konkreten Sozialbeziehungen verwirklicht werden. Für Kant ist die Grundlage des richtigen Handelns die Selbstgesetzgebung (Autonomie) des vernünftigen Willens, die universell bzw. verallgemeinernd gedacht werden kann. Der folgende wissenschaftliche Positivismus setze mehr auf Normen und Zwänge aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und führte Sanktionen durch. Die Gegenbewegung in der Neuzeit berief sich wieder auf Gerechtigkeit als oberstes Ziel des Rechts. Nach dem 2. Weltkrieg erblühte wieder das Naturrecht und seit Ende des 20. Jh. als notwendiges Ziel wieder die Gerechtigkeit. Das Recht, welches sich u.a. auf die Rechtstheorie stützt, ist ein „[…].*soziales Phänomen* mit dem *Ziel* der *Vermittlung zwischen möglichen gegenläufigen, widerstreitenden Belangen* und den *Mitteln* der *Kategorialität, Externalität,*

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Formalität sowie *Immanenz*" (Pfordten, 2021, im Text hervorgehoben). Die moderne Rechtstheorie diskutiert kontrovers, ob Ethik und Moral mit der Rechtstheorie vereinbar sind. Grundsätzlich haben Ethik und die Rechtstheorie dasselbe Ziel, sie wollen vermitteln (ebd.). Mittlerweile gehört auch die Rechtsethik zum Recht und fragt sozusagen nach dem „richtigen Recht", nach ethischem Maßstab in Bezug auf Ziele und Werte für die Gerechtigkeit. Damit bleibt die Rechtsethik nicht auf die positiv-rechtlichen Regelungen eingeengt. Der Bezug auf andere Personen ist für das Recht gültig, so dass von individuellen und kollektiven Belangen gesprochen werden kann, die dann bindend sind. Die normative Berücksichtigung des Individuums ist aktuell im deutschen Recht gültig, „[…] also den einzelnen Menschen als letzte Instanz ethischer Verpflichtungen" (ebd.) anzusehen. Es lassen sich verschiedene Ethikströmungen unterscheiden, wobei die normative Ethik als Rechtsethik verschiedene Punkte beinhalten muss und damit die teleologische Ethik (Utilitarismus) sowie die deontologische Ethik (Pflichtenethik; Kant/Nikomansche Ethik) vereint.

Die Reaktionen auf das Urteil des BVerfG zum § 217 hat Jubel und Entsetzen hervorgerufen. Hier stellen sich die Gegner die Frage, ob hier das „richtige Recht" über die Sterbehilfe gesprochen wurde. In Kapitel 2.1.2 wird die Sterbehilfe sowie die Beihilfe zum Sterben und folglich einem vorzeitigen Tod aus juristischer Sicht beleuchtet.

2.1.2 Sterbe- und Sterbebeihilfe in Deutschland aus juristischer Sicht

Sterbehilfe ist ein speziell deutscher Ausdruck, da die Begrifflichkeit Euthanasie seit dem 2. Weltkrieg und dem nationalsozialistischen Euthanasieverständnis nicht mehr genutzt wurde. Grundsätzlich bedeutet Euthanasie zwar ein ärztliches Handeln, jedoch ist es eine Bezeichnung für einen sanften, leichten Tod (griech. eu- = ‚gut-, wohl-' und griech. thánatos = ‚Tod') (DWDS, 2022a) gewesen und nicht mit einer gezielten und aktiven Lebensverkürzung assoziiert (Stiller, 2020, S. 22 ff; Stolberg, 2013, S. 67 f).

Die Tötung eines Menschen war im griechischen sowie römischen Recht strafbar, wobei zwischen vorsätzlicher und unbeabsichtigter sowie gerechtfertigter Tötung unterschieden wurde. Selbsttötung blieb

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

schon immer in der Antike straffrei, wobei in Griechenland erst nach Äußerung der Motive eine staatliche Erlaubnis erteilt wurde. Im Mittelalter und unter dem Einfluss der Kirche änderte sich die Sichtweise. Da das Leben als göttliche Gabe galt, wurde jeder Akt der aktiven Lebensbeendigung als schwere Sünde eingestuft und bestraft. Im römischen Reich entstand dazu eine erste strafrechtliche Gesetzgebung. Das weltliche Recht des Mittelalters setzte sich auch mit der Selbsttötung auseinander und in der „Constitutio Criminalis Carolina (CCC) von 1532, wurde ein Arzt, der seinen Patienten durch unsachgemäße Verabreichung von Medikamenten tötete, gemäß Art. 134 CCC bestraft" (Stiller, 2020, S. 25 f). Bei vorsätzlicher Tötung galt der Arzt als Mörder (Art. 137 CCC). Fahrlässigkeit fiel strafmildernd aus. Der Artikel 135 CCC beschäftigte sich mit dem Suizid und der Beihilfe zum Suizid, welcher straffrei blieb. Jedoch war das Ansehen des Suizidenten und der Familie verachtet und die Begräbnisse waren demütigend (Stiller, 2020, S. 26). Bis in die Neuzeit bzw. Moderne blieben vorsätzliche Tötung und die im 20. Jh. hinzugekommene Tötung auf Verlangen strafbar und wurden im Paragrafen § 216 (StGB) verankert; dieser ist bis heute unverändert.

Der medizinische Fortschritt brachte mit sich, dass 1979 ärztliche Richtlinien herausgegeben wurden, die erläuterten, was unter Sterbehilfe zu verstehen ist. Patienten sollen nicht unter allen Umständen am Leben bleiben und der Wille des Patienten muss berücksichtigt werden. Wegweisend sind einzelne Urteile, in denen eine ärztliche Teilnahme an einem Suizid und die Selbstbestimmung der suizidierenden Person straffrei bleiben und passive Sterbehilfe durch Therapieverzicht, Therapiezieländerung oder als medikamentöse Nebenwirkung und damit indirekte Sterbehilfe erlaubt sind. Fortschreitende Entwicklungen und die Beratung durch die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (23.04.2000) sehen keinen Anlass zu einer gesetzlichen Regelung. Das Bundesministerium der Justiz diskutiert über eine Änderung des § 216 im Strafgesetzbuch und fordert den Gesetzgeber auf, „den Rahmen für zulässige Sterbebegleitung im Strafrecht verbindlich zu regeln" (Schöch und Verrel, GA 2005, S. 584 zitiert durch Stiller, 2020, S. 38), um auch den Straftatbestand der ‚Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht' (ebd.) und die Verbreitung von Sterbehilfeorganisationen zu verhindern. Es vergehen weitere Le-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

gislaturperioden. Am 01.07.2015 werden vier Gesetzesentwürfe im deutschen Bundestag beraten und ein neuer Paragraf § 217 im StGB tritt am 10.12.2015 in Kraft:

> **Strafgesetzbuch § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung**
> *(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*
> *(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht* (Bundesministerium der Justiz, 2015).

Dieses Gesetz wird am 26.02.2020 nach verschiedenen Klagen von Patient/innen, Ärzt/innen und Sterbehilfevereinen vom BVerfG für verfassungswidrig erklärt, weil es nicht mit dem Grundgesetz vereinbar ist und erhält im Gesetzestext nun eine entsprechende Fußnote (Bundesverfassungsgericht, 2020). Es wird somit die rein rechtliche Perspektive behandelt, die derjenigen vor dem Inkrafttreten des § 217 von 2015 entspricht.

Die Begründung des Bundesverfassungsgerichts lautet:

> „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. […]“ (BVerfG, 2020).

Dabei soll die Person nicht durch andere fremdbestimmt werden, was unvereinbar mit dem Selbstbild und Selbstverständnis wäre. Sich für die Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden „[…] ist von existentieller Bedeutung für die Persönlichkeit eines Menschen […] betrifft Grundfragen menschlichen Daseins und berührt wie keine andere Entscheidung Identität und Individualität des Menschen“ (ebd.). Dadurch, dass jedem Menschen per GG der gleiche Wert zugesprochen wird, kann der assistierte Suizid auch nicht von bestimmten Erkrankungen oder Lebensphasen abhängig sein, da es sonst eine Bewertung der Gründe der betroffenen Person wäre, die dem Freiheitsgedanken des GG widerspricht. Die autonome Persönlichkeitsentfaltung als Aus-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

druck der Menschenwürde bedeutet, dass das Leben zu beenden ein Ausdruck von Würde, „[…] wenngleich letzter Ausdruck von Würde" ist. (ebd.). Dafür kann die Person mit suizidalen Gedanken eine dritte Person zur Hilfe bitten, die freiverantwortlich unterstützen kann. Dazu besteht seitens Dritter aber keine Pflicht. Ebenso dürfen Dritte nicht an der Ausübung der Beihilfe zum Suizid gehindert werden. Eine Alternative wie die Verbesserung der Palliativmedizin ist unverhältnismäßig zur Ausübung des persönlichen Freiheitsrechts. Ebenso ist die Möglichkeit, zum Schutz Dritter eine Nachahmung zu verhindern, keine Rechtfertigung, die Selbstbestimmung zur Beendigung des Lebens eines Einzelnen zu blockieren. Jedoch hat der Gemeinschaftsschutz Vorrang und eine individuelle Freiheitsbeschränkung ist hinzunehmen, wenn durch Grundrechtsausübung Nachteile und Gefahren für die Allgemeinheit ersichtlich sind (ebd.).

Zurzeit gibt es in Deutschland keine evidenten Ergebnisse, wie sich der assistierte Suizid bei geschäftsmäßiger Anwendung auswirkt. Zeitgleich fordert das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber auf, eine Regelung zur Sterbehilfe zu schaffen, die die miteinander verschränkten Artikel 1 und 2 des GG berücksichtigen, um begründete Argumente zum Selbstbestimmungsschutz und gegen eine geschäftsmäßige Anwendung des assistierten Suizids, insbesondere durch Sterbehilfevereine, zu verhindern. Das BVerfG bezieht sich dabei auf begründete Argumente, dass

> „[…] angesichts des steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass Versorgungslücken in der Medizin und Pflege geeignet sind, Ängste vor dem Verlust der Selbstbestimmung hervorzurufen und dadurch die Suizidentschlüsse zu fördern - […] [besteht, H.K.] der Wunsch, Angehörigen oder Dritten nicht zur Last zu fallen" (ebd.).

Eine Regelung des Gesetzgebers im Strafrecht, um die Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes zu wahren, ist geboten und könnte an Kriterien zum Suizidwunsch (Dauerhaftigkeit, Ernsthaftigkeit, freie Entscheidung, psychische Gesundheit u.a.) sowie an Aufklärungs- und Wartefristen, Erlaubnisvorbehalte, Art der Suizidbeihilfe gebunden sein und müsste sozialpolitische Maßnahmen beinhalten. Gleichzeitig sind das Berufsrecht der Ärzte und Apotheker sowie das Betäubungsmittelrecht

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

zum Schutze in Verbindung mit dem GG anzupassen. Eine Hilfe zur Suizidpflicht gibt es nicht (BVerfG, 2020).

Bis zum Mai 2021 galt für Ärzte, dass eine Mitwirkung an einer Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Der entsprechende Paragraf 16 der (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) wurde am 05.05.2021 (Deutscher Ärzteverlag GmbH, 2021) nach dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 aus sämtlichen MBO-Ä gestrichen und zu einer Gewissensentscheidung ernannt. Die Bundesländer in Deutschland regelten es unterschiedlich bis zu diesem Zeitpunkt. Vorrangig ging und geht es um den „ärztlich assistierten Suizid" und die damit verbundene Rechtssicherheit für die Ärzteschaft.

Die Urteilsverkündung löste eine breite ethisch-moralische Debatte in Professionen und in der Gesellschaft aus, da das Verbot von § 217 weit über die Regelungen im europäischen Ausland geht. Beispielsweise haben die Schweiz, die Niederlande, Belgien und jetzt auch Österreich seit dem 01.01.2022 (gesetzliche) Regelungen bzw. Mindestanforderungen, wonach ein assistierter Suizid „erlaubt" ist. In Deutschland kann derzeit jede Person ohne Altersbegrenzung und geistig-mentaler Gesundheit eine Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen, da noch keine gesetzliche Regelung im Einvernehmen des GG erlassen wurde.

Bisher liegen dem Bundestag drei Gesetzentwürfe vor:

1. Gesetzentwurf von Künast Renate und Keul Katja (beide Bündnis 90/Die Grünen) vom Januar 2021 (Künast & Keul, 2021). Kerninhalte lauten:
   - Freiverantwortlichkeit des Suizidenten (Volljährigkeit) sowie Tatherrschaft beim Suizidenten; ein AS kann nicht über Betreuung oder Patientenverfügung geregelt werden
   - Regelung außerhalb des Strafrechts; eine helfende Person bleibt straffrei
   - Beratung/staatliche Beratungsstellen und Aufzeigen von Alternativen
   - Zugang zu den Hilfsmitteln (bestimmte Medikation/BTM[1]) sollen klar geregelt werden

1 Betäubungsmittel

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

- Unterschiedliche Herangehensweise, ob der Tod aus schwerer Krankheit oder anderen Gründen angestrebt wird
- Ärzteschaft spielt wichtige Rolle bei Krankheit, ansonsten muss Dauerhaftigkeit dokumentiert werden; Ärzte können den AS als Leistung bis 250 Euro abrechnen
- Ärzte oder andere Personen können nicht zu einem AS verpflichtet werden

2. Gesetzentwurf von Helling-Plahr Katrin (FDP), Lauterbach Karl (SPD) und Sitte Petra (Linke) sowie Schulz Swen und Fricke Otto vom April 2021 (Helling-Plahr, Lauterbach, Sitte, Schulz & Fricke, 2021). Inhaltliche Kernforderungen:
   - Recht auf freiverantwortlichen Tod; Tatherrschaft liegt bei Suizidenten (Volljährigkeit) sowie Recht auf Hilfe durch Dritte
   - Legislative Absicherung und Straffreiheit bei Mithilfe
   - Klar formulierte Voraussetzung: ergebnisoffene, schriftlich dokumentierte Beratungen
   - Gehört in die Verantwortung der Ärzteschaft, welche nicht verpflichtet werden kann
   - Keine Regelung der Abrechnung eines Suizids aufgeführt
3. Gesetzentwurf von Castellucci Lars (SPD), Heveling Ansgar (CDU/CSU), Kappert- Gonther Kirsten (Bündnis 90/Die Grünen) und weitere 82 Abgeordnete ohne AfD von Januar 2022 (Castellucci, Heveling & Kappert-Gonther, 2022). Inhaltliche Kernpunkte:
   - Erneut Verortung des assistierten Suizids im StGB; unter bestimmten Voraussetzungen keine Straftat der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“
   - Werbeverbot
   - Enthält ein abgestuftes Schutzkonzept
   - Freiverantwortlichkeit und Tatherrschaft beim Suizidenten (Volljährigkeit)
   - Zweifache Untersuchungen durch psychiatrische Fachärzt/innen
   - Mindestens ein individuelles Beratungsgespräch
   - Multiprofessioneller Blickwinkel: psychosoziale Beratungsstellen, Suchtberatung, Schuldnerberatung

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

- Aufzeigen von Alternativen zum AS
- Zugang zur Medikation sowie Möglichkeit der Vergütung eines AS nicht aufgeführt

Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung von SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen, steht lediglich ein Satz zur Sterbehilfe mit dem Wunsch einer baldigen fraktionsübergreifenden Regelung (Bundesregierung, 2021, S. 115).

Die Debatte zur Sterbehilfe benötigt eine wissenschaftliche Reflexion, um ein gutes oder richtiges Handeln zu ermöglichen. Aufbauend auf dieses Kapitel wird demgemäß in Kapitel 2.2 der Fokus auf die Ethik gelegt.

2.2 Ethik

Ethik ist ein kritisches Hinterfragen von Handlungsgewohnheiten und damit nach der Qualität des Handelns bzw. der Praxis. Der Gegenstand der Ethik ist damit moralisches Handeln und Urteilen, welches intersubjektiv verbindlich nachvollziehbar und transparent ist. Die Ursprünge liegen bei Aristoteles und gehören damit zur Disziplin der Philosophie. Folglich lässt sie sich als Wissenschaft methodisch-kritisch reflektierten Handelns, eines „guten" Handelns mit einer entsprechenden Argumentation verstehen (Pieper, 2017, S. 10 ff)). Neben der allgemeinen Ethik lässt sich die angewandte Ethik mit ihren Bereichsethiken unterscheiden, die u.a. die Pflegeethik (Deutschland hat keine eigene Pflegeethik, sondern orientiert sich am ICN und den medizinethischen Prinzipien) beinhaltet (Hiemetzberger, 2013, S. 84). Es lassen sich die deskriptiven, d.h. empirisch festgehaltenen Normen und Werte, was zurzeit gilt bzw. *ist,* und die normative Perspektive, was gelten *soll,* unterscheiden. Letztere ist eine kritische Perspektive auf einer Metaebene, die Kriterien entwickelt, um eine moralische Beurteilung von Handlungen zu arrangieren (ebd.).

Das Ziel der Ethik liegt darin, eine gut begründete moralische Entscheidung zu treffen, die aus dem moralischen Selbstverständnis heraus zu einer „guten" Entscheidung und dann einer entsprechenden Handlung und Haltung führt. Dabei lassen sich die Individualethik,

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

d.h. es ist für *mich* eine gute Entscheidung, sowie die Sozialethik, d.h. abstrahiert vom Individuum, unter Berücksichtigung der *Gemeinschaft/Gesellschaft/Institution* unterscheiden. Individualethik muss berücksichtigen, dass Personen immer in Beziehung mit anderen stehen, und hat damit eine Gerechtigkeitsperspektive (Wallner, 2004, S. 27 ff). Sozialethik ist komplex, denn andere Personen bzw. Institutionen können abweichende oder sogar widersprüchliche Moralvorstellungen haben. Daraus wird ein Konsens gesucht. Gerechtigkeit für den Einzelnen in einer Gesellschaft zu erreichen, verlangt nach freiwilliger Kooperationsgemeinschaft oder Solidaritätsgemeinschaft. Aufgrund der pluralistischen Gesellschaft müssen entsprechende Regelungen geschaffen werden, die durch das autonome Bewusstsein der moralischen Richtigkeit zu einem Garanten der größtmöglichen Freiheit führen (ebd.; Pieper, 2017, S. 17 f). Moralische Regeln mit daraus folgendem moralischen Verhalten bedeuten damit Grenzen der Freiheit, dass nicht jeder tun und lassen kann, was die Person für richtig hält und damit u.U. die Freiheit anderer einschränkt oder gefährdet. Wird diese so verstandene Freiheit durch Einbezug seines Verstandes aus Nicht-Wissen oder Bequemlichkeit nicht genutzt, ist der Mensch selbstverschuldet unmündig laut Kant (Kant, Werke, Bd. 9, S. 53 zitiert durch Pieper, 2017, S. 19). Bevormundung ist unmoralisch und ein Beweis „[…] seine eigene Unfreiheit zu wollen" (Pieper, 2017, S. 19).

Philosophische Ethik dient der Bereichsethik zur methodisch-systematischen Reflexion und damit der Analyse der Pflegepraxis, um handlungsleitende Prinzipien und Werte festzulegen. Diese können in unterschiedlichen Ansätzen liegen. Im Pflegebereich steht der Mensch als Person im Mittelpunkt, welches unweigerlich Autonomie und Selbstbestimmung miteinschließt. Der Begriff Autonomie ist „[…] zu einer Art *signum* der neuzeitlichen Philosophie geworden" (Wallner, 2004, S. 51). Gleichzeitig ist der Begriff vieldeutig.

2.2.1 Autonomie und Selbstbestimmung im Alter

Autonomie und Selbstbestimmung werden oft synonym verwendet, jedoch sind sie unterschiedlich sowie mehrdeutig und zeitgleich sind die Begrifflichkeiten ineinander verwoben. Es lassen sich philosophische

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

sowie rechtliche Perspektiven benennen (Seelmann & Demko, 2019, S. 62).

Etymologisch entstammt das Wort vom griechischen autonomia und wird wie folgt übersetzt: „autónomos = ‘unabhängig, besonders politisch selbständig’, griech. autós (αὐτός) ‘selbst, eigen’ […] und nómos (νόμος) ‘Brauch, Sitte, Ordnung, Gesetz’“ (DWDS, 2022b). Das heißt, durch das Autonom-Sein eine Selbstgesetzgebung erlangen, die zeitgleich auch eine Schutzfunktion vor staatlichen Übergriffen hat. Beckmann (2016) übersetzt ‚autonomia‘ mit ‚*Selbstgesetzlichkeit*‘, die immer vom Lebensanfang bis zum Lebensende besteht und nicht nur dann, wenn es möglich ist eine Selbstgesetzgebung zu praktizieren. „‚Autonomie‘ ist *keine Handlung*, sondern ein *Sein, ‚Selbstgesetzlichkeit‘* eben, und nicht ‚Selbst*gesetzgebung*‘“ (Beckmann, 2016, S. 30, im Text hervorgehoben). Dadurch ist die Autonomie begrenzt, da die Selbstgesetzlichkeit anderer ebenfalls berücksichtigt werden muss. Autonomie ist zugleich Selbstbegrenzung. (Beckmann, 2016, S. 32). Damit folgt Beckmann Kant.

In Antike und Mittelalter war der Autonomie-Begriff eher eine politische bzw. staatsrechtliche Dimension und keine individuelle. Beginnend mit dem britischen Liberalismus sowie deutschen Idealismus kamen die ersten philosophischen Definitionen zum Autonomie-Begriff des Individuums, wobei Immanuel Kant und John Stuart Mill federführend sind. Für Kant steht die Selbstgesetzgebung immer unter dem Aspekt der Vernunft, die sittlich/moralisch nicht nur für sich selbst zu verantworten ist, sondern es soll für alle Menschen gültig sein. Kants kategorischer Imperativ lautet dementsprechend: „[…] handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde“ (Kant, Werke, Bd. 7 zitiert durch Seelmann & Demko, 2019, S. 65 f; Weischedel, 1975, S. 51). Ebenso schreibt Kant: „Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest“ (ebd., zitiert durch Weischedel, 1975, S. 61). Und „[…] der Mensch, und überhaupt jedes vernünftige Wesen, existiert als Zweck an sich selbst, nicht bloß als Mittel (ebd., zitiert durch Weischedel, 1975, S. 59). Folglich hat der Mensch die Pflicht, auch keine Handlung gegen seine eigene Selbstgesetzgebung (subjektiv im Zweck) zu richten, welche ja allgemeingültig und damit

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

objektiviert ist. Die Moralität ist leitend und des Menschen Dasein als Zweck ist mit keinem Wert aufzurechnen, darum hat es eine Würde, der höchste Achtung gebührt und die auf Autonomie basiert (ebd., S. 69). Würde der Mensch als Zweck eine Handlung gegen sich richten, wie eine Zerstörung oder Selbstmord, muss er sich fragen, ob es der Wille der Menschheit – als Zweck an sich selbst – im Einklang ist oder ob die Person nur als ein Mittel eingesetzt wird (ebd., S. 59 f). Der Mensch ist keine Sache, sondern immer auch Zweck (ebd., S. 61). Heteronom verhält sich für Kant der Mensch bei innerlicher (Triebe, Wünsche) oder äußerlicher Fremdbestimmung (Staat, Kirche). Durch das allgemeingültige und vernünftige Sittengesetzt objektiviert er den Autonomiebegriff und ordnet sich der Allgemeinheit unter, im Gegensatz zu Mill, der einem individuellen Autonomiebegriff folgt. Der subjektive Autonomiebegriff beruft sich auf die persönliche Freiheit und die Achtung seiner eigenen bzw. der individuellen Wünsche (Seelmann & Demko, 2019, S. 65 f). So steht der Pflichtenethik Kants mit seiner deontologischen Theorie Mill mit seiner utilitaristischen bzw. teleologischen Theorie entgegen. Für Mill sind die Freiheit und das Glück sowie die Reduktion von Leid und Unglück des Einzelnen allerdings am Nicht-Schaden Anderer gebunden. Die Selbstverantwortung ist ein wichtiges Element. Die Grundsätze Kants und Mills spiegeln sich auch im heutigen Recht, besonders auch im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wider und sind ebenso ausschlaggebend für ärztliches tätiges Handeln, insbesondere im palliativmedizinischen Sinne.

Respekt vor der Autonomie gehört zu den vier Grundprinzipien der Medizinethiker Beauchamp und Childress, um ärztliches Handeln zu begründen. Dieselben Kriterien sind Grundlage in der Palliativmedizin und Palliativpflege und damit am Lebensende. Weitere Grundprinzipien sind das Prinzip der Gerechtigkeit, dass jeder die gleichen Behandlungsmöglichkeiten erhält, dem Prinzip des Nicht-Schadens durch Fehl- oder Übertherapie und das Prinzip der Benefizienz, um das Wohl der betroffenen Person größtmöglich zu steigern bzw. zu erhalten (Walper, 2020, S. 33 ff).

Autonomie ist damit ein anthropologisches Prinzip, welches einen allgemeingültigen Anspruch hat im Gegensatz zur Selbstbestimmung als einem Recht mit individuellen Ansprüchen. Das Prinzipienhafte

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

bedeutet, dass der Mensch von sich her autonom ist, was sich in drei inhaltlichen Merkmalen manifestiert: „[…] dem *Ansichsein*, dem *Subjektsein* und dem *Unverfügbarsein* des Menschen" (Beckmann, 2016, S. 33, im Text hervorgehoben). Autonomie und Menschenwürde sind untrennbar vom Menschen und seinem Sein und deshalb unverfügbar seitens Dritter (ebd.).

Selbstbestimmung, Freiheit und Verantwortung stehen mit dem Begriff der Person und Subjektivität in Verbindung (Seelmann & Demko, 2019, S. 62; Walper, 2020, S. 14 f). Etymologisch gesehen besteht Selbstbestimmung aus „Selbst" und „Bestimmung" (DWDS, 2022c), d.h. ich kann für mich eigenständig entscheiden und bin dafür auch verantwortlich. Gleichzeitig weist es auf das ICH und seine Identität sowie die Persönlichkeit hin. Die Entwicklung der Identität erfolgt durch die primäre sowie sekundäre Sozialisation und immer im DU bzw. im Gegenüber (Buber, 2002, S. 8). „Selbstbestimmung ist die Umsetzung von Autonomie qua Selbst*gesetzlichkeit* in die Selbstgesetz*gebung*, […] unter der Bedingung der Beachtung der Selbstgesetzlichkeit *aller Mitmenschen*" (Beckmann, 2016, S. 34, im Text hervorgehoben).

Die Autonomie kann in Handlungsautonomie, d.h. nachvollziehbare Rahmenbedingungen bei ethischen Entscheidungen (informed consent), und personale Autonomie (liegt allein bei der Person ohne Rechtfertigung, z.B. Patientenverfügung) unterschieden werden (Walper, 2020, S. 44 ff). In ethischen Entscheidungsprozessen ist der Respekt vor der Autonomie und die Reichweite der Selbstbestimmung tragend. Die personale Autonomie handelt aufgrund eigener Werte und Überzeugungen und entscheidet selbstbestimmt, jedoch gibt es Situationen, die eine existentielle Bedrohung (z.B. akute, maligne, neurodegenerative u.a. Prozesse oder auch Multimorbidität bei betagten bzw. hochbetagten Menschen), darstellen, so dass Autonomiekonzepte, die von relativer Autonomie sprechen, signifikant sind. Relationale Autonomie bedeutet eine fürsorgliche und intakte soziale Beziehung, die auf Vertrauen basiert. Das ICH und das DU bzw. Gegenüber (beispielsweise Ärzt/innen oder Pflegende) können in diesem Vertrauensverhältnis und in gegenseitiger Anerkennung eine selbstbestimmte Entscheidung der betroffenen Person treffen. Eine Gefahr stellen versteckte Formen von Fremdbestimmung oder Paternalismus mit asym-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

metrischen Machtverhältnissen dar. Die entsprechende Haltung ist ausschlaggebend, um ethisch „gut" zu handeln (Walper, 2020, S. 51 ff).

In Medizin und Pflege kommt es nicht selten zu ethischen Dilemmata, wenn die Selbstbestimmung mit der Fürsorge kollidiert, da die Professionen eher zu einer paternalistischen Grundhaltung neigen. Die medizinethischen Grundprinzipien von Beauchamp und Childress reichen für die Pflege allein nicht aus – obwohl sie der Grundsatz von Palliative Care sind –, sondern es fehlen Elemente, die eine Asymmetrie ausbalancieren und aus dem Konzept der Care-Ethik stammen. Sie ist beziehungsorientiert und hat *caring* (sorgen, kümmern um) aus der Perspektive der Betroffenen heraus als Kernelement. Care-Ethik ist reflexiv sowie kommunikativ und wurde erstmals von der Psychologin und Feministin Carol Gilligan (1982) veröffentlicht. Joan Tronto (1993) beschreibt den Care-Prozess in vier Phasen. Care-Ethik verweist auf die Relationalität des Menschen, insbesondere bei vulnerablen Personen, und stellen diese ins Zentrum der Pflege-/Sorgearbeit. Folglich werden mit einer betroffenen Person im reflexiv-kommunikativen Prozess Handlungsspielräume und Selbstbestimmung ermittelt. Auch die Professionellen müssen dabei ihre Grenzen erkennen. Elisabeth Conradi hat für die heutige Zeit die Care-Ethik als eine Praxis der Achtsamkeit weiterentwickelt und beschrieben, ebenso Helen Kohlen (Tronto, 1993 zitiert durch Walper, 2020, S. 63 ff; Conradi & Vosman, 2016; Kohlen, 2015).

Auch die Menschenwürde ist ein anthropologisches Prinzip sowie ein „Anerkennungstatbestand" (Beckmann, 2016, S. 37) und wird in Artikel 1 GG entsprechend als unantastbar bezeichnet. Das bedeutet, dass sie „[…] gegenüber keiner anderen ethischen Norm abgewogen werden kann" (Beckmann, 2016, S. 36). Das hat Konsequenzen in der Behandlung am Lebensende sowie über den Tod hinaus, denn auch dann ist dem Verstorbenen Respekt entgegenzubringen (ebd.). Das Recht des Lebensschutzes und der Selbstbestimmung sind nur Rechte und keine Prinzipien des Seins. Es ist allerdings individuell verschieden, was ein Mensch für sich als würdevoll bzw. zum Lebensende und im Sterben für würdevoll empfindet. Dadurch, dass der Mensch seiner Endlichkeit bewusst ist, kann durch die Autonomie und die Selbstbestimmung Endlichkeit auch eine Freiheitserfahrung sein, hier im Sinne von Patientenverfügung, verbaler und nonverbaler

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Ausdrucksmöglichkeiten. Palliative Care bzw. Palliativmedizin ist eine Endlichkeit akzeptierende und Selbstbestimmung fördernde pflegerische und medizinische Versorgung (ebd., S. 39). Diese Möglichkeiten standen in früheren Jahrhunderten nicht zur Verfügung und um ein gutes Sterben zu erlangen, musste das gesamte Leben auf gute Taten ausgerichtet sein. In Kapitel 2.3 wird gutes Sterben, die Ars Moriendi, vorgestellt.

2.3 Ars Moriendi

Im Mittelalter entstand aufgrund der damaligen Hungersnöte, Pest und Kriegs-Perioden ein Literaturzweig, welcher die Vorbereitung auf das gute Sterben thematisierte, die Ars moriendi oder Ars bene moriendi. Diese diente vornehmlich den Priestern als Hilfestellung bei Sterbenden, für die Laien gab es eher Bildbände, die sog. Bilder-Ars. Diese elf Illustrationen mit kurzer Beschreibung sprachen für sich und waren entscheidend, da im Mittelalter wenige Menschen lesen konnte. Dort wurden Bilderpaare mit dem guten bzw. richtigen und dem bösen bzw. schlechten Verhalten aufgezeigt, um sich in der Todesstunde den Dämonen und der Sünde zu widersetzen, damit vor dem Jüngsten Gericht ein ewiges Leben für das Sein erbeten werden konnte. (Zentralinstitut für Sepulkralkultur Kassel, 2002, S. 23). Imhof hebt das achte Bild ‚Trost durch Demut' der Ars moriendi hervor und sieht hier einen Anknüpfungspunkt zur Neuzeit und einer neuen ‚Kunst des Sterbens'. Im Spruchband des Engels auf diesem Bild steht geschrieben ‚Sis humilis!' ‚Bleibe bescheiden und demütig!' (Imhof, 1991, S. 39). Diese geforderten Tugenden stehen besonders in der heutigen Zeit allerdings im Widerspruch zum ständigen beruflichen sowie privaten Konkurrenzkampf (ebd.)

Im antiken und philosophischen Sinn Platons befassten sich Denker jahrhundertelang mit der Trennung von Leib und Seele und deren Lösung in der Todesstunde. Die Unsterblichkeit der Seele würde zur Folge haben, dass der Mensch bestrebt sein soll, leicht zu sterben. Um eine Ars moriendi zu erreichen, muss das Leben auf dieser Haltung des guten Sterbens und den Tod hin ausgerichtet sein. Platon nennt es das ‚richtige philosophieren' (Laager, 1996, S. 7). Ein „[…] wahrhaftes

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Streben nach Weisheit, ist nur möglich unter Berücksichtigung der Tatsache, daß das menschliche Leben auf ein (vorläufiges) Ziel zuläuft, welches der Tod ist (ebd., S. 8). Das Leben und Denken auf den Tod hin beeinflusst das ganze Leben und ist eine Lebensweise, eine Ars vivendi. In der griechischen Philosophie waren der Tod und die Angst vor dem Tod ein zentrales Thema.

Imhof (1991) als Historiker spricht von einer neuen Ars moriendi, in der sich die Menschheit bewusst sein muss, dass ein heutiger medizinischer und technischer Fortschritt nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile mit sich bringt, die aber im Verhältnis zum historischen Kontext zu vernachlässigen sind. Die Quantität der Lebensjahre sowie die Qualität der Versorgung haben erheblich zugenommen. Einerseits will man dieses in Anspruch nehmen, erhält man aber eine infauste Prognose im frühen Lebensalter oder die Einschränkungen nehmen im Alter zu, will keiner die Konsequenzen tragen und einem natürlichen Tod entgegengehen. Im Kontext ‚menschenunwürdige Sterbeverhältnisse' mahnt er, „[…] trotz allem sterben die meisten Menschen heute – auch dort [Krankenhaus, H.K.] – unter ‚würdigeren Bedingungen als die Mehrzahl unserer Vorfahren'. […] wobei es (relativ und absolut) immer mehr altersbedingte und Pflegebedürftige geben wird" (Imhof, 1991, S. 171 ff). Hier fordert er zu Demut und Bescheidenheit auf (Sis humilis!). Hinzu kommen die damit verbundenen in „[…] astronomische Dimensionen wachsende Kosten" (ebd., S. 173). „Richtet man sein Augenmerk allerdings nur auf diese Probleme, könnten sie einem in der Tat fast oder gar grundsätzlich unlösbar erscheinen" (ebd.). Das schreibt Imhof bereits 1991. Mittlerweile ist das „Lebensende als Planungsaufgabe" (Gronemeyer & Heller, 2021, S. 34) zu verstehen und damit wird sozusagen „[…] der Teppich der Industrialisierung ausgerollt" (ebd.).

Als eine Art Projekt, in dem das Sterben und der Tod geplant werden können, ist seit dem Urteil des BVerfG zum § 217 der assistierte Suizid eine Möglichkeit geworden. Mit dem vorzeitigen aus dem Leben Scheiden befasste man sich schon Jahrhunderte zuvor, so dass in Kapitel 2.3.1 über die Historie zu Sterbewünschen und Suizidalität ein kurzer Überblick gegeben wird.

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

2.3.1 Historie zu Sterbewünschen – Suizidalität im Alter

Hartwin Brandt (2010), ein deutscher Althistoriker, befasste sich im Rahmen der Altertumswissenschaft speziell mit dem Alterssuizid durch eigene Hand oder durch Hilfe anderer besonders im Zusammenhang mit Altersleiden und Todesnähe. Die historische Suizidforschung hat zwar mit den 1980er Jahren einen Aufschwung erfahren, den Alterssuizid jedoch nie unter einer eigenen Fragestellung untersucht.

Bereits in der Antike sowie Spätantike gab es die Differenzierung zwischen einem hohen Alter, welches positiv verstanden und besetzt war, sowie das negativ konnotierte Alter, welches „[…] mit Debilität und Mißempfinden verbundenen Greisentum […]" (Brandt, 2010, S. 3) gekennzeichnet wurde.

Im ‚Corpus Hipocraticum' finden sich mehrere Stellen, die ein „[…] empirisch gesättigtes Bewusstsein von der Nähe von ‚senium' und, (körperlicher wie geistiger) ‚debilitas' erkennen lassen" (Brandt, 2010, S. 5). So hat in der Antike zeitgenössisch auch die Frage nach dem Lebenswert bei größeren Beeinträchtigungen alter Menschen eine Rolle gespielt sowie die Frage nach der ‚mors voluntaria' (*lat.* freiwilliger Tod). Briefe von Gelehrten, medizinhistorische Texte, Lyrik u.a. literarische sowie epigraphische und archäologische Quellen bezeugen einerseits Zweifel betagter und hochbetagter Personen an der „Richtigkeit", freiwillig aus dem Leben zu gehen, insbesondere wenn Familienmitglieder und Freunde der Person mit suizidalen Gedanken bitten, davon Abstand zu nehmen. Andererseits ist es doch ein vertrautes Phänomen, aus Altersgründen und den damit verbundenen Leiden vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Diese Briefe bezeugen Beispiele des Todeswunsches sowie einer moralisch-ethischen Verantwortung und Diskussion, wenn im hohen Alter die Multimorbidität und der Lebensüberdruss deutlich zunahmen. Es gab wohl ‚viele Menschen' (Brandt, 2010, S. 6) mit dem Phänomen des vorzeitigen Todeswunsches und dessen Erfüllung, obwohl die Quellen rar sind. Am umfangreichsten hat Seneca (römisches Reich) darüber berichtet, der „[…] stoisches und epikureisches Gedankengut rezipiert […] [und über, H.K.] Todesfurcht und die Freiheit zum Selbstmord und Diskussionen um den rechten Zeitpunkt" (Brandt 2010, S. 91) schreibt. „Suizid wegen

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Altersschwäche und (Alters-)Krankheit ist ein Phänomen, das Seneca als offenbar gängige Handlungsoption kennt" (ebd., S. 93) sowie „[…] den Suizid als Gipfel individueller Freiheit zu glorifizieren" (ebd., S. 97) vermag.

Plinius schreibt, dass giftige Mittel und Pflanzen wie Opium und Schierling die Erde den Menschen geschenkt hat, „[…] ‚damit wir (diese) mühelos mit einem Schluck einnehmen und wodurch wir, ohne den Körper zu verletzen, ohne allen Blutverlust, ohne Qual sterben können'" (Plinius mai. n.h. 25, 23 f zitiert durch Brandt 2010, S. 95).

Möglichkeiten und Grenzen sowie die Aufgabe und Rolle der Ärzte bei einem Suizid wurde in der griechisch-römischen Antike bereits diskutiert und sie waren bei betagten und hochbetagten kranken Menschen dem „Druck seitens Dritter" (ebd., S. 7) ausgesetzt. „Und daneben ist vor allem die Formulierung ‚bona mors', ‚einen guten Tod' haben, herauszustreichen" (ebd.). Folglich sind ärztliche Sterbehilfe und Euthanasie bereits in der Antike bekannt. Brandt (2010) kann durch Briefwechsel und Schriften aus der Zeit belegen, dass dem „[…] (leidens-, krankheits- und altersinduzierte) Suizid alter Menschen eine größere Bedeutung zugekommen ist als gemeinhin angenommen wird" (ebd., S. 9). Der Hippokratische Eid bietet entsprechenden Interpretationsspielraum und ist der meist zitierte und wichtigste Text der Antike mit disputablen und widersprüchlichen Interpretationen (ebd.). Der Passus über die Gabe eines tödlich wirkenden Mittels wird bis heute dikutiert. Der Eidestext stammt aus verschiedenen Quellen und in abweichenden Fassungen aus der Antike. Die im Codex Ambrosianus festgehaltenen Fassung des Hippokratischen Eides sagt im § 4 aus:

„‚Ich werde auch keinem, wenn darum gebeten, ein todbringendes Mittel geben, und werde einen solchen Vorschlag nicht anregen'" (Sier 2006, S. 493, deutsche Übersetzung, zitiert durch Brandt 2010, S. 78). Daraus interpretiert nicht nur Brandt (2010), dass der Text aus der gesellschaftlichen, sozialen Realität und Forderung sowie deren Bedeutung für den Alterssuizid entstanden ist.

Ein ‚gutes Alter' sollte mit einem ‚guten Tod' beendet werden, welches als höchstes menschliches Gut und Tugend angesehen wurde. Im Gegensatz dazu standen Altentötungen, über die ebenfalls außerhalb von griechischen oder römischen Gebieten von antiken Autoren berichtet

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

wurde. Einen guten und leichten Tod erleben, hieß im griechischen Sprachgebrauch Euthanasie. Das griechische euthanasia entsprach bei den Römer der Vorstellung des ‚bene mori', welches dem guten Tod und dem richtigen Zeitpunkt des ‚bene ivre' gilt (Brandt 2010, S. 128). Ein guter Tod war auch in der Antike ein subjektives Empfinden, Schmerzfreiheit und wenige Gebrechen waren ausschlaggebend (Brandt 2010, S. 128 f). Unmittelbar dazu gehört neben Zugang zu den gewählten Hilfsmitteln die Ausschaltung der Widerstände Dritter, persönlicher Mut und Entschlossenheit für den letzten Schritt. Fehlten wichtige Elemente, wurde eine dritte Person zur Hilfestellung benötigt. Definitive Hinweise der Beihilfe des Arztes zum Suizid bei einer den Tod bringenden Erkrankung sind in der antiken Literatur nicht verschriftlicht, allerdings lassen manche Passagen mögliche Interpretationen zu, z.B. „[…] ärztliche Hilfe zur Selbsthilfe […]" (Brandt 2010, S. 131). Gleichfalls war der Therapieverzicht bei fortgeschrittener Krankheit bekannt, so dass die antiken Diskussionen mit neuzeitlichen Debatten übereinstimmen. Über den hippokratischen Eid unter § 4 hatten Betroffene den Arzt um ein Gift gebeten, wobei Textstellen aus „dem pflanzenkundlichen Werk Theophrasts" (ebd., S. 134), explizit die Säfte des Schierlings und des Mohns benennt, dessen Vergabe eine „ärztliche Kunst" war (ebd.).

Also ist auch hier eine Verbindung zur heutigen Medizin und Pflege gegeben und seit dem 26.02.2020 erneut brandaktuell. Die Sterbehilfe und Suizidassistenz werden dazu in Kapitel 2.3.2 näher betrachtet.

2.3.2 Sterbehilfe und Suizidassistenz

Aufgrund der geschichtlichen Entwicklung wurde erstmals wieder in den 1970er und 1980er Jahren mit ihren medizinisch-technischen Fortschritt eine Debatte über Sterbehilfe geführt. Der Begriff der passiven Euthanasie kam 1968 auf, um als Gegenkorrektiv zu wirken und eine Leidensverlängerung zu vermeiden (Stiller, 2020, S. 33 f). Die Bundesärztekammer benannte 1979 erstmals Richtlinien zur Sterbehilfe (ebd.). Dabei muss grundlegend die Sterbehilfe von der Sterbebegleitung abgegrenzt werden. Ebenso kann Sterbehilfe zwei unterschiedliche Auslegungen bedeuten, einmal, dass einem Sterbenden

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

durch lindernde Maßnahmen im holistischen Sinn geholfen wird – so gleicht sie der Sterbebegleitung im hospizlich palliativen Sinn – oder dass einem Menschen durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen, geholfen wird (Theißing, 2020, S. 132). Wird von Sterbehilfe gesprochen, sind folgende Terminologien zu unterscheiden (Stiller, 2020, S. 60 ff; Theißing, 2020, S. 132 ff):

Tabelle 1: Terminologien der Sterbehilfe

Terminologien der Sterbehilfe	**Inhalte**
Aktive Sterbehilfe	Es erfolgt eine gezielte und direkte Tötung eines Menschen, entweder gegen seinen Willen (Totschlag, Mord laut StGB) oder mit seinem Willen (Tötung auf Verlangen § 216 StGB), wobei der Tatbestand nicht beim Opfer bzw. Sterbewilligen liegt. Im deutschen Strafrecht wird die Tötung auf Verlangen strafrechtlich verfolgt.
Passive Sterbehilfe	Es wird auf eine Therapie verzichtet bzw. diese beendet (Therapiezieländerung), um den Sterbeprozess nicht hinauszuzögern bzw. ein Sterben zu ermöglichen. Dieses geschieht immer im Patientenwillen, der verbal, schriftlich (Patientenverfügung) oder nonverbal geäußert wurde bzw. dem ein ermittelter mutmaßliche Wille zugrunde liegt. Passive Sterbehilfe im engeren Sinne liegt vor, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht, eine passive Sterbehilfe im weiteren Sinne liegt vor, wenn eine infauste Prognose das natürliche Leben verkürzt. In beiden Fällen wird von kurativer auf palliative Versorgung „umgestellt", um eine die Menschenwürde achtende Endlichkeit zu gewährleisten und dem Grundsatz von Palliative Care zu folgen, damit größtmögliche Lebensqualität erreicht wird.
Indirekte Sterbehilfe	Es werden zur Therapie Medikamente und Maßnahmen (z.B. Abstellen eines Beatmungsgerätes) eingesetzt, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität der betroffenen Person erhöhen, allerdings die Nebenwirkungen eines Todeseintritts zur Folge haben können, dieses wird akzeptiert. Eine Beschleunigung des Todeseintritt der sterbenden Person tritt ein und stellt so eine Lebensverkürzung dar. Dies erfolgt ebenfalls nur mit dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten. Der palliativmedizinische Fortschritt bewirkt allerdings einen Rückgang dieser Form. Der Arzt bleibt straffrei.
Beihilfe zum Suizid – assistierter Suizid	Dieser ist juristisch von der Sterbehilfe abzugrenzen, da Suizid und Beihilfe zum Suizid in Deutschland nicht strafrechtlich verfolgt werden. Nach dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 ist es einem suizidwilligen Menschen zu ermöglichen, einen Beistand durch Dritte, auch wenn sie geschäftsmäßig handeln, zu gewähren, um den individuellen Freiheitswillen und das GG Artikel 1 und 2 umzusetzen (s. Kap. 2.1.2).

In Punkt der passiven und indirekten Sterbehilfe ist im *Unterlassen durch Tun* bzw. *normatives Unterlassen* eine Straffreiheit gewährt, ob-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

wohl es eine aktive Beendigung des Menschenlebens darstellt (dejure.org, 2022).

Gleichzeitig ist der assistierte Suizid vom Suizid abzugrenzen. Eine international einheitliche Nomenklatur, was ein Suizid oder suizidales Verhalten ist, besteht nicht, sondern es herrscht eine Einigkeit darüber, dass eine Person sich durch ihr Verhalten selbst vorsätzlich schädigt und dabei zu Tode kommt (Teismann & Dorrmann, 2021, S. 3). Synonyme wie Selbstmord oder Selbsttötung sind in der Bezeichnung umstritten, da diese an ein schweres Verbrechen bzw. eine Straftat erinnern. Mit dem Begriff Freitod (lat. mors voluntaria) wird (positiv) auf eine zweifache Selbstbestimmung hingewiesen, „[…] daß man sein Leben in Freiheit und mit dem Recht auf diese Freiheit beendet" (Höffe, 2015, S. 68). Die in der deutschen Sprache gebräuchliche Begrifflichkeit Suizid führt etymologisch allerdings auf das lateinische *sui* = seiner und *-cidium* von *homicidium* = Mord oder Totschlag bzw. *homocida* = Menschentöter zurück, so dass Suizid gleichbedeutend mit Selbstmord zu übersetzen ist und ein illegitimes Handeln assoziiert (ebd.). Um der Brutalität des Wortes zu entkommen, ist der klassische Ausdruck „Hand an sich legen" (Améry, 1976, S. 58) eine Alternative, jedoch meinen alle dasselbe, eine Beendigung seines Lebens vor dem natürlichen Tod. Die Handlung ist destruktiv sowie irreversibel und die Freiheit des Menschen wird dadurch beendet. Améry (1976, S. 60) schreibt, dass durch das Hand an sich Legen der ganze Körper „[…] der Gestalt und Träger unseres Ich war […]" zerstört wird und keine Gelegenheit mehr existiert das Sein in der gegebenen Situation zu verändern (ebd., S. 60 ff).

Gründe Betagter und Hochbetagter für einen (assistierten) Suizid

Die Suizidforschung sowie Suizidpräventionsprogramme für alte Menschen zeigen evident auf, dass mit dem Alter körperliche, geistige und soziale Veränderungen einhergehen. Diese haben Auswirkungen auf das Wohlbefinden, insbesondere das psychische, und die Lebensqualität (naspro, 2019). Private sowie gesellschaftliche Einflussfaktoren können einen Sterbewunsch unterschiedlichster Dimensionen in der alten Person auslösen, die u.U. in einem Wunsch der Beihilfe beim

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Suizid münden können (Draper, 2014; Jox, 2022; naspro, 2019). Die Gründe sind vielfältig und umfassen die ganze Lebensspanne.

1. **Subjektive Gründe** (Monforte-Royo et al., 2012):
   - Loss of Self (funktionale Verluste, Kontrollverlust über Alltagskompetenzen, Würdeverlust, unerträgliche Schmerzen, psychosozialer Verlust, geistiger Verlust)
   - Angst (vor dem Sterbeprozess, vor dem bevorstehenden Tod, dem bevorstehenden Leiden, der Hoffnungslosigkeit)
   - Psychische Belastung (jetzige Situation unerträglich, so soll nicht weitergelebt werden → Hilfeschrei)
   - Kontrolle über das Lebensende
2. **Objektive Einflussfaktoren** (WHO, 2014, S. 37)
   - Gesundheitssysteme (Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem [insbesondere Palliativversorgung/Prävention, H.K.])
   - Gesellschaft (Zugang zu Mitteln und Methoden, unangemessene Medien und Berichterstattung, Stigma)
   - Kommune (Katastrophen, Krieg und Konflikte, Diskriminierung, Trauma oder Missbrauchserfahrungen, Akkulturation und Dislokation)
   - Beziehungen (Gefühl der Isolation, mangelnde soziale Unterstützung, Beziehungskonflikte, Streitigkeiten oder Verlusterfahrungen)
   - Individuum (psychische Erkrankung, Alkoholmissbrauch, Arbeitsplatzverlust, finanzielle Krisen [niedrige Rente, „soziale Schichtzugehörigkeit", H.K.], subjektive Faktoren, Vorgeschichte eines Suizids in der Familie)

Die bisher genannten Gründe stammen aus Untersuchungen zum Suizid bzw. zur Beschleunigung des Lebensendes; zum assistierten Suizid direkt liegen für Deutschland keine Erhebungen vor, jedoch für die Schweiz. Parallelen der beeinflussenden Faktoren sind ersichtlich. In der Schweiz ist die Zahl der assistierten Suizide gestiegen, wobei der Frauenanteil höher als der männliche Anteil ist sowie je älter desto häufiger ist der assistierte Suizid im Verhältnis zum Suizid. In der Altersspanne von 74–85 Jahre kommen der Suizid und AS gleich oft vor und erreicht die Spitze (BFS – Bundesamt für Statistik-CH, 2016; Jox, 2022).

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Zusammenfassend ist die Motivlage *nicht* unerträglicher körperlicher Schmerz oder andere Symptome, sondern der Wunsch nach Kontrolle der Todesumstände (Zuhause, Zeitpunkt, Anwesende u.a.), der Verlust (die Angst davor) der Selbstständigkeit und Lebensqualität sowie das Gefühl des Würdeverlustes und die Möglichkeit sich verschlimmernden Leidens (Jox, 2022).

Exkurs: Sterbehilfeorganisationen in Deutschland

In Deutschland hat bis zum Inkrafttreten des § 217 (StGB) nur der 2009 gegründete Verein *Sterbehilfe Deutschland (StHD)* eine Suizidbegleitung für Vereinsmitglieder angeboten und praktiziert. Aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Regelung in Deutschland hatte der deutsche Verein *DIGNITAS-Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben* zwar seit 2005 ein Büro in Hannover, hat jedoch sterbewillige Menschen – die Mitglieder des Vereins sein müssen – an die Partnerorganisation *DIGNITAS* in der Schweiz vermittelt. Eine weitere Organisation, die seit 1980 tätig ist, setzt sich für die Rechte sterbewilliger Menschen ein und führt keine Suizidbegleitungen durch. Dabei handelt es sich um die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)* (Wissenschaftliche Dienste, 2016).

Nach dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 sind die Mitgliedszahlen der Vereine sprunghaft angestiegen. Der Verein Sterbehilfe hat beispielsweise seit 2009 von den 498 in den Tod begleiteten Mitgliedern 227 Mitglieder nach dem 26.02.2020 unterstützt, davon 16 gesunde (Eißele, 2022).

In der **Schweiz** wird eine Beihilfe zum Suizid oder die Verleitung dazu nur bei selbstsüchtigen Beweggründen mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet (Bundesamt der Justiz Schweiz, 2022). EXIT als Sterbehilfeorganisation arbeitet nach diesem Grundsatz (ebd.). Die aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen ist strafbar (ebd.).

In den **Niederlanden** sind der assistierte Suizid sowie die aktive Sterbehilfe (EAS = Euthanasia/Assisted suicide) durch ein spezielles Sterbehilfegesetz mit Kontrollkriterien seit 01.04.2002 erlaubt. Die Altersuntergrenze liegt bei 12 Jahren mit Einwilligung der Eltern und ab 16 Jahren gelten dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen. Grundsätz-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

lich ist EAS im Strafgesetzbuch (Artikel 293 und 294) der Niederlande verankert (Ärzteblatt, 2022).

In **Belgien** sind die aktive Sterbehilfe sowie der Assistierte Suizid seit 2002 erlaubt und seit 2014 ist die Altersgrenze aufgehoben worden. Für Minderjährige ergeben sich bestimmte Kontrollkriterien, die zu erfüllen sind (drze, 2022).

In **Luxemburg** muss die sterbewillige Person volljährig und in einer medizinisch ausweglosen Situation sein. Zusätzlich müssen bestimmte Verfahren durchlaufen werden. Das Sterbehilfegesetz für aktive Sterbehilfe sowie den assistierten Suizid ist seit 16.03.2009 rechtskräftig.

In **Österreich** ist seit dem 01.01.2022 ein Sterbehilfeverfügungsgesetz in Kraft getreten. Auch hier hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) die Strafbarkeit eines assistierten Suizids aufgehoben. Die sterbewillige Person muss volljährig und freiverantwortlich entscheiden können, außerdem an einer unheilbaren Erkrankung leiden (Parlament Österreich, 2022).

Die Beihilfe zum Suizid ist im europäischen Ausland anders geregelt, das schließt auch die damit verbundene pflegerische und medizinische Versorgung mit ein. Für Deutschland soll in Kapitel 2.3.3 ein Einblick dazu gegeben werden.

2.3.3 Fachliche Diskussionen der Pflegepersonen und Ärzteschaft

Diskurse im öffentlichen sowie im professionellen Raum beeinflussen auch die Pflege in unterschiedlichen Settings sowie die Ärzteschaft. Letztere war im Fokus, um eine Rechtssicherheit eines ärztlich assistierten Suizids zu schaffen. Dafür ist die MBO-Ä nach der Urteilsverkündung des BVerfG zum § 217 angepasst worden (s. Kap. 1.1), so dass die Suizidbeihilfe eines Arztes jetzt eine Gewissensentscheidung sei. Grundsätzlich haben sich die Landes- und Bundesärztekammer(n) von der Suizidassistenz distanziert. (Bundesärztekammer, 2022). Aus Erhebungen, insbesondere der Hospiz- und Palliativbegleitung, ist bekannt, dass in der Ärzteschaft sowie in der Pflege Sterbewünsche und die Nachfrage nach Sterbehilfe intensiv vorhanden sind (DPR, 2015). Der Deutsche Pflegerat (DPR) (2021) hat ein Eckpunktepapier

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

verfasst, um bei einer gesetzlichen Neuregelung seine Position miteinzubringen, in dem u.a. festgehalten wird, dass die Durchführung der Begleitung eines assistierten Suizids in Krankenhäusern und Altenheimen zu verbieten sei. Genauso ist das Sterbefasten in die Definition der Suizidassistenz mit einzubeziehen, da es zum Hungertod führt (DPR, 2021). Damit widerspricht der DPR der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), wonach bei schwerstkranken Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung das Sterbefasten *nicht* zur Suizidassistenz gehört. Laut DGP kann die Beihilfe zum Suizid auch nicht auf andere Menschengruppen übertragen werden. „Die Inhalte des Positionspapiers sind nicht ohne weiteres auf andere Gruppen übertragbar, zum Beispiel auf alte, multimorbide oder gebrechliche Menschen ohne schwere Erkrankung oder gesunde Menschen, die des Lebens müde sind" (DGP, 2019). Der DPR besteht im Positionspapier auch auf eine Beratung durch ein Ethik-Komitee und einer Karenzzeit von vier Wochen, um Kurzschlusshandlungen zu vermeiden. Eine statistische Nachverfolgung zu wissenschaftlichen Zwecken und Auswertung assistierter Suizide ist genauso Bestandteil wie der Schutz vor Nachahmung (Werther-Effekt[2]). Gleichzeitig sollte die Suizidprävention größte Bedeutung haben (DPR, 2021). Ein Review durch Stanze (2021) hat ergeben, dass in Ländern, in denen Suizidassistenz praktiziert wird, den Pflegefachpersonen als meistfrequente Interaktionspartner/innen Medikamente und vor allem deren Nebenwirkungen für den ärztlichen Suizid nicht bekannt sind. Studien weisen aus, dass der Tod durch assistierten Suizid teilweise erst nach Tagen eintrat (Stanze, 2021, S. 24 f). Pflegekräfte kommen in ein ethisches Dilemma, wobei momentan medizinethische Prinzipien von Beauchamp and Childress zugrunde liegen. Die vier medizinethischen Prinzipien sind die Basis des Ethikkodex für Pflege des International Council of Nurses (ICN): „Pflegefachpersonen zeigen professionelle ethische Werte wie Respekt, Gerechtigkeit, Empathie, Verlässlichkeit, Fürsorge, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität" (ICN, 2021). Der Ethikkodex wurde 2021 erweitert und beinhaltet auch den Appell des gesellschaftlichen Miteinbezugs. Unter Punkt 2.8 des Ethikkodex wird explizit darauf

2 es besteht ein kausaler Zusammenhang von medialer Berichterstattung und Nachahmung zum Suizid (Stangel, 2022).

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

hingewiesen, „Pflegefachpersonen haben die Möglichkeit, die Teilnahme an bestimmten Prozeduren oder pflege- oder gesundheitsbezogener Forschung aus Gewissensgründen abzulehnen […]“ (ebd.), ein wichtiger Aspekt im Kontext assistierter Suizid und Begleitung dieser Handlung.

Zusätzlich sind Pflegepersonen die Hauptansprechpartner in den unterschiedlichen Pflegesettings, so dass sie entsprechende Fort- und Weiterbildungen zum Thema Sterbehilfe und assistierter Suizid benötigen. Stanze weißt ebenfalls darauf hin, dass der Pflegenotstand und immer größerer ökonomischer Druck die „[…] Ausbeutung und Schädigung gefährdeter Gruppen, etwa von Menschen mit Behinderung oder ältere Menschen“ (DBfK, 2020; Stanze, 2021, S. 26) zur Folge haben könnte. Sie warnt in diesem Zusammenhang auch vor der gesellschaftlichen Akzeptanz einer Suizidbeihilfe. Umfragen unter Pflegekräften zeigen eine deutliche Befürwortung der Beihilfe zum Suizid. Pflegekammern und Berufsverbände nehmen nicht öffentlichkeitswirksam Stellung (ebd.). Eine schriftliche Anfrage der Autorin an die Pflegekammer in Rheinlandpfalz im März 2022 hat ergeben, dass weder eine mündliche noch schriftliche Stellungnahme seit der Urteilsverkündung vom 26.02.2020 erfolgte.

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) schließt sich dem DPR sowie dem ICN an und verweist auf die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (DBfK, 2020).

Sehr kontroverse Diskussionen ergeben sich bei kirchlichen Trägern sowie bei den Wohlfahrtsverbänden und diese wünschen eine gesetzliche Regelung (VKAD, 2021). Eine klare Vorgabe wäre eine wichtige Orientierung. Diskussionen innerhalb der Einrichtungen sind wichtig, um Stimmungen und Meinungen aufzunehmen. In einer anonymen Online-Befragung wiederholte Beine (2020) eine Studie, in der Pflegefachpersonen sowie Ärzt/innen von Krankenhäusern aufgefordert wurden, ihre Befürwortung zur aktiven Sterbehilfe und dem ärztlich assistierten Suizid zu äußern sowie zur subjektiven und objektiven Arbeitssituation. Das Ergebnis zeigte, dass Pflegefachpersonen als auch Ärzt/innen unterschiedliche Formen der Sterbehilfe praktizieren (Beine, 2020). „Die aktive Tötung von alten, chronisch kranken und

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

pflegebedürftigen Menschen ist auch in Deutschland traurige Realität“ schreibt Pantel (2022, S. 119) und führt entsprechende Beispiele auf. In vielen Fällen war kein Einverständnis der Betroffenen vorhanden. Gründe sind strukturelle Rahmenbedingungen, Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Zeitdruck, Personalmangel und Burn out (Beine, 2020). Interaktionen zwischen Betroffenen mit Ärzt/innenen und Pflegepersonen sind „zum Geschäftskontakt“ (Pantel, 2022, S. 121) verkümmert. Das Gesundheitswesen, insbesondere die Pflege, ist aufgrund der demografischen Veränderungen gefährdet, sich zu einer Straftat bei aktiver Sterbehilfe mitreißen zu lassen. Bei bereits vergangenen Straftaten der „Todesengel“, wird das Mitleidsmotiv als Grund angegeben, um sich moralisch zu entlasten, objektiv die o.g. Gründe für diese Handlungen ausschlaggebend sind.

Raimund Pousset (2018) beleuchtet den historischen Senizid bis hin zur Möglichkeit in die Moderne. Einmal kann dieser als „Opfertod“ aber auch als „Senio-Euthanasie“ bezeichnet werden, die sich in eine aktive und passive Form unterscheiden lassen. Unbemerkt betrifft der Senizid die heutige Gesellschaft noch immer, weder durch entsprechendes Bewusstsein noch durch eine Begrifflichkeit. Gründe des Senizids sind primär für andere, wie beispielsweise für die Gesellschaft und die Familie bzw. Kinder, durchgeführt wird, um ihnen nicht zur Last zu fallen. Pousset (2018) beschreibt beim aktiven Opfertod den (assistierten) Alterssuizid, beim passiven Opfertod beispielsweise das Sterbefasten, der als Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) bezeichnet wird (Pousset, 2018, S. 1 ff). Sterbefasten wird auch als der ‚Stille Tod‘ (ebd., S. 4) bezeichnet, der in der Palliativmedizin nicht als Sterbehilfe bzw. (assistierter) Suizid betitelt wird (DGP, 2019). Die aktive Senio-Euthanasie wird in Deutschland zwar strafrechtlich verfolgt und ist verboten, jedoch aus o.g. Studien ist ersichtlich, dass es Praxis in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist. Aufgrund der Nichteinwilligung der Betroffenen/Patient/innen ist es ein Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe. Behandlungsabbruch oder Unterlassung von Behandlungen, Palliative Sedierung mit letalem Ausgang als Nebenwirkung, Vernachlässigung mit Todesfolge sowie Hinauszögern von Behandlungsmaßnahmen bei alten Menschen fasst Pousset (2018, S. 4) als passive Senio-Euthanasie bzw. passiven Senizid zusammen. Um dem AS entgegenzuwirken ist die Suizidprävention von großer Bedeu-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

tung. Das Konzept der Suizidprävention wird kurz in Kapitel 2.3.4 erläutert.

2.3.4 Suizidprävention

Prävention bedeutet, dass vor Beginn eines Zielproblems Interventionen stattfinden, um Risken zu reduzieren oder Ressourcen und schützende Faktoren zu stärken. Es werden primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Um in der Suizidprävention erfolgreich zu sein, wird dieses System in ein multifaktorielles System übergeleitet. Suizidalität ist von hoher Komplexität, so dass neben psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen auch begleitende Faktoren z.B. aus der Kindheit und Jugend wie beispielsweise Trennungserfahrungen mit einbezogen werden (Lindner, Schneider & Wächtler, 2014, S. 69). Eine Expertengruppe hat ein Konsensuspapier speziell zur Suizidprävention im Alter erstellt, die für speziell gefährdete Gruppen sowie für die Gesamtbevölkerung Interventionsmaßnahmen erarbeitete (Erlangsen et al., 2011 zitiert durch Lindner, Schneider & Wächtler, 2014, S. 69). Das unmittelbare Umfeld suizidaler Personen wie Angehörige, Freunde, nicht professionelle und professionelle Helfer werden dabei berücksichtigt (ebd.). Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen (DGS), entwickelte bereits 2002 ein Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland unter Beteiligung des Europäischen Netzwerkes für Suizidforschung und Prävention der Weltgesundheitsorganisation und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Aus diesem Bündnis hat sich eine Arbeitsgruppe speziell der Suizidprävention im Alter gewidmet. Dort werden Kapitel der Suizidentstehung im Alter sowie Suizidprävention, Krisenhilfe und Therapieangebote vorgestellt (naspro, 2019).

Zur Suizidprävention zählt auch der Ausbau medizinisch-therapeutischer Maßnahmen, so dass die hospizlich palliative pflegerische sowie medizinische Versorgung eine große Rolle spielen. Im Rahmen dessen werden häufig die „Behandlung im Voraus Planen“ (BVP) bzw. „Advanced Care Planing“ (ACP) im Alter sowie die damit verbundene verschriftlichte Patientenverfügung angesprochen. Bevollmächtigte Personen sollen im Sinne der erkrankten Person bei deren Unvermö-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

gen selbst entscheiden zu können, deren Willen durchsetzen. Folglich besteht bei einer Entscheidungsunfähigkeit die Möglichkeit, auch eine Behandlung im Sinne der betroffenen Person nicht zu beginnen oder abzubrechen (BMG, 2022). Ein assistierter Suizid kann in Deutschland bisher nicht in einer Vorausverfügung aufgenommen werden, weil die Patientenverfügung bei Entscheidungsunfähigkeit einsetzt. Soll ein Wunsch zum AS umgesetzt werden, müssen laut BVerfG verschiedene Kriterien beachtet werden: die Freiverantwortlichkeit und das Bitten um eine dritte Person, Dauerhaftigkeit, Ernsthaftigkeit, Wartefristen und *Selbstvollzug* (BVerfG, 2020), die von einer entscheidungsunfähigen Person nicht erfüllt werden können. Der liberale Gesetzentwurf von Künast und Keul (Bündnis 90/Die Grünen) haben dieses explizit aufgenommen. Zu lesen ist in § 7 [Minderjährige;] Betreuung; Patientenverfügung:

> „(2) Betreuer können für den Betreuten im Rahmen der §§ 3 und 4 keine Erklärung abgeben. Erforderlich ist eine vom freien Willen getragene Entscheidung des Sterbewilligen im Sinne von § 2 Absatz 1. Ist für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt angeordnet, indiziert das, dass die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 nicht vorliegen.
> (3) Eine getroffene Patientenverfügung ersetzt nicht die nach diesem Gesetz erforderliche Erklärung der Sterbewilligen“ (Künast & Keul, 2021).

Die beiden weiteren Gesetzentwürfe haben zu diesem Punkt keine Regelung.

In bereits genannten Gründen für einen AS bei betagten und hochbetagten Menschen wurde deutlich, dass starke subjektive sowie objektive Einflüsse einwirken. Altersbilder in der Gesellschaft und das damit häufig verbundene Stigma gehören zu den objektiven Gründen. Im Kapitel 2.4 wird zum besseren Verständnis näher auf die Altersbilder eingegangen.

2.4 Altersbilder

Jedes menschliche Lebewesen altert. Dies mündet in Sterben und Tod. Alter und Altern sind nicht nur biologische Phänomene, sondern sind existentiell. Wie in Kapitel 2.5 (Stigma) näher ausgeführt,

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

werden auch wirtschaftliche (Arbeit/Berufsende), politische (Gesundheitswesen/Sozialrecht/Infrastruktur) und soziale Seiten (Gesellschaft und Altersbild) berührt. Um sich als alternder und alter Mensch dort zurechtzufinden, wird eine „Kunst des Alters und Alterns", im Sinne von Know-How im Alter, benötigt (Höffe, 2018, S. 15). In der gesellschaftlich sowie individuellen Vorstellung herrschen unterschiedliche Altersbilder vor, d.h. Alter, Altern und was sind alte Menschen werden aus verschiedenen Perspektiven gesehen bzw. wahrgenommen. Sie unterliegen einem ständigen Wandel. Es ist möglich, dass verschiedene auch widersprüchliche Altersbilder parallel existieren, jedoch werden positive oder negative Altersbilder und folglich der Umgang mit der Personengruppe durch öffentliche Diskurse geprägt. Diese sind durch die Medien beeinflusst, die im 21. Jh. durch eine weitfächerige, z.T. willkürliche Berichterstattung erfolgt (Pantel, 2022, S. 40 f). Soziale Medien bzw. Social Media als Kommunikations- und Verbreitungs-Plattformen über das Internet, dienen u.a. dem Meinungsaustausch oder als Arbeitsplattformen, welche für jüngere Generationen häufig maßgebend sind (Bendel, 2021). Daraus leitet sich auch der Umgang mit den Menschen ab, ob ihnen Wertschätzung oder eher Diskriminierung entgegengebracht wird. Hierbei spielen gleichzeitig die Generationen, die einen Blick darauf werfen, eine große Rolle. Alte Menschen können allein durch Begrifflichkeiten wie ‚Versorgungslast', ‚Altenlast', ‚Alterslastquotient' (Pantel, 2022, S. 41) oder häufig zu lesende und hörende ‚Überalterung', ‚Vergreisung' oder ‚Langlebigkeitsrisiko' (ebd., S. 46) diskriminiert werden, die auf Verlusten von beispielsweise körperlicher oder geistiger Leistungsfähigkeit beruhen. Andererseits können das Alter und Altern mit „Gewinnen (z.B. an Ansehen, Würde und Macht)" (ebd.) und Erfahrung in Verbindung gebracht werden. Der gesellschaftliche, kulturelle und politische Blick auf das Alter und Altern sollte jedoch nicht ein „einseitige[r, H.K.] Belastungskurs" (Kruse, 2013, S. 7) sein, sondern auch als „Potentialkurse" (ebd.) geführt werden, da es mittlerweile entsprechende wissenschaftliche Belege dafür gibt. Gerade im Arbeitsleben haben sich die Blickwinkel auf den Arbeitsprozess durch unterschiedliche Generationen und damit durch verschiedene Handlungs- und Deutungsmuster als sehr positiv herausgestellt. Gibt es engagement-, gesundheits- und kompetenzförderliche Strukturen, könnte sich die alternde Person und

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

ihre Ressourcen entwickeln und weiterentwickeln, um ein sinnerfülltes und positives Sein/ICH zu erfahren (ebd. S. 7 ff). Davon hängen auch die Zuteilungsbereitschaft und die Versorgungsleistungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik ab (Riedel, 2015, S. 150 f).

Reflexionen über Altersbilder sind eklatant für das Individuum sowie für die Gesellschaft, die den Diskurs bestimmen. In der gerontologischen Pflege werden **klassische Altersbilder** benannt, die sich auf das Individuum konzentrieren:

- das *Defizitmodell* als Defektmodell (mit steigendem Alter gehen parallel Verluste von Körper und Geist mit entsprechenden Folgen einher)
- das *Disuse-Modell* (Modifikation vom Defizitmodell, drohende Verluste werden durch Training verzögert)
- die *Disengagement-Theorie* von Cumming & Henry (1961) (Rückzug der Alten aus der Gesellschaft und Ausgliederung der Alten von der Gesellschaft, mittlerweile mehrfach modifiziert)
- die *Aktivitätstheorie* von Tartler (1961) bzw. Havinghurst (1964) (der Mensch ist nur zufrieden, wenn er aktiv ist und er muss sich Ersatzaktivitäten suchen)
- die *Kontinuitätstheorie* (die Menschen versuchen eine Balance zu finden, indem sie auf bewährte Strategien und Muster zurückgreifen; entweder durch Anpassung oder Neuorientierung)
- die *Selektive Optimierung durch Kompensation* (SOK) von Baltes und Baltes (1989) (neue Entwicklungsziele und Präferenzen sowie die Optimierung der Ressourcen, auch mit Hilfsmitteln, zur bewussten Kompensation von Defiziten)
- die *Kompetenztheorie* von Olbrich (1987) (baut auf SOK auf und bezieht die Lebensgeschichte und erlangte Fertigkeiten, Fähigkeiten, Copingstrategien mit ein) (Klott, 2014, S. 43 ff).

Psychologische Alter(n)stheorien berufen sich auf das subjektive Empfinden der Betroffenen und ziehen eben genannte mit ein. Die *Sozioemotionale Selektivitätstheorie* von Carstensen (2006) entwickelt die SOK und Disengagement-Theorie weiter, die sich auf den Entwicklungsprozess und dessen Motivationslage im Lebenslauf konzentriert. Dieser ist abhängig von der Zukunftsperspektive und konzentriert sich auf emotional wichtige Erlebnisse, insbesondere bei sozialen Be-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

ziehungen (Himmelsbach, 2022, S. 87 f). Eine neuere Alter(n)stheorie ist das Gewahrwerden des Älterwerdens, auch Awareness of Aging genannt (AoA) von Diehl et al. (2014). Der Ausgangspunkt ist das subjektive Altern und es wird versucht auf einer Metaebene verschiede entwicklungspsychologisch orientierte Konzepte miteinander zu verbinden und in Beziehung zu setzen. Der Fokus liegt darauf, dass ältere Menschen in der Lage sind, ihren Alterungsprozess zu reflektieren und zu interpretieren, damit eine „altersspezifische Selbsterkenntnis" und „persönlicher Identität" (Himmelsbach, 2022, S. 89) möglich werden. Soziologische Alter(n)stheorien beinhalten einen Blick durch das Brennglas der Gesellschaft, die der alternden Bevölkerung einen entsprechenden Platz zuweist. Darunter fallen die *Lebenslauftheorie* von Backes und Clemens (2008) oder Rosenmayr (2003), die verschiedene Phasen im Lebenslauf, die Wendepunkte im Leben sowie den sozialhistorischen Zusammenhang beschreiben. Konzepte der multidimensionale Lebenslage-Modelle müssen in diesem Kontext benannt werden, da verschiedene Bedingungen wie der sozioökonomische Status einen großen Einfluss auf das Alter(n) haben. Ebenso sind *ökogerontologische Ansätze* sowie *pflegewissenschaftliche Ansätze* in der Gerontologie zu benennen wie beispielsweise das „Six Sence Framwork" von Nolan (2012). Den eben beschriebenen Altersbildern gingen historische Blickwinkel auf das Alter voraus, welche in Kapitel 2.4.1 beschrieben sind.

2.4.1 Historische Altersbilder – Altersbilder in der Antike und Todeswunsch

In der griechischen Lyrik wurden Altersbilder eher negativ dargestellt und der Denkstil, dass das alte Leben nicht gleichwertig mit jungem Leben sei, hatte zur Folge, dass der Tod einerseits gefürchtet aber auch von Betroffenen sowie von Angehörigen gewünscht und der Freitod mit einkalkuliert wurde. Brandt (2010) zeigt am Beispiel des alten Ödipus, dass das Alter verallgemeinert dargestellt wird. Ödipus bezeichnet das „[…] ‚zuletzt kommende Greisenalter' als ‚verrufen, ohnmächtig, ungesellig, ohne Freude', als den Ort, ‚wo denn miteinander alle Übel der Übel wohnen' (Sophokles, Oid. Kolon. 1234 ff zitiert durch Brandt

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

2010, S. 16). Im öffentlichen Raum wurden posthum Theaterstücke bzw. Tragödien aufgeführt, die zeigen, „[…] daß die Verbindung ‚Alter – Tod – Lebensüberdruß' auch in klassischer Zeit als etablierte und im politisch-öffentlichen Raum thematisierte Denkfigur existierte" (Brandt 2010, S. 15 ff).

Seit dem 4. Jh. v. Chr. hat die negative Darstellung des Alters durch den Einfluss des Philosophen Aristoteles zugenommen, welcher das Alter als sehr negativ darstellte (Thane, 2005, S. 57 ff). Todesfurcht im Alter war charakteristisch und gleichzeitig der Hinweis, dass der Tod eine befreiende Wirkung hat. (ebd.), was auch durch zahlreiche epigrammatische Texte beleget werden kann (ebd.). Der Hungertod wird immer wieder als Maßnahme einer altersinduzierten Selbsttötung in alten Schriften mit Beispielen erläutert (heute FVFN). Ein stabiles soziales Umfeld galt auch als Suizidprävention (Brandt 2010, S. 18 f). Ciceros Traktat „Cato maior de senectute" ist speziell als Trostschrift konzipiert worden, die die Leiden des Alters und die Sorge vor dem nahen Tod thematisiert, welche mit einem Suizid gelöst werden könne (ebd., S. 20 f). Prominent ist auch die Ethik Senecas zum Themenkomplex Alter, Sinnfragen und Todesfurcht sowie Alterssuizid. Der alte Mensch hat selbst zu entscheiden, wobei Seneca stark differenziert. Seneca betont die Rolle des Geistes und schreibt: „Der Geist als Sitz von Vernunft und Persönlichkeit müsse nämlich intakt sein, dann seien auch physische Schmerzen wenigstens eine Zeit lang auszuhalten" (ebd. S. 23). Ist dieses nicht der Fall und steht ein stetes Leiden im Vordergrund, ist der Selbstmord legitim (ebd., S. 23).

Auch die ersten Jahrhunderte nach Christus bis in die Spätantike hinein wurde die negative Denkstruktur über das Alter weitergeführt und erweitert. Iuncus konstatierte, wenn neben den physischen Leiden auch noch Armut und Isolation hinzukommen würden, dann würde sich unweigerlich der Todeswunsch einstellen. Es sind „[…] gerontologische Fixpunkte im Altersdiskurs des Iuncus[3]" (Brandt 2010, S. 26)

Christliche Autoren gab es zum Alter und Todeswunsch keine in der Antike und Spätantike, da „[…] den Christen das von Sündhaftigkeit

3 Griechischer Philosoph, 2. Jh.

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

geprägte irdische Dasein nur als unerquickliche Vorstufe zum sündenfreien Jenseits zu gelten hatte“ (Brandt 2010, S. 29).

2.4.2 Altersbilder heute

Die bereits in Kapitel 2.4 vorgestellten Altersbilder zeigen, dass heute (zumindest in der Wissenschaft) das Modell des Awareness of Aging/ Gewahrwerden des Älterwerdens (AoA) vorherrscht. Wie sich das Altersbild in der Gesellschaft widerspiegelt, hat allerdings nichts mit der Wissenschaft zu tun. Pantel (2022) weist in seinem Buch „*Der Kalte Krieg der Generationen – Wie wir Solidarität zwischen Jung und Alt erhalten*“ auf neueste (europäische) Umfragen bei jüngeren Generationen, besonders der Generation Z oder ‚Zoomer‘ (Geburtsjahr ca. 1997–2012) hin, die aufgrund ihrer Primärsozialisation gern einen hohen Lebensstandard mit vielen Freiheiten weitergenießen möchten. Umwelt und Klima sind höhere Werte als soziales Engagement. Sie machen die alten Menschen, besonders die Baby-Boomer Generation, für die Missstände in der heutigen Politik, Ökonomie und Ökologie verantwortlich. Sie sehen ihre Zukunft über ein Rentensystem nicht mehr gesichert und fühlen sich durch den demografischen Wandel überfordert (Pantel, 2022, S. 36 ff). Pantel verweist dabei auf die Studie „Generation What?“ sowie auf eine Erhebung der WHO von 2021, die in der deutschen Ärztezeitung Besorgnis auslösten, da sie Vorbehalte gegen ältere Menschen aufzeigen. Negative Alterssstereotypen und die damit verbundene Diskriminierung fängt bereits in den Überlegungen und dem jeweiligen Mindset an, Pantel nennt es „Das schleichende Gift der Gerontophobie – oder: Das Aufrüsten beginnt in den Köpfen“ (Pantel, 2022, S. 40). Die WHO-Studie schöpft den Begriff ‚Gerontophobie‘, die durch einseitige Berichterstattung, wie Kruse bereits erwähnte, als „einseitige[r, H.K.] Belastungsdiskurs“ (Kruse, 2013, S. 7), stattfindet. „‚Altersdiskriminierung liegt vor, wenn das Alter benutzt wird, um Menschen auf eine Art zu kategorisieren und einzuteilen, die zu Schaden, Nachteilen und Ungerechtigkeiten führt und die Solidarität zwischen Generationen untergräbt‘“ (WHO zitiert durch Deutsche Ärztezeitung, 2021) und führt zur reduzierten Lebensqualität mit sozialer Einsamkeit und Isolation. Ältere Menschen werden durchge-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

hend als gebrechlich und verletzlich gesehen, diese Pauschalisierungen wurden in der COVID-19 Pandemie noch verstärkt (ebd.). „‚Stereotype (wie wir denken), Vorurteile (wie wir fühlen) und Diskriminierung (wie wir handeln) aufgrund des Alters sind nicht neu, aber COVID-19 hat schädliche Haltungen noch verstärkt'" (ebd.). Dieses lässt sich mit der Stigma-Theorie von Hohmeier (1978) der Kritischen Gerontologie gleichsetzen.

Es könnten allerdings auch Verdrängungsmechanismen stattfinden, die Sozialpsychologen durch die „*Terror-Management-Theorie*" (Pantel, 2022, S. 45, im Text hervorgehoben) und der „*Theorie der sozialen Identität (social identity theory)*" (ebd., S. 46, im Text hervorgehoben) begründen. Auch kommt Pantel auf den sechsten Altenbericht der Bundesregierung zurück, der „[…] in jüngerer Zeit wieder Auftrieb zu bekommen […]" (Pantel, 2022, S. 46) scheint. Im Altenbericht werden die Alten als ‚*Ausbeuter*', ‚*Betrüger*' und ‚*Profiteure der Sozialsysteme*' sowie als ökonomische ‚*Innovations-, Wachstums-, Fortschrittsbremse*' (sechster Altenbericht, 2010, zitiert durch Pantel, 2022, S. 46 f, im Text hervorgehoben), die in eine „Gerontokratie" (ebd.) mündet, beschrieben. Es besteht die Gefahr, dass die Altersdiskriminierung überhand gewinnt und der „Notausgang assistierter Suizid?" (Bauer, 2015, S. 49) heißen könnte. Der Schritt von der Gerontophobie zum Gerontozid liegen nahe beieinander, wie die Studien von Beine (2020) von 2015 und 2018 nahelegen (s. Kap. 2.3.3). Gesellschaftliche, politische sowie ökonomische Herausforderungen mit dem Alter(n) sind in der sozialen Gerontologie verortet. Da meistens *über* betagte und hochbetagte Menschen wissenschaftliche Publikationen erscheinen und nicht antizipativ *mit* den alten Menschen geforscht wurde entwickelte sich die Kritische Gerontologie, die in Kapitel 2.5 beleuchtet wird.

2.5 Kritische Gerontologie – Alter als Stigma

Der Ursprung, sich mit Kritik und kritischer Wissenschaft und folglich kritischer Gerontologie auseinanderzusetzen, ist Horkheimers Gegenüberstellung von ‚kritischer' Theorie und der ‚traditionellen' Theorie (Kirsten & Schroeter, 2021, S. 9). Er lastet der positivistischen Wissenschaft an, dass diese auf soziale Entstehungszusammenhänge sowie

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

ihrer praktischen Handlungszusammenhänge verzichte und dass die ‚Wahrheit' über das Altern objektiv zu messen sei.

Die ersten Auseinandersetzungen mit dem Alter und seinen bevorstehenden Herausforderungen, die nicht nur medizinisch oder biologisch sind, sondern auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Folgen haben, wurden auf einer wissenschaftlichen Konferenz in Massachusetts (1937) diskutiert und können als ein Meilenstein zur sozialen Gerontologie gesehen werden. (Schroeter, 2021, S. 14 f). Innerhalb der Gerontologie entwickelte sich dann die Kritische Gerontologie, die die Meinung vertrat, dass sich die alten Menschen nicht an die Gesellschaft und das bestehende System anpassen sollten, sondern umgekehrt das System an die alten Menschen. Ebenso soll nicht über die Menschen geforscht werden, sondern mit ihnen.

Schroeter (2021, S. 19 f) beschreibt von den 1990er Jahren bis zu den 2020er Jahren unterschiedliche sowie sehr ähnliche Strömungen, was Kritische Gerontologie betrifft. Konflikttheorien, Kritische Theorien, feministische Theorien, humanistische und kulturwissenschaftliche Theorien sowie politisch-ökonomische sind die momentan prominentesten Ansätze. Van Dyk (2015, S. 61 ff) ist für deutschsprachige Publikationen zur Kritischen Gerontologie zu benennen.

Unterschiedliche Diskurse zur Kritischen Gerontologie sind von den traditionellen kritischen Theorien (Frankfurter Schule) inspiriert, so dass die Kritische Gerontologie und ihre Pfade als ein „Ober- oder Sammelbegriff" (Schroeter, 2021, S. 20) zu sehen sind. Eine Antwort lässt sich deshalb nicht wirklich geben und bis heute wird noch innerhalb der Gerontologie „[…] heftig über Profil und Status des Faches (oder der Disziplin?) gestritten […]" (Schroeter, 2021, zitiert durch Schroeter 2021, S. 21). Die soziale Konstruktion des Alterns sollte nicht nur verstanden werden, sondern diese Strukturen sollten auch verändert werden, wobei Schroeter Phillipson & Walker (1987) und Estes (2018) benennt. In diesem Lichte zur Kritischen Gerontologie sollten Geistes- und Kulturwissenschaften einbezogen werden, um nicht nur kritisch zu sein, sondern „[…] neue heuristische, kritische und praktische Erkenntnisse [zu, H.K.] gewinnen. Ihr geht es um die Anerkennung und Verortung der widersprüchlichen Eigenarten des Alters" (Schroeter, 2021, S. 23).

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Aner (2021) beruft sich in ihrem Buch „*Kritische Gerontologie*" (Aner & Schroeter, 2021) auf Baars Artikel „*The Challange of Critical Gerontology: Problem of Social Constitution*" (Baars, 1991), die soziale Konstitution mit dem Gegenstand Alter, da unterschiedliche Strömungen der Kritischen Gerontologie auf dieser Grundlage agieren. Baars (1991) geht von dem Wissen über die biologischen Alterungsprozesse hinaus und erweiterte dieses Wissen mit dem Wissen der Lebensbiografie und damit um die historischen, kulturellen und sozialen Zusammenhänge. Für ihn ist es eine besondere Verantwortung, dass diese Variablen/Parameter als kritische Komponente mit einbezogen werden, denn das Alter wird dadurch nicht nur beeinflusst, sondern auch konstituiert: „In an analysis of recent developements in the philosophy, sociology and history of science it is shown that the problem of social constitution can no longer be avoided in theoretical reflection on gerontology" (Baars, 1991, S. 219). Die Art und Weise, wie Fragen und welche Fragen gestellt werden, bedeutet den Unterschied zwischen der Kritischen Gerontologie und der konventionellen Gerontologie.

Baars (1991, S. 229) bemängelt, dass sich die Kritischen Theorien in der westlichen Kultur verändert haben und sich vornehmlich auf Prozesse der Macht beschränken und nicht auf die notwendige Veränderung der Gesellschaft. Folglich geht es um die Strukturierung und Disziplinierung von Menschen durch soziale Systeme, die Normalisierung der Körper (Foucault), Kolonisierung der Lebenswelt (Habermas), Objektivierung der intersubjektiven Kommunikation (interpretativer Ansatz) oder Produktion von sozialer Abhängigkeit (strukturfunktionaler Ansatz).

Für Aner (2021, S. 32) muss der Gesellschaftsbezug noch stärker in Betracht gezogen werden, um kritisch gerontologische Ansätze zu identifizieren und miteinander zu vergleichen.

Die von der Kritischen Gerontologie thematisierten Probleme müssen nicht nur analysiert werden, sondern es muss ein Weg zur Verbesserung/ Veränderung entstehen, also eine stete verantwortungsvolle Reflexion dieser Wissenschaft und sich selbst gegenüber. Die Kritische Gerontologie beschäftigt sich u.a. mit der Ungleichheit und Exklusion von alten Menschen, basierend auf Einschränkungen im Alter. Hoh-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

meier (1978) benennt dieses als Stigmatisierung, so dass folgend dieses Phänomen erklärt wird.

Alter als Stigma

Als erster hat Erving Goffman 1963 die Begrifflichkeit der Stigmatisierung erläutert, indem er Strukturen bzw. Merkmale wechselseitiger Zuweisungen nachweisen konnte, die „Kranke als Kranke" erkennen. Daraus leitete er die Wirkungen einer Zuschreibung bzw. Stigmatisierung für Interagierende ab. Dass sich diese Erkenntnisse auf das Alter übertragen lassen, hat Jürgen Hohmeier (1978) in seiner Publikation ‚Alter als Stigma' resümiert, wobei für Hohmeier die Merkmale negativ besetzt sein müssen, um als Stigma zu gelten.

> „Das Stigma ‚Alter' ist in den Einstellungen zu alten Menschen, in den Erwartungen, die in alltäglichen Kontakten an alte Menschen gerichtet werden, in der Ausgliederung aus gesellschaftlichen Lebensbereichen wie Arbeit, Familie und Straßenverkehr und im Umgang der Institutionen mit Alten ebenso nachzuweisen wie im Selbstbild der alten Menschen. Viele Verhaltensweisen, die als ‚typisch' für alte Menschen angesehen werden, sind in der gesellschaftlichen Altenrolle begründet. Das soziale Problem ‚Alter' resultiert daher wesentlich aus dem Altersstigma" (Hohmeier & Pohl, 1978, S. 7).

Daraus folgt, dass die Teilhabe alter Menschen an „[…] zentralen gesellschaftlichen Funktionsbereichen eingeschränkt ist" (Kögler, 1976, zitiert durch Hohmeier, 1978, S. 10), dass sie sich zurückziehen und durch zusätzliche Altersstereotype diskriminiert werden. Alter scheint für die Gesellschaft auch insofern eine ‚Abweichung' zu sein, als die Gesellschaft junge Erwachsene als Norm bestimmt. Alter als ‚soziales Problem' benötigt sozialpolitische und sozialfürsorgerische Maßnahmen. Die Begrifflichkeit „Stigma" wird gewählt, da Hohmeier (Hohmeier, 1978, S. 11) der Auffassung ist, dass Alter als individuelles oder gesellschaftliches Problem sozial definiert/konstituiert wird. Er beschreibt „Alter als soziales Schicksal" (ebd.) insbesondere durch die (immer noch) biologisch geltenden Defizite. „Mit dem Stigmakonzept soll deshalb versucht werden, den sozialen Tatbestand ‚Alter' schärfer zu fassen und insbesondere die Folgen der gesellschaftlichen Etikettierung als ‚alt' genauer in den Blick zu nehmen" (ebd.). Stigmatisierung

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

äußert sich im verbalen und non-verbalen Verhalten der Zuschreibenden.

Für Hohmeier (1978) ist das Alt-Sein einer Person weder das kalendarische Alter oder die äußerliche Erscheinung noch ein bestimmtes Verhalten ausschlaggebend. Es sei die gesellschaftliche Kommunikation und Zuteilung, Interpretation und Bewertung, dass diese Eigenschaften einen Menschen als *alt* definieren. Die Gesellschaft und ihre Interpretation richten sich an den dominierenden Werten und Normen aus. Sind diese dann negativ behaftet, spricht Hohmeier (1978) von einem Stigma (ebd., S. 12). Das hat subjektive sowie objektive Folgen. Stigma und Folgen sind wiederum interkulturell und historisch betrachtet unterschiedlich und abhängig vom „jeweils vorherrschenden Schönheitsideals" (Hohmeier, 1978, S. 13) der Gesellschaft. Problematisch ist es, dass das negative Merkmal als Stigma nicht isoliert steht, sondern auf die ganze Person projiziert und folglich an der Person und ihren Fähigkeiten insgesamt gezweifelt wird (ebd., S. 13), was letztlich in Ausgrenzung mündet. Alter wird zu einem ‚master status' (ebd.) und bestimmt die Identität. Neben dieser Generalisierung werden auch bestimmte Verhaltensweisen pathologisiert, wenn sie von der „Norm" abweichen. Folglich werden alternde Menschen eine „Selbsttypisierung" (ebd. S. 14) entwickeln und je nachdem, welches Altersbild vorherrschend ist, dieses ablehnen oder mit dem Strom schwimmen.

Altersstereotyp und gesellschaftliche Normen

Es werden psychologische Untersuchungen von U. Lehr (1972, S. 248 ff, zitiert durch Hohmeier, 1978. S. 14) herangezogen, die belegen, dass das Altersstereotyp in Deutschland eindeutig mit negativen Klischees besetzt ist, denen wenige positive wie ‚Weisheit' und ‚Güte' gegenüberstehen. Vorherrschend seien Gebrechlichkeit, Vergesslichkeit, Passivität, Intoleranz, Verbitterung, Isolation und konservative Einstellungen. Verbreitungswege dieses Altersbildes erfolgten institutionell beispielsweise durch die Schule [heute Medien, H.K.]. Ebenso sieht er die Berentung und damit den aktiven Ausschluss aus dem Arbeitsleben als eine Abweichung von der Norm ‚Leistungsgesellschaft' als Verfestigung des Stigmas Alter (s.o. Identität Alter). Für ihn ist es ebenfalls ein Paradoxon, dass der medizinische Fortschritt das Lebensalter und

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Leistungsfähigkeit erweitern kann, jedoch die Menschen für viele berufliche Tätigkeiten immer früher als zu ‚alt' gelten (ebd., S. 16). In einer ‚Leistungsgesellschaft' mit „[…] Leistung, Erfolg, Flexibilität und Gesundheit, Genuß und Autonomie […]" (ebd.), wird ‚Alter' als Stereotyp als ‚Negation gesellschaftlicher Werte' (Junker, 1973, S. 31, zitiert durch Hohmeier, 1978, S. 16) bezeichnet. Das Stereotyp lässt soziale oder individuelle Merkmale außer Acht. Die Menschen werden zu Außenseitern oder Opfern von Mitleidsbekundungen oder Machtausübungen. Das Umfeld glaubt etwas für die alten Menschen tun zu müssen, erhält aber im Gegenzug wenig zurück. „Für Machtgruppen können sie ein Instrument zur Unterdrückung solcher Gruppen sein, deren wirtschaftliche oder politische Konkurrenz man zu verhindern wünscht oder die man aus anderen Gründen von der Teilhabe an der Gesellschaft ausschließen will" (Hohmeier, 1975, S. 12), um ihren „[…] unheilvollen Einfluß auf die Gesellschaft insgesamt […]" (ebd.) zu erschweren.

Altenrolle und Selbstbild alter Menschen

Das Bild der Altenrolle wird durch die Stigmatisierung nur schwer gebrochen, es sei denn, es gibt andere Rollen der Person, die gewichtiger sind und die Umwelt auf andere Eigenschaften lenken. Die Person nähert sich dem Altenbild, wie es die Umwelt es ihr zuschreibt, also einem defizitären Selbstbild. So ist das Stigmakonzept ein sozialer Prozess, der Alter konstituiert.

Altenrolle und gesellschaftliche Institutionen

Der Sozialisationsprozess zum Alter hin bringt Kontakt mit unterschiedlichsten Institutionen und Behörden und kann sogar in einem Altenheim enden. Dort vorgegebene Strukturen, an die sich alte Menschen zu halten haben, sowie zunehmend schwindende Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in Altenheimen bestimmen die Altenrolle. Hausordnungen fordern Verhaltensanpassung und beinhalten Unterwerfung der alten Person (Hohmeier, 1978, S. 22 ff). Heutige Organisationsstrukturen und hohe Multimorbidität sowie ein hoher Anteil von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung bestätigen den Hinweis

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Hohmeiers (1978), dass Altenheime als ‚totale Institution' (Goffman, 1973, S. 11 ff) gelten.

Die kritische Theorie ist eine Form der soziologischen Gesellschaftstheorien, die im Folgenden aufgeführt sowie für die heutige Zeit, die Postmoderne und den Neoliberalismus näher unter die Lupe genommen werden.

2.6 Gesellschaftstheorie

Die Gesellschaftstheorie wird der Soziologie zugeordnet und ist ein erkenntnis- und sozialtheoretisches Programm. Theorien und Analysen sollen Zuschreibungen für die Gesellschaft erheben, um festzustellen, wie Soziales konstituiert ist und welche Prozesse dort stattfinden. Sie bezieht sich auf „[…] *konkrete* Gesellschaften, wie sie zu konkreten Zeiten an konkreten Orten bestehen" (Reckwitz & Rosa, 2021, S. 32, im Text hervorgehoben). Das Zentrum bildet die Moderne, d.h. die Epoche seit etwa 1800, in Europa und Nordamerika. Ausschlaggebend waren die Industrialisierung, Demokratisierung, Verwissenschaftlichung, Säkularisierung und vor allem die Individualisierung. Ein erweiterter globaler sowie historischer Blick kann die westliche Welt entsprechend mit anderen Ländern und Gesellschaften in Relation setzen. Die Veränderungen bedeuteten Wandel und bedingen Wandel in der Gesellschaft, auch der Gegenwartsgesellschaft. Diese Erkenntnis der individuellen politischen sowie soziokulturellen Mitgestaltung ist ausschlaggebend für die Moderne und ihre Gesellschaftstheorie und unterscheidet sich so von der Sichtweise der Vormodernen, welche traditionell aristokratisch oder religiös orientiert war (ebd., S. 33 f).

Weber und Durkheim gehören zu den Ersten, die die Gesellschaftsveränderungen verschriftlichten und Erklärungen sowie Ordnungen dafür schaffen. Marx und Simmel machten dafür Konflikte verantwortlich, die zu Veränderungen der Gesellschaft führten, so dass alle die Umbrüche traditioneller Sozialformen heraushoben. Sie identifizierten den Kapitalismus als Wende zur Moderne als Gesellschaftstheorie. Im 20. Jh. folgten verschiedene Gesellschaftstheorien und im 21. Jh. weisen verschiedene Autoren wie Reckwitz (2020) und Lepenies (2022) auf die sich rasant verändernde Moderne bzw. die hohe „Selbsttrans-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

formationsfähigkeit der Moderne“ (Reckwitz & Rosa, 2021, S. 35) und die damit verbundene, sich zuspitzende Individualisierung sowie den dazugehörigen Gesellschaftswandel hin. Die Digitalisierung und Liberalisierung hin zur Neoliberalisierung haben für die spezifische Situation eine neue „*Theorie der Spätmoderne*“ (ebd. S. 36, im Text hervorgehoben) entwickelt, die sich als eine „singuläre“ und „hochspezifische“ (ebd.) zeigt. Die Gesellschaftstheorie synthetisiert verschiedene Teilaspekte, ökonomische, politische, sozial-strukturelle, kulturelle u.a., um die Zusammenhänge untereinander deutlich zu machen. Zudem wird in der Analyse auch die Relation Gesellschaft – Individuum untersucht, um Subjektivierungsweisen und ihre Handlungspraktiken zu verstehen. Im Kontext der anderen Teilbereiche können so Ursachen der gesellschaftlichen Strukturen sowie Transformationen erklärt werden.

Die Individualisierung und die damit für das Individuum in Anspruch genommene Autonomie und Selbstverwirklichung lassen die Autorin der Masterthesis die Thematik des sog. Neoliberalismus näher beleuchten. Sie stützt sich dabei auf die Literatur „*Verbot und Verzicht – Politik aus dem Geiste des Unterlassens*“ (Lepenies, 2022) und „*Die Gesellschaft der Singularitäten – Zum Strukturwandel der Moderne*“ (Reckwitz, 2020).

Lepenies zeigt die Entstehungsgeschichte der Individualisierung in den letzten 100 Jahren auf, besonders aber, dass diese mit dem digitalen Zeitalter rasant zugenommen hat und welche Konsequenzen für die Gegenwartsgesellschaft daraus folgen. Rhetorik, personale Größen, die bis in die Politik greifen, sowie soziale Medien haben es geschafft, das Individuum als absolutes Maß zu sehen. In seinen Erklärungen über Neoliberalismus beschreibt Lepenies, dass nach diesem Verständnis Solidarität oder Moral keinen Platz mehr in der Gesellschaft haben. Alles regelt sich über den Markt, auch das Allgemeinwohl wird damit maximal gefördert. Schlussfolgernd darf auch der Staat, der allgemeinwohlorientiert ist, nicht mehr regelnd, insbesondere durch Verbote oder Verzicht, eingreifen. Es ist illegitim und zu unterlassen. Rahmenbedingungen zugunsten der Märkte wären erlaubt, doch Freiheit und Autonomie für das Individuum sind die Prämissen (Lepenies, 2022, S. 251 ff). „Der Markt ist der Tummelplatz des wichtigsten Akteurs der neoliberalen Welt: des autonomen Individuums […] [es gilt, H.K.] seinen Eigennutz zu maximieren“ (ebd., S. 19). Der Mensch hat bereits

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

die Art und Weise des Denkens und Lebens des Neoliberalismus so verinnerlicht, dass er sich dementsprechend in der Gesellschaft verhält. Es wird nichts mehr hinterfragt, sondern alles ohne Kompromisse oder den Blick für andere Möglichkeiten übernommen und als real und richtig verstanden (ebd., S. 20).

Dafür legt Lepenies Begründungen vor, die sich im historischen Kontext entwickelt haben und eine „[…] eigene ‚Ideologie', ein langfristiges Projekt mit globalem Anspruch" (ebd., S. 21) darstellen. Den wirtschaftlichen, neoliberalen Markt haben Friedrich August Hayek und Milton Friedmann geprägt, die den Staat als regulierendes Organ im Sinne des Allgemeinwohls zum Feindbild manifestierten. Der Neoliberalismus wurde über spezielle Organisationsformen verbreitet. Diese waren und sind Think-Tanks, der Bereich Wissenschaft, Gruppierungen und Hochschulen sowie auch Literatur und Romane, die bis heute ihre Wirkkraft nicht verloren haben. Es war immer Ziel, bis in die politischen Machtpositionen zu gelangen, um wirkmächtig zu sein. Staatsrepräsentanten von Großbritannien sowie der USA werden als Beispiele aufgeführt. Konsum ist für das Individuum von höchster Priorität, egal was konsumiert wird, es besteht ein Recht darauf, so dass der Begriff „*Konsumentensouveränität*" (ebd. S. 22, im Text hervorgehoben) entstand und damit den Menschen als Souverän ablöste. Verstärkt wurde dies durch die Digitalisierung ab den 1970er Jahren sowie die mittlerweile stark einflussreichen sozialen Medien. Der Mensch lässt sich nichts mehr sagen und die Haltung ist nicht überbietbar, wenn staatliche Eingriffe, die ins Privatleben gehen, abgelehnt werden. Der Mensch wird zum Tyrannen. Bestimmte Reize, die eine Kränkung der Individualität der autonomen und freien Person bedeuten, stimulieren die affektive und emotionale Ebene. Sie stellen sich in rhetorischen Floskeln dar und bewirken eine Antihaltung gegen alles, was einschränkt bzw. und was es als „[…] Verhaltenssteuerung als politisches Instrument abzulehnen" (ebd., S. 25) gilt. Begrifflich wird diese Position des Neoliberalismus „*douce consommation*" genannt, der eine Individualzentrierung und Konsumfixierung beinhaltet und eine Affektsteuerung ablehnt (ebd.). Letztere ist in der Vorstellung des „*doux commerce*" gekoppelt mit Verzicht, welcher auch auf Konsum angelegt ist, aber im Sinne einer „Haupttriebfeder der Zivilisation" agiert und eine Ethik der Solidarität anstrebt (ebd., S. 24). Verbot

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

beschneidet den individuellen Konsum, jedoch waren die Konzepte im 19. und 20. Jh. und verbundenen Beginn des Wirtschaftsliberalismus so ausgelegt, dass freiwillig verzichtet wurde. Lepenies warnt vor dieser individualisierten Gesellschaft und ihren Strukturen, die eine Politik der Demokratie und Gemeinwohlorientierung aushebelt. Wie sich Emotionen und Affekte auf die Menschen auswirken, wird von Andreas Reckwitz beschrieben, der die Singularität des Individuums dadurch bestimmt. Für ihn sind Gesellschaften der Singularitäten Individuen mit einer besonderen sozialen Logik, „[…] die für die Existenz insbesondere spätmoderner Gesellschaften zentral ist" (Reckwitz, 2020, S. 48). Die Menschen sind auf das für sie selbst Besondere, Andere, die Einzigartigkeit fixiert. Singularisiert ist die Person dann, wenn ihre Besonderheit sozial wahrgenommen wird und eine Eigenkomplexität entwickelt (ebd., S. 59). „Die Singularisierung von Subjekten ist ein Prozess, in dem Selbstmodellierung und Fremdsteuerung, Selbst- und Fremdsingularisierung Hand in Hand gehen" (ebd., S. 60). Auch hier spielen soziale Medien eine zentrale Rolle, um die Selbstdarstellung und Einzigartigkeit der Person darzustellen. Es entstehen nach Reckwitz (2020) „kulturelle (und affektive) Singularisierungsprozesse" (Reckwitz, 2020, S. 243), weil der Mensch in der Interaktion mit dem digitalen Medium agiert. Der Menschen wird zum „digitalen Subjekt" (ebd., S. 244) geformt, das stetig auf Verbesserung und Besonderes aus ist und sich in den sozialen Medien auf das (positive) Feedback zur Selbstoptimierung verlässt (ebd., S. 245). Das führt zur Affektivität und macht den Menschen „insgesamt anfällig". Die Postindustrialisierung hat bewirkt, dass die Gesellschaftsschichten sich verändert haben, eine klassische Mittelschicht gibt es nicht mehr. Diese teilt sich in eine hochgebildete Mittelklasse von circa einem Drittel, spiegelbildlich gibt es parallel dazu eine neue Unterklasse, eine heterogene Gruppe von einfachen Dienstleistungsberufen, halbqualifizierten Industrieberufen, Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern (ebd., S. 273 ff). Bildung wird zum Schlüssel der neuen Mittelklasse und ihr Lebensstil ist erfolgreiche Selbstverwirklichung, die im neuen Liberalismus mündet (ebd., S. 285 ff). „Meritokratismus, Lebensqualität und Kosmopolitismus" (ebd., S. 340) sind die Hauptmerkmale des neuen Liberalismus. Reckwitz benennt diese Zeit Spätmoderne, jedoch schwingen die neoliberalen Parallelen mit. Individualisierung bis hin zur Singularisierung,

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Freiheit jedes Einzelnen, Wettbewerb und Konsum treiben die spätmoderne Ökonomie an und formen das Subjekt. Das zentrale Merkmal der Singularisierung, die Einzigartigkeit, bewirkt nicht die individuelle Freiheit, sondern paradoxerweise wird die Person selbst zum Konsumobjekt und unterliegt gesellschaftlichen Erwartungen (ebd., S. 9). Eine Gesellschaft der Singularitäten wird durch den Habitus sozialer und kultureller Polarisierungen geprägt (ebd., S. 108 f). Das ganze Prozedere fußt auf Affekte, die sich immer weiter intensivieren, insbesondere im globalen Netz der Digitalisierung bzw. der sozialen Medien. Damit wird die *„douce consommation"* bestätigt. Die gesuchte Affektsteigerung bewirkt, dass ein Verbot oder Verzicht in der Welt der Singularitäten nicht mehr vorkommt. Es gibt kein Tabu oder moralische Hürden wie beim Neoliberalismus. Bewirkt eine Transformation des Subjekts und damit eine gesellschaftliche Umwälzung (ebd., S. 226). Die Folge ist eine Ich-Zentrierung, geboostert durch die Digitalisierung, in der keine Solidarität durch Verzicht oder Verbote mehr möglich ist. Lepenies sieht so die Demokratie gefährdet, weil Kompromisse, Verzicht und Verbot auch als Steuerungsmechanismus der Demokratie zum Allgemeinwohl gehören, und sieht im Neoliberalismus eine der größten Gefahren (Lepenies, 2022, S. 259).

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828879935-13 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND