

Suizidassistenz und Biopolitik

Eine Analyse mit Blick auf gesellschaftliche Wirkungen

Karin Michel, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Ev. Hochschule in Bochum, ehrenamtlich aktiv im BioSkop

Suizidhilfe-Befürworter*innen sagen oft: Die Option, sich mit professioneller Unterstützung selbst töten zu können, ermöglichte es Bürger*innen, ihr Leben bis zuletzt zu kontrollieren. Und welche Folgen hat die politische Billigung individueller Suizidhilfe für die gesamte Bevölkerung und die Ausgestaltung von Sozialstaat und Gesundheitswesen?

Seit das Bundesverfassungsgericht das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe mit Urteil vom 26. Februar 2020 gestrichen hat (→ *BIOSKOP* Nr. 89), scheinen solche Dienstleistungen Konjunktur zu haben. Am 21. Februar zogen die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), Dignitas und der Verein Sterbehilfe gemeinsam Bilanz: Die drei Organisationen gaben vor Medienleuten an, sie hätten im Jahr 2021 insgesamt »346 Suizidbegleitungen« in Deutschland durchgeführt. Auch die Giordano-Bruno-Stiftung (GBS) redete bei der Pressekonferenz mit.

Die DGHS betont, sie verstehe sich als Patientenschutz- und Bürgerrechtsorganisation. Die GBS rügt jegliche gesetzliche Regelung von Suizidassistenz als »besonders barbarische Form des staatlichen Paternalismus«. Sowohl die frei-religiös inspirierte DGHS als auch die Vertreter des materialistisch-naturwissenschaftlich orientierten »Evolutionären Humanismus« der GBS legen menschliche Selbstbestimmung im Sinne eines liberalen Utilitarismus John Stuart Mills aus. Im Vordergrund steht eine Vorstellung der Unabhängigkeit von staatlichen Eingriffen und »Bevormundungen«. Zugleich wird ein Konzept der grundsätzlichen Abwägbarkeit der Wertigkeit menschlichen Lebens vertreten.

Die Notwendigkeit einer »Selbstbestimmung am Lebensende« wird von den Verteidiger*innen der Sterbehilfe begründet durch die Befreiung von weltanschaulichen Suizidverboten einerseits, aber auch dadurch, dass ein Leben nicht mehr lohne, wenn ein »unerträgliches« und »sinnloses« Leiden eintritt. Möglichkeiten etwa der Palliativmedizin werden als unzureichend eingeschätzt und der Suizid als in vielen Fällen einzig gangbarer Ausweg präsentiert. Eine zunehmende Rolle spielen Suizidassistenzen auch für psychisch erkrankte wie auch für körperlich gesunde Menschen. Das autonome Sterben wird als Ausweg aus dem Unaushaltbaren verstanden und zugleich als emanzipatorischer Akt präsentiert: als Befreiung von sozialem Lebenszwang und dysfunktionaler Bio-

logie. Positiv erhoben wird die Forderung nach uneingeschränkter Verfügung über das eigene biologische Leben, aber auch nach Organisation dieses Lebens in einem Bereich von Wert und Nutzen.

Im »Koordinatensystem der Biopolitik«, formuliert vom französischen Philosophen Michel Foucault, findet diese Denkfigur ihren Ort im Bereich der »politischen Ökonomie des menschlichen Körpers«. Das selbstbestimmte Sterben mit professioneller Assistenz ermöglicht eine buchstäblich ultimative Kontrolle über die eigenen Lebensprozesse. Es fügt das Lebensende nahtlos in das Konzept des selbstgewählt-planerischen Biografiemanagements und damit der neoliberalen individuellen Selbstverantwortung ein, die heute als eine unausweichliche sozio-ökonomisch-kulturelle Anforderung an jedes Individuum herangetragen wird.

Der andere Bereich in Foucaults Koordinatensystem aber ist die »Biopolitik der Bevölkerung«. In der Gegenwart kommt dies allerdings kaum zur Sprache, es werden vor allem individuelle ethische Debatten um Werte und persönliche Lebens- und Körperverfügbarkeiten geführt. Könnte eine weitgehende Deregulierung professioneller Suizidassistenz für eine »Biopolitik der Bevölkerung« von Bedeutung sein?

Der *Humanistische Pressedienst* behauptete 2020, mit Suizidassistenz könnten gemeinnützige Vereine kein lukratives Geschäft machen. Auch betonen humanistische Verbände, dass eine professionelle Suizidassistenz zu einem selbstbestimmten Schutz vor medizinischer und pflegerischer Überversorgung beitragen kann, die als Gefahr gestiegener Profitorientierung im Gesundheitswesen gesehen wird.

Von einer Entkriminalisierung professioneller Suizidassistenz wird die Vermeidung einer Verschlechterung der Lebensqualität von Menschen durch Überversorgung in der letzten Lebensphase und zugleich eine Einsparung von Kosten im Gesundheitssystem erwartet. Umgekehrt wird suggeriert, dass ein Festhalten an der Suizidhilfe-Kriminalisierung eine Ökonomisierung des Sterbens geradezu befördere. Belegt wird diese These primär durch Publikationen des Arztes Matthias Thöns, der einzelne Fallgeschichten zu medizinischen Überversorgungsszenarien am Lebensende präsentiert, jedoch keine aussagekräftigen Studien oder bezifferbare Angaben zum konkreten Umfang und zur Höhe der Kosten der Übertherapien anführt. Die Begründung des Patientenschutzes mittels professioneller Suizidassistenz angesichts sinn-

»Nicht widerspruchsfrei«

Diese Zahl des Statistischen Bundesamts ist erschreckend: 9.206 Menschen starben hierzulande im Jahr 2020 durch Selbsttötung. »Das sind 165 Fälle mehr als im Vorjahr und bedeutet, dass sich statistisch gesehen alle 57 Minuten ein Mensch in Deutschland das Leben nimmt«, erklärte Hannah Müller-Pein, Kommunikationsbeauftragte des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) am 30. November 2021. »Nicht nachweisbar« sei bisher, ob die registrierte Zahl durch die Corona-Pandemie und Suizidassistenz-Angebote beeinflusst worden sei. »Wie sich diese beiden Faktoren langfristig auf die Suizidrate auswirken werden, lässt sich aktuell nicht vorhersagen«, heißt es in der NaSPro-Pressemitteilung. Die deutschen Verbände der Suizidprävention empfehlen eine »gesetzliche Regelung zur nachhaltigen Förderung der Suizidprävention«. Ein mögliches Suizidhilfegesetz sieht die NaSPro-Spitze bisher kritisch. In einem 8-seitigen Brief, adressiert im September 2020 (→ *BIOSKOP* Nr. 91) an den damals amtierenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, steht auch: »Es ist nicht möglich, Empfehlungen zu geben, welche die Suizidprävention und die Möglichkeit des assistierten Suizids widerspruchsfrei regeln.«

► loser, aber profitabler Therapien erscheint daher insgesamt durchaus vage.

Weniger vage präsentieren sich die gesundheitsökonomischen Hochrechnungen, bezogen auf Bevölkerungsentwicklung und künftige Versorgungskosten. Beispielsweise errechnete die Fritz-Beske-Morbiditätsprognose bereits 2009 eine Zunahme altersbedingter Erkrankungen zwischen 50 und 100 Prozent bis zum Jahr 2050. Eine neuere Studie, beschrieben 2019 im britischen Fachblatt *Lancet*, prognostiziert eine weltweit signifikante Zunahme von Demenzerkrankungen.

Als besorgniserregend zeichnet sich der zunehmende Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege für Menschen ab 65 Jahren ab: Bis 2050 werden die gesellschaftlichen Pflegekosten weitaus dynamischer ansteigen als die Gesundheitskosten. Fallende Geburtenzahlen korrelieren mit einer steigenden Lebenserwartung und einem signifikanten Rückgang informeller Pflege. Die Langzeitpflege ist personalintensiv und lässt keine Produktivitätssteigerung zu (z.B. eine Erhöhung versorgter Fälle pro Stunde). Eine Ausweitung der Pflege kann sich zwar als solche – durch Beschäftigung, Zulieferung – auch produktiv auswirken, muss aber zugleich dringende Lohnsteigerungen vorsehen, um zu einer Lösung

der Personalknappheit beizutragen. Der AOK-Pflegereport 2021 beziffert die Anzahl fehlender Fachkräfte für das Jahr 2025 auf 200.000. Demographisch betrachtet erscheint die künftige Ausweitung des Pflegesektors unausweichlich.

Dieses mit Prognosen verbundene Wissen um eine sich zunehmend verstärkende »Care-Krise« lässt sich durchaus in das Koordinatensystem einer »Biopolitik der Bevölkerung« einschreiben. In der nach wie vor verfolgten Politik des Sozialabbaus zeichnen sich derzeit kaum entschlossene Bemühungen um eine grundlegende bedarfsorientierte Reorganisation des Pflegebereiches ab. Die demographisch-ökonomisierende Perspektive verweist allerdings auf eine grundsätzliche Unterscheidung: Während gesunde, nicht oder wenig pflegebedürftige ältere Menschen noch als ökonomisch produktives Humankapital gelten können, lässt sich den Menschen, die kostenintensive Langzeitpflege benötigen, nur ein deutlich geringerer volkswirtschaftlicher Ertragswert zuerkennen. Derartige Abwägungen werden tendenziell die höher- bis hochaltrigen Menschen treffen.

Bereits vor und nach dem Ersten Weltkrieg hat sich gezeigt, dass eine »Semantik der Krise« auf Menschenleben bezogene Kosten-Nutzen-Kalkulationen gesellschaftlich akzeptabel

machen und die Bereitschaft fördern konnte, die karitative Fürsorgemoral in der Kranken- und Pflegeversorgung zugunsten der Forderung nach einer Entlastung von »gesellschaftlicher Überbürdung« aufzugeben. Als Akteur einer entsprechenden bevölkerungsbezogenen Biopolitik trat sodann der Staat auf den Plan.

Dies ist heute nicht mehr möglich: Die uneingeschränkte Verfügung über das eigene biologische Leben und auch die Organisation dieses Lebens in einem Bereich von Wert und Nutzen obliegt nicht dem Staat, sondern dem Individuum als Souverän seiner selbst: Krankheit und erhöhter Pflegebedarf werden weniger als gesamtgesellschaftliche Herausforderung betrachtet, sondern eher als persönliche Problematik und als gestaltbarer Faktor verstanden, der zum Gegenstand der Selbstverantwortung wird – zur Frage der Investition von eigenen Ressourcen in die Lebensverlängerung, etwa durch Lebens-, Körper- und Verhaltensführung.

Wer krank und pflegebedürftig wird und dann mit den Auswirkungen der Pflege-Krise konfrontiert ist, wird gemäß dem Leitbild von der Selbstverantwortung keine Fragen nach einer adäquaten Versorgungspolitik stellen, sondern sich die Problematik selbst anlasten: Selber schuld! Man hätte doch in produktiven Zeiten eine private Pflegevorsorge treffen und gesund leben können. Wer das nicht schafft und dennoch im Zeitalter der Pflegekrise für sich selbst noch eine Gestaltungsmöglichkeit in Anspruch nehmen möchte, dem steht jederzeit der scheinbar risikoarme, fachgerecht assistierte Austritt aus dem Leben offen. Der Suizid wird auf diese Weise – wie es der Dignitas-Sterbehelfer Ludwig A. Minelli formuliert – verstehbar als »eine großartige Möglichkeit, die es dem Menschen möglich macht, sich einer ausweglosen Situation zu entziehen«.

In der nüchternen und anonymen Perspektive einer auf die gesamte Bevölkerung bezogenen Humanökonomie erweist sich der Wert eines nicht mehr produktiven Lebens, das über längere Zeit hinweg pflegebedürftig ist, eindeutig als negativ. Diese Einschätzung wird sich angesichts der zu erwartenden Zuspitzung der Versorgungslage für kostenintensive, »gesellschaftlich Überflüssige« auch im persönlichen Erleben der Betroffenen und in ihrer individuellen Lebenswerteinschätzung widerspiegeln. Eine selbstbestimmte Lebensbeendigung als Ausweg, gepaart mit dem All-inclusive-Angebot professioneller Assistenz, käme dann mit einer Biopolitik der optimierten und produktiven Bevölkerung problemlos überein.

Krankheit und erhöhter Pflegebedarf werden weniger als gesamtgesellschaftliche Herausforderung betrachtet, sondern eher als persönliche Problematik verstanden.

Selbstbestimmung und »soziale Pressionen«

Mit seinem Suizidhilfe-Urteil vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ein »Recht auf selbstbestimmtes Sterben« begründet – und zwar »in jeder Phase menschlicher Existenz«, also unabhängig von Gesundheit, Krankheit, Einschätzungen Dritter. Die, so das BVerfG, »Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen«.

Die Verfassungsrichter*innen haben aber offenbar nicht nur die Selbstbestimmung der Einzelnen, sondern auch die gesellschaftlichen Verhältnisse im Blick. Dass Politik auch hier gefordert ist, skizzieren sie in ihrer langen Urteilsbegründung wie folgt: »Der Gesetzgeber darf aber einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitsabwägungen, das Leben zu nehmen. Der Einzelne darf – auch jenseits konkreter Einflussnahmen durch Dritte – nicht der Gefahr gesellschaftlicher Erwartungshaltungen ausgesetzt sein.« Menschen, die Suizidhilfeangebote ablehnen, dürften nicht den Eindruck bekommen, sich dafür rechtfertigen zu müssen. Der Gesetzgeber könne »Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen«.

