

Suizid als Prävention – Sterbehilfe und das Management der Zukunft

Nina Streeck

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

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

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

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

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

I. Prävention: Eine begriffliche Annäherung

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

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

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

II. Prävention und öffentliche Gesundheit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Suizidprävention oder Suizid als Prävention?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Der präventive Charakter des assistierten Suizids

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. Der assistierte Suizid und die öffentliche Gesundheitsversorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literaturverzeichnis

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

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

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

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