

Marc Keller und Wouter Schrover

Diagnose Lebenssattheit?

Literarische und filmische Perspektiven auf das ‚vollendete Leben‘ und den ‚Altersfreitod‘ in den Niederlanden, Belgien, Deutschland und der Schweiz

Abstract: In several countries, ongoing debates address whether assisted suicide should be available to elderly individuals who are not (severely) ill but consider their lives complete for various reasons. A key challenge in such cases lies in distinguishing these death wishes from those that may stem from treatable mental illness, lack genuine autonomy, or are not based on unbearable and irreversible suffering. The negotiation of how to address such wishes involves not only political and societal actors, but also literature and film. This article examines how Dutch- and German-language works from the Netherlands, Belgium, Germany, and Switzerland engage artistically with the issue—including novels, novellas, autobiographical accounts, memoirs, as well as feature and documentary films. These works offer a broad spectrum of perspectives: they give narrative form to abstract concepts and invite reflection—either by fostering understanding for the decision to die or by exposing ethical ambiguities and internal tensions.

1 Einleitung

Sterbehilfe kann als die existenzielle Entscheidung schlechthin gesehen werden, da das Leben mit ihr unwiderruflich endet (Van Tongeren 2018, 79). Seit der Jahrtausendwende haben immer mehr Länder die aktive Sterbehilfe und/oder den assistierten Suizid legalisiert oder ihre Zulassung intensiv diskutiert. Jüngste Entwicklungen wie die Gesetzesverstöße in Großbritannien und Frankreich zeigen, dass die Frage ihrer Zulässigkeit zunächst im strikt medizinischen Kontext verhandelt wird, wie es für die Sterbehilfedebatten seit dem späten 19. Jahrhundert und verstärkt wieder ab den 1970er Jahren generell prägend war: Ziel ist es, Menschen mit schwerer, unheilbarer Erkrankung zu ermöglichen, ihren Leidensweg abzukürzen. Gleichzeitig zeigt sich insbesondere in Ländern, in denen Sterbehilfe bereits länger legal praktiziert wird, eine Verschiebung des zentralen Konzepts. Während auch in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz zunächst die Beendigung eines schweren medizinischen Leidens im Zentrum der Praxis stand, wird die Debatte zunehmend durch den Wert der Selbstbestimmung dominiert. Dies gilt auch für Deutschland, wo dieser Paradigmenwechsel 2020 im

Urteil des Bundesverfassungsgerichts seinen deutlichsten Ausdruck fand, das das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Bestandteil persönlicher Autonomie betonte und Suizidhilfe für rechtmäßig erklärte.

Der Wandel spiegelt sich aktuell in Diskussionen über die Frage der Zulässigkeit von Sterbehilfe für betagte Menschen wider, die nicht (schwer-)krank sind, ihr Leben aber aus unterschiedlichen Gründen als abgeschlossen betrachten. In diesen Aushandlungsprozess sind nicht nur gesellschaftliche und politische Akteure involviert, sondern auch Literatur und Film. Ziel dieses Beitrags ist es, einen Einblick in die künstlerische Auseinandersetzung mit dem Thema in niederländisch- und deutschsprachigen Werken aus den Niederlanden, Belgien, Deutschland und der Schweiz zu geben – darunter Genres wie Roman, Novelle, autobiografische Erzählung, Memoiren sowie Spiel- und Dokumentarfilm. Angesichts der Materialfülle werden wir lediglich einzelne Schlaglichter setzen können. Der erste Abschnitt gibt einen Überblick über die diskursive und rechtliche Situation in den einzelnen Ländern und beleuchtet zentrale Begriffe wie *voltooid leven* („vollendetes Leben“), *Altersfreiheit*, *Lebenssattheit* und *existenzielles Leiden*. Die anschließende Analyse gliedert sich in zwei thematische Schwerpunkte. Das erste, ausführlichere Kapitel untersucht Werke, die den hier diskutierten Sterbewunsch in seiner individuell-biografischen und sozialen Bedingtheit reflektieren und dabei teilweise Verständnis wecken, teils Bedenken formulieren. Der zweite Schwerpunkt beleuchtet anhand des psychoemotionalen Erlebens der Betroffenen, wie die Werke für die Herausforderungen einer liberalen Gesetzgebung sensibilisieren – insbesondere, wenn Sorgfaltskriterien fehlen oder nicht konsequent angewandt werden (können). Im abschließenden Fazit werden wird die vorgestellten Werke zusammenführen und kurz reflektieren, welche ethischen Perspektiven sie durch ihre unterschiedlichen Zugänge eröffnen.

2 Zentrale Begriffe und rechtliche Situation im Untersuchungsgebiet

2.1 Niederlande und Belgien

1991 veröffentlichte der Rechtsprofessor und ehemalige Vizepräsident des niederländischen Obersten Gerichtshofs, Huib Drion, in der Tageszeitung *NRC Handelsblad* einen Meinungsartikel über das Konzept des sogenannten „vollendeten Lebens“. Er vertrat die Ansicht, dass die niederländische Regierung Ärzt*innen erlauben sollte, betagten Menschen tödliche Medikamente zu verschreiben, damit sie ihr Leben auf eine Weise beenden könnten, die für sie selbst und ihre Ange-

hörigen akzeptabel sei (Drion 1992, 14). Drions Fokus lag nicht auf Personen mit unheilbaren Krankheiten, sondern auf solchen, die – obwohl sie möglicherweise an altersbedingten Beschwerden leiden – relativ gesund sind, aber das Gefühl haben, dass ihr Leben seinen Sinn verloren hat. Seine Position basierte auf der Überzeugung, dass ältere Menschen bestens in der Lage seien, selbst zu bestimmen, wann ihr Leben ihnen zu wenig zu bieten hat und sie es beenden möchten. Drions Essay rückte das Thema des vollendeten Lebens in den Fokus der Öffentlichkeit und löste eine bis heute andauernde gesellschaftliche und politische Debatte aus.

Im Jahr 2001 wurde in den Niederlanden das Sterbehilfegesetz verabschiedet. Dieses zielt in erster Linie darauf ab, aktive Sterbehilfe und Suizidhilfe für Personen zu regeln, die unerträglich und aussichtslos leiden und deren Leiden eine medizinische Grundlage hat. Zehn Jahre später formulierte die Initiativgruppe *Uit Vrije Wil* (Aus freiem Willen) – inspiriert von Drions Essay – einen Gesetzesentwurf, in dem die Konzepte *voltooid leven* (vollendetes Leben) und *lijden aan het leven* (Leiden am Leben) im Mittelpunkt standen (Peters et al. 2011). Dieser Vorschlag betonte das Selbstbestimmungsrecht älterer Menschen, deren Sterbewunsch in einem *existenziellen Leiden* gründet. Dieses Leiden – in der jüngeren medizinischen Literatur definiert als „a distress arising from an inner realization that life has lost its meaning“ (Gaignard et al. 2023, 2) – kann laut der Initiativgruppe durch den Verlust von Sinn, Unabhängigkeit oder persönlicher Würde verursacht werden (Sutorius et al. 2011, 57–58). Einige Jahre später kam eine von der Regierung eingesetzte Beratungskommission zum Schluss, dass das vollendete Leben „eine zutiefst persönliche Schlussfolgerung von Menschen ist, die meist älter sind und nach eigener Einschätzung keine positiven Lebensperspektiven mehr haben“ (Adviescommissie 2016, 12, unsere Übers.). Die Kommission stellte fest, dass solche Entscheidungen auf körperlichen, psychischen, kognitiven, psychosozialen und/oder existenziellen Verlusterfahrungen basieren können. Sie unterschied zudem zwischen verschiedenen Interpretationen des Begriffs des vollendeten Lebens: Wenn das Leiden überwiegend eine medizinische Grundlage hat, fällt es unter das bestehende niederländische Sterbehilfegesetz und berechtigt zur Verabreichung tödlicher Medikamente. Fehlt eine medizinische Grundlage hingegen oder liegt kein Leiden vor, findet das Gesetz keine Anwendung (Adviescommissie 2016). Zwar wurden in jüngster Zeit Gesetzesvorschläge gemacht, um Sterbehilfe für die letztgenannte Gruppen zu regeln, sie waren bislang aber nicht erfolgreich. Ein Entwurf der liberalen Partei D66 aus dem Jahr 2020 (überarbeitet 2023), der Suizidhilfe für solche Personen ab 75 Jahren erlauben möchte, wird derzeit im Parlament diskutiert.

In Flandern, wo Sterbehilfe beim Vorliegen eines medizinischen Leidens seit 2002 legal ist, beziehen sich Diskussionen über eine Zulassung des vollendeten Lebens als Sterbemotiv häufig auf die niederländischen Erfahrungen. Dies zeigt

sich auch in der Stellungnahme des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik von 2017, die sich unter anderem zur Sterbehilfe bei psychischem Leiden äußerte. Das vollendete Leben wird darin gesondert behandelt, wobei ausführlich auf die Forschung der Ethikerin Els van Wijngaarden Bezug genommen wird, die für ihre Dissertation phänomenologische Interviews mit älteren Menschen in den Niederlanden durchgeführt hat. Sie kommt zu dem Schluss, dass es beim vollendeten Leben nicht, wie es der Begriff suggeriert, um Erfüllung geht, sondern um existenzielles Leiden. Sie ist der Meinung, dass der Begriff die Ambivalenzen im Erleben der betroffenen Menschen und ihre kontinuierliche Arbeit an ihren Lebensgeschichten zu stark vereinfacht: „In real life, there is no such thing as narrative foreclosure, but rather an ambiguous attempt to foreclose a certain biographical end in which people fear losing their identity“ (zit. n. Belgian 2017, 25; vgl. Van Wijngaarden 2016).

Der Arzt und Professor Wim Distelmans, einer der wichtigsten Befürworter der Sterbehilfe in Belgien, betont den Unterschied zwischen dem Sterbewunsch aufgrund eines vollendeten Lebens und einem solchen, der auf einer Ansammlung altersbedingter Beschwerden basiert. Letzteres wird mit dem Begriff der Polypathologie gefasst und fällt als medizinisch klassifizierbares Leiden in den Zuständigkeitsbereich der Ärzt*innenschaft und damit unter das belgische Sterbehilfegesetz. Im Fall des vollendeten Lebens hingegen gibt es seiner Meinung nach „keine Berufsgruppe, die kompetent beurteilen kann, ob jemand endgültig mit dem Leben abgeschlossen hat, unerträglich leidet und daher Sterbehilfe erhalten kann“ (Distelmans 2020, 215, unsere Übers.). Ein damit verbundenes Problem betrifft das Alter, ab dem ein Leben als vollendet betrachtet werden könnte. Als wichtiges Argument für die Festlegung einer Altersgrenze von beispielsweise 70 Jahren wird angeführt, dass Menschen über diesem Alter sicherer wissen könnten, dass es für sie keine neuen Wege mehr gibt, ihrem Leben Sinn zu geben, und sie daher ein fundierteres Urteil fällen könnten. Dennoch ist jede Altersgrenze willkürlich und paternalistisch (Den Hartogh 2011, 102–103).

2.2 Schweiz und Deutschland

In der Schweiz wird der assistierte Suizid seit den 1980er Jahren durch private Organisationen praktiziert. Das Gesetz macht keinen Unterschied, ob die sterbe-willige Person an einer Krankheit leidet oder nicht. Suizidhilfe wird einzig bestraft, wenn sie aus „selbstsüchtigen“ Motiven erfolgt (Strafgesetzbuch, 1937). Dennoch hat sich ebenfalls eine Praxis etabliert, die auf ein medizinisches Leiden abstellt. Näher definiert wird sie zum einen durch die Kriterien der Organisationen, zum anderen durch die Richtlinien der Ärzt*innen, die das für die Suizidhilfe verwendete Na-

trium-Pentobarbital verschreiben. Was das erforderliche Leiden betrifft, waren die Organisationskriterien stets liberaler als die Vorgaben des Ärzteverbandes FMH. Lange bestand die Diskrepanz darin, dass Letztere die Todesnähe der Patient*innen vorsahen, während Erstere auch ihr subjektives Leiden berücksichtigen, wie die früheren Statuten der größten Organisation, EXIT Deutsche Schweiz, zeigen, die Suizidhilfe „[b]ei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung“ erlaubten (EXIT 2013, 7). Für die Praxis maßgebend waren vor allem stets die Kriterien der Organisationen.

Aktuell besteht die Diskrepanz beim Umgang mit dem Sterbewunsch betagter Menschen ohne (schwere) Krankheitsdiagnose. Treibende Kraft hinter der Debatte war EXIT. 2008 berichtete die Organisation in ihrem Magazin unter dem Titel *Wenn die Diagnose schlicht und einfach „Lebens-Sattheit“ lautet*, wie die Mitgliederversammlung „sich an ein lange gemiedenes Thema gewagt“ habe: „die Freitodbegleitung von vielleicht betagten, eigentlich jedoch gesunden Sterbewilligen.“ Im Fokus stand damit der „Bilanzsuizid“, d. h. der Sterbewunsch von Menschen, „die Bilanz über ihr Leben gezogen haben, vielleicht hoch betagt sind, aber relativ gesund“ (Woodtli 2008, 4–5). EXIT prägte dafür den Begriff *Altersfreitod* und wollte ihn als „akzeptierte Möglichkeit“ am Lebensende etablieren (Haegi 2008, 18) – im Bewusstsein, dass es sich um einen „Schritt über eine Tabugrenze zu einem qualitativ neuen Selbstbestimmungs-Paradigma“ handelte (Fesenbeckh 2008, 7). Hintergrund war ein Bundesgerichtsentscheid von 2006, der festhielt, dass zum Selbstbestimmungsrecht jedes urteilsfähigen Menschen „das Recht [gehört], über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden“ (Bundesgericht 2006, 67). 2014 verankerte EXIT ihr Engagement für den Altersfreitod in den Statuten. Das mediale Echo war immens. Im Zentrum der Debatte stand die Frage, ob Suizidhilfe „nur gestützt auf eine medizinische Diagnose ausgeübt werden“ dürfe oder „bei betagten Sterbewilligen nicht auch andere Faktoren“ legitim wären wie „Perspektivlosigkeit“, „Sinnentleerung“, drohende „Pflegeabhängigkeit“ oder „Autonomieverlust[...]“. Da sich gerade Ärzt*innen weiter „schwer[täten]“, das Medikament „ohne gravierende somatisch-medizinische Diagnose zu verschreiben“ (EXIT 2013, 6), wollte EXIT vor allem auch bei ihnen lobbyieren.

Was der Altersfreitod genau umfasst, ist auch EXIT-intern nicht unumstritten. Eine frühere Definition bezeichnete ihn noch als „*Bilanzsuizid im hohen Alter [...]* unabhängig vom Gesundheitszustand“ (EXIT 2013, 6). Die Praxis entwickelte sich aber zur Polymorbidität: Ein Mensch muss keine schwere Krankheit aufweisen, sondern die Summe der Gebrechen „für sich selbst als unzumutbar beurteil[en]“, wobei auch „psychosoziale Faktoren“ berücksichtigt würden, etwa wenn er „sein Lebenswerk als abgerundet und abgeschlossen betrachtet.“ (Wiler 2017, 19) 2017 kam es EXIT-intern erneut zu Diskussionen, die medial hohe Wellen schlugen: Eine Gruppe stellte den Antrag, auch Betagten *ohne* Krankheitsdiagnose Suizidhilfe zu

leisten. Der Vorstand lehnte ihn trotz Sympathie dafür ab, aus Angst vor Gegenreaktionen, da Gesellschaft und Ärzt*innenschaft dafür noch nicht bereit wären. Als entscheidendes Kriterium für den Altersfreitod definierte EXIT schließlich „das subjektiv unerträgliche Leiden“ „im und am Alter“, Suizidbegleitungen von „kerngesunden betagten Menschen“ würden aber weiterhin nicht durchgeführt (Wiler 2020, 5). Die EXIT-eigene Ethikkommission hielt zudem fest, dass aus ihrer Sicht „ein subjektiv unerträgliches Leiden vorliegen [muss], das entweder durch Krankheit, durch Funktionsstörungen, durch psychosoziale Faktoren, durch ein existenzielles Leiden oder durch eine schlechte Prognose verursacht wird.“ (Schaber 2021, 18.) Wie das Kriterium des existenziellen Leidens zeigt, erachtet die Kommission Suizidhilfe für Gesunde als ethisch legitim. Ganz anders steht es um die Haltung des Ärzteverbands, dessen Richtlinien die „Suizidhilfe bei gesunden Personen“ seit 2022 explizit für „[e]thisch nicht vertretbar“ erklären (SAMW 2022, 27).

Deutschland hat diese Entwicklung gleichsam übersprungen. Lange Zeit bestand keine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe, eine entsprechende Praxis wurde aber primär durch die ärztliche Berufsordnung unterbunden. 2015 verabschiedete der Bundestag das Verbot der „geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe“, das das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 2020 wiederum für „nichtig“ erklärte. Mit Verweis auf das „allgemeine Persönlichkeitsrecht“ verfügte es, dass jeder urteilsfähige Mensch ein Recht auf Suizidhilfe habe, unabhängig vom „Vorliegen einer unheilbaren Krankheit“ (BVerfG 2020). Seither wird der assistierte Suizid ohne gesetzlichen Rahmen legal praktiziert, der Versuch des Bundestags, ihn zu regulieren, dauert an. Was die Frage des Sterbewunschs Gesunder bzw. Nicht-Schwerkranker betrifft, hat sich in Deutschland bereits eine entsprechende Praxis entwickelt. Bei den im Jahr 2023 von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS 2024, 6) durchgeführten Suizidbegleitungen nannten 22 % Lebenssattheit als Sterbemotiv, gefolgt von 21 % mit Polymorbidität, als drittes folgt Krebs mit 20,8 %. *Lebenssattheit* definiert der Deutsche Ethikrat (2022, 36) als eine „Einstellung [...] dem Lebensende gegenüber“, bei der „sich die Überzeugung aus[bildet], dass das Leben an ein natürliches Ende gelangt ist, dass sich keine Perspektiven und Anregungen mehr bieten“. Aufgrund des weitreichenden BVerfG-Urteils ist kaum mit einem gesetzlichen Verbot von Suizidbegleitung ohne Krankheitsdiagnose zu rechnen.

2.3 Zwischen Selbstbestimmung und Pathologisierung

Das Konzept des vollendeten Lebens bzw. des Altersfreitods geht von einem rationalen Entschluss einer urteilsfähigen Person aus. Bereits im sensiblen Bereich der Suizidhilfe für Menschen mit psychischer Krankheit hat sich in allen hier be-

trachteten Ländern das Sorgfaltskriterium etabliert, dass der Sterbewunsch nicht Ausdruck der Krankheit sein darf, sondern freiverantwortlich gefasst sein muss. Dass sich beim Altersfreitod entsprechende ethische Fragen stellen, war EXIT von Beginn an bewusst:

Sind Urteilsfähigkeit, Stabilität und Wohlerwogenheit bei einem solchen medizinisch indikationslosen Suizidwunsch aus Lebenssattheit zweifelsfrei gegeben? Gibt es wirklich keine Alternativen? Handelt es sich vielleicht um einen Hilfeschrei aus sozialer Vereinsamung, der nach Suizidprävention durch Vermittlung einer psychologischen Betreuung ruft? Steckt vielleicht eine behandlungsrelevante Altersdepression dahinter? (Fesenbeckh 2008, 7)

Diese Befürchtungen wurden nach der Statutenänderung auch medial laut und es wurde danach gefragt, ob nicht „[s]ubtile, aber entscheidende Differenzen zwischen dem erfüllten Gefühl von ‚Lebenssattheit‘ und dem Wunsch, einer sozial abgewerteten Lebenssituation mit Suizid zu entrinnen, unter den Teppich gekehrt [würden]. Nicht zu reden von den vielen Altersdepressionen“ (Vögeli 2014). Diese Gefahr wurde auch aus Fachkreisen angemahnt, indem bspw. die Psychiaterin Jacqueline Minder et al. (2019) auf die hohe Prävalenz von Depressionen beim Suizid im Alter verwiesen. Allerdings wird das Argument auch in die gegengesetzte Richtung gewendet: So wurde in der EXIT-internen Diskussion darauf hingewiesen, „dass Ärzte sterbewillige Betagte oft einfach als depressiv bezeichneten, was eine Begleitung verunmöglich“ (Sutter 2017, 18–19). Auch der Ethiker Klaus Peter Rippe, der für EXIT ein Gutachten erstellte, erachtet „die vorschnelle Pathologisierung von alten Menschen“ im Falle eines wohlüberlegten, selbstbestimmten Sterbewunsches als „despektierlich“. Zwar sei zu „prüfen“, ob eine Depression vorliege oder „nur gewisse Phänomene den Symptomen der Depression gleichen“, wobei „einzelne Symptome nicht“ genügen würden, „um von einer Krankheit oder Störung auszugehen.“ (Wiler 2015, 25) Der Deutsche Ethikrat (2022, 54) hält ebenfalls fest, dass „die depressiven Symptome“ älterer Menschen, die ihren Lebenswillen verloren haben, „nicht vorschnell als Ausdruck einer majoren oder minoren Depression gedeutet werden [dürfen].“

In der wissenschaftlichen Literatur zum vollendeten Leben zeichnen sich laut einer Übersicht von Appel und Van Wijngaarden (2021, 7) zwei dominante Perspektiven ab: Erstens gibt es Forschende, die das Konzept aus psychopathologischer Sicht betrachten und Lebensmüdigkeit als behandlungsbedürftige psychiatrische Störung einstufen. Diese Perspektive fehlt in belgischen und niederländischen Veröffentlichungen jedoch, die stattdessen einen existenziellen Ansatz verfolgen: „These studies related the phenomenon to a lack of meaning, experiences of emptiness, or difficulties with constructing a (cultural) identity“ (Appel und Van Wijngaarden 2021, 7). Mit Bezug auf die psychopathologisch orientierte Suizidforschung betont der niederländische Philosoph Govert den Hartogh (2023, 44): „[W]e

should not consider death wishes [...] to constitute by themselves reasons for suspecting a mental disorder or decisional incompetence.“ Er vertritt die Auffassung, dass es Suizide gebe, die verstanden werden könnten als „a fully intelligible response to the dramatic circumstances some people find themselves in“, basierend auf einem „realistic and understandable assessment of her own present and future condition.“ (Den Hartogh 2023, 44) Weiter weist auch er darauf hin, dass wir skeptisch sein sollten „about the extent of the association between death wishes of the elderly and depressive disorders or depressive symptoms, as it is reported in the literature.“ (Den Hartogh, 277) Diese Einschätzung wird durch van Wijngaardens (2016, 121) Forschung gestützt, die aufzeigt, dass depressive Gefühle durchaus Teil eines existenziellen Leidens sein können, Suizidalität im hohen Alter die Kriterien „for clinical disorders such as depression or anxiety“ aber oftmals nicht erfülle.

Die Diskussionen über das vollendete Leben und den Altersfreitod drehen sich um die Definition und Beschaffenheit von Leiden, die psychische Gesundheit der Betroffenen, die Frage, welche Personengruppen Sterbehilfe Anspruch nehmen können, und wer befugt ist, ihre Situation zu beurteilen – Ärzt*innen, professionelle Sterbehelfer*innen oder allein die betroffene Person selbst. Wir wollen nun betrachten, wie Literatur und Film sich diesem Thema annehmen.

3 Altersfreitod und vollendetes Leben – Individuelle Lebensgeschichten und soziale Kontexte

Im autobiografischen Bericht *Ausgang. Das letzte Jahr mit meinem Vater* (2009) verhandelt der Schweizer Autor Ueli Oswald den assistierten Suizid seines 90-jährigen Vates, der nicht schwer erkrankt war. Die Resonanz war groß. Zum einen war Heinrich Oswald (1917–2008) eine prägende Figur der Schweizer Wirtschafts- und Militärgeschichte. Zum anderen lieferte das Büchlein ein Jahr, nachdem EXIT die Debatte um den Altersfreitod lanciert hatte, ein entsprechendes Narrativ. Besonders häufig zitiert wurde der Texteinstieg: „Heute bist du deutlich geworden: Du seist lebenssatt. Nicht lebensmüde, aber lebenssatt. Das ist dein Argument dafür; deinem Leben bald ein Ende zu setzen. Wie ich dich kenne, wirst du dich nicht abhalten lassen.“ (Oswald 2009, 7) Der Sohn-Erzähler legt durch die *repetitio* von Beginn an Nachdruck auf die Metapher der Lebenssatttheit, die der Vater strikt von der Lebensmüdigkeit abgrenzte. Weshalb? Der Deutsche Ethikrat (2022, 36) definiert erstere wie gezeigt als „die Überzeugung, dass das Leben ein natürliches Ende erreicht hat und keine weiteren Perspektiven oder Anreize mehr bietet“. Letztere beschreibt er dagegen als „anhaltende physische und psychische Erschöpfung.“

(Deutscher Ethikrat 2022, 36). Tatsächlich wird der Begriff der Lebensmüdigkeit „[h]äufig [...] in Verbindung mit psychischen Erkrankungen, meist der Depression, verwendet.“ (Holderied 2019, 103–104) Sie kann in allen Lebensaltern auftreten und wird eher „als Reaktion auf Krisenereignisse“ verstanden. Dagegen ist Lebenssattheit i. d. R. mit dem hohen Alter assoziiert. Sie „indiziert [...] die Rückschau auf einen größeren Lebenszeitraum“ und kann als „Ergebnis einer Art Bilanz am Lebensende betrachtet werden, bei der die Person das bereits Erlebte gegen das abwägt, was sie ihrer Meinung nach in Zukunft zu erwarten hat.“ Dadurch eignet ihr die Vorstellung als „aktiver, selbstbestimmter und selbstbewusster Schritt in Richtung Lebensende“, der sich vom „passive[n] ‚Es-gehen-lassen‘ der Lebensmüdigkeit“ und ihren Attributen „der Lethargie und Depression“ unterscheidet. In der Frage ihrer Ursache allerdings „kommen sich die beiden Begriffe wieder relativ nahe“, teilen sie doch die „negative Perspektive auf das weitere Leben.“ Dabei liegen auch der Lebenssattheit häufig krisenhafte Ereignisse oder Entwicklungen zugrunde wie Krankheit oder Verluste. Sie lässt sich folglich nicht auf eine „positive Bilanz [...] reduzieren.“ (Holderied 2019, 103–104) Anders als im Fall der Lebensmüdigkeit verwirft ein lebenssatter Mensch seine Existenz aber nicht grundsätzlich als sinnlos. Vielmehr äußert sich oft das „persönliche Empfinden [...], so viel erlebt und erfahren zu haben“, dass er nicht nur „die Grenzen eigenen Handelns“, sondern auch „die Begrenztheit des eigenen Lebens“ affirmativ akzeptiert. Der selbstgewählte Tod kann dann „subjektiv als Ausdruck von Freiheit interpretiert werden“ (Ethikrat 2020, 58).¹

In *Ausgang* wird der Vater als Mensch dargestellt, der auf ein erfülltes Leben zurückblicken kann, das ihm aufgrund altersbedingter Entwicklungen aber keine sinnhafte Perspektive mehr bietet. Dazu gehört der Krebstod seiner Frau, durch den die „Einsamkeit“ bisweilen „unausweichlich nach ihm greift“ (Oswald 2009, 12). Überhaupt macht ihm das Wegsterben seiner Generation zu schaffen, ebenso wie durch einen Blasenkatheter verursachte Schmerzen. Körperliche Einschränkungen führen zudem dazu, dass er zu vormalen erfüllenden Tätigkeiten nicht mehr fähig

1 Auch der Theologe Hans Küng (1928–2021) brachte die Differenz prominent zum Ausdruck. Im letzten Kapitel seiner Memoiren *Erlebte Menschlichkeit* (2013), das nicht nur auf breites mediales Echo stieß, sondern auch im EXIT-Magazin in gekürzter Fassung nachgedruckt wurde, offenbart er, Mitglied einer Sterbehilfeorganisation zu sein, deren Dienste eines Tages zu beanspruchen er als mögliche Option sieht: „Ich lebe auf Abruf: bin bereit, noch eine Weile weiterzuleben, weiterzuarbeiten, aber bin auch bereit, jederzeit Abschied zu nehmen. Es war mir ein in jeder Hinsicht reiches Leben geschenkt. Ich bin nicht ‚lebensmüde‘, sondern ‚lebenssatt‘. Im Hebräischen sind zwei Wörter zu ‚lebenssatt‘ zusammengefügt: ‚betagt‘ und ‚gesättigt‘. [...] Ich lasse mich nicht gehen, gehe selber den Weg, den ich für mich als richtig erkenne. Vielleicht stellt sich mir auf diesem Weg noch eine allerletzte Aufgabe, falls mir die Kraft dazu geschenkt wird. Wer weiß?“ (Küng 2013, 656–657)

ist: „[D]as Schreiben, einst seine große Freude“, ist ihm „zur Qual geworden“ (Oswald 2009, 12). Dass er nicht grundsätzlich lebensmüde ist, zeigen seine Versuche, dem Leben nochmals Sinnhaftigkeit zu verleihen: Doch vermag weder ein Aufenthalt in einer Rehaklinik, der ihm nach dem Tod seiner Schwester und seiner Frau jeweils zu neuem Lebensmut verhalf (Oswald 2009, 35–37), noch ein Lese-gerät, das ihm wieder den Zugang zu Büchern und Zeitungen ermöglichen sollte, Abhilfe zu leisten (Oswald 2009, 54–55). Auch von anhaltender Niedergeschlagenheit und Lethargie kann nicht die Rede sein. In sozialen Kontexten präsentiert er sich bis zuletzt äußerst vital. Und so hegt der Sohn wiederholt die Hoffnung: „[S]etz dem erfüllten Leben, das dich so satt gemacht hat, noch einen obendrauf.“ (Oswald 2009, 18) Doch bleiben die positiven Episoden nur Episoden: „Seit einem halben Jahr pendelt Vater zwischen depressiven Phasen und kraftvollen, selbstbewussten Auftritten. [...] Seit Mutters Tod, seit die Gebrechlichkeit ihn nicht mehr aus ihren Klauen lässt, hat Vater diese zwei Gesichter“ – als könne er sich „nicht entscheiden, wo er hingehört.“ (Oswald 2009, 48–54) Das Suizidvorhaben wird konkreter, als er zweimal stürzt, aber jeweils rechtzeitig gefunden und hospitalisiert wird. Bereits der erste „Sturz erschüttert Vater zutiefst“, auch der zweite hat „[d]ie größte Verletzung in Vaters Bewusstsein hinterlassen: die Erkenntnis, nicht mehr Herr der Lage zu sein.“ (Oswald 2009, 48–54) Der Sohn mutmaßt, dass das Schwanken bald ein Ende haben könnte: „*Die Kontrolle entgleitet dir. Genau das hast du nie gewollt. Wendet sich das Blatt? Bringen gewichtige Argumente auf der Seite des Sterbens die Waage aus dem Gleichgewicht?*“ (Oswald 2009, 48–54)

Die Entwicklung der folgenden Wochen fasst der Erzähler iterativ-durativ zusammen: „Schmerzen, schlaflose Nächte, Desinteresse am Weltgeschehen weisen Vater die Richtung. Sein Todeswunsch wächst“ (Oswald 2009, 56). Er kann ihn „mittlerweile gut“ verstehen – anders als Angela, seine Partnerin, die überzeugt ist, er leide an einer therapierbaren Depression (Oswald 2009, 56). Eine solche Pathologisierung würde der Vater vehement bestreiten: „Dieses Wort hört er nicht gerne. Depressionen befallen Menschen, die sich nicht im Griff haben, was er für sich noch nie hat gelten lassen.“ (Oswald 2009, 28) Der Erzähler plausibilisiert die Kategorisierung des Sterbewunschs als rationaler Bilanzsuizid vor dem Hintergrund des Lebens und der Persönlichkeit seines Vaters. Ein existenzielles Leiden, wie er es aufweist, ist nach Den Hartogh (2023, 280–284) höchst subjektiv: „in the majority of cases you can only understand the nature and severity of the suffering against the backdrop of the patient's personality, biography and values.“ Ein Mensch erlebt beispielsweise den Verlust von Kontrolle oder Autonomie als umso unerträglicher, je größere Bedeutung sie für seine Identität hatten. In *Ausgang* zeichnet der Erzähler den Vater als Menschen, der diesen Werten stets höchste Priorität zuschrieb. Noch als 90-Jähriger ist „er in seinem Element [...], wenn er vorne steht – am liebsten auf der Kommandobrücke.“ (Oswald 2009, 9–10) Spä-

testens durch seine Stürze droht ihm die Kontrolle nun aber zu entgleiten – auch über sein Lebensende. Dass er sich dereinst dazu entschließen könnte, Suizidhilfe zu beanspruchen, ist dem Sohn seit derjenigen der Schwester bekannt: „*Nicht wahr, das war schon damals deine Lösung, die du mit deiner Lieblingsschwester ausgeheckt hattest, falls das Leben nicht nach eurem Willen enden sollte.*“ (Oswald 2009, 10) Dies hat sich abermals angedeutet beim Krankenhaustod seiner Frau, der ein Hirntumor in kurzer Zeit die Fähigkeit genommen hatte, zu kommunizieren und medizinische Entscheidungen zu treffen: „Vaters Haltung war dabei zweifelsfrei und kompromisslos. So würde er nicht sterben wollen.“ (Oswald 2009, 8) Was die Freiverantwortlichkeit seines Sterbewunsches betrifft, unterminiert das Bild, das der Erzähler vom psychischen Zustand seines Vaters vermittelt, Angelas Einschätzung, dieser sei lediglich Symptom einer Depression. Immer wieder weist er auf die Klarheit des Verstandes seines Vaters hin, der zwar „gebrechlich“ sei, „aber von unglaublich wachem Geist“ (Oswald 2009, 51), in Gesprächen zeige er sich noch immer „scharfsinnig und schlagfertig“ (Oswald 2009, 41). Und als er dem Sohn schließlich die Entscheidung mitteilt, sich in wenigen Tagen das Leben zu nehmen, wirkt es, als wolle sich ein rationaler und vitaler Geist gleichsam aus einem verfallenden Körper zu befreien: „Er ist von ruhelosen Nächten und den Nebenwirkungen der Medikamente gezeichnet aber in seinen Worten schwingt eine Klarheit mit, wie ich sie seit Tagen nicht mehr gehört habe.“ (Oswald 2009, 57) Als der Erzähler und seine Partnerin den Vater am Folgetag zum Mittagessen abholen, wirkt er „trotz unruhiger Nacht und Bettnässen, weil der Katheter nicht richtig sitzt, [...] frisch und sehr präsent.“ (Oswald 2009, 59–60) Beim Essen zeigt er sich beschwingt, ihr Beisammensein wird als fröhlich beschrieben. Dadurch wird auch die textintern kritische Stimme überzeugt: „Seine Offenheit und Klarheit helfen Angela, Vaters Entschluss weniger als Krankheitssymptom und mehr als Willensakt zu sehen.“ (Oswald 2009, 59–60) Auch unmittelbar vor seinem Suizid wirkt er „entspannt, gelassen, sehr präsent“, er „bestätigt nochmals, dass er ein schönes Leben gehabt und es ihm an nichts gemangelt habe.“ (Oswald 2009, 90, 94) Auch posthum kann der Sohn den Vater der Stimmigkeit seines Suizids versichern: „*Viele halten dich für mutig, und wer dich kennt, findet, dass dein Sterben deinem Leben entspricht.*“ (Oswald 2009, 109) Dritte bestätigen damit ebenfalls die der Lebenssattheit entsprechende Kohärenz von Leben und Sterben. Die Unterstützung der Organisation bei einem Sterbewunsch ohne tödliche Krankheit stößt textintern somit ebenso auf Wohlwollen, wie das Büchlein selbst Verständnis für den Suizid des Vaters und den Altersfreitod insgesamt schaffen möchte.

In Deutschland war es ein fiktionales Werk, das dem Thema Bilanzsuizid besondere Aufmerksamkeit verschaffte: Ferdinand von Schirachs Theaterstück *GOTT* (2020). Der 78-jährige Protagonist Richard Gärtner ist bei bester Gesundheit, hat nach dem Tod seiner Frau vor drei Jahren aber seinen Lebenswillen verloren –

ohne sie erscheinen ihm alle vormals erfüllenden Tätigkeiten sinnentleert. Seinem existenziellen Leiden liegt somit ebenfalls ein krisenhafte Ereignis zugrunde, wobei „the loss of a partner“ einer der häufigsten biografischen Faktoren bei Sterbewünschen im Alter ist (Harthogh 2023, 284). Schirachs Stück erschien noch im Jahr des bahnbrechenden BVerfG-Urteils, das festhielt, dass das Recht auf Suizidhilfe nicht auf Krankheitsfälle beschränkt werden darf. Das Stück ist als Sitzung eines fiktiven Deutschen Ethikrats angelegt, der über die Vertretbarkeit von Gärtners Wunsch diskutiert, als gesunder Mensch Suizidhilfe zu erhalten. Der Ratsbeschluss bleibt im Dramentext offen und wird in den Theateraufführungen durch Publikumsabstimmung getroffen – meist mit deutlicher Mehrheit zugunsten des Protagonisten (vgl. Kiepenheuer). Dazu trägt die Gestaltungsweise des Stücks maßgeblich bei. Die Figur des Herrn Gärtner ist darauf angelegt, Mitleid zu wecken – gerade in Opposition zu zwei Sachverständigen, die sich im Rat äußern und sich als Antagonisten zu seinem Sterbewunsch erweisen: Professor Sperling von der Bundesärztekammer und der katholische Theologe und Bischof Helmut Thiel. Die zwei sind durch ihre ultrakonservativ-paternalistische Haltung, mit der sie eine vom individuellen Selbstbestimmungsrecht maximal entfernte Position besetzen, gezielt als Antipathieträger angelegt. Beide bestreiten, dass ein Suizidwunsch freiverantwortlich sein könne. Der Ärztevertreter etwa hat „große Probleme damit [...], an eine freie Selbstbestimmung bei Suizidgefährdeten zu glauben“, er bezweifelt, dass es „freiwillig[e] und selbstbestimmt[e]“ Suizide gebe, da sie fast ausschließlich Folge einer psychischen Erkrankung oder ein „Ruf nach Hilfe“ seien (Schirach 2020, 50–51, vgl. auch 80). Mit dieser Sichtweise pathologisiert oder bagatellisiert er Gärtners Sterbewunsch, ohne ihn persönlich zu kennen. Dabei weiß das Publikum bereits, dass er sich durchaus anderweitig Hilfe gesucht hat, und zwar in Form einer zweijährigen psychotherapeutischen Behandlung, die ihm den Lebenswillen aber nicht wiederbringt. Als er Medikamente nehmen soll, beendet er die Therapie und verweigert sich einer Medikalisierung seines Leidens. In der Frage der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunschs kommt seiner Hausärztein Dr. Brandt eine zentrale Funktion zu. Ihre Aussagen machen sichtbar, dass er wohlwogen, konstant und autonom ist, da er seinen Suizidwunsch bereits „[v]or zwei Jahren das erste Mal“ äußerte: „Wir haben das seitdem immer wieder diskutiert. Herr Gärtner ist nicht davon abzubringen.“ Zudem bestätigt Dr. Brandt seine Urteilsfähigkeit. Sie verneint erst die Frage, ob er „psychisch erkrankt“ sei, ob „er eine Depression“ habe: „Nein, er ist einfach traurig.“ (Schirach 2020, 21–23) Danach bekräftigt sie das Ergebnis zweier Gutachten, nach denen er „weder an einer psychischen Erkrankung noch an einer Störung [leidet], die ihn daran hindern würde, nach seinen persönlichen Wertvorstellungen zu leben.“ (Schirach, 21–23) Dr. Brandts Einschätzung erhält umso mehr Gewicht, als sie selbst sterbehilfekritisch eingestellt ist. Ihre Aufrichtigkeit und unideologische Perspektive, als

einige Befragte zudem mit persönlicher Kenntnis von Gärtners Situation, erhöhen ihre Glaubwürdigkeit und fördern beim Publikum das Verständnis für dessen Wunsch, als gesunder Mensch sein Leben zu beenden.

Solch individualethisch fokussierte Darstellungen des vollendeten Lebens finden sich auch in niederländischen Werken. Exemplarisch sei hier der Dokumentarfilm *Dertien dagen* (Dreizehn Tage) aus dem Jahr 2022 angeführt, in dem der 86-jährige Floor Haak freiwillig das Essen und Trinken einstellt. Sein Sterbewunsch ist hauptsächlich dadurch motiviert, dass er seiner Ansicht nach nicht mehr in der Lage ist, ein selbstständiges Leben zu führen – eine häufige Ausprägung des existenziellen Leidens im hohen Alter. Der Entschluss liegt zudem in seiner Lebensphilosophie begründet, in der ein Leben im Einklang mit der Natur im Zentrum steht. So spricht er etwa über seine zehn Jahre zuvor getroffene Entscheidung, sich keine neuen Hüfte einsetzen zu lassen: „Das passt nicht zu der Art und Weise, wie ich meinen Körper behandeln will. Er ist kein Auto, bei dem man ab und zu ein Teil austauscht. Er ist ein Ganzes, er ist vollkommen natürlich. Man muss der Natur einfach ihren freien Lauf lassen. Und irgendwann stirbt man dann“ (Haak 2022, unsere Übers.). Die Metapher macht deutlich, dass Haak sich gegen medizinische lebensverlängernde Maßnahmen ausspricht – ein zentrales Argument, das im Diskurs häufig zur Begründung eines selbstgewählten Todes angeführt wird (Keller 2025, 170 – 171). Der Dokumentarfilm porträtiert einen selbstbewussten und resilienten Mann, für den der Tod nicht in erster Linie eine negative Wahl darstellt, sondern in stimmiger Weise den Abschluss seines Lebens bildet, das er für sich selbst an sein Ende gekommen sah. Haaks erklärtes Ziel ist es denn auch, durch sein Beispiel den Tod zu enttabuisieren und anderen Menschen zu zeigen, wie ein guter, selbstbestimmter Tod aussehen kann.

Niederländische Werke verhandeln die Thematik aber wiederholt auch aus sozialethischer Perspektive. Els van Wijngaarden (2016, 277 u. 256) erachtet den Begriff des vollendeten Lebens als Euphemismus, da es nicht um „fulfillment‘, ‘completeness‘ or ‘wholeness‘“ gehe, sondern um existenzielles Leiden. Sie schlägt daher den Begriff „existential suffering from disconnectedness in old age“ vor, da Betroffene an verschiedensten altersbedingten Verlusten litt: neben „loss of autonomy, loss of meaning“ insbesondere „from the sense of disconnectedness from life, others and themselves, strongly associated with a sense of existential loneliness.“ (Van Wijngaarden 2016, 277 u. 256) Diese Erfahrungen lassen sich auch mit dem Begriff des *sozialen Todes* fassen, den die Anthropologin Frances Norwood (2009, 7) beschreibt als „a series of losses – loss of identity and loss of the ability to participate in social activities and relationships that eventually culminates in a perceived disconnection from social life“. Literarisch verhandelt wird der soziale Tod in *Dansen* (Tanzen), einer Erzählung der niederländischen Autorin Anneloes Timmerije (2013, 148 – 174). Protagonistin ist Frau Lammers, eine betagte Dame, die

entschlossen ist, sich das Leben zu nehmen: „Ich bin alt, ich habe alle möglichen Gebrechen, aber nichts, woran ich sterben könnte. Das Einzige, was ich habe, ist zu viel Zeit. Davon kann ich nicht leben“ (Timmerije 2013, 172, unsere Übers.). Frau Lammers führt damit die für das vollendete Leben typische Perspektivlosigkeit an. Ihr fehlt vor allem auch ein tragfähiges Beziehungsnetz. Sie hat bereits ihren Mann verloren, auch ihre Tochter ist bei einem Flugzeugabsturz ums Leben gekommen. Neue, bedeutsame Sozialkontakte vermag sie nicht mehr zu knüpfen. Sie erinnert sich daran, wie sie einmal an einem Seniorennachmittag teilnahm und sich voller Eifer an einen Klaberjass-Tisch setzte – ein Spiel, das sie früher gemeinsam mit ihrem Mann leidenschaftlich gespielt hatte:

Nach einer halben Stunde war klar, worum es ging. Nicht um Karten, sondern um schmerzende Knie und Hüften und Schultern und Nacken, Schwindel, Herzklagen, Blähungen, Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, Geschwüre, erste Katarakt-Operation, zweite Katarakt-Operation, erstes neues Knie, zweites neues Knie (auch Hüfte), rissige Fersen und Krebs. (Timmerije 2013, 160, unsere Übers.)

In dieser negativ-stereotypen Darstellung des Alters wird deutlich, dass das gemeinsame Spiel mit ihrem Mann nur noch eine ferne Erinnerung ist – die Teilnahme an den geselligen Nachmittagen ist kein adäquater Ersatz für die vormals so bedeutsame Sozialbeziehung und vermag die Einsamkeit von Frau Lammers nicht zu lindern, ja lässt diese noch stärker hervortreten. Und da sie außer ihrer Haushaltshilfe Karin niemanden hat, der sie physisch berührt, fühlt sie sich überflüssig. Der soziale Tod wird als irreversibel dargestellt, identitäts- und sinnstiftende Beziehungen und Tätigkeiten sind unwiederbringlich verloren. Aus individueller Perspektive stellt die Erzählung Frau Lammers' Sterbewunsch somit als nachvollziehbar dar.

Dansen legt den Fokus aber nicht nur auf individuell-biografische Ursachen des sozialen Todes, sondern befragt ihn auch auf seine gesellschaftlichen Bedingungen – insbesondere den abwertenden Umgang mit Betagten. Der Text bringt dies etwa durch die Figurenperspektive von Frau Lammers Haushaltshilfe zum Ausdruck, die „auf dem Arbeitsmarkt genauso alt und genauso überflüssig war wie ihre Klienten“ (Timmerije 2013, 156, unsere Übers.). Die häusliche Altenpflege erscheint damit in zweifacher Hinsicht als Bodensatz der Gesellschaft: Die Klient*innen werden als Relikte der Vergangenheit betrachtet, während diese Form der Care-Arbeit als letzter Ausweg für diejenigen gilt, die keine andere Beschäftigung finden. Die Arbeit ist zudem an strenge Zeitvorgaben gebunden: „Es geht nicht darum, wie gut man ist, sondern wie schnell. Der ambulante Pflegedienst konkurrenziert nicht mit qualifiziertem Personal und guter Pflege, sondern mit der Zeit. Je schneller, desto günstiger. Je günstiger, desto größer die Chance, einen Vertrag mit den Krankenkassen abzuschließen“ (Timmerije 2013, 158, unsere Übers.). Auf diese

Weise spiegelt die Organisation der häuslichen Pflege die mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung älterer Menschen wider, die sozioökonomischen Bedingungen prägen den Umgang mit ihnen auf problematische Weise und verstärken so die Erfahrung des sozialen Todes. Die Erzählung macht damit deutlich, dass die Wahrnehmung eines ‚abgeschlossenen‘ Lebens und der daraus resultierende Sterbewunsch nicht per se als eine individuelle, autonome Entscheidung verstanden werden kann. Vielmehr prägen vorherrschende negative Altersbilder und Umgangsweisen maßgeblich das Selbstbild älterer Menschen und beeinflussen deren Einschätzung des eigenen Lebenswertes – ein Umstand, von dem alle Mitglieder der Gesellschaft betroffen sind (Van Wijngaarden et al. 2015).

Diese gesellschaftliche Perspektive findet sich auch in *Winter in Gloster Huis* (2015), einem Roman der niederländischen Autorin Vonne van der Meer. Er erschien kurz nach dem Gesetzesentwurf der Initiativgruppe *Uit Vrije Wil* und spielt in einer zukünftigen niederländischen Gesellschaft um das Jahr 2025. Der Roman beleuchtet die Attraktivität der Sterbehilfe für ältere Menschen, die nicht (schwer) krank sind, aber ihr Leben als vollendet betrachten. Im Roman wird das sogenannte „Klaar-met-leven-wet“ („Fertig-mit-dem-Leben-Gesetz“) verabschiedet, eine fiktive Version des tatsächlichen Gesetzesvorschlags. Die Handlung folgt den Brüdern Richard und Arthur, die kürzlich ein stattliches Vermögen geerbt haben und dieses dazu nutzen, zwei konkurrierende Hotels zu eröffnen: Richard, ein Werbeagent, eröffnet ein Abschiedshotel, in dem Menschen mit vollendetem Leben Sterbehilfe erhalten. Sein Bruder Arthur, ein Psychiater, gründet hingegen *Gloster Huis*, ein Hotel, das älteren Menschen Pflege und Zuwendung bietet. Der Name verweist auf die Shakespeare-Figur Gloucester aus *King Lear*, der sterben will, jedoch durch einen Tick seines Sohnes Edgar gerettet wird.

Winter in Gloster Huis hinterfragt kritisch, wie gesellschaftliche Altersbilder die Sterbehilfedebatte prägen. Die Einführung des „Fertig-mit-dem-Leben-Gesetzes“ und die Eröffnung von Richards Abschiedshotel verdeutlichen die problematischen Folgen: „Das Hotel bietet einen Service, den es vorher nicht gab. Wer jetzt beschließt, nach seinem achtzigsten Geburtstag weiterzuleben [...], darf sich nie wieder beschweren“ (Van der Meer 2015, 45, unsere Übers.). Der Roman macht deutlich, dass das Gesetz ältere Menschen unter Druck setzt: Wer theoretisch Sterbehilfe in Anspruch nehmen kann, könnte sich weniger berechtigt fühlen, über Krankheit, Einsamkeit oder Armut zu klagen und Unterstützung zu suchen. Dadurch verstärkt das Gesetz ihre gesellschaftliche Marginalisierung. Gleichzeitig steigt die Zahl derer, die aus Angst vor gesundheitlichem Verfall, Abhängigkeit, dem Verlust der Würde oder finanzieller Not Sterbehilfe in Betracht ziehen. Hinzu kommt die Sorge, Angehörigen zur Last zu fallen oder auf eine professionelle Pflege angewiesen zu sein, für die – wie in *Dansen* – nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen (Van der Meer 2015, 91–92, 116). Arthurs *Gloster Huis* stellt eine Gegenkraft

zu diesen Entwicklungen dar: Hier stehen zwischenmenschliche Bindungen und Fürsorge im Zentrum. Bezeichnenderweise zeigt sich die erste Gästin zutiefst beeindruckt von der Wärme und Sanftheit der Hand einer Pflegerin, im Gegensatz zu „dem Plastikarm des Pflegeroboters aus Japan, den die Gemeinde ihr immer wieder anbot, um das Haus in Ordnung zu halten und zu überprüfen, ob sie regelmäßig isst“ (Van der Meer 2015, 64, unsere Übers.). In dieser düsteren Zukunftsvision einer Gesellschaft, in der Dehumanisierung zur Norm geworden ist, erscheint Menschlichkeit als etwas Außergewöhnliches: *Gloster Huis* stellt in einem Umfeld, in dem ältere Menschen um Sinn ringen und Ärzt*innen zunehmend unter Druck stehen, Sterbehilfe zu leisten (Van der Meer 2015, 72), eine ihrer letzten Bastionen dar. Auch der belgische Ethiker Jean-Pierre Wils (2021, 49) sieht in diesem Aspekt die zentrale Botschaft des Werks: „Es gibt sie noch, die Sterbeuntüchtigen, die sich der zwanghaften Zwanglosigkeit der neuen Sterbekultur nicht unterwerfen wollen. Das war die Lehre von *Winter in Gloster Huis*“. Das kritische Potenzial des Romans blieb nicht unbemerkt und fand Eingang in niederländische Parlamentsdebatten. Ein christdemokratischer Abgeordneter bezeichnete ihn als einen inspirierenden Beitrag zu einem würdevollen Altern (Verslag 2017, 20). Der Gesetzesentwurf der liberalen Partei D66 zum vollendeten Leben wurde ähnlich kritisiert wie das fiktive Gesetz im Roman: Kritiker*innen warnten, dass viele ältere Menschen, die ihr Leben als ‚vollendet‘ betrachten, in Wirklichkeit vor allem Pflege und menschliche Zuwendung benötigen. Das Gesetz berge daher Risiken für vulnerable ältere Menschen – eine zentrale Sorge, die *Winter in Gloster Huis* eindringlich thematisiert.

4 Aussichtslosigkeit, Freiverantwortlichkeit und Autonomie – Psychoemotionale Herausforderungen für den Umgang mit Sorgfaltskriterien

2015 erschien der Spielfilm *De surprise (Die Überraschung)* des niederländischen Oscar-Preisträgers Mike van Diem, eine Adaption einer Erzählung des Schriftstellers Belcampo (1968, 65–124). Die romantische Komödie folgt dem Leben von Jacob van Zuylen de With, einem wohlhabenden Adligen. Als Vierjähriger hat er seinen Vater auf See verloren und ist seither emotional taub – er ist unfähig, Freude, Wut, Angst oder Glück zu empfinden. Seinem Pflichtgefühl geschuldet lebt er einzig seiner Mutter zuliebe weiter. Als diese 36 Jahre nach dem Tod des Vaters ebenfalls stirbt, hat Jacob genug und beschließt, seinem Leben ein Ende zu setzen. Der

Suizidversuch auf seinem Anwesen scheitert jedoch, weshalb er sich für einen weiteren zurückzieht. Am dafür vorgesehenen Ort findet er eine Visitenkarte des Unternehmens Elysium, dessen Slogan lautet: „Expert guidance to your final destination“. Jacob setzt sich mit der Firma in Verbindung und erfährt, dass sie auf Sterbehilfe spezialisiert ist. Er bekundet sein Interesse und unterschreibt einen Vertrag. Ab hier gibt es kein Zurück mehr – Elysium agiert illegal und kann nicht riskieren, dass ihre Tätigkeiten ans Licht kommen. Jacob entscheidet sich für den Service mit dem titelgebenden Namen „Die Überraschung“, bei dem den Kund*innen die Todesart, die sie erwartet, verborgen bleibt. Während er bei Elysium einen Sarg für seine Beerdigung aussucht, trifft er auf eine junge Frau, die sich ebenfalls als Kundin ausgibt. In Wahrheit handelt es sich bei ihr aber um Anne de Koning, eine Mitarbeiterin des Unternehmens, die Jacob bei seinem Sterben assistieren soll. Doch wie es sich für eine romantische Komödie gehört, verlieben sie sich ineinander. Erstmals seit dem Tod seines Vaters empfindet Jacob wieder Gefühle und fürchtet sich nun vor dem Verlust seines Lebens.

Der Tod von Jacobs Vater wird im Film als traumatisches Ereignis dargestellt. Der Verwalter des Familienanwesens, der alte Cornald Muller, erzählt Anne, wie er sich dadurch von einem lebhaften zu einem verschlossenen Kind gewandelt habe. Zwar habe die Mutter versucht, sein Leiden mit Hilfe von Ärzt*innen und Psychiater*innen zu heilen, aber ohne Erfolg. Sie sei zudem bemüht gewesen, ihm durch hedonistische Erlebnisse wieder zu Lebensfreude zu verhelfen – entsprechende Fotos zeigen ihn beim Tiefseetauchen, beim Springen von einer Skischanze, beim Fahren eines Rennwagens und sogar in einem Astronautenanzug. Nichts davon vermag aber, Jacobs Gefühle wiederzubeleben, der sich selbst als bloßen Zuschauer seiner eigenen Existenz beschreibt, als Gefangener hinter „einer unsichtbaren Wand. Aus Glas“ (Van Diem 2015, unsere Übers.) – ein Bild, das an Sylvia Plaths Roman *The Bell Jar* (1963) erinnert, in dem die Protagonistin Esther Greenwood ihre Depression als Leben unter der titelgebenden Glasglocke beschreibt. Als Anne den Hausverwalter nach Frauen fragt, bemerkt er lakonisch: „Sagen wir einfach, dass kein Experiment gescheut wurde, um Herrn Van Zuylens Leidenschaften zu wecken“ (Van Diem 2015, unsere Übers.). Weder diese arrangierten Bekanntschaften noch die Liebe seiner Mutter können Abhilfe schaffen. Erst die *romantische* Liebe zu Anna verleiht Jacobs Existenz unverhofft neuen Sinn, wodurch der Film dieser Form der Sozialbeziehung eine herausragende Bedeutung zuschreibt. In Verbindung mit den fruchtlosen Bemühungen von Ärzt*innen und Psychiater*innen lehnt er eine medizinische Deutung von Jacobs Leiden und Sterbewunsch ab.

Das Thema des Films findet sich auch in der aktuellen niederländischen Debatte über Sterbehilfe bei einem vollendeten Leben. Befürworter*innen einer Legalisierung schlagen häufig Altersgrenzen vor und argumentieren, dass ältere Menschen aufgrund ihrer Lebenserfahrung und der ihnen verbleibenden be-

grenzten Zeit besser in der Lage wären, ihre Situation umfassend zu beurteilen. Jüngere Menschen hingegen könnten noch bedeutende Veränderungen durchmachen (Adviescommissie 2016, 28–29). Dies veranschaulicht *De surprise* am Beispiel seines 40-jährigen Protagonisten, der trotz fester Sterbeabsicht eine neue Lebensperspektive gewinnt, dessen Leiden also nicht aussichtslos war. Mithilfe eines Unternehmens, das keine Altersgrenze festlegt, hätte er dennoch sterben dürfen. Der Film problematisiert das Agieren von Elysium aber insbesondere dadurch, dass dessen Manager Jacob bei der Anmeldung lediglich fragt, ob er auch wirklich bereit sei, „zu reisen“ – eine euphemistische Metapher, die er während des ganzen Films beibehält. Er nimmt keinerlei Abklärungen vor, wie der Sterbewunsch zustande kam und welches – möglicherweise reversible – Leiden ihm zugrunde liegt. Die individuelle Selbstbestimmung ist das einzige relevante Kriterium, ganz ähnlich wie bei den Vorschlägen für ein Sterbehilfegesetz für Menschen mit vollendetem Leben (Van Tongeren 2018, 22). Regisseur Van Diem stellte den Film in einem Interview auch selbst in den Kontext der betreffenden gesellschaftspolitischen Debatte. Zum bestehenden Sterbehilfegesetz erklärte er, dass es „ausgeweitet werden sollte und das Tabu darüber noch lange nicht überwunden ist. Gleichzeitig denke ich aber keineswegs, dass man es auf die leichte Schulter nehmen sollte. Depression und chronische Depression sind ein schreckliches Schicksal. Daher könnte es notwendig sein, eine gesellschaftliche Bremse dafür einzuführen“ (zit. n. Linssen 2015, unsere Übers.). Van Diem teilt die Ambivalenz, die der Film aufzeigt: Wenngleich dem Wert der Selbstbestimmung oberste Priorität zukommt – in westlichen Ländern gegenwärtig weitestgehend Konsens –, ist es heikel, sie vollständig von einer Beurteilung des Leidens derjenigen zu trennen, die ihr Leben selbst für vollendet erachten. Fehlende Sorgfaltskriterien bergen die Gefahr, Sterbehilfe in Fällen zu leisten, in denen kein dauerhafter und freiverantwortlicher Entscheid oder ein Leiden vorliegt, dem auf andere Weise hätte begegnet werden können. Wie stark diese Fragen die Gesellschaft künftig beschäftigen werden, reflektiert der Film anhand der Worte des Elysium-Managers, die am deutlichsten den Bezug zum vollendeten Leben im hohen Alter herstellen: „People are living longer, getting older and older. Demand for our services will rise dramatically. One day it may even become legal.“ (Van Diem 2015).

Die Novelle *Cocktailstunde* (2014) der deutschen Autorin Traude Bührmann erzählt davon, wie die Schriftstellerin Charlott nach Zürich reist und sich mithilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nimmt. Der Text macht zwei Lektüreangebote. Zum einen eine affirmative, die in Charlotts Figurenperspektive vermittelt wird. Darin wird ihr Suizid primär durch ihre Osteoporose motiviert, die einen Bruch in ihrer Biografie bewirkte: „Gesunde, wenn es sie denn gibt, können sich gar nicht vorstellen“, so Charlott, „welche Bedeutung die Krankheit im Leben einnimmt. Alles was zählte, zählt nicht mehr.“ (Bührmann 2014, 63–64) Die

„unerträgliche[n]“ Schmerzen verunmöglichen ihr das Reden, Denken und Kommunizieren – spezifisch auch das Flirten –, was ihr Wesen radikal infrage stellt. Sie, die „Frau des Wortes“ (Bührmann 2014, 35), die „so wahnsinnig genießen“, so „hingebungsvoll schlemmen, so maßlos reden“ und „[ü]ber ihren Kopf hinausdenken“ konnte (Bührmann 2014, 13), beklagt mit dem zunehmenden Verlust ihrer sinnlichen Genussfähigkeit und ihres kognitiven Vermögens das Abhandenkommen zentraler Wesenszüge. Was sie ihrer Selbstcharakterisierung zufolge ausmacht, sind „mein Denken, meine Werke“, darin bestehe der „Sinn, den ich meinem Leben einmal gegeben habe. Und da habe ich nichts mehr zu erwarten“ (Bührmann 2014, 60). Durch den assistierten Suizid „tat sich eine Möglichkeit auf, dass das, was ihr nicht passt, nicht länger geschieht. Eine überzeugende Möglichkeit, dem Leiden etwas entgegenzusetzen.“ (Bührmann 2014, 40) In dieser Lesart erscheint Charlott als urteilsfähig, sie hat ihren Sterbewunsch autonom und freiverantwortlich gefällt.

Die Novelle offeriert aber auch eine subversive Lesart. Charlott, die zu Beginn ihrer Karriere als Autorin hochgefeiert wurde, leidet massiv unter ihrem literarischen Bedeutungsverlust, insbesondere aufgrund der Erkenntnis, dass die ihr verbleibende „Zukunft“ „[z]u kurz“ ist, „um noch einmal als Stern am literarischen Himmel aufzugehen und zu leuchten“ (Bührmann 2014, 42). Und so soll ihr die medienwirksame Inszenierung ihres Sterbens zu Nachruhm verhelfen – mit Erfolg, wie wir im Epilog erfahren. Ihr Wunsch nach Ruhm, zu dessen Verwirklichung sie über ihre eigene Leiche geht, stellt die Lesart eines rationalen Bilanzsuizids in Frage: Der Prestigeverlust als Autorin bedeutet für sie eine Ich-destabilisierende Kränkung, die die Freiverantwortlichkeit ihres Entschlusses unterläuft. Über das Spiegelmotiv wird früh im Text eine Narzistische Persönlichkeitsstörung angedeutet, deren „Hauptmerkmal“ in einem „tiefgreifende[n] Muster von Großartigkeit“ besteht, einem „Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen“ (APA 2018, 918). Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass Charlott nahezu alle Kriterien erfüllt, die das DSM-5 zur Definition der Störung anführt (was hier nicht im Detail nachgewiesen werden kann). Immer wieder betont sie ihre eigenen, vermeintlich brillanten Fähigkeiten. Ein Kapitel, in dem es um ihre literarischen Einfälle geht, trägt beispielsweise den überkompensatorischen Namen „genieverdächtig“ (Bührmann 2014, 21). Im Kapitel „posthumer Ruhm“ drückt sie ihre „Empörung“ darüber aus, dass ihr Werk keine „angemessene Anerkennung“ erfahren (Bührmann 2014, 44), wofür sie überall die Schuld ortet, nur nicht bei ihren Fähigkeiten. Aus ihrem persönlichen Umfeld schlägt ihr zwar große Verehrung entgegen, was eine Freundin auch gegen ihr Suizidvorhaben ins Feld führt: „Aber – du bist von Freundinnen umgeben. Sind die nichts? Ihre Liebe zu dir, ihre Anerkennung, dass sie dich auf Händen tragen. „Meine Lebenskreisel“, hast du sie genannt.“ (Bührmann 2014, 60) Doch Charlott reagiert abschlägig: „Mag sein, aber das

reicht mir nicht mehr. Ich kann mich auch nicht daran erinnern. [...] Ich gehöre nicht zu denen, die sich selbst genügen. Ich wäre gern über meinen Mikrokosmos hinaus gefragt und anerkannt.“ (Bührmann 2014, 60). Ihre fehlende Empathie zeigt sich durchwegs bei der Entschlussfassung zum Suizid, sie lässt die Meinungen und Gefühle ihrer Lebenspartnerin und ihrer Freundinnen komplett unberücksichtigt, obwohl sie stark darunter leiden. Gründe für das Weiterleben wehrt sie geflissentlich ab, wie wir unter anderem im Kapitel „Lichtblicke“ erfahren (Bührmann 2014, 56–57). Der literarische Abstieg hat ihr zu stark zugesetzt, sie nachhaltig in ihrem Selbstbild und -wert erschüttert. Sie vermag nicht, die neuen Gegebenheiten zu akzeptieren und in ihr Leben zu integrieren, dafür erachtet sie sich selbst als zu besonders. Der Tod wird damit zur fixen Idee, die sie sich nicht ausreden lassen kann und will. Dass es ihr einzig um sich selbst geht, wird durch das Spiegelmotiv gestaltet. Wie Narziss hat sie ihren Blick unlösbar in Bewunderung auf sich selbst gerichtet, sie vermag ihn dadurch nicht auf mögliche Haltungsalternativen zu lenken, sodass der Tod die einzige mögliche Konsequenz bleibt. Sowohl für Narziss als auch für Charlott ist die Selbstverliebtheit Ursache des Leidens, wie für Charlott wird der Tod auch für Narziss zur Erlösung: „Mir ist der Tod nicht schwer, da im Tod aufhören die Leiden“ (Ovidius 2012, 471). Die Novelle lässt sowohl die Lesart eines rationalen Bilanzsuizids als auch die einer durch Charlotts psychische Verfassung bedingte, von inneren Zwängen determinierte Handlung zu. Er mahnt, auch in Fällen vermeintlich eindeutiger Freiverantwortlichkeit genau hinzusehen, ob nicht verborgene Nöte für einen Suizid ursächlich sind, denen auf anderem Weg begegnet werden könnte.

Eine besondere Herausforderung für die Beurteilung von Sterbewünschen ergibt sich, wenn mehr als eine Person involviert ist – konkret bei Paarsuiziden (in den Niederlanden als *duo euthanasie* bezeichnet). Während die mediale Berichterstattung entsprechende Fälle häufig romantisiert, rufen literarische und filmische Werke zwar ebenfalls häufig die Vorstellung eines Liebestods auf, bei dem zwei Individuen füreinander die *raison d'être* sind und einander nicht überleben wollen, legen aber immer wieder Ambivalenzen offen (Keller 2025). So hinterfragt bereits Benjamin Kempfs Kurzfilm *Exit* (2002), das frühestes Werk im Kontext der Schweizer Suizidhilfe, ob die Sterbehelferin in fahrlässiger Weise verkennt, dass beim gesunden Gatten kein autonomer Sterbewunsch vorliegt, sondern er sich aus emotionaler Abhängigkeit von seiner krebskranken Frau in den Tod drängen lässt. Ein aktuelleres Beispiel ist der Roman *Georges & Rita* (2020), verfasst von der flämischen Autorin Leen Dendievel.² Das titelgebende Paar in seinen Siebzigern be-

2 Die Struktur des Romans ist ungewöhnlich: Es handelt sich um einen reversiblen Roman. Ein Teil trägt den Titel „Georges“, der andere „Rita“. Die mit einem G gekennzeichneten Seitenzahlen

schließt, gemeinsam zu sterben. Während Rita an Demenz leidet, ist Georges für sein Alter bei guter Gesundheit. Gemäß ihrem Hausarzt leidet er auch nicht an einer „unheilbaren Polypathologie“ auf (2020, G30, unsere Übers.), durch die er das vom belgischen Gesetz erforderliche medizinische Leiden erfüllen würde. Georges stellt vielmehr fest, dass ihr Leben vollendet ist (G 27), sie mit ihrem Entschluss, zu sterben, zufrieden sind (G 46) und durch die Gewissheit des bevorstehenden Todes erstmals ohne Angst leben (G 64). In einem Brief legt er dem Arzt seine Bitte um Sterbehilfe dar, in dem – geradezu klassisch – die romantische Liebe als zentraler Lebensinhalt und der Liebestod als unausweichlicher Konsequenz Ausdruck finden: „Ich kann nicht ohne meine Frau leben. Sie ist mein Ein und Alles. Wenn sie nicht mehr da ist, werde ich sowieso sterben“ (G 86, unsere Übers.; vgl. R 31). Um diesem Wunsch nachkommen zu können, empfiehlt der Hausarzt Georges, seine unerträgliche „antizipatorische Trauer“ geltend zu machen (R 32, unsere Übers.), wodurch sein Fall mit den belgischen Vorschriften konform gehen würde. Und so geschieht es. Das Ehepaar erhält gemeinsam Sterbehilfe: Rita aufgrund ihrer Demenz, Georges aufgrund einer medizinischen Interpretation seines durch den drohenden Verlust seiner Frau ausgelösten Leidens.

Der Roman stützt sich bei der Darstellung von Trauer stark auf die Phasenmodelle des Sterbens und der Trauer von Elisabeth Kübler-Ross (1969). Auch die antizipative Trauer entstammt dem phasentheoretischen Ansatz. *Georges & Rita* stellt das Konzept nicht infrage, problematisiert es aber als Sterbemotiv. Georges' Brief scheint dem Hausarzt ein klares Bild von seiner Motivation zum doppelten Sterben vermittelt zu haben: Zwei Liebende sind füreinander der zentrale Lebensinhalt, sie leiden existenziell unter dem drohenden Verlust des*der anderen. Doch die persönliche Geschichte des Paars ist komplexer. Rita ist für Georges tatsächlich die große Liebe im Leben, aber sie heiratet Marcel. Georges wiederum heiratet daraufhin Anna, mit der er eine Tochter hat. Doch Ritas Mann Marcel ertrinkt auf See, und Anna stirbt wenige Monate nach der Geburt der Tochter. Georges und Rita setzen ihr Leben miteinander fort und ziehen die Tochter wie ihre eigene auf. Ihre Beziehung erweist sich jedoch – anders als es die identitätsstabilisierende romantische Liebe vorsieht, die „mit Nachdruck auf *Gegenseitigkeit* und unbedingte Symmetrie [setzt]“ (Tyrell 1987, 579) – als stark asymmetrisch, wie Georges resigniert in einem Brief schreibt: „Sie liebte mich nicht so, wie ich sie liebte. Für mich war Liebe keine Wahl, sondern eine Unvermeidlichkeit“ (R86, unsere Übers.). Georges Sterbewunsch wird offiziell zwar mit antizipatorischer Trauer begründet, doch für die Leser*innen zeichnet sich eine tiefere Tragödie ab,

beziehen sich im Folgenden auf den Teil „Georges“ im Roman, diejenigen mit einem R auf den Teil „Rita“.

die dem Hausarzt verborgen bleibt: die unerwiderte Liebe, die sein Leben prägte. Sein Wunsch ist somit nicht nur der Angst vor dem Verlust seiner Frau geschuldet, er ist auch das komplexe Ergebnis eines jahrzehntelangen, innerlich konfliktreichen Erlebens von Liebe, Zurückweisung und Trauer – eine Dimension, die in der medizinischen Diagnose nicht sichtbar wird. Damit hinterfragt der Roman nicht nur romantisierende Vorstellungen des Liebestods, er wirft auch die Frage auf, wie medizinische und juristische Kategorien die psychoemotionale Realität Betroffener erfassen könne – und in welcher Situation ein assistiertes Sterben tatsächlich ge-rechtfertigt sein kann.

5 Fazit

Bei der Sterbehilfe für Menschen mit vollendetem Leben bzw. Lebenssattheit besteht die Herausforderung, entsprechende Sterbewünsche von solchen zu unterscheiden, die lediglich Ausdruck einer potenziell behandelbaren psychischen Erkrankung sind, nicht autonom gefällt wurden und/oder nicht auf einem aussichtslosen Leiden beruhen. Unser Einblick in die literarische und filmische Auseinandersetzung mit dem Thema zeigt eine Vielfalt an Perspektiven und Aussagen. Auf unterschiedliche Weise verleihen sie den Konzepten konkrete Gestalt und regen die Reflexion über sie an.

Besonders (auto-)biografische Werke sind häufig engagiert und versuchen, durch Fallgeschichten oder die eigene Biografie Verständnis zu wecken: Ueli Oswald unterläuft durch die Darstellung des väterlichen Sterbewunschs dessen Pathologisierung und inszeniert ihn als Ausdruck von Kontrolle und Selbstbestimmung. Im Dokumentarfilm *Dertien dagen* wiederum möchte der Protagonist sein Sterben als Modell eines ‚guten‘, ‚natürlichen‘ Todes verstanden wissen und sichtbar machen. Fiktionale Werke hingegen tendieren zu ambivalenteren Zugriffen. Niederländische Produktionen stellen wiederholt die Frage nach den gesellschaftlichen Bedingungen des vollendeten Lebens. Die Erzählung *Dansen* und der Roman *Winter in Gloster Huis* zeigen, dass abwertende Altersbilder die Autonomie eines Sterbewunschs unterminieren können, und dass Sterbehilfe als vor-schnelle Option eine Gefährdung vulnerabler Menschen bedeutet, denen statt dessen durch Zuwendung und würdevolle Pflege eine humane Alternative geboten werden sollte. Schirachs *GOTT* hingegen positioniert sich klar für die Selbstbestimmung als oberstes Prinzip, das das Recht auf Suizidhilfe auch für kerngesunde Menschen begründet. Gleichzeitig betont das Stück aber auch die Bedeutung von Sorgfaltskriterien, indem die Urteilsfähigkeit des Protagonisten fachärztlich be-glaubigt und sein existenzielles Leiden als gravierend und dauerhaft dargestellt wird. Was passieren kann, wenn solche Prüfungen unterbleiben, zeigt der Film *De*

surprise: Ein Sterbehilfeunternehmen nimmt keinerlei Abklärungen vor, sodass der Protagonist, der jahrzehntelang keine Perspektive hatte, durch ihre Hilfe beinahe übereilt in den Tod geht – ehe eine zufällige Wendung ihm neuen Lebenssinn gibt. Wie sehr aber auch ein ausdrücklich erklärtes und geprüftes Leiden tiefere, verborgene Nöte verschleiern kann, verdeutlichen die Novelle *Cocktailstunde* und der Roman *Georges & Rita*. In beiden Fällen liegt ein vermeintlich freiverantwortlicher, klar begründeter und intersubjektiv nachvollziehbarer Sterbewunsch vor, der sich bei genauerer Betrachtung jedoch als Ausdruck tieferer psychoemotionaler Belastungen entpuppt.

Literaturverzeichnis

Adviescommissie voltooid leven. *Voltooid leven: Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*. Den Haag, 2016.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Deutsche Ausgabe hg. von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen*, 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe, 2018.

Appel, Judith E. und Els van Wijngaarden. „Older Adults Who Experience Their Lives to Be Completed and No Longer Worth Living: A Systematic Mini-Review Into Used Terminology, Definitions, and Interpretations.“ *Frontiers in Psychology* 12 (2021).

Belcampo. *De ideale dahlia*. Amsterdam und Antwerpen: Kosmos, 1968.

Belgian Advisory Committee on Bioethics. *Opinion no. 73 of 11 September 2017 on euthanasia in case of non-terminally ill patients, psychological suffering and psychiatric disorders*. Brussels, 2017.

Bührmann, Traude. *Cocktailstunde. Novelle*. Tübingen: konkursbuch, 2014.

Bundesgericht. *Urteil vom 3. November 2006 (BGE 133I58)*. http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3A&de=&type=show_document (1. Februar 2025).

Bundesverfassungsgericht (BVerfG). *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1 – 343*. http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html (29. Januar 2025).

Dendievel, Leen. *Georges & Rita*. Amsterdam/Antwerpen: Horizon, 2020.

Deutscher Ethikrat. *Suizid—Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit: Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat, 2022.

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). *Pressemappe: Pressekonferenz „DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2023, das richtige Medikament und die Rolle der Ärzt:innen“* 27.2.2024 in Berlin. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), 2024. http://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/27_02_2024/Pressemappe__DGHS_27.2.2024.pdf. (2. Februar 2025).

Distelmans, Wim. *Een waardig levens einde*. Amsterdam/Antwerpen: Houtekiet, 2020.

Drion, Huib. *Het zelfgewilde einde van oude mensen*. Amsterdam: Balans, 1992.

„Euthanasie in beeld.“ *Nederlands Dagblad*, 15. Februar 2016.

EXIT Deutsche Schweiz. „Altersfreitod – Ihre Meinung ist gefragt.“ *EXIT INFO* 4 (2013): 6 – 7.

Fesenbeckh, Walter. „Ein neues Freitodparadigma?“ *EXIT INFO* 1 (2008): 7.

Gaignard, Marie-Estelle, Sophie Pautex und Samia Hurst. „Existential Suffering as a Motive for Assisted Suicide: Difficulties, Acceptability, Management and Roles from the Perspectives of Swiss Professionals.“ *PLOS ONE* 18.4 (2023): 1–15.

Hartogh, Govert den. „Als de dood een vriend wordt: Commentaar op een proeve van een wet.“ *Uit vrije wil: Waardig sterven op hoge leeftijd*. Jit Peters et al. Amsterdam: Boom, 2011. 89–108.

Hartogh, Govert den. *What Kind of Death. The Ethics of Determining One's Own Death*. Routledge Research in Applied Ethics. New York: Routledge, 2023.

Holderied, Vanessa. „Der Suizid im hohen Alter als Ausdruck von Lebensmüdigkeit und Lebenssattheit.“ *Suizidprophylaxe* 46.3 (2019): 102–108.

Gustav Kiepenheuer Bühnenvertriebs-GmbH. *GOTT—Ferdinand von Schirach*. <https://gott.theater/cont/results/de> (2. Februar 2025).

Haegi, Ernst. „26. Generalversammlung von EXIT.“ *EXIT INFO* 2 (2008): 13–19.

Keller, Marc. *Sterbehilfe als Liebestod: Existenzielles Leiden in Literatur und Film der Gegenwart*. Paderborn: Brill Fink, 2025.

Kübler-Ross, Elisabeth. *On Death and Dying*. London: Tavistock, 1969.

Küng, Hans. *Erlebte Menschlichkeit. Erinnerungen*. München: Piper, 2013.

Linssen, Dana. „En net als je een doodskist uitzoekt, word je verliefd.“ *NRC Next*, 21 May 2015.

Meer, Vonne van der. *Winter in Gloster Huis*. Amsterdam und Antwerpen: Atlas Contact, 2015.

Minder, Jacqueline, Vladeta Ajdacic-Gross und Urs Hepp. „Alterssuizid.“ Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum. 18.10 (2018): 230–235.

Norwood, Frances. *The Maintenance of Life: Preventing Social Death through Euthanasia Talk and End-of-Life Care – Lessons from the Netherlands*. Durham: Carolina Academic, 2009.

Oswald, Ueli. *Ausgang. Das letzte Jahr mit meinem Vater*. Zürich: Edition Epoca, 2009.

Ovidius Naso, Publius: *Metamorphosen. Lateinisch / Deutsch. Übersetzt und herausgegeben von Michael von Albrecht*. Stuttgart: Reclam, 2012.

Peters, Jit et al. *Uit vrije wil: Waardig sterven op hoge leeftijd*. Amsterdam: Boom, 2011.

Schirach, Ferdinand von. *GOTT. Ein Theaterstück*. München: Luchterhand, 2020.

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, Stand am 1. Juli 2021. http://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de (1. Februar 2025).

Sutorius, Eugène, Jit Peters und Samantha Daniels. „Memorie van Toelichting.“ *Uit vrije wil: Waardig sterven op hoge leeftijd*. Hg. Jit Peters et al. Amsterdam: Boom, 2011. 55–83.

Sutter, Bernhard. „Protokoll der 35. ordentlichen Generalversammlung von EXIT (Deutsche Schweiz).“ *EXIT INFO* 2 (2017): 12–20.

Timmerije, Anneloes. *Slaapwandelen bij daglicht*. Breda: De Geus, 2013.

Tongeren, Paul van. *Willen sterven: Over de autonomie en het voltooide leven*. Utrecht: Kok, 2018.

Tyrell, Hartmann. „Romantische Liebe: Überlegungen zu ihrer ‚quantitativen Bestimmtheit‘.“ *Theorie als Passion. Niklas Luhmann zum 60. Geburtstag*. Hg. Dirk Baecker et al. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987: 570–599.

Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 8 februari 2017, over verpleeghuiszorg. Tweede Kamer der Staten-Generaal, Kamerstuk 31765, nr. 265, 1 maart 2017.

Wijngaarden, Els van. *Ready to give up on life: A study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living*. Amsterdam: Atlas Contact, 2016.

Wijngaarden, Els van. „Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living.“ *Social Science & Medicine* 138 (2015): 257–264.

Wiler, Jürg. „Altersfreitod aus ethischer Sicht: Selbstbestimmung steht im Zentrum.“ *EXIT INFO* 2 (2015): 24–25.

Wiler, Jürg. „Altersfreitod bewegt.“ *EXIT INFO* 1 (2020): 4 – 7 u. 9.

Wiler, Jürg. „Altersfreitod: Ein starkes gesellschaftliches Thema.“ *EXIT INFO* 2 (2017): 7.

Wils, Jean-Pierre. *Sich den Tod geben. Suizid – eine letzte Emanzipation?* Stuttgart: Hirzel, 2021.

Woodtli, Jeanne. „Wenn die Diagnose schlicht und einfach ‚Lebens-Sattheit‘ lautet.“ *EXIT INFO* 1 (2008): 4 – 6.

Vögeli, Dorothee. „Exits Spiel mit dem Feuer.“ *Neue Zürcher Zeitung*, 17. Mai 2014.

Filmografie

Diem, Mike van. Reg. *De surprise*. N279 Entertainment, 2015.

Haak, Gijs. Reg. *Dertien dagen*. BNNVARA, 2022.

Kempf, Benjamin. Reg. *Exit*. Dschoint Ventschr, 2002.

