

Klaus Feldmann

Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid.

Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie.

**Kurzfassung<sup>1</sup>**

Hannover 2010

*work in progress (kritische Stellungnahmen und Anregungen erwünscht)*

Einleitung .....	1
Begriffe, Konzepte, Sprachkämpfe .....	3
Tod: Definition und Macht .....	4
Sterben: Definition und Konflikt .....	5
Gutes und schlechtes Sterben .....	7
Soziales und psychisches Sterben .....	8
Psychisches Leben und Sterben .....	10
Demenz .....	11
Leben .....	14
Lebensmehring .....	16
Maximierung der Lebenslänge der Privilegierten als gesellschaftliches und individuelles Ziel .....	16
Lebensbewertung/ Lebens- und Sterbequalität .....	18
Lebensschutz .....	20
Lebensminderung, Gewalt, Töten .....	21
Lebensminderung .....	21
Lebensverkürzung .....	23
Gewalt .....	23
Überlegungen zur Todesproduktion .....	25
Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“ .....	26
Tötungsnormierung .....	28
Praktiken und Akzeptanz des Tötens und der Lebensminderung .....	29
Mord .....	29
Kollektives Töten, Krieg .....	29
Nicht-Tötung: Lebensminderung durch nicht-tödliche Waffen und Technologien .....	30
Ökonomie und Verteilungskämpfe .....	30
Selbst- und Fremdbestimmung .....	31
Gucklöcher in den Zoo der Theorien und Daten .....	32
Diskurse über selbstbestimmtes Sterben .....	32
Exkurs: Patientenverfügung .....	33
Gemeinschaft und Organisation .....	34
Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen .....	35
Suizid .....	37
Defizitorientierung und Expertenstatus .....	39
Hypothesen und Vermutungen zur Biothanato-Ethik .....	40
Würde .....	40
Kultivierung des Sterbens und Tötens .....	41
Einleitung: sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen .....	41
Kultivierungsdiagnosen und -diskurse .....	42
Erweiterung der Perspektive .....	43
Nachüberlegungen .....	45
Herrschafts- und wissenschaftssoziologische Nachbemerungen .....	46

## Einleitung

In diesem Text finden Sie sozialwissenschaftliche Analysen und Denkanregungen zu Sterben und Tod und vor allem Belege für folgendes *vorläufiges Ergebnis*<sup>2</sup> meiner bisherigen Arbeiten:

---

<sup>1</sup> Neueste Version der Langfassung: [www.feldmann-k.de](http://www.feldmann-k.de).

Die derzeitige Lebens- und Sterbeherrschaft, die durch Recht, medizinische Standesmacht und eine politische und ökonomische Oligarchie gesichert und durch die dominanten Diskurse (Medien, Wissenschaft und Religion) legitimiert wird, begünstigt entwicklungsbehindernde Herrschaft, Privilegienstrukturen und unnötig viele Verletzungen von Menschen, Lebensminderung, Tötung und Folter.<sup>3</sup>

Als kritischer Sozialwissenschaftler argumentiere ich auch explizit normativ<sup>4</sup>:

Eine Liberalisierung, Humanisierung und Kultivierung der Regelungen und Praktiken der Sozialisation und Erziehung<sup>5</sup>, der aktiven Sterbehilfe, des Suizids, der Beihilfe zum Suizid und der Patientenverfügungen würde eine Verbesserung der gesellschaftlichen Lage bewirken, nicht nur der Lebens- und Sterbequalität einiger weniger Menschen<sup>6</sup>. Das ‚andere Sterben‘, z.B. in unterentwickelten Ländern und Regionen, wird bei dieser Fokussierung normalerweise ausgeblendet. In dieser thanatologischen Schrift wird es grundsätzlich eingeblendet<sup>7</sup>. Denn *nachhaltig* bedeutsamer als die derzeitigen Palliativ-, Hospiz- und Sterbehilfe-Debatten<sup>8</sup> sind öffentliche Diskurse, wissenschaftliche Untersuchungen, innovative Vernetzungen, rechtliche, politische und ökonomische Regeländerungen<sup>9</sup> im Dienste einer Verringerung der lokalen und globalen menschenverachtenden und –verletzenden Aktionen.

*These<sup>10</sup> 1a: Viele wichtige das Leben und Sterben von Milliarden Menschen betreffende Frage- und Problemstellungen werden in der öffentlichen Diskussion und in der thanatologischen Literatur und Forschung kaum behandelt<sup>11</sup>.*

Ein kleiner Einblick in das Nicht- und Unwissen<sup>12</sup>:

- Wie lange dauert das Sterben?
- Wie und von wem werden die Sterbenden betreut?
- Wie gut oder schlecht ist die Schmerztherapie und die Linderung des Leidens?
- Wie häufig werden unnötige und schädliche Therapieversuche an Schwerstkranken und Sterbenden unternommen?
- Wie häufig werden bedeutsame Wünsche der Sterbenden missachtet?
- Wie häufig und wie stark wird die Würde von Sterbenden verletzt?
- Wie viele Sterbende wünschen eine Verkürzung des Sterbens?
- Wie häufig werden aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid durchgeführt und wie häufig werden sie verweigert?

---

<sup>2</sup> Das bedeutet: Ich habe Falsifikationen und Bestätigungen der Hypothesen geprüft und zu einem für viele verständlichen Ergebnis ‚verrechnet‘.

<sup>3</sup> ‚Paradoxerweise‘ stellt sich diese Lebens- und Sterbeherrschaft in der gesteuerten Medien- und Wissenschaftsöffentlichkeit meist als alternativloser Gipfelpunkt und als Bollwerk der Humanität, der Menschenfreundlichkeit und der Exzellenz dar. Kritik wird nicht an der gesellschaftlichen Lebens- und Sterbeordnung, sondern nur an der quantitativen Verwirklichung der allein seligmachenden Konzeption geübt: mehr Hospize, mehr Palliativstationen, mehr Organverpflanzungen etc.

<sup>4</sup> Ein Vorschlag mit geringen Realisierungschancen: Thanatologie sollte als inter- und transdisziplinär (pluralistisch normativ) orientierte Sozialwissenschaft konzipiert werden. Damit ist keine Monopolisierung der Bearbeitung des Themas verbunden, denn selbstverständlich können und sollen thanatologische Themen in allen Wissenschaften und Diskursfeldern bearbeitet werden.

<sup>5</sup> Krankenhäuser, Heime und andere Gesundheitsorganisationen besorgen die ‚Erziehung‘ der Kranken, ähnlich inkonsistent, ambivalent, entmündigend und ungleichheitserzeugend wie Schulen.

<sup>6</sup> In der Öffentlichkeit wird diese These nicht diskutiert, sondern es werden fast nur Beiträge angeboten, in denen die Gegenthese ohne ausreichende Belege als wissenschaftlich gesichert oder bewiesen dargestellt wird.

<sup>7</sup> Allerdings schließt der Text an die derzeitigen Diskurse an und vermag deshalb nicht eine befriedigende Inklusion der ausgeblendeten Bereiche zu bieten.

<sup>8</sup> Diese öffentlichen Debatten sind sozialwissenschaftlich unterentwickelt.

<sup>9</sup> Damit ist u.a. gemeint, dass es nicht nur um einige wenige Gesetze, die Tötung auf Verlangen etc. betreffen, geht, sondern u.a. um die Demokratisierung und Humanisierung der Rechts- Politik- und Wirtschaftssysteme der zivilisierten Staaten.

<sup>10</sup> In diesem Text erscheinen viele ungeprüfte oder mangelhaft geprüfte Thesen – eine Fundgrube für engagierte empirische Forscher. Die meisten *Thesen* sind als *Hypothesen* zu verstehen, deren wissenschaftlich gute Falsifikation den Autor erfreuen würde. Einige Thesen sind allerdings explizite oder implizite Wünsche oder Forderungen, wobei eine Evaluation notwendig wäre, in welchem Ausmaß diese Forderungen in bestimmten Raum-Zeit-Bereichen erfüllt wurden, werden könnten und welche „Nebenwirkungen“ auftreten.

<sup>11</sup> „When an editorial in the *BMJ* posed the question, ‘What is a good death?’ contributors concluded that we cannot answer this as we lack the necessary evidence from research, especially from the perspective of patients and carers” (Kendall et al. 2007). <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7592/521>

<sup>12</sup> Vgl. zur Mangeldiagnose Wittkowski/ Schröder 2008, 30 ff.

- Wie verändern sich die globalen Strukturen der Lebensmehring und –minderung?
- Wie werden die Sterbe- und Todesdiskurse gesteuert?
- Superfrage: Wer stirbt wo, wann, ‚begleitet‘ von wem, mit welchen Kosten, mit welchen Gedanken und Gefühlen, unter welchen sonstigen Bedingungen und mit welchen ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen?

Für die Betroffenen bedeutsame Tatsachen<sup>13</sup> werden nicht erfasst bzw. nicht der Öffentlichkeit mitgeteilt, qualitativ hochwertige Untersuchungen werden nicht durchgeführt<sup>14</sup> – und diese ‚Metatatsachen‘ werden weder der Öffentlichkeit mitgeteilt noch erforscht. Die Sterbeforschung ist unterentwickelt<sup>15</sup>, kompatibel mit der beschränkten offiziellen Diskurshochkultur<sup>16</sup> zu Sterben und Tod. Man betrachte die Google-Treffer des Eintrags „Sterbeforschung“. Ein schwaches Bindeglied zu ‚ernsthafter Wissenschaft‘ stellt die charismatische Elisabeth Kübler-Ross<sup>17</sup> dar. Doch die von Bowlby entliehenen Phasen, die sie auf das Sterben übertragen hat, fördern nicht das Erkennen in diesem Bereich, sondern verhindern es eher. Auch die Beschäftigung mit Nahtod-Erfahrungen entgleitet im Internet in Esoterik und Obskurantismus. Man findet verschiedene Mischungen von Wissenschaft, Esoterik, religiösen Aussagen, persönlichen Wertungen usw. Es treten selbst ernannte „Sterbeforscher“ auf, die sich vermarkten. Vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten mit Lebenden und Verstorbenen werden angeboten. Kurz und euphemistisch gesagt: „Sterbeforschung“ hat in den meisten Internetmitteilungen eine völlig andere Bedeutung als in diesem Text.

## Begriffe, Konzepte, Sprachkämpfe

Einige Beispiele für biothanatologische Grenzprobleme:

Leben (Beginn etc.)	Tod (Hirntod, Dauerkoma etc.)
Körper	Bewusstsein, Ich, Selbst, Seele
Natur, natürlich	nicht natürlich, künstlich
Selbstbestimmung	Fremdbestimmung
moralisch, ethisch gerechtfertigt	moralisch, ethisch nicht gerechtfertigt

Folglich werden die wichtigen öffentlichen Verwendungen der Begriffe sterben, töten, Sterbehilfe, Selbstmord bzw. Suizid etc. normiert, substanzialisiert und unerwünschte Formen des Gebrauchs marginalisiert.<sup>18</sup> Marginalisierung, Stigmatisierung und Entzug von symbolischem und anderem Kapital<sup>19</sup> erweisen sich meist als ausreichend<sup>20</sup>, alte Formen der Zensur oder gar der Bestrafung der abweichenden Begriffsverwender sind unnötig, um die *semantische All-*

<sup>13</sup> Allerdings würde die Frage „Wie lange dauert das Sterben?“ durch eine bisher vermiedene gründliche theoretische und empirische Beantwortung aus ihrer Schlichtheit gerissen.

<sup>14</sup> Die internationale Untersuchung zur Sterbequalität in vielen Staaten durch die Lien Foundation ist sehr begrüßenswert. Allerdings werden primär Inputfaktoren erhoben, da repräsentative Studien zu Sterbeprozessen nicht existieren. Vgl. [http://www.eiu.com/site\\_info.asp?info\\_name=qualityofdeath\\_lienfoundation&page=noads&rf=0](http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation&page=noads&rf=0)

<sup>15</sup> Nicht nur im deutschen Sprachraum: Why We Know Painfully Little About Dying, by J. Lunney and J. Lynn, *Washington Post*, March 27, 2005. <http://www.rand.org/commentary/032705WP.html>. “The literature generated by the (palliative, KF) field has surprisingly little to say about the actual death experience itself” (Ashby 2009, 94).

<sup>16</sup> Die „öffentliche Thanatodiskurskultur“ kann man grob in zwei Teile teilen: die Niedrigkultur manifestiert sich ritualisiert, ideologisiert und auch kreativ in den Massenmedien, die Hochkultur esoterisch und auch polemisch, jedoch kaum kreativ, in juristischen, philosophischen, theologischen, medizinischen u. a. Fachschriften.

<sup>17</sup> Elisabeth Kübler-Ross war als Forscherin nicht bedeutsam, aber als Bewegerin, als Pionierin für eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Sterben und mit Sterbenden.

<sup>18</sup> Die rigide Sprach- und Sprechkontrollhaltung wird in Mittel- und Oberschichtfamilien und vor allem in Schulen hergestellt.

<sup>19</sup> Der Begriff *Kapital* wird in diesem Text primär im Sinne von Bourdieu verwendet.

<sup>20</sup> Es handelt sich um Ostrazismus, Missachtung, Verleumdung, Ignorieren und Exklusion, die nonkonformistische Wissenschaftler, Journalisten, Politiker und Professionelle treffen. In einer modernen Demokratie geschieht dies pluralistisch und locker, weniger brutal und verbissen von staatlichen oder privaten Diensten gelenkt als in autoritären Staaten.

tags-, Feld- und Subsystemordnung aufrechtzuerhalten, die durch das oligarchisch kontrollierte Bildungs- und Wissenschaftssystem und die Zentralmedien abgesichert ist.

*These 1b: Das Denken, Fühlen und Handeln der Menschen verläuft relational. Humanisierung des Lebens und Sterbens bedeutet, den Menschen möglichst vielfältige Chancen der Entwicklung ihrer Relationalität zu geben, d.h. die rigiden Begriffs-, Denk-, Organisations- und Professionssysteme in Distanz zu stellen<sup>21</sup>.*

## **Tod: Definition und Macht**

„Die institutionelle Verarbeitung und Kodierung von Sterben und Tod durch Religion, Politik, Recht, Wirtschaft, Medien, Kunst, Erziehung und Bildung führt zu permanenten Kommunikationsproblemen.“ (Feldmann 2004a, 193) In einer solchen Situation wird versucht, durch Kapitaleinsatz ‚Konsens‘ zu zaubern, d.h. es wird symbolische Macht und oft auch Gewalt durch Recht, Bildung, Professionalisierung und Medien ausgeübt: Institute, Ethikkommissionen, Würdenträgerdebatten, Werbung. *Konsens über das ‚Gute‘, den ‚Menschen‘ und den ‚Tod‘* wird von Wahrhabern und Stabilisatoren über Medien und andere öffentliche Kanäle als selbstverständlich realisiert und so gewendet, dass er zur Unterdrückung von Andersdenken und –handelnden eingesetzt werden kann; letztlich wird der Wertkonsens – wenn er sich in den Öffentlichkeiten nicht gemäß den Interessen der Herrschaftsträger ‚entwickelt‘ – paternalistisch hergestellt.<sup>22</sup>

„Debates about the determination of death have encouraged an academic climate conducive to uncritical acceptance of biological criteria for death with an under-recognition of the crucial role of the social criteria for death.“ (Kellehear 2008, 1541)

Ein spezielles Thema, das mit den hier besprochenen semantischen und soziologischen Überlegungen lose verbunden ist, soll noch angerissen werden: die *Dekonstruktion des Todes*. Bauman (1994), Lafontaine (2008) und andere Autoren behaupten, dass Deutungsmuster, Einstellungen und Praktiken bezogen auf Sterben und Tod radikalen Veränderungen unterworfen sind. Einerseits handelt es sich um eine postmoderne Variante der altehrwürdigen Kulturkritik (Bauman), andererseits um biopolitische Utopien „technowissenschaftlicher Unsterblichkeit“ (Lafontaine). Bauman<sup>23</sup> nennt die historische Verlagerung des Blicks auf Krankheiten statt auf ‚den Tod‘, die Medikalisierung und Pathologisierung des Sterbens, Dekonstruktion des Todes<sup>24</sup>. Die kanadische Soziologin Céline Lafontaine bemüht sich, die herumschwirrenden ‚Prognosen‘ und Utopien<sup>25</sup> und die neuen biomedizinischen und technologischen Entwicklungen in einen kulturkritischen Diskurszusammenhang zu bringen, vernachlässigt jedoch die zentralen Lebens- und Todesprobleme der Gegenwart, das Management des globalen Lebenssystems und das elende Leben und Sterben von Hunderten Millionen. Dekonstruktion des Todes ist folglich nur ein bombastischer, diffuser und risikoloser Hinweis auf die theoretisch und empirisch unzureichend erforschte Tatsache, dass Sterben und Tod wie alle anderen menschl-

---

<sup>21</sup> In Heimen und auf Intensivstationen wird diese würdige Sterben ermöglichende Maxime massiv missachtet. Zu analysieren ist das strukturelle Problem, nicht etwa die ‚Schuld‘ von einzelnen Dienstleistenden.

<sup>22</sup> Vgl. [http://www.iqb-info.de/Charta\\_Sterben\\_Konsens.pdf](http://www.iqb-info.de/Charta_Sterben_Konsens.pdf).

<sup>23</sup> Vgl. zur Kritik an Baumans Ansatz Kellehear (2007a, 58 ff).

<sup>24</sup> Bauman bietet in seiner Dekonstruktions-Show eine wilde Mischung von in internationalen Intellektuellenszenen Erfolg bringenden Konstrukten und Mythologemen: existentielle Angst, Rassismus, Faschismus, Projektion, Hygiene, Pathologisierung, Unmenschliches, Unausschöpfliches usw. Inzwischen argumentiert Bauman (2006, 41) befreit von ernsthaften wissenschaftlichen Hinweisen in einem essayistischen Stil der distinktiven Unterhaltung: “If the prospect of immortality emphasizes the (instrumental) significance and the potency of mortal life while acknowledging the imminence of corporeal death, the deconstruction of death, paradoxically, intensifies the volume of the terror of death and drastically raises death’s destructive potency even while ostensibly questioning its imminence.”

<sup>25</sup> Trans- oder Posthumanismus, technologische Singularität etc. sind zwar interessante Ansätze und Überlegungen, doch es ist wissenschaftlich nicht vorhersehbar, ob und wann solche Ideen oder sozialen Bewegungen größere gesellschaftliche Bedeutung erlangen werden (vgl. Fröhlich 1998; Krüger 2009).

chen Belange in den Strudel der Modernisierung, Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung, Globalisierung, Rationalisierung usw. hineingezogen wurden.

## *Sterben: Definition und Konflikt*

In prähistorischen Gruppen haben nur wenige Menschen ihr Sterben erlebt<sup>26</sup>. Die meisten hatten entweder kein differenziertes Bewusstsein für ein solches Erleben entwickelt oder sie sind zu schnell gestorben, um mit anderen darüber kommunizieren zu können. *Prämortales* Sterben – nicht der „Tod“ und das *postmortale* Leben und Sterben<sup>27</sup> – ist somit erst im Laufe der Geschichte und insbesondere in der modernen Gesellschaft ein bedeutsames Ereignis für viele und ein *soziales Problem* geworden. Vor allem hat sich das *prämortale* physische und soziale Sterben in den vergangenen fünfzig bis hundert Jahren verlängert und dieser Trend ist ungebrochen.

*Sterben*<sup>28</sup> fand in prähistorischen Zeiten und in vielen Kulturen hauptsächlich *nach* dem physischen Tod des Betroffenen in der magischen Welt der Überlebenden statt (vgl. Kellehear 2007a)<sup>29</sup>. Es gibt viele Mythen über die schwierigen und gefährlichen Sterbereisen. Auch in modernen Gesellschaften erlebt eine kleine Minderheit das Sterben von Bezugspersonen nach deren physischem Tod – wenn dieser unerwartet, z.B. durch Unfall, Suizid oder plötzliches Organversagen, eintrat oder wenn die Bezugspersonen erst einige Zeit nach dem physischen Ende der Person darüber informiert wurden. Dieses nachgezogene Sterben ist heute im Gegensatz zu traditionellen Kulturen nicht *normal* und wird nicht rituell aufgefangen, sondern ist häufig mit ‚pathologischer Trauer‘, abweichendem Verhalten und Therapie verbunden.

Der dominante moderne Sterbegriff wird biologisch-medizinisch-rechtlich bestimmt. Wenn der Sterbegriff sozio-kulturell betrachtet wird, dann verschiebt sich die Perspektive – vor allem, wenn man nicht nur ‚anerkannte Experten‘ zu Wort kommen lässt. Eine verbindliche und allgemein anerkannte Masterbestimmung von Sterben existiert im Bewusstsein von Milliarden von Menschen nicht, obwohl sie von an Monopolisierung interessierten Vertretern des medizinischen Systems und ihren Helfern beansprucht bzw. unterstellt wird.

In der Regel wird in modernen Rechtssystemen vermieden, *Sterben* so eindeutig zu definieren wie den (physischen) Tod, den Hirntod. Doch um eine gewisse Sicherheit, Herrschaftsstabilisierung und Diskurslenkung zu erreichen, werden wie beim Begriff *physischer Tod* letztlich nur Definitionen von Ärzten anerkannt, genauer gesagt: es wird von mächtigen Interessengruppen über ärztliche Urteile gestützter Konsens *ausgehandelt*.

„Dying is now increasingly state-defined, with definitions so institutionally narrow in their scope that dying is only recognized if it is viewed as an end-of-life care experience under formal medical supervision.” (Kellehear 2007a, 253)

(Gewagte) These 2a: *Da Ärzte das Sterben – in der Regel unbewusst bzw. unkommuniziert – verkürzen wollen (und oft auch müssen), dies aber gemäß offizieller Normierung nicht dürfen, neigen sie dazu, als moralische Kompensation aktive Sterbehilfe bzw. die absichtliche Verkürzung dogmatisch abzulehnen.*

---

<sup>26</sup> Diese These gilt auch in historischen Zeiten, für manche Gruppen, Regionen, Kulturen etc.

<sup>27</sup> Die Verwendung des Begriffs „postmortal“ ist von kulturellen und sozialen Bedingungen und Theorieentscheidungen abhängig. Lafontaine (2010) nutzt den Begriff „postmortal“, um ihre Thesen von der technowissenschaftlich gestützten Dekonstruktion und Desymbolisierung des Todes zu illustrieren.

<sup>28</sup> Die semantische Verortung von „leben“ und „sterben“ im Bewusstsein moderner gebildeter Menschen steht in nicht genau beschreibbarer großer Distanz zu den Weltbildern und Kommunikationsformen von nomadisierenden Jägern und Sammlern vor 30.000 Jahren!

<sup>29</sup> Dieses frühhistorische postmortale Sterben kann modern übersetzt als *soziales postmortales Sterben* bezeichnet werden, doch im Bewusstsein vieler damaliger Menschen war es *physisches Sterben*, wobei eine Falsifikation der These wohl nicht möglich ist.

### *Beispiele für den Kampf um Sterbedefinitionen*

Wie umstritten und vieldeutig der Begriff Sterben ist, lässt sich an den möglichen Antworten auf folgende Frage erkennen: *Befinden sich Patienten im permanenten vegetativen Status (PVS, auch Wach- oder Dauerkoma genannt)*<sup>30</sup> *in einem physischen, psychischen oder sozialen Sterbezustand?*

Warum sollte es nicht das Recht eines Menschen sein, selbst zu bestimmen, welche Zustände für ihn „sterben“ bedeuten, ob er z.B. ein Dauerkoma (PVS) für sich als über 70 Jahre alten Menschen als möglichst schnell zu beendenden Sterbezustand definiert?

„Nach ärztlichem Verständnis handelt es sich bei Menschen im Wachkoma um Kranke... Da sich Menschen im Wachkoma bei stabiler Gesamtsituation also nicht im Sterbeprozess befinden..“ (Student/ Student 2007, 87)<sup>31</sup>. Hier wird einerseits fürsorglich<sup>32</sup>, andererseits autoritär und expertokratisch eine Sterbedefinition gesetzt<sup>33</sup>, um einzelnen die Möglichkeit zu nehmen, ihr Sterben selbst zu bestimmen, z.B. durch eine Patientenverfügung<sup>34</sup>. Man kann den derzeitigen Umgang mit Patienten im Dauerkoma (PVS)<sup>35</sup> als modernen Opferritus oder auch als heimlichen Totenkult im Interesse bestimmter Gruppen ansehen<sup>36</sup>. Menschenopfer waren im Laufe der Geschichte oft dadurch gekennzeichnet, dass die Doppelbedeutung von Opfer realisiert wurde: das Opfer bzw. betroffene Bezugspersonen fokussierten auf den Verlust und die Opferpriester auf den Gewinn.<sup>37</sup>

#### *Beschreibung des ‚wirklichen‘ Sterbens und ‚Sterbeberichterstattung‘*

Professoren der Medizin, vor allem der Palliativmedizin, Funktionäre der Hospizbewegung und anderer Sterbeorganisationen und professionelle Sterbedienstleister (Ärzte, Krankenschwestern etc.) teilen mit, wie und was Sterben ‚wirklich‘ ist. Es gehört zur Selbstbeschreibung ihrer Felder und entspricht den Erwartungen der meisten Empfänger, dass sie über das ‚wirkliche‘ Sterben Auskunft geben. ‚Tatsächlich‘ bzw. ‚sozialwissenschaftlich‘ handelt es sich nicht um eine Beschreibung des ‚wirklichen‘ Sterbens. Es handelt sich um Konstruktionen, so wie die Medien Nachrichten bringen, deren naive und normale Empfänger diese Nachrichten für ein gutes Abbild von Wirklichkeit halten.

Ökonomisierung, Technisierung und Professionalisierung werden verstärkt. Gleichzeitig wird auf ‚ethische Standards‘ geachtet und nimmt die kritische Haltung der ‚Öffentlichkeit‘ zu; die Konsequenz ist eine ‚Sterbeberichterstattung‘, die professionalisiert und gemäß ‚Anforderungen‘ hergestellt wird.

<sup>30</sup> PVS= persistierender vegetativer Status. Hier sind diejenigen Patienten mit appallischem Syndrom gemeint, bei denen eine grundlegende Besserung des Zustandes höchst unwahrscheinlich ist (vgl. de Ridder 2010, 158 ff).

<sup>31</sup> Man kann dies als ‚Schnürstiefeldefinition‘ bezeichnen. Dies wird durch folgende Aussage klarer: „Das Problem der WachkomapatientInnen spielt in der Diskussion um die Sterbehilfe eine große Rolle, obwohl es sich nach strenger Definition nicht um "Sterbende" handelt, also um Personen mit der Diagnose einer unheilbaren, in einem absehbaren Zeitraum zum Tode führenden Erkrankung handelt“ (Seibert et al. 1999, 5).

<sup>32</sup> „Fürsorge“ bedeutet im paternalistisch-maternalistischen Diskurs: Kontrolle, Ordnung, unkritische Akzeptanz von Herrschaft und Autorität, Fremdbestimmung, Unterwerfung.

<sup>33</sup> Die gleiche Ansicht findet sich in dem Bericht der Enquete-Kommission (2004) und in der Stellungnahme des Zentralkomitees der deutschen Katholiken.

<sup>34</sup> Allerdings ist gemäß der geltenden Rechtslage ein Abbruch des Wachkomas bei entsprechender Patientenverfügung möglich und bei ausreichendem sozialem und ökonomischem Kapital auch erzwingbar.

<sup>35</sup> Die Aussage eines Arztpriesters: „Nach meiner Wahrnehmung will ein Komapatient (noch) leben“ (Jonen-Thielemann 2008, 262).

<sup>36</sup> Die durch aufwendige Lebenserhaltung am Sterben gehinderten Menschen können auch als ‚Böcke‘ für die ‚Sünden‘ vieler Bewohner der reichen Staaten gedeutet werden, die diese an den Milliarden der Elenden und evtl. auch an künftigen Generationen begeben.

<sup>37</sup> Wachkomapatienten „sind – je nach Sichtweise – Verlierer oder Gewinner eines medizinisch-technischen-pflegerischen Fortschritts“ (Feldmann 2004b, 56).

## Gutes und schlechtes Sterben

Eine Reihe von internationalen Untersuchungen in reichen Ländern erbringt wenig erstaunliche Ergebnisse über die Wünsche der meisten Menschen bezüglich ihres Sterbens:

1. in hohem Alter, inzwischen liegt bei vielen die Erwartung bei 80 Jahren,
2. zu Hause<sup>38</sup>,
3. schnell und schmerzlos<sup>39</sup>,
4. von Bezugspersonen betreut,
5. „in Würde“<sup>40</sup>.

Die in Befragungen geäußerten Sterbewünsche können unterschiedlich interpretiert werden. Kellehear (2009b, 14) meint, dass viele Personen z.B. durch ihre Äußerung, zu Hause sterben zu wollen, ihre Präferenz für Selbstkontrolle, Identitäts- und Lebensstilerhaltung ausdrücken. Man kann auch in der Sprache von Bourdieu sagen: Menschen wollen Habitus- und Kapitalvermehrung bis zum Lebensende. Somit ist es nicht verwunderlich, dass für die Privilegierten die Wünsche viel häufiger in Erfüllung gehen als für die Unterprivilegierten. Im Durchschnitt werden die meisten Menschen bezüglich der Punkte 2 und 3 enttäuscht. Man könnte dies als gravierende Fehlsteuerung<sup>41</sup> bezeichnen, die nicht primär finanziell sondern strukturell begründet ist, da das letzte Lebensjahr so teuer ist, dass die relativ schlichten Erwartungen von Punkt 2 und 3 für mehr Menschen erfüllbar wären.

Trotz Medikalisierung, Bürokratisierung und Selbstzwangapparatur erfolgt das Sterben auch in den hochentwickelten Staaten äußerst vielfältig. Typologien und Kategorisierungen verbessern die Übersicht (vgl. McNamara 2001, 41 ff; Seymour 2001; Feldmann 2004a, 179 ff ; Dreßke 2007).

	<i>Institution/„Gestalt“</i>	<i>Todestypen</i>
<i>institutionell kollektivistisch</i>	Religion	der religiöse Tod <sup>42</sup>
	Politik (Vaterland, Bewegung, Partei etc.)	der traditionelle heroische Tod
	Medizin	der medizinisch korrekte Tod
<i>individualistisch anti-institutionell</i>	Gemeinschaft (z.B. Hospiz) <sup>43</sup>	der gute Tod
	Individualisierung <sup>44</sup>	der eigene Tod <sup>45</sup>
<i>ungesellschaftlich</i>	„Natur“	der natürliche Tod

Abb. 1: Todestypologien (Feldmann 2004a, 180, modifiziert)

Ein umstrittenes Konstrukt ist *der natürliche Tod*. Nie wurde ein „natürlicher Tod“ angestrebt, immer ein „Kulturtod“. Der „natürliche Tod“, eine hybride christlich-aufklärerisch-medizinisch-naturwissenschaftliche und rechtlich privilegierte Konstruktion, wurde seit dem 18. Jahrhundert in Europa institutionalisiert und idealisiert. Wie sich die Funktionalität, Rationalisierung und professionelle Herstellung des „natürlichen Sterbens“ derzeit wandelt, bedürft

<sup>38</sup> „Im Unterschied zu den Niederlanden sterben in Deutschland immer weniger Sterbende (gegenwärtig nur noch ein Viertel) zu Hause.“ (Birnbacher 2004, 7)

<sup>39</sup> Emnid-Umfrage 2001; Hahn/ Hoffmann 2009, 142.

<sup>40</sup> Dies bedeutet für viele: Kontrolle über den eigenen Körper und über das Bewusstsein (vgl. Hahn/ Hoffmann 2009, 142).

<sup>41</sup> McNamara und Rosenwax (2007) sprechen aufgrund entsprechender Ergebnisse einer australischen Untersuchung, für die es aufgrund der schon genannten Mängel der thanatologischen Forschung leider im deutschen Raum keine vergleichbare gibt, von „mismatch“.

<sup>42</sup> Dreßke (2005, 212 ff) wählt die Bezeichnung „traditionelles Sterben“.

<sup>43</sup> Hospize können unterschiedlich organisiert werden: als die Wünsche des Individuums ins Zentrum stellende Vergemeinschaftung (meist ambulante Form), als religiöse oder als medizinische Institution.

<sup>44</sup> Elias (1982, 81 ff) beschreibt das Zerrbild des „homo clausus“, der isoliert, gleichsam von einer Mauer umgeben lebt und stirbt. Im Fall der von der Person nicht gewünschten Isolation kann das „eigene Sterben“ faktisch aufgezwungen werden.

<sup>45</sup> Nach Dreßke (2005, 220 ff) das „individuelle Sterben“.

te noch einer genaueren Untersuchung (vgl. Fuchs 1969; Seymour 2000; Feldmann 2004a, 87 ff; Lafontaine 2008).

Das *gute Sterben* und der *gute Tod* können zumindest von vier Perspektivengruppen her bestimmt werden<sup>46</sup>:

1. wissenschaftliche Perspektive,
2. (semi)professionelle Feldperspektive, z.B. Ärzte, Krankenschwestern, Altenpfleger, Hospizmitarbeiter,
3. Perspektive der sterbenden Person,
4. Perspektive von Bezugspersonen der sterbenden Person.

Die Feldmacht liegt bei den Personen von Punkt 2. Somit wird auch in Krankenhäusern und anderen Organisationen das gute Sterben dieser Art angestrebt. Die Perspektiven der sterbenden Person und der Bezugspersonen gehen gefiltert in dieses Konzept ein, doch entscheidend ist der ‚ordnungsgemäße Verlauf‘, d.h. eine Minimierung der Irritationen des professionellen Personals (vgl. Costello 2006; Dreßke 2005).

Auch bei Sterbeprozessen in Hospizen und Palliativkontexten entstehen Wünsche nach Lebensverkürzung aus vielen Gründen, u.a. verbunden mit Ängsten vor unerwünschter Identitätsveränderung und psycho-sozialer Dissonanzherstellung (Seale 1998, 188 ff, Terry et al. 2006; Gill 2009, 28 f).

Kellehear (2007a, 213 ff) nennt ein Kapitel seines Buches: „The birth of the shameful death“. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, des optionenreichen Lebenslaufes, der multidimensionalen sozialen Ungleichheit, der verbesserten Bildung, der Vervielfältigung der Diagnosen und Therapien, der lebensweltlich verwobenen Multimorbidität und der Verbreitung idealisierter Sterbebilder differenzieren sich die Schemata und Skripte im Feld des Sterbens; kurz gesagt: einen „shameful death“ zu vermeiden, gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig entwickelt sich ein professionelles Legitimationsfeld zur klientengerechten Gestaltung und Akzeptanz des „shameful death“ – der selbstverständlich nicht so genannt werden darf.<sup>47</sup>

*These 2b: Schon seit zwei Jahrzehnten (oder auch länger?) besteht auf zwei Dimensionen ein Trend, der nicht gebrochen ist: Polarisierung der ‚gelungenen‘ und der prekären Sterbeverhältnisse und der hohen und geringen Kosten des Sterbens.*

## Soziales und psychisches Sterben

Sozial und psychisch wichtige körperliche Ereignisse und Prozesse werden interdisziplinär erforscht und diskutiert: sexuelles Verhalten, neuronale Prozesse, sportliche Leistungen, Gewalttaten etc.

Es werden Konstrukte und Theorien geschaffen, um grundlegende Unterschiede zwischen natur- und sozialwissenschaftlicher Wirklichkeitskonstruktion zu verdeutlichen:

- Sex (physisches Geschlecht) – Gender (soziales Geschlecht)
- Gehirn (physisches neuronales System) – Bewusstsein, Geist, Ich etc. (psychisches System)
- Gesellschaft (soziales System) – Individuum (psychisches System).

Korrespondierend mit diesen Differenzierungen kann physisches, psychisches und soziales Leben und Sterben unterschieden werden (vgl. Feldmann 2004a, 146 ff).

---

<sup>46</sup> Ausreichend differenzierte empirische Studien sind bisher nicht durchgeführt worden.

<sup>47</sup> Auch im englischen Sprachraum sind Bezeichnungen wie „shameful death“ oder „falling from culture“ (Seale) nur bei kritischen Soziologen zu finden, während Mediziner, Philosophen und Theologen nur euphemistische Ausdrücke verwenden. Die von Kellehear 2007 publizierte Wendung „the birth of the shameful death“ wurde im anglophonen Internetsprachraum ignoriert, d.h. sie wurde nur von mir aufgegriffen.

<i>Formen des Lebens und Sterbens</i>		
<i>Physisches</i>	<i>Psychisches Leben</i>	<i>Soziales</i>
Gesundheit Jugend Lebenslänge	Selbstverwirklichung Personale Entwicklung	Status Leistung Eigentum
Krankheit Alter Schmerz	Bewusstseinsverlust Todeswunsch	Sozialer Abstieg Rollenverlust Marginalisierung
<i>Physisches</i>	<i>Psychisches Sterben</i>	<i>Soziales</i>

Abb. 2: Formen des Lebens und Sterbens (Feldmann 2004a, 22)

Diese Differenzierung der Formen des Lebens und Sterbens richtet sich gegen eine reduktionistische biologische und medizinische Definitionsmacht, die rechtlich und politisch gestützt wird.

*These 2c: Die Differenzierung in physisches, soziales und psychisches Sterben wird in der herrschenden Medizinsemantik abgelehnt, da sie mit den Exklusions- und Kapitalakkumulationsinteressen der Profession nicht kompatibel ist.*

Soziales Sterben kann als schwerwiegender Verlust von Anerkennung, sozialer Teilhabe, Interaktions- und Kommunikationschancen, Positionen und Rollen definiert werden (Feldmann 1997, 80 ff; Kade 2007, 48 ff; Raven 2009, 175). Soziales Sterben ist ein prekäres Konstrukt, mangelhaft verankert im thanatologischen Feld, d.h. in den beteiligten Wissenschaften besteht kein Mehrheitskonsens bezüglich der Nutzung des Begriffs und der Begriffsbestimmung. Soziales Sterben kann von der Positionierung einer Person in sozialen Räumen her bestimmt werden. Soziale und physische Räume sind verschränkt. Privilegierte Personen verfügen über eigene physische und soziale Räume, unterprivilegierte müssen in Fremdräumen leben und sterben. Für Unterprivilegierte und ‚sozial Schwache‘ beginnt in der Regel das soziale und psychische Sterben nicht nur früher, sondern es ist auch ein härterer Konkurrent des psychischen und sozialen Lebens.

#### *Exkurs: Modernes Sterben als Übergang*

Während in traditionellen Kulturen vor allem der Übergang ins Jenseits herausgestellt oder durch die wissenschaftlichen und anderen Außenbeobachter ins Zentrum gerückt wurde (vgl. Feldmann 2004, 44 ff), ist in einer modernen Gesellschaft Übergang anders zu begreifen. Er ist ‚diessseitig‘, bezieht sich jedoch wie in allen Kulturen im Wesentlichen auf die postmortale Phase. Diese Betrachtung, die für die Betroffenen bedeutsame Lebensverhältnisse in den Blick rückt, wird durch die derzeitige medizinisch dominierte ‚Biothanato-Ideologie‘ verdeckt. Wenn ein sterbender Mensch diesen Übergang im Blick hat, z.B. das ökonomische und soziale Kapital seiner kleinen Gemeinschaft, seiner Familie etc. erhalten oder vermehren will, dann möchte er Entscheidungen über medizinische, pflegerische und andere Maßnahmen nicht unbedingt gemäß den ‚professionellen‘ Ratschlägen treffen. In diesem Übergangskontext des *physischen, psychischen und sozialen Sterbens aller beteiligten Personen* ergibt sich eine Komplexität, die nicht primär medizinisch oder juristisch ‚beherrscht‘ werden sollte. Wenn die schwerkranken oder sterbenden Menschen ins Räderwerk der Organisationen, Krankenhäuser, Heime etc., gezogen werden, dann geraten auch diese Übergangsprobleme ‚unter die Räder‘<sup>48</sup>.

<sup>48</sup> Die ‚Übergangsenergie‘ wird ökonomisch und professionell genutzt und steht somit für andere sozio-kulturelle Zwecke nicht oder nur in geringem Maße zur Verfügung.

	<i>physisches Sterben</i>	<i>psychisches Sterben</i>	<i>soziales Sterben</i>
<i>Selbstbestimmung</i>	Suizid, Verweigerung med. Behandlung	Suizid	Disengagement, Kommunikationsverweigerung
<i>Fremdbestimmung</i>	ärztlich geleitete terminale Phase	hochgradige Demenz, Dauerkoma	Gefängnis, Pflegeheim, Sklaverei

Abb. 3: Selbst- und fremdbestimmte Sterbepformen und -kontexte

Wie das physische kann auch das soziale Sterben sehr unterschiedlich verursacht werden: Krankheit, Krieg, Vertreibung, Gewalt, soziale Verluste (z.B. Arbeit, Familie, Wohnung), Freiheitsverlust, Ausstoßen aus der Gemeinschaft usw.

„In den meisten Kulturen gab es zwei Hauptformen des sozialen Sterbens: einerseits die radikale Exklusion, der Ausschluss aus der Gemeinschaft, die soziale Nichtexistenz, die meist zum frühzeitigen physischen Tod führte, andererseits das normale soziale Sterben nach dem physischen Tod, d.h. das ritualisierte Ausdriften aus der diesseitigen Gemeinschaft, in der Regel verbunden mit dem Übergang in ein Reich der Toten“ (Feldmann 2010a, 576).<sup>49</sup>

Die erste Form, das ‚schlechte‘ soziale Sterben, kennen in zivilisierter Form auch die Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften (Gefängnisse, Heime, Ausweisung), während die zweite Form sich gespalten hat, in die privatisierte Jenseitsreise<sup>50</sup>, und das strukturelle prämortale soziale Sterben: Arbeitsplatzverlust, Rollenverlust, Ausgrenzung aus dem Zentrum der Gesellschaft, eine Minderheit endet in Heimen als sozialer und oft auch personaler Identität mehr oder minder entkleidete Klienten (Goffman 1973).

<i>Soziales Sterben</i>	<i>prämortale</i>	<i>postmortale</i>
<i>Selbstbestimmung</i>	Rückzug aus der Gemeinschaft	Arbeit für das personale soziale Weiterleben
<i>Fremdbestimmung</i>	Arbeitslosigkeit, Verrentung, Ausweisung, Gefängnis	Gedenkstätten und –tage, Totenmessen, Trauerarbeit

Abb. 4: Prä- und postmortale Formen des sozialen Sterbens

## Psychisches Leben und Sterben

*These 2d: Über die Felder des psychischen Sterbens wird kaum Aufklärung oder Bildung betrieben. Somit verfügen auch die Gebildeten in der Regel nur über grobe klischeehafte Kenntnisse und Ideologien. Diese Unbildung in der Bevölkerung hat u.a. die Funktion, die Privilegierungen und starren Kapitalverteilungen in diesen Feldern abzusichern.*

Die pluralistischen Selbst- und Fremdbeschreibungen von Psyche, Ich, Selbst, Bewusstsein, Selbstbewusstsein, Person etc. erschweren eine eindeutige Bestimmung des *psychischen Sterbens*. In dem hier vorgelegten Argumentationszusammenhang umfasst das psychische Sterben u.a. Bewusstseinsverlust oder Zerstörung der personalen Identität (Charmaz 1983; Howarth 2007a, 181; Kade 2007, 44 ff).

*These 3a: Kirchliche und andere konservative Funktionäre wünschen, dass die Ideologie des natürlichen Sterbens und die damit verbundenen rechtlichen und medizinischen Normen und Praktiken erhalten bleiben.*<sup>51</sup> Denn so wird ein fremdbestimmtes und von den meisten nicht

<sup>49</sup> Die Gestaltung des Übergangs in das Reich der Toten wird heute in einer Minderheit der Fälle in das Diesseits verlegt: Dauerkoma (PVS), schwere Demenz.

<sup>50</sup> Die Privatisierung beginnt für viele schon vor dem physischen Tod, setzt sich in der möglichst privaten Bestattung (vgl. Schulz Meinen 2009) fort und endet in den evtl. aufgezeichneten postmortalen Vorstellungen des verstorbenen Menschen und seiner Bezugspersonen.

<sup>51</sup> Gemäß dieser Ideologie herrscht außerhalb des vorgeschriebenen Rahmens Chaos, Kontingenz und totale Unsicherheit, innerhalb dagegen wird eine Idylle beschworen.

erwünschtes physisches und psychisches Sterben für viele vielleicht die meisten garantiert, das den Zugriff auf verängstigte und verunsicherte Menschen erleichtert. Wer sich der Pflicht, natürlich, medikalisiert und ordnungsgemäß zu sterben, unterwirft, dem wird ‚versprochen‘, dass Hospize und palliative care sein Leiden erleichtern, ja zusätzlich ihn zum diesseitigen Heil, zur Selbstverwirklichung, führen werden (vgl. Hayek 2006). Eine Evaluation dieses *Versprechens* und seiner Folgen findet allerdings bisher nicht statt.<sup>52</sup>

## Demenz

„Sterben ist immer häufiger mit dem Zerschneiden der labilen zivilisatorischen Harmonie der drei in einem Habitus integrierten Teile, Körper, Psyche und soziale Identität, verbunden – „falling from culture“ nach Seale (1998, 149 ff). Durch Lebensrettungstechnologien und Einweisungen in Krankenhäuser oder Heime wird oft das Auseinanderfallen der Komponenten unbeabsichtigt gefördert, die Person entkontextualisiert, der Körper instrumentalisiert, soziale und psychische Identität beschädigt (Timmermans 1998; 1999; 2005)“ (Feldmann 2010a, 577). Durch die kulturell und gesellschaftlich ‚verordnete‘ (professionell und staatlich betriebene) Lebensverlängerung ergibt sich als Emergenzprodukt für einen zunehmenden Anteil der Menschen in den reichen Staaten eine schleichende Entzivilisierung, Entkultivierung und ‚Barbarisierung‘ und damit ein mehrheitlich unerwünschtes soziales Leben und Sterben vor dem physischen Tod<sup>53</sup>.

„Howarth (2007a, 181 ff) nennt ein Kapitel „body in crisis“, im Zentrum stehen der drohende Verlust des Selbstbewusstseins und Ängste, in einem defizitären Körper gefangen zu sein (Turner 1996) oder dement zu werden“ (Feldmann 2010a, 577). Demenz, Dauerkoma (PVS) und Dahinsiechen im Heim sind schwerwiegende und gefürchtete Formen des psychischen und sozialen Sterbens<sup>54</sup>, verbunden mit gravierender Persönlichkeitsveränderung, Verlust von Anerkennung, zunehmender Unfähigkeit zur Kommunikation und psychophysischer ‚Einkerkerung‘ (Sweeting/ Gilhooly 1997). Schwer dement sterben bedeutet für viele Menschen würdelos sterben. Denn die persönliche Würde wird mit dem Selbstbewusstsein verbunden. „Im Sterben kann trotz einschneidender, krankheitsbedingter Einschränkungen allein das Aufrechterhalten des Verstandes ein Gefühl der Autonomie und damit der Würde verleihen (Chochinov, 2002; Mehnert et al., 2006)“ (Schröder 2008, 112).<sup>55</sup>

Antizipatorische Selbstbeschreibungen von Personen, die annehmen oder wissen, dass sie dement werden, könnten Sozialwissenschaftler anregen, Modelle, Typologien und Theorien über Einstellungen, Erwartungen, Wünsche, Befürchtungen etc. zu konstruieren, wobei selbstverständlich empirische Studien zur Validierung und Prüfung erforderlich wären.<sup>56</sup> Beispiele:

- Eine Reise in eine andere Wirklichkeit.
- Ein unaufhaltsamer Abstieg der Person, psychisch und sozial.
- Kontrolle des Verhaltens der pflegenden Bezugsperson.
- Akkumulation des (für sich verbrauchten) Kapitals (Konsum) und der Lebenszeit.

---

<sup>52</sup> Eine gute Evaluation wäre allerdings unter den derzeitigen Verhältnissen auch höchst aufwendig. Eine gute Evaluation wäre machbar, wenn die herrschenden Institutionen und Organisationen im Sinne der auch offiziell anerkannten Hochziele reformiert würden.

<sup>53</sup> Weitere Aspekte: Degeneration sozialer Identität, Verlust sozialen Kapitals und Desozialisation (Raven 2009, 178).

<sup>54</sup> Viele Menschen halten die illusionären Meldungen aus Politik, Medizin und „Wissenschaft“ zu Recht für falsch.

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=582855](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=582855)

<sup>55</sup> Obwohl die Sachlage trotz des Fehlens guter empirischer Forschung eindeutig ist, findet man bei Autoren Formulierungen, die von grundlegender Ignoranz zeugen: „Ferner stellt sich die Frage, ob ein Demenzkranker im fortgeschrittenen Stadium seine Situation aufgrund einer Identitätsveränderung als würdevoll ansieht, wenngleich er derartige Zustände zur Zeit seiner alten Identität als menschenunwürdig ansah“ (Otto 2009, 7).

<sup>56</sup> Wissenschaftliche Typologien dienen allerdings häufig implizit und explizit zur Normierung und Normalisierung. In der Regel werden nur eine begrenzte Anzahl von Typen konstruiert, nämlich höchstens sieben. Typen, die durch zu wenig Fälle gekennzeichnet sind, werden in Typen mit größerer Häufigkeit ‚integriert‘ usw.

- Eine neue Art von „Person“, eine hybride Gestalt, ein Gemeinschaftselement etc. (vgl. Leibing 2006).
- Gottgefälliges Handeln, explizites oder implizites Opfer, etc.
- ‚Verdrängung‘ oder Verneinung des eigenen Sterbens<sup>57</sup>
- Kontrollverlust im Bereich des eigenen prä- und postmortalen Lebens und Sterbens.

Demenz und vor allem Alzheimer werden gemäß herrschender Semantik und doxa als Krankheiten definiert, und damit wird der Handlungsraum sozio-kulturell begrenzt und das dominierende Feld festgelegt, die Medizin. Da – wie angedeutet – keine brauchbaren, wissenschaftlich hochwertigen und repräsentativen Lebensweltstudien von Menschen, die von Demenz bedroht oder betroffen sind, erstellt wurden, verwende ich vorläufig ein einfaches Modell mit drei Demenz-Perspektiven:

1. Vorherrschend ist eine reduktionistische medizinische Sichtweise, die fast alle Betroffenen bejahen, da sie Heilungschancen erwarten.
2. Immer stärker tritt zusätzlich eine person- und beziehungsorientierte, vor allem pflegewissenschaftlich, theologisch und (geisteswissenschaftlich) psychologisch theoretisierte, empirisch schwach gestützte Perspektive auf, die in einem gewissen Spannungsverhältnis zu der ersten Sichtweise steht (vgl. Lock 2008; Kitwood 2008; Small/ Froggatt/ Downs 2007).<sup>58</sup>
3. Eine dritte heterodoxe Sichtweise ist bisher in den Hochdiskursen nur verdeckt zu finden, d.h. sie wird verschwiegen, jedoch als das Gefährliche, Unheimliche geisterhaft angedeutet. Gruppen konstituieren sich nicht, da die Mitglieder stigmatisiert und bestraft würden. Sie tritt quasi als ‚Untergrunderscheinung‘ auf und wird als Alternative nicht anerkannt, besteht als real existierende aber offiziell verdrängte Position: Es handelt sich bei Demenz um eine Form des psychischen und sozialen Sterbens, die von Personen bei der Gestaltung ihrer Biographie abgewählt werden kann, wobei gesellschaftliche Freiräume für diese Gruppe von den Demenzexperten der beiden anerkannten Positionen oder von sonstigen Professionellen bisher bekämpft werden<sup>59</sup> – ja in der Regel wird die Existenz dieser Gruppe von Experten geleugnet, d.h. es wird versucht, sie sozial zu töten<sup>60</sup>. Gemäß dieser dritten Position sollten Personen gesellschaftliche Anerkennung erhalten, wenn sie eine gravierende Form des psychischen Sterbens, z.B. fortgeschrittene Demenz, für sich als unwürdige Lebensform ablehnen, und versuchen den Zustand zu vermeiden, z.B. Suizid begehen, oder bei einer klientenorientierten Patientenverfügungsgesetzgebung entsprechende Sterbehilfe erwarten können<sup>61</sup> (vgl. Williams et al. 2007<sup>62</sup>).

Die ersten beiden das Feld beherrschenden Positionen sind Ableger des kapitalistischen Wachstumswahns: Maximierung der Lebenslänge. Die zweite person- und beziehungsorientierte Position vertritt zusätzlich einen weiteren Wachstumsbereich: Duchsetzung eines ‚neuen‘ expertengestützten Modells der Personentwicklung. Die von den Vertretern der zweiten Position vorgeschlagene Konzeption der Personentwicklung verfügt nur über eine kleine Anhängerschaft, doch sie soll über ‚Werbung‘ verbreitet werden.

<sup>57</sup> Eine schwer demente Person ‚weiß‘ bzw. ‚versteht‘ nicht, dass sie sich in einem Sterbeprozess befindet.

<sup>58</sup> Es ist zu vermuten, dass diese zweite humanistische und spiritualistische Position Puffer- und Verschleierungsfunktion für die erste vorherrschende ökonomisch-medizinische Position ausübt.

<sup>59</sup> Die ‚Bekämpfung‘ erfolgt in der Regel durch Ignorieren. Auch in der Fachliteratur wird dieser wichtige Aspekt schlicht weggelassen.

<sup>60</sup> Dies geschieht in Lehrbüchern und in ethischen Normalschriften zu der Problematik (z.B. Wetzstein 2005).

<sup>61</sup> Vgl. <http://aerztliche-assistenz-beim-suizid.nursing-health-events.de/2010/07/02/auch-demente-kommen-in-den-himmel.../>

<sup>62</sup> In einer englischen repräsentativen Befragung befürworteten 60 % assistierten Suizid bei schwerer Demenz.

## *Demenzmythen*

Die Bildung von Demenzmythen soll kurz an einem Aufsatz von Annette Leibing (2006) aufgezeigt werden. Leibing nennt die von ihr als wirklichkeitsprägend definierten Diskurstypen nicht Mythen sondern ‚gazes‘ und ‚movements‘. Sie unterscheidet ‚biomedizinische Sicht‘ vs. ‚humanistische Sicht‘, die sie ‚komplex‘ nennt. Allerdings wird sofort ‚gelabelt‘, um die Komplexität einzufangen: „personhood movement“. Zur Legitimation wird eine dramatisierende ‚historische Beschreibung‘ geliefert – unter dem Titel: „personhood wars“. Die – real schwer fassbaren und wahrscheinlich sehr heterogenen – ‚Gegner‘ des „personhood movement“ werden – wie üblich – durch Medikalisierung, Reduktionismus, Krankheitsdogmatismus, Depersonalisierung gekennzeichnet. Die Geschichte dieser beiden immer wieder beschworenen Sichtweisen zeigt ihre Parallelität, vielleicht auch ihre Verschwisterung. Die humanistische Perspektive war nach dieser Geschichtsschreibung noch in den 1980er Jahren durch eine ‚negative Sichtweise‘ geprägt: Verlust der Persönlichkeit, Traumatisierung der Bezugspersonen. Doch infolge einer ‚neuen Sensibilisierung‘ wurde das ‚Negative‘ ins ‚Positive‘ gewendet: Entwicklung der Person durch Demenz. Jetzt könnte der Gedanke aufkommen, dass beide Perspektiven zwar in Konkurrenz stehen, doch gemeinsam weitere Perspektiven verdrängen, ‚umbringen‘, nicht zu Wort kommen lassen. Doch dieser Gedanke taucht in der Erzählung von Leibing nicht auf. Nicht thematisiert wird von Leibing auch, dass beide Perspektiven zu Professionalisierung, Markterweiterung und Ökonomisierung führen und damit auch zur Belohnung von Experten, wie Leibing. Somit sind derartige Experten daran interessiert, konformistisch Geschichte(n) zu konstruieren und gleichzeitig ‚humanistischen Non-Konformismus‘ zu zeigen.<sup>63</sup>

Selten sind wissenschaftlich brauchbare Begründungen für diese dogmatische Professionalität anzutreffen, weil das ‚Selbstverständliche‘ nicht analysiert oder gar problematisiert werden soll. Ein Beispiel für eine ‚Begründung‘: Das ‚Ausleben der Demenz‘ ist nach Jansen (2005, 109) aufgrund eines „natürlichen Instinkts“, den Tod zu vermeiden, „zwanghaft“ vorgegeben.<sup>64</sup> Differenzierter sind die Perspektiven von Small, Froggatt und Downs (2007). Sie präsentieren sozial-konstruktivistische und hermeneutische Theorien und De- und Rekonstruktionen der Konzepte Person, Autonomie, Diskurs etc. und befürworten eine Kultivierung, Zivilisierung, Normalisierung und Integration der Lebenswelten der Dementen (vgl. Kitwood/ Benson 1995; Higgs/ Jones 2009, 77 ff). Die Streiter *wider* die Exklusion der Dementen und ihrer Betreuer (und *für* die Exklusion der Demenz öffentlich Reflektierenden!) thematisieren im pflegewissenschaftlichen und –praktischen Interesse allerdings nicht die politischen und ökonomischen Herrschaftsbedingungen, unter denen ihre Theorien, Ideologeme und Praxisvorschläge ‚funktionieren‘. In ihrer normativ-empirisch gereinigten von Pflegemythen<sup>65</sup> bevölkerten Interessenwelt sind Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe keine Optionen, sondern nur pathologische Erscheinungen. Somit bleibt im Hintergrund ihrer kunstvoll gestalteten Konstruktionen trotz der Beschwörung von culture of care, Gemeinschaft, postmoderner Subjektivität und neuer Denkformen die totale Institution als ‚Lebenswelt‘ für die meisten schwer Dementen, bzw. das Schlamassel der Pflege durch ausgebeutete Bezugspersonen und Semiprofessionelle<sup>66</sup>. Psychisches und soziales Sterben werden von Personen und Gruppen definiert. Dies wird von diesen ‚Demenzpositivisten‘ ignoriert, nicht anerkannt bzw. es soll ‚wegbeschworen‘ werden. Dass Suizid für Menschen, denen Ärzte und andere Wissende den Gang in die Demenz als alternativenlos vorschreiben, Solidarität, Entschleunigung, Ermöglichung ei-

<sup>63</sup> Diese ‚Doppelstrategie‘ ist auch bei Gronemeyer stark ausgeprägt.

<sup>64</sup> Man könnte auch sagen: Sich der Demenz hinzugeben und nicht Suizid zu begehen, ist eine Form der Verdrängung von Sterben und Tod, denn auf diese Weise wird man das eigene physische Sterben nicht erleben.

<sup>65</sup> Pflegemythen und –ideologien, z.B. narrativer „reiner“ weiblicher Altruismus oder Tabu, sich mit der grundsätzlichen Ablehnung bestimmter Formen von Dauerpflege zu beschäftigen.

<sup>66</sup> Die Folterung von Dementen wird in den zivilisierten Ländern häufig durchgeführt, z.B. mit Hilfe von PEG-Sonden (vgl. Borasio 2009).

nes guten Lebens und einer Abkehr von der Pflegepflicht für Bezugspersonen bedeuten kann, wird von den Demenzdogmatikern total ausgeblendet.

Eine schlichte heuristische Typologie möglicher Demenzstrategien kann zwischen einem

- Normaltyp: *partikularistisch orientierter individualistischer Kollektivismus*, zu denen die Personen gehören, die gehorsam in die Demenz marschieren, und einem
- Abweichenden Typ: *universalistisch orientierter<sup>67</sup> solidarischer Individualismus<sup>68</sup>*, zu denen die Personen gezählt werden, die durch Suizid oder andere Maßnahmen zumindest die Endphase der Demenz vermeiden,

unterscheiden. Durch eine bisher versäumte Theorieentwicklung und darauf bezogene empirische Untersuchungen könnte dieser Ansatz fruchtbar gemacht werden.

Der Positivierung und Idealisierung der Demenz dient auch die häufig von ‚Experten‘ in der Öffentlichkeit geäußerte Behauptung, dass die meisten schwer Demenzen ‚glücklich‘, ‚zufrieden‘ oder zumindest schmerzfrei seien<sup>69</sup>; sie beruht auf bewusstem Verschweigen negativer Aspekte, selektiven *Erfahrungen* und ist wissenschaftlich nicht haltbar, wie z.B. eine israelische Studie nachweist (Aminoff/ Adunsky 2004; vgl. auch Ostwald et al. 2002).<sup>70</sup> Vernachlässigt wird in der Demenzliteratur auch das Problem der Legitimierung bzw. Ermöglichung von Gewalt. Untersuchungen zur Gewalt<sup>71</sup> gegen demente Menschen werden nicht bzw. mangelhaft durchgeführt, damit diese unerfreulichen Tatsachen möglichst verborgen bleiben<sup>72</sup>.

*These 3b: Personen, welche die bisher übliche Demenzhingabe als moralisch oder ethisch verbindlich ansehen, sind im Durchschnitt opportunistischer, konformistischer, partikularistischer, weniger gebildet, konservativer, religiöser und reflexionsärmer und handeln weniger nachhaltig als Personen, die versuchen, Formen des psychischen und sozialen Sterbens, die modernen Werthaltungen nicht entsprechen, durch Lebensverkürzung zu vermeiden.*<sup>73</sup>

Zwischen den Extremen der Akzeptanz und Ablehnung können sich in einer freiheitlichen Kultur viele Formen der Selbst- und Fremdbestimmung entwickeln. Kultivierung, Demokratisierung und Humanisierung können sich entfalten, wenn Rechts-, Politik- und Gesundheitssysteme nicht behindernd wirken und wenn der Einfluss religiöser und anderer weltanschaulich fixierter Gruppen auf das Rechtssystem, die gesellschaftliche Institutionalisierung und damit auf die Fremd- und Selbstbestimmung der Menschen möglichst gering gehalten wird.

*These 3c: In modernen Gesellschaften ist das Risiko für eine Person, durch die Demenzphase Interessensverletzungen<sup>74</sup> zu ‚erleiden‘, eindeutig höher als das Risiko, durch das Vermeiden der Demenzphase, z.B. durch Suizid, Interessensverletzungen zu ‚erleiden‘.*<sup>75</sup>

## Leben

<sup>67</sup> Die relativ stärkere universalistische Orientierung ergibt sich durch den soziokulturellen Begründungszwang für diese Position.

<sup>68</sup> Es müsste geprüft werden, unter welchen Bedingungen solidarischer Individualismus bzw. egoistischer Individualismus (häufiger) auftreten.

<sup>69</sup> Eine Aussage des Psychiaters Dörner (2008, 5): „... ich werde nach dem Übertritt in die neue menschliche Seinsweise der Demenz oder des Wachkomas ein Anderer sein, der übrigens in der Regel erkennbar gern darin lebt“.

<sup>70</sup> Es ist mehrfach nachgewiesen worden, dass Demenzkranke weniger gut versorgt werden als andere vergleichbare Kranke: schlechtere Schmerztherapie etc. (vgl. Lukas 2008).

<sup>71</sup> Die Operationalisierung von Gewalt erfolgt feld-, habitus- und professionsabhängig: Konformistische Ärzte und Sozialwissenschaftler werden das Legen von PEG-Sonden und ähnliche Maßnahmen ausgliedern.

<sup>72</sup> Statt Sozialforschung wird Moralisierung in der Demenzliteratur angeboten.

<sup>73</sup> Auf Theorien, aus denen Teile dieser These ableitbar sind, bezieht sich dieser Text, allerdings sollten sie noch besser expliziert werden.

<sup>74</sup> Interessensverletzungen können sein: Lebensqualitätserfahrungen unter subjektiv gesetzten Schwellenwerten, Verringerung der Lebensqualität von Bezugspersonen, Beeinträchtigung des sozialen Weiterlebens (negatives Fremdbild).

<sup>75</sup> ‚erleiden‘ kann auch postmortal (soziales Leben und Sterben) gemeint sein, wobei die Weltanschauung der betroffenen Person das Maß ist.

Während die sozialwissenschaftlich orientierte Todeswissenschaft ein Schattendasein fristet, eilen die multidisziplinären Lebenswissenschaften<sup>76</sup> von einem Höhepunkt zum nächsten.

*These 4: Zwar ist das Bevölkerungswachstum ein Zeichen erstaunlicher (partikularer) Lebensvermehrung, doch es ist ‚erkauft‘ durch eine weltweite (universale) Lebensvernichtung (Arten, Biomasse, Qualität von Ökosystemen, Lebenschancenverluste von Milliarden von Menschen etc.)*

*These 5: Die Life Sciences werden in Zukunft einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Entwicklung der Menschheit liefern.*

*These 6: Durch die Life Sciences wird eine kaum vorhersehbare Umwälzung der kulturellen und sozialen Strukturen in Gang gesetzt werden.*

Die Thesen 5 und 6 sind wahrscheinlich für die Mehrheit der derzeit lebenden Menschen und auch für ihre Kinder subjektiv und objektiv unbedeutsamer, als es die westlichen intellektuellen Diskurse explizit und implizit vortäuschen<sup>77</sup>.

Das Begriffsfeld „Leben“ ist multidimensional strukturiert (vgl. Brenner 2007; Bröckling/Schöning 2004) und die Teilwissenschaftler nehmen sich das aus dem Feld, was zu ihren *Codes* passt und was ihnen vorteilhaft erscheint, bzw. gestalten die Beschreibungen so, wie es ihnen die *Paradigmen*, die Vorgesetzten und die herrschenden Normen vorschreiben. Allerdings wird naiven Personen durch kapitalstarke bzw. -abhängige Menschenführer vorgetäuscht, dass ein Lebensdogmatismus unverzichtbar wäre, dass z. B. der Begriff „menschliches Leben“ nicht nur innerhalb von wissenschaftlichen Theorien, sozialen Kontexten, psychischen Systemen und Ideologien Sinn gewinnt, sondern absolut und objektiv bestimmbar sei und sakralen Charakter hätte.<sup>78</sup>

Eine Soziologie des Lebens bzw. eine *Lebenssoziologie* ist als anerkannte Subdisziplin nicht auffindbar<sup>79</sup> – eine Soziologie des Sterbens und des Todes bzw. eine Thanatosoziologie dagegen ist zumindest schwach institutionalisiert (Feldmann 2010a).

Ein verzweigter Diskurs über Bio- und Thanatopolitik und damit auch Neo-Biosozologie geht von Foucault, Agamben u.a. aus (Lemke 2007; Rose 2007, 56 ff; Lafontaine 2008/ 2010). Er bezieht sich auf die Transformation biologischer und anderer naturwissenschaftlicher Erkenntnisse in verschiedenen Diskursen und Praktiken: Transplantationsmedizin, Fruchtbarkeitstechnologien, ökologisches Management, Gentechnik, Enhancement etc. Knorr-Cetina (2005) sagt eine *Biologisierung der Kultur* (culture of life) voraus, eine zentrale Verschiebung des kulturellen Schwerpunkts von einer Gestaltung der *Gesellschaft* zu einer Gestaltung des *Lebens*<sup>80</sup>, gefolgt von einer Entpolitisierung, jedenfalls im bisher geltenden Sinn von Politisierung, und einer *biologischen Individualisierung* (vgl. Lafontaine 2008, 120 ff). Doch diese Spekulationen, die auf einen Ersatz der alten religiösen (Christentum) und säkularen (Aufklärung) Heilerwartungen durch eine neue (Lebenssteigerung, „Postmensch“ etc.) zielen, auch auf eine neue gesellschaftliche Konfliktstruktur (*appropriation of life*) (Lash 2003) anstelle der „alten Ausbeutung des Mehrwerts“ bleiben diffus und intellektuell dünnflüssig (vgl. auch Knorr Cetina 2007).

---

<sup>76</sup> Lebenswissenschaften (Life Sciences, Biowissenschaften) sind faktisch nicht so multidisziplinär und multiparadigmatisch, wie es kritische WissenschaftlerInnen wünschen (?). In der *Encyclopedia of Life Sciences* (<http://www.els.net/>) werden unter „Science and Society“ folgende Klassen angeführt: Bioethics, Biographies, History, Organizations and Places, Philosophy of the Life Sciences. Die sozialwissenschaftliche Reflexion wird nur in ihren bereits bekannten Spielarten zugelassen.

<sup>77</sup> Die Diskurse und Handlungen der westlichen mächtigen und ohnmächtigen Eliten sind bisher zu wenig auf die Entwicklung einer *transdisziplinären Nachhaltigkeitswissenschaft* zur „Lösung existenzieller Probleme der Weltgesellschaft und des Lebenssystems Erde“ (Moll 2008, 51) gerichtet.

<sup>78</sup> Die Ideologie der „Heiligkeit des Lebens“ ist mit dem Zynismus der herrschaftsstabilisierenden Lebensminderung verschwistert.

<sup>79</sup> Derartige Aussagen sind problematisch, da hunderte nationale und regionale und andere *Soziologien* existieren, die wahrscheinlich keinen ausreichenden internationalen Beobachtungen oder Metaanalysen unterzogen werden.

<sup>80</sup> Eine kaum prüfbare Aussage, da schon die Frage nach den *Schwerpunkten der abendländischen Kultur* völlig heterogene Expertenurteile liefern würde.

Diese kurze schlaglichtartige Diskussion zeigt bereits, dass die Thematik differenziert, zerklüftet, segmentiert und mit Sackgassen und Fallen versehen ist.

Eine moderne kritische Sozialwissenschaft des Lebens und Sterbens sollte sich mit Lebensmehrerung, -minderung, -qualität, -ideologien, -chancen etc. beschäftigen und versuchen, die bisher ziemlich heterogenen intra- und interdisziplinären Beiträge sozialwissenschaftlich in Beziehung zu setzen.

## *Lebensmehrerung*<sup>81</sup>

Leben ist ein dynamisches Geschehen: Mehrerung und Minderung sind notwendig verschränkt. Hoher Geburtenüberschuss und ‚youth bulge‘ führen zu Gewalt und Krieg (Heinsohn 2003). Elementarer: Auf jeder Ebene des Lebens finden ständig Selektion und Variation statt, d.h. Lebensteile entstehen und vergehen. Dieses Geschehen wird bereichsspezifisch explizit und implizit, beabsichtigt und unbeabsichtigt (mit)gelenkt, wobei Risiken, Vorhersagen und Erwartungen sich in vieldeutig bestimmten Feldern des Wissens und Nicht-Wissens entwickeln. Institutionen, Moral/ Ethik, Recht und andere normative Schemata, Skripte, Mythen und Systeme werden genutzt, um interessenorientierte „Ordnung“ in Teilbereiche dieses Geschehens zu bringen.

Individuelle, gruppenspezifische, nationale oder globale mehrperspektivische Lebensmehrerungsbilanzen liegen nicht vor. Es handelt sich nicht nur um methodologische und methodische Probleme, sondern um brisante Herrschaftsgebiete.<sup>82</sup> Doch es wird schwierig sein, die folgenden vier Hypothesen zu falsifizieren:

1. Die bisher in vielen Regionen und Kulturen dominante Mehrerung menschlichen Lebens führt zunehmend zu einer Gefährdung globalen Lebens und zu einer Verstärkung unerwünschter Formen der Lebensminderung.<sup>83</sup>
2. In den von den meisten Menschen für besonders wichtig gehaltenen Teilbereichen der Lebensmehrerung nehmen die sozialen Unterschiede seit Jahrzehnten zu – und zwar auf gruppenbezogenen, nationalen und globalen Ebenen.
3. Immer mehr Lebensmehrerungsbereiche entstehen bzw. entwickeln sich, von denen die Mehrheit der Menschen strukturell ausgeschlossen wird.<sup>84</sup>
4. Die dominanten Formen der Individualisierung und der hochkulturelle kleinfamilienzentrierte Mittelschichthabitus, die z.B. in der real existierenden Frühpädagogik und in den Schul- und Hochschulsystemen der EU tradiert und subventioniert werden, sind immer weniger geeignet, eine *nachhaltig brauchbare Kultivierung* der Lebensmehrerung zu garantieren.<sup>85</sup>

## **Maximierung der Lebenslänge der Privilegierten als gesellschaftliches und individuelles Ziel**

*These 7a: Lebensverlängerung ist das zentrale individuelle und medizinische Ziel, das mit zunehmendem Alter und Krankheit an Bedeutung gewinnt. Somit bestehen starke Widerstände, es in der ‚letzten Phase‘ aufzugeben, da gerade dann gravierende Orientierungslosigkeit*

---

<sup>81</sup> Der Ausdruck „Lebensmehrerung“ wird hauptsächlich in religionsbezogenen und spirituellen Schriften verwendet. Durch seine säkulare sozialwissenschaftliche Verwendung können die Begriffe „Lebensverlängerung“ und „Lebensqualität“ verbunden werden, die zwar quantitativ und qualitativ differenzieren, jedoch dadurch auch die problematische Trennung zwischen quantitativ und qualitativ als selbstverständlich und nicht diskussionswürdig setzen.

<sup>82</sup> Beispiele: Menschen-, Organ- und Waffenhandel.

<sup>83</sup> Globale Lebenssysteme sind komplex und nicht-linear, somit sind sich universalistisch und/oder dogmatisch gerierende religiöse und andere traditionelle Ethiken und Logiken für ihre Steuerung nicht geeignet.

<sup>84</sup> Durch den medizinisch-technischen Fortschritt verstärkt sich die Exklusion: Beispiel Organtransplantation.

<sup>85</sup> Die vierte Hypothese ist spezifischer als die vorhergehenden drei Thesen. Sie kann als Beispiel für spezifische Hypothesen in diesem Problembereich gelesen werden.

*droht. Diese psycho-organisatorische Notlage begünstigt die Sterbeverlängerung, die in der Regel erfolgreich als Lebensverlängerung verkauft wird.*

Landnahme<sup>86</sup>, Beschleunigung<sup>87</sup> und Aktivierung sind vielleicht anthropologische Konstanten, deren biologisches Zentrum in den ‚Mechanismen des Lebens‘ und in der Gehirnentwicklung des homo sapiens liegt und die dann durch die kulturelle Evolution strukturell differenziert und verfestigt wurde. Ihre triumphale und global lebensgefährdende Realisierung haben sie in der Kombination von Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Technologiewachstum gefunden (vgl. Dörre/ Lessenich/ Rosa 2009).

„Die Wachstumsreligion ist mit allen Merkmalen des Sakralen ausgestattet – mit Priestern, Ritualen, Geboten, Verboten, Sünden und Strafen“ (Leggewie/ Welzer 2009, 112).

Lebensverlängerung im medikalisierten Sinne ist durch eine sich seit zwei bis drei Jahrhunderten entwickelnde Modernisierung und in ihrem Gefolge durch permanente medizinische Interventionen und die schon für Kleinkinder anerkannte Standardrolle Patient inzwischen selbstverständliche allgemeine Norm und Erwartung in den reichen Staaten und Gruppen geworden. Dadurch wurde ein Macht- und Ideologiebereich geschaffen, welcher der professionellen staatlichen und medizinischen Verwaltung unterliegt, jedoch immer mehr ökonomisch, d.h. von einer reduktionistischen Profitlogik gesteuert wird. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat im 20. Jahrhundert und auch im vergangenen Jahrzehnt zugenommen – allerdings global und auch im Gruppenvergleich in hochentwickelten Staaten in höchst ungleicher Weise. Freilich sollte man vorsichtig sein, diesen Trend auch für das 21. Jahrhundert einfach als selbstverständlich anzusetzen.

Ein möglichst langes Leben anzustreben, bedeutet in der Regel: Akzeptanz der Kapitalakkumulation, d.h. Akkumulation nicht nur von *Leben* bzw. Lebenslänge, sondern auch von sozialem und ökonomischem Kapital, d.h. ein zumindest implizites Ziel der meisten Menschen ist, möglichst viel im Leben zu ge- und verbrauchen<sup>88</sup>.

Manche Autoren (z.B. Lafontaine 2008) sehen die Maximierung der Lebenserwartung als Teil eines (noch) utopischen Projekts der Biologisierung und Ökonomisierung, in dem Quasi-Unsterblichkeit angestrebt wird – eine säkularisierte Version des alten christlichen Großprojekts (vgl. Keith 2009; Turner 2009). Doch dieses *Projekt* sollte auch von folgenden Prognosen begleitet werden: „Die überwältigende Mehrheit der ‚neuen Fellachen‘ wird im Sinne eines strukturellen Rassismus von gentechnologischen oder medizinischen Optimierungsstrategien gar nicht erfasst werden“ (Macho 2004, 276)<sup>89</sup>. Somit ist das von politischen, rechtlichen, medizinischen und religiösen Eliten errichtete Lebenswert- und –schutzgebot zumindest *ambivalent*: Es kann unbeabsichtigt der Rechtfertigung und Sakralisierung der Lebensverlängerung der Privilegierten auf Kosten des *wert- und kapitallosen* Teils der Menschheit dienen.

*These 7b: Durch eine verfehlte Wirtschafts-, Steuer-, Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Entwicklungspolitik in den vergangenen 30 Jahren sind Lebensjahre und Lebensqualität in so*

---

<sup>86</sup> ‚Land‘ umfasst inzwischen nicht nur physische sondern auch psychische, soziale, kulturelle und virtuelle Territorien.

<sup>87</sup> Beschleunigung und Vermehrung der Lebensereignisse der Privilegierten wird allerdings auch durch Verlangsamung des Altersprozesses angestrebt, die freilich wieder nur durch Landnahme, Beschleunigung und Aktivierung zum Erfolg geführt werden kann (vgl. die Beschleunigungstheorie von Rosa 2005).

<sup>88</sup> Allerdings kann der ökonomische Aspekt auch gegen die Lebensverlängerung sprechen, wenn das Kapital der Familie oder der Bezugspersonen durch medizinische und pflegerische Versorgung verringert wird.

<sup>89</sup> Wingert (2010) schreibt über die „Abspaltung der ganz Starken“, von einer „Absonderung der Leistungsträger nach Art der geschlossenen Wohnviertel, nur im größeren Maßstab“. Dieser „größere Maßstab“ könnte durch eine Bio-Optimierung dauerhaft verankert werden.

großem Maße verloren gegangen<sup>90</sup>, dass eine Zulassung der Aktiven Sterbehilfe Marke NL dagegen nur unwesentliche Veränderungen erbracht hätte.<sup>91</sup>

Überlegungen und Berechnungen folgender Art sind aufgrund der derzeitigen Rechts- und Agendalage nicht opportun:

- 1 Täter (der Unterschicht) 1 Opfer (Unterschicht) 20 Lebensjahre genommen,
- 100 Täter (der Mittel- und Oberschicht) 10000 Opfer (Unterschicht) 10000 Lebensjahre genommen, folglich pro Täter 100 Lebensjahre genommen,
- Nun könnte man vielleicht noch einbeziehen, wie viele Lebensjahre die jeweiligen Täter anderen „gegeben“ haben.

Da solche Berechnungen und Schätzungen mit dem antiquierten Rechtssystem und der durch Familie, Bildung, Religion und Konsum einverleibten *Infantilmoral* unverträglich und politisch unerwünscht sind, geraten sie nicht ins Licht der Öffentlichkeit und ihre wissenschaftliche Differenzierung wird nicht gefördert. Lebens- und Todesforscher sollten Verantwortliche für internationale Vereinbarungen wie TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) (vgl. Pogge 2009), Spitzenmanager und Vorstandsmitglieder von Banken, der Tabak-, Asbest- und Rüstungsindustrie und deren Verbündete in den politischen Parteien (vgl. Michaels 2008; Roselli 2007) in ihren Entdeckungszusammenhang einbeziehen.

Die Streuung der Lebenserwartung wird in den kommenden Jahrzehnten (und Jahrhunderten) zunehmen<sup>92</sup>. Bisher leben die FührerInnen und die Reichen im günstigen Fall erst zwei- bis dreimal so lange als diejenigen, die sie ausbeuten bzw. die für sie arbeiten. Doch ihre Einkommen sind zwanzig- bis dreitausendmal größer. Dies ist eine Inkonsistenz, an deren Verringerung exzellente Wissenschaftler arbeiten.<sup>93</sup>

## *Lebensbewertung/ Lebens- und Sterbequalität*

Menschen können nicht nicht bewerten. Das gilt in besonderem Maße für den hochbedeutsamen Bereich Leben und Sterben (vgl. Rose 2009). Jeder Gedanke, jede Handlung sind das Ergebnis von Selektion und damit auch mit impliziter oder expliziter Bewertung verbunden. Menschen bzw. menschliches Leben wurden in allen Kulturen situations-, kontext- und statusspezifisch extrem unterschiedlich bewertet. Diese anthropologische Tatsache wurde auch durch moderne Bildungssysteme, Menschenrechtserklärungen und Verfassungen nicht grundsätzlich geändert. Was sich stark geändert hat, ist der faktische Schutz menschlichen Lebens in den Rechtsstaaten – der allerdings aufgrund des hohen ökonomischen Aufwands teilweise für die Nichtgeschützten, zu denen die meisten Lebewesen gehören, lebensgefährlich wirkt (vgl. Fassin 2009, 55 f).

„Im Alltagsbewusstsein und auch in der öffentlichen Kommunikation sind differenzierte Bewertungen konkreten menschlichen Lebens enthalten. Sie lassen sich aufgrund von Handlungen, Konsumpräferenzen und der auf allen Ebenen unvermeidlichen Selektion erschließen. Die real existierende Instrumentalisierung menschlichen Lebens wird in der Öffentlichkeit meist nicht diskutiert, doch wenn sie offengelegt wird, entstehen heftige Kontroversen.“ (Feldmann 2004a, 62).

---

<sup>90</sup> „Lebensjahre rauben“ wird selten verwendet und in wissenschaftlicher Literatur rauben nur Krankheiten nicht Menschen oder Organisationen Lebensjahre.

<sup>91</sup> Eine durch staatliche Maßnahmen bewirkbare Verringerung der Einkommensungleichheit würde bedeutsame Verbesserungen der Lebensqualität und Lebensverlängerung erbringen (Wilkinson/ Pickett 2008; Hoffmann 2008). Im deutschen Sprachraum wird auf diese Problematik bezogene exzellente Forschung nicht durchgeführt.

<sup>92</sup> Vgl. für die USA: [http://www.worldproutassembly.org/archives/2008/03/social\\_inequali\\_2.html](http://www.worldproutassembly.org/archives/2008/03/social_inequali_2.html)

<sup>93</sup> „Die Reichen sind zurzeit noch eine Klasse und keine Spezies, aber sie könnten es werden, wenn man nicht aufpasst“ (Sloterdijk 2009b).

In welcher Weise wird der Wert eines einzelnen menschlichen Lebens von für die Erhaltung sorgenden Menschen oder Organisationen implizit und explizit, offen und geheim, moralisierend, ökonomisierend etc. gesetzt?

Ärzte oder Pflegekräfte nutzen Routinen, bürokratische Regeln und *soziale Tatsachen*, die für die Bewertung und Selektion ‚sorgen‘, und sind somit häufig von expliziten Wertentscheidungen zumindest subjektiv entlastet. Eine Umfrage in vier europäischen Ländern zeigt allerdings, dass die Mehrheit der Ärzte nicht nur alltäglich Bewertung und Rationierung durchführt, sondern sich dessen auch meist bewusst ist (Hurst et al. 2007).

*These 8: Interdisziplinäre Theorien und empirische Untersuchungen zur Bewertung menschlichen und nicht-menschlichen Lebens<sup>94</sup> und seiner erforderlichen Kontextbedingungen sollten ein wichtiger Forschungs- und Lehrbereich sein, der bisher in der EU zu wenig berücksichtigt wird (vgl. Broome 2004, 2008; Rose 2008).*

#### Exkurs zur Sterbequalität

Man kann ein Konstrukt *Sterbequalität*<sup>95</sup> in Anlehnung an eine Bestimmung der Lebensqualität, die psychologisch, soziologisch oder medizinisch durch subjektive und objektive Faktoren bestimmt werden kann (vgl. Daatland 2005), bilden, das als Grundlage für die Erstellung von Theorien und der Durchführung von empirischen Untersuchungen dienen könnte.<sup>96</sup> Allerdings fehlt es an repräsentativen Basisdaten zum zentralen Konstrukt *Zufriedenheit der sterbenden Person*.

	<i>Extern (objektiv)</i>	<i>Intern (subjektiv)</i>
Sterbechancen (Input)	Umweltbedingungen (Krankenhaus, Heim etc.)	Sterbekompetenz, psychosomatisches Kapital
Sterbeerfolg (Output)	z.B. medizinisch korrektes Sterben	Zufriedenheit der sterbenden Person

Abb. 8a: Sterbequalität (modifiziert nach Veenhoven 2000)

Die folgende Klassifikation soll dazu dienen, die Kultivierungschancen und den Lebenslaufzusammenhang der Qualitätsbestimmungen aufzuzeigen.

<i>Qualitätskomponenten</i>	<i>Qualitätsmerkmale</i>
Subjektive Lebensqualität	Wohlbefinden, Zufriedenheit der betroffenen Personen
Perspektivischer Nutzen	Nutzen f. betroffene Personen, Bezugspersonen, Gemeinschaften, Ärzte etc.
Politische, spirituelle, kulturelle u. sonst. symbolische Werte	Gleichheit, Gerechtigkeit, religiöse Werte, nachhaltige Entwicklung etc.

Abb. 8b: Lebens- und Sterbequalität

Die Gewichtung der Qualitätskomponenten und die ‚Messung‘ der Qualitätsmerkmale erfordert Kooperation und Professionalisierung, doch die Bewertung und letztgültige Entscheidungen liegen bei der Zentralperson. So wie man sein Leben kultivieren kann, so kann man sein Sterben kultivieren. Verlängerung oder Verkürzung des Lebens sind Mittel der Kultivierung.

<sup>94</sup> Die in der Geschichte einmalige universalisierte Aufwertung menschlichen Lebens war und ist verbunden mit einer (relativen) Abwertung nicht-menschlichen Lebens – wobei die Kausalketten komplex sind. Diese Abwertung wird inzwischen teilweise korrigiert, weil sie zu unerwünschten Konsequenzen für den Erhalt (wertvollen) menschlichen Lebens geführt hat und führen wird.

<sup>95</sup> Kurzbericht über eine internationale Sterbequalitätsuntersuchung:

<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,706411,00.html>

<sup>96</sup> Im anglophonen Raum gibt es eine Reihe von Untersuchungen, während die Lage im deutschsprachigen Raum als unbefriedigend zu bezeichnen ist. Denn weder die Theoriebildung noch die empirische Forschung in diesem Bereich entsprechen den der Sache angemessenen Qualitätsanforderungen.

## Lebensschutz

*These 9a: Das im deutschen Sprachraum offiziell bzw. von herrschenden Sprechern genutzte Konstrukt Lebensschutz täuscht eine universalistische Konzeption vor, dient jedoch tatsächlich partikularistischen Zielen bestimmter Gruppen und Organisationen.*

Die Verbesserung des Lebensschutzes in Human-Kollektiven kann grob durch die Steigerung der durchschnittlichen Lebenslänge gemessen werden. Der Anstieg der Lebenserwartung kann in den vergangenen 100 Jahren sowohl bei der Weltbevölkerung insgesamt als auch in den meisten Staaten festgestellt werden. Allerdings haben auch die globale Streuung und damit die soziale Ungleichheit zugenommen (vgl. Therborn 2009).

Lebensschutz kann sich auf Leben des Planeten Erde generell beziehen, nicht nur auf menschliches. Der Begriff legt also eine moderne Systemsicht nahe. Doch Diskussionen oder gar Berücksichtigungen von Systemmodellen<sup>97</sup> im Diskursbereich Sterben und Tod werden von vielen Funktionären der Politik, des Rechts, der Religion und der Medizin vernachlässigt oder nicht gewünscht, folglich werden auch in der Öffentlichkeit, d.h. in den Medien und ihnen angeschlossenen Wissenschaftsteilen, hauptsächlich erwünschte von Systemüberlegungen gereinigte meist narrative Beiträge geliefert, die sich auf das ungeborene Leben, die Schwangerschaft, die Stammzellforschung, die aktive Sterbehilfe, Hospize und ähnliche Spezialfragen beziehen.<sup>98</sup> Kontrolldienste (Führungspersonal, Professoren, Politiker, Bischöfe etc.) setzen Diskursrahmen und bewachen sie. In diesen Rahmen wird ritualisiertes, erfahrungsbezogenes und angeblich *wissenschaftlich gesichertes* Wissen zelebriert, z.B.

- Menschen wünschen (mit ganz ganz wenigen Ausnahmen) „nur deshalb“ Lebensverkürzung, weil sie Schmerzen haben<sup>99</sup>.
- Hospize und Palliativpflege sind Allheilmittel für die modernen Sterbeprobleme.
- Durch Palliative Care können (fast) immer die Schmerzen so beherrscht werden, dass die Menschen „gerne“ weiterleben wollen.
- Die Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid stellt eine „zentrale Kulturstörung“ dar.
- Demokratisierende und humanisierende Umstrukturierungen der Systeme Politik, Wirtschaft, Gesundheit, Bildung und Religion erbringen keine wesentlichen Ergebnisse für die Verbesserung der Sterbegestaltung.<sup>100</sup>

*These 9b: Die unbeabsichtigten (?) und jedenfalls nach Meinung vieler reflektierender Menschen unerwünschten Nebenwirkungen einer bürokratisierten, nationalisierten, professionalisierten und sakralisierten Lebensschutzideologie und –praxis kann man in den hochentwickelten Staaten studieren.*

*These 9c: Je aufwendiger der Lebensschutz für Privilegierte gestaltet wird, umso weniger Lebensschutz erhalten der Abschaum, der Ausschuss, die Ausgeschlossenen, die Überflüssigen*

....

Der durchschnittliche (quantitative) Lebensschutz für Staatsbürger und privilegierte Tiere<sup>101</sup> wurde in den reichen Staaten in den vergangenen Jahrzehnten mit immer höherem Aufwand und immer erfolgreicher betrieben – zu Lasten des Schutzes der unterprivilegierten Milliar-

<sup>97</sup> Eine herrschaftskonforme Sterilisierung der Systemtheorie im Rahmen der Sozial- und Geisteswissenschaften wurde von Luhmannianern durchgeführt.

<sup>98</sup> In Google Scholar erhält man für folgende Eingaben KEINE Treffer: „Schutz des Lebenssystems“, „Lebenssystemschutz“, „Schutz des globalen Lebens(systems)“.

<sup>99</sup> Nicht nur Gegner sondern auch Befürworter der Legalisierung von Beihilfe zum Suizid oder aktiver Sterbehilfe sind schmerzideologisch defizitorientiert, wenn diese Hilfe strikt auf Fälle beschränkt werden soll, bei denen die „normale“ Schmerzkontrolle nicht ausreichend funktioniert.

<sup>100</sup> Der letztgenannte Punkt wird selbstverständlich nur implizit und schweigend zelebriert.

<sup>101</sup> „57 Milliarden Dollar schwer ist der weltweite Heimtiermarkt. Das ist mehr, als nötig wäre, um die extreme Armut in der Welt zu halbieren ...“ (Der Spiegel 30/2010, 66).

de(n) von Menschen, der in Zukunft lebenden Menschen und des nicht privilegierten nicht-menschlichen Lebens<sup>102</sup>.

*These 9d: Der Schutz menschlichen Lebens sollte in einer freiheitlichen Gesellschaft durch Aufklärung, Herstellung von günstigen Bedingungen für Familien, Verringerung der sozialen Ungleichheit und ähnliche humane und kultivierende Maßnahmen gewährleistet werden.*<sup>103</sup>

*These 9e: Menschen, die über ihren Körper und ihre Psyche selbst verfügen wollen, sollten vor denjenigen geschützt werden, die das Leben anderer auch gegen deren Willen zu erhalten und zu manipulieren versuchen.*

*These 9f: Die wissenschaftliche Stagnation der Lebensschutzdiskurse ist auf die institutionelle Eingrenzung der Bearbeitung (Rechtswissenschaft, Philosophie, Theologie) und auf die Ritualisierung zurückzuführen.*

## Lebensminderung, Gewalt, Töten

### Lebensminderung

*These 10a: Nur ein geringer Teil der ‚durch Menschen‘ produzierten Minderung menschlichen Lebens erfolgt ‚beabsichtigt‘.*<sup>104</sup>

*These 10b: Eine Hauptursache der Lebensminderung ist die soziale Ungleichheit, d.h. die Exklusion von hunderten Millionen Menschen, denen die Teilhabe an ökonomischen, sozialen, kulturellen und gesundheitsfördernden Ressourcen verweigert wird<sup>105</sup> (vgl. Wilkinson/ Pickett 2009). Eine Verringerung der sozialen Ungleichheit würde folglich eine globale Verbesserung der Lebensbedingungen erbringen.*<sup>106</sup>

*Lebensminderung*<sup>107</sup> kann als eine quantitative und qualitative Verringerung, Beschädigung, Verletzung oder Beeinträchtigung des physischen, psychischen oder sozialen Lebens von Menschen definiert werden. *Lebensverkürzung* i.e.S. betrifft die Quantität des physischen Lebens, i.w.S. die Quantität des physischen, psychischen und sozialen Lebens. Vorrangig gemeint ist eine durch menschliches Handeln bewirkte Verringerung der im Durchschnitt unter ‚normalen Bedingungen‘ und/ oder ohne dieses Handeln zu erwartenden Dauer des physischen Lebens einer Person. Lebensminderung ist folglich der übergreifende Begriff und Töten im alltagssprachlichen und auch in der Wissenschaft üblichen Sinne ist eine Teilmenge von Lebensminderung.

---

<sup>102</sup> Auch zu Lasten der Lebensqualität der Unterprivilegierten der reichen Staaten!

<sup>103</sup> Diese scheinbar selbstverständliche Forderung wird in den Staaten der EU, z.B. in Deutschland, nur höchst unzureichend erfüllt. Vor allem wird exzellente Forschung, Evaluation und Programmentwicklung in diesem Bereich vermieden.

<sup>104</sup> Ist es ein Zeichen von *Kultivierung*, wenn der beabsichtigte Teil der Lebensminderung allmählich zunimmt?

<sup>105</sup> Wenn man die These 10a als wahr voraussetzt, dann handelt es sich wahrscheinlich um eine ‚unbeabsichtigte‘ Teilhabeverweigerung!?

<sup>106</sup> Ein interessantes Beispiel: Murray et al. (2006) haben US-amerikanische Verwaltungsbezirke in acht Cluster geteilt, wobei der durchschnittliche Unterschied in der Lebenserwartung zwischen dem obersten und dem untersten Teil 35 Jahre beträgt! Indien wäre für eine derartige Untersuchung noch besser geeignet.

<sup>107</sup> Der Ausdruck „Lebensminderung“ wird hauptsächlich in religionsbezogenen Schriften verwendet. Durch seine säkulare sozialwissenschaftliche Verwendung können die Begriffe „Lebensverkürzung“ und „Lebensqualität“ verbunden werden, die zwar quantitativ und qualitativ differenzieren, jedoch auch die Reduktion der Lebensverkürzung auf physisches Leben als selbstverständlich und nicht diskussionswürdig setzen. Durch die sprachlich radikale Trennung von Lebensverkürzung und Lebensqualität werden auch spezifische Kampfzonen aufgezeigt, deren Perspektivität verschleiert wird.

	<i>quantitativ</i>	<i>qualitativ</i>
<i>Lebensminderung</i>	Lebensverkürzung i.e.S.	Verschlechterung der Qualität des phys., psych. u. soz. Lebens
<i>Lebensmehrung</i>	Lebensverlängerung i.e.S.	Verbesserung der Qualität des phys., psych. u. soz. Lebens

Abb. 5: Quantitative und qualitative Lebensmehrung und -minderung

Lebensminderung oder –verkürzung bezieht sich nicht nur auf das physische, sondern auch auf das psychische und soziale Leben.

Eine starke Minderung des psychischen Lebens wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn ein festgestellter<sup>108</sup> Eingriff in das psychophysische System einen schnellen psychischen Zusammenbruch bewirkt, z.B. einen radikalen Identitätsverlust, ein Dauerkoma etc. Die starke Minderung des sozialen Lebens<sup>109</sup> findet offizielle Beachtung, wenn ein festgestellter Eingriff in das soziale Mikrosystem einen schnellen physischen, sozialen oder psychischen Tod bewirkt, z.B. durch Suizid oder Herz-Kreislaufversagen etc. Häufiger erfolgen jedoch diffuse und nicht dokumentierte Eingriffe, die nach Monaten oder Jahren zu einem verfrühten psychischen bzw. physischen Sterben oder Tod führen. Da diese zweite Form häufiger vorkommt und auch insgesamt einen größeren Verlust an psychischen und teilweise auch physischen Lebensjahren zur Folge hat, könnte man vermuten, dass diese zweite Form stärker im Blickpunkt von Politik und Recht steht. Doch dies ist nicht der Fall, bzw. die Steuerungssysteme sind so komplex, inkonsistent und intransparent gestaltet und werden so schlecht evaluiert, dass schwer nachweisbar ist, was der Fall ist.

*Strukturelle Lebensminderung* erfolgt u.a. durch politische und ökonomische Maßnahmen, die die soziale Ungleichheit verstärken, was in den vergangenen Jahrzehnten weltweit und auch in einer Reihe von hochentwickelten Staaten der Fall war (vgl. Wilkinson/ Pickett 2008).

	<i>Physisch</i>	<i>Psychisch</i>	<i>Sozial</i>
<i>personal</i>	Verletzung, Tötung	Mobbing, ‚Depressieren‘	Direkte Vertreibung, Jobverlust
<i>strukturell</i>	Gesundheitsinfrastruktur vernachlässigen	Ökonomischer Stress u. Überforderung	Indirekte Vertreibung, Umweltzerstörung

Abb.6: Personale und strukturelle Formen der Lebensminderung

*These 11: Herrschende Akteure versuchen, auch in (Post)Demokratien mit den Mitteln zentralisierte Befehlsgewalt, Zwang, Manipulation, rechtliche und anderweitige Kapitalsteuerung, Kasernierung, Entmündigung und Behinderung von freier Vergemeinschaftung ihre Privilegien und Kapitalvermehrungsquellen zu erhalten – und über emotionenbearbeitende Akteure und Netze den Eindruck zu verfestigen, als wäre ihnen die Vermeidung von Lebensminderung ein Herzensanliegen.*

*Soziales Töten bzw. Lebenschancenminderung*

Eine „soziale Tötung“ oder Lebenschancenminderung ist ein Handeln, durch das die soziale Existenz eines lebenden oder toten Menschen<sup>110</sup> schwer geschädigt wird.

Wenn ein alter Mensch aus seiner Wohnung in ein Pflegeheim gebracht wird, dann findet meist eine schwerwiegende soziale Verletzung statt, die mit psychischen und physischen Schädigungen verbunden ist (vgl. Raven 2009, 174 ff).

*These 12: Investitionen in die Vermeidung sozialer Lebenschancenminderung würden mehr physische, soziale und psychische Lebensjahre retten als in krankheitsbezogene Vorsorgeuntersuchungen – und hätten zusätzlich noch kultivierende und demokratisierende Effekte.*

<sup>108</sup> Die Feststellung ist norm- und kapitalabhängig, d.h. sie dient vor allem zur Bestrafung von Nicht-Herrschenden.

<sup>109</sup> Verlust an sozialem und ökonomischem Kapital und an Teilhabechancen.

<sup>110</sup> In verschiedenen Kulturen wurde von Machthabern radikal versucht, die Erinnerung an verhasste Tote auszulöschen oder ihre Weiterexistenz im Jenseits zu verhindern.

„Da in modernen Gesellschaften starke innere und äußere Barrieren gegen das physische Töten errichtet wurden, doch aggressive Ziele und die Konkurrenz um knappe Ressourcen nach wie vor hohe Priorität besitzen, wurde das physische Töten in soziales Töten, bzw. die physische Gewalt in strukturelle Gewalt transformiert.“ (Feldmann 2004a, 160)

*These 13a: Kostengünstige und herrschaftsverträgliche Formen der Lebensmehrerung und -minderung werden durch Modernisierung, Ökonomisierung, Verrechtlichung, Verwissenschaftlichung und technologische Verfeinerung global optimiert und perfektioniert. Die Konsumkultur und das ‚Wachstum‘<sup>111</sup> der reichen Gruppen und Organisationen beruhen u.a. auf einer Lebensminderung, die hauptsächlich von dieser Konsumkultur (fast) nicht profitierende Lebewesen betrifft. Die globale Lebensminderung findet in den reichen Staaten zu wenig Aufmerksamkeit, während periphere Aspekte des Lebens- und Sterbefeldes mit hohem ökonomischen, sozialen und kulturellen Aufwand erforscht, bürokratisch verregelt, propagandistisch instrumentalisiert und ethisiert werden.*

## Lebensverkürzung

*These 13b: Die meisten Menschen in den reichen Staaten leben und sterben wahrscheinlich mit der Gewissheit, dass sie keinen Menschen getötet und vielleicht auch mit der Annahme, dass sie kein menschliches Fremdleben verkürzt haben. Diese Annahmen sind allerdings Illusionen, bzw. schlicht falsch.*

Lebensverlängerung und -verkürzung finden alltäglich millionenfach statt, freilich in der Regel nicht thematisiert, nicht kategorisiert und nicht evaluiert. In den friedlichen reichen Staaten werden sorgfältig durch hierarchische Filter ausgewählte Ereignisse der Lebensverkürzung zum öffentlichen Thema, während der mainstream und viele Nebenflüsse der physischen, psychischen und sozialen Lebensminderung dem ‚Schicksal‘, dem ‚Markt‘ und der ‚Selektion‘ überlassen werden. Die real existierende Lebensverkürzung soll durch stilles, verschwiegenes, unentwickeltes und wertloses Kümmerwissen repräsentiert werden, nur so weit vorhanden, dass es Angst und Unsicherheit verbreitet, die für die Herrschaftserhaltung benötigt wird. Selbstverständlich vermeiden auch Wissenschaftler, dieses Thema öffentlich zu behandeln.

In der Hospiz- und Palliativliteratur wird in Variationen das Postulat aufgestellt: *keinesfalls Leben verkürzen und nicht unnötig Leben verlängern.*<sup>112</sup> Diese Handlungsaufforderung ist nicht erfüllbar. Welchen Zweck haben nicht erfüllbare Handlungsaufforderungen?<sup>113</sup> Es handelt sich um klassische Machtmittel. Der Handelnde ist damit von der Gnade der Herrschaftsträger abhängig. Er bleibt grundsätzlich fremdbestimmt und schuldbeladen.

## Gewalt

Von den vielen Definitionen von Gewalt wähle ich eine aus:

„Gewalt meint eine Machtaktion, die zur absichtlichen körperlichen Verletzung anderer führt“ (Popitz 1992, 48). Die Definition kann ausgeweitet werden: statt „eine Machtaktion“ schlicht „Aktionen“, statt „absichtliche körperliche Verletzung“ umfassender „Lebensminderung“.

*Gewalt meint Aktionen, die zur Lebensminderung anderer führen.* Um die Definition für verschiedene Zwecke brauchbar zu machen, müssen dann jeweils Lebensminderungsbereiche und

---

<sup>111</sup> Der Ausdruck „tödliches Wachstum“ bezieht sich in Texten auf Krebszellen, nicht auf die Folgen der Entscheidungen von Regierungen der reichen Staaten oder anderer globaler Megaspielder.

<sup>112</sup> Beispiel: „Hospize setzen sich für ein möglichst natürliches Sterben ein, dazu gehört weder das Angebot einer vorschnellen Lebensverkürzung noch das einer künstlichen Lebensverlängerung“ (Wilkening/ Kunz 2003, 33).

<sup>113</sup> „Man gehe die einzelnen moralischen Aufstellungen der Urkunden des Christentums durch, und man wird überall finden, dass die Anforderungen überspannt sind, damit der Mensch ihnen nicht genügen könne; die Absicht ist nicht, dass er moralischer werde, sondern dass er sich möglichst sündhaft fühle“ (Nietzsche 1906, Bd. 3, Nr. 141, 148).

-grenzen operationalisiert werden. Außerdem ist die Definition von Popitz zu sehr auf Gewalt als punktuellere Ereignis gerichtet, doch Gewalt soll als Prozess begriffen und untersucht werden.

Absolute Armut, die weltweit Hunderte Millionen trifft, ist ein Ergebnis und eine Quelle struktureller Gewalt und eine Produktionsstätte für physische und soziale Lebensminderung (vgl. Ziegler 2003; Pogge 2007).

Früher, d.h. noch im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts, mussten herrschende Gruppen und Organisationen der hochentwickelten Länder mehr mit direkter physischer, sozialer und psychischer Gewalt ausbeuten, heute gelingt dies mit indirekter struktureller und symbolischer Gewalt, die von den modernen ökonomischen, politischen und rechtlichen Systemen begünstigt wird, z.B. vom internationalen Finanzsystem<sup>114</sup>. Das physische Töten wurde in soziales Töten transformiert, eine ‚humane‘ Mittelveränderung, während die leitenden ökonomischen Ziele unverändert blieben.

Die Folgen sind für viele nicht weniger gravierend: frühzeitiger Tod, starke Lebensminderung, starke Lebensqualitätsverschlechterung bzw. keine -verbesserung.

Die hochkultivierten und professionellen Täter bleiben sowohl für die Opfer als auch für die „überwachende Öffentlichkeit“ unerkant bzw. unerreichbar.

*These 13b: Auch in den hochzivilisierten Staaten existieren institutionalisierte Gewaltbereiche, die vielen Menschen unnötig Leid bereiten: medizinische Behandlung, Heime, Gefängnisse, Schulen und andere Organisationen, in denen die Gewalt Ausübenden durch ‚Mauern‘ und Exklusion vor Transparenz und Strafverfolgung geschützt sind.*

*These 13c: Die in die ‚Öffentlichkeit‘ dringenden Informationen über gesellschaftliche Gewalt sind höchst selektiv, haben viele Filter durchlaufen. Folglich ist das Gewaltbewusstsein der meisten Menschen, das durch diese ‚Informationen‘ geformt ist, verzerrt, stereotyp, unreflektiert etc.*

*These 13d: Herrschaftsinteressen, das Gewaltbewusstsein der Mehrzahl der Menschen in seinem Zustand, der immer mehr mediengesteuert hergestellt wird, zu belassen und kritische Bildung zu vermeiden, sind dominant und werden von Instanzen aus der Wissenschaft und anderen Bereichen der ‚Aufklärung‘ nicht wirksam angegriffen.*

Galtung (1971, 62) versuchte, den Gewaltbegriff systemtheoretisch auf die globale Gestaltung von Lebenschancen zu beziehen. Man kann parallel zum Begriff „strukturelle Gewalt“ von Galtung einen Begriff „strukturelles Sterben (machen)“ bilden, d.h. Sterben wird gemacht, darf aber nicht als gemacht erscheinen. Der Gewaltbegriff ist im modernen Alltags- und auch Rechtsverständnis mit dem Konstrukt *Akteur* verbunden, einem Sammelbegriff für Personen, Gruppen oder Organisationen und andere soziale Gebilde<sup>115</sup>. Das *normale Sterben* wurde zwar in vielen traditionellen Kulturen doch nicht in modernen Gesellschaften primär aktorsgesteuert konzipiert. Die Akteursreinigung des in den meisten Kulturen aktorsverseuchten Begriffs Sterben ist ein Ergebnis der abendländischen Kulturentwicklung, wobei Christentum und *Aufklärung* unbeabsichtigt gemeinsam wirkten. Im Christentum wurde zwar der einzelne als Akteur moralisierend hochstilisiert, doch beim Herrschen sollte er dem Herrscher und beim Sterben sollte er Gott das Feld überlassen. In der Aufklärung wurde der einzelne ebenfalls aufs Podest gehoben, doch beim „natürlichen Sterben“ sollte die „Natur“ walten. Die christlichen Funktionärsideologien haben diesen scheinbar naturwissenschaftlich begründeten neomythischen Naturbegriff anektiert. Trotz dieser normativen Naturalisierung<sup>116</sup> ist das moderne Alltagsfeld Sterben faktisch von Akteuren bevölkert.

---

<sup>114</sup> Dass das internationale Finanzsystem viele Menschen tötet, wurde etwa von dem englischen Labourpolitiker Livingstone behauptet. Doch gründliche Untersuchungen zu dem Thema werden selbstverständlich nicht finanziert.

<sup>115</sup> Vgl. die Erörterung von Akteurmodellen bei Schimank (2010, 44 ff).

<sup>116</sup> Vgl. zu der philosophischen Diskussion um „Natürlichkeit“ Birnbacher (2006a).

„Auf jeden Fall gilt das „natürliche Sterben“ mit Zertifikat als Ideal, weil man dann keine Strafverfolgung oder unangenehmen Fragen befürchten muss. Folglich werden Mörder, Hinterbliebene von Selbstmördern, Ärzte in Krankenhäusern usw. versuchen, das finale Ereignis als „natürliches Sterben“ darzustellen bzw. zu maskieren“ (Feldmann 2008a, 174).

## Überlegungen zur Todesproduktion<sup>117</sup>

Ein moderner Mythos lautet: Es gibt nur zwei Tode, den *natürlichen Tod*, „friedliches Verlöschen nach ungestörtem biologischen Lebensvollzug“ (Fuchs 1969, 227) und den *gewaltsamen Tod*. Der natürliche Tod erfolgt gemäß dieser Konzeption nach dem Ablaufen der Lebensuhr, die herrschaftlich, naturwissenschaftlich und sozio-technisch gestellt wird. Ein wenig befangener Beobachter könnte folgende Beschreibung liefern: Sterben und Tod werden gesellschaftlich produziert und dann mit Hilfe von rechtlich vorgeschriebenen Ritualen als natürlich oder gewaltsam eingestuft.

Die überwiegende Mehrzahl aller Organismen ist bisher eines *frühzeitigen Todes*<sup>118</sup> gestorben. Auch für den homo sapiens gilt dieses ‚Naturgesetz‘ und ob und in welchem Ausmaß es für bestimmte Kollektive außer Kraft gesetzt wurde und wird, hängt von sozialen Eingriffen und Definitionen ab.<sup>119</sup>

Wie die meisten Menschen ist auch das Krankenhauspersonal bestrebt, den Eindruck zu vermeiden, dass es Sterben und Tod herstellt (Streckeisen 2001, 121 ff), obwohl – besonders bei Anwendung komplexer Medikation und Technologie – Leben und Sterben ständig quantitativ (Lebensverlängerung bzw. –verkürzung) und qualitativ (Schmerzen, Bewusstheit etc.) manipuliert werden (vgl. Harvey 1997; van den Daele 2008a, 47 ff) und Selbst- und Fremdtötungskomponenten enthalten sind (vgl. Parsons/ Lidz 1967, 165).

Ärzte und organisatorisch-technologische Konzepte und Kontexte „entscheiden“<sup>120</sup> ständig sowohl über Lebensquantität als auch über Lebensqualität oder – wenn man den Entscheidungsbegriff für unangemessen hält – bewirken dies – im Sinne von Akteur-Netzwerk-Modellen nach Latour (2007).<sup>121</sup>

„Dass auf den Intensivstationen in den Vereinigten Staaten die Patienten häufig zwischen 17.30 Uhr und 18 Uhr versterben, erklärt sich für die Anthropologin Sharon Kaufman daraus, dass Ärzte und Familie sich in dieser Zeitspanne am besten am Bett des Sterbenden einfinden können, um ihn in seinen letzten Augenblicken zu begleiten“ (Lafontaine 2010, 70).

Sterben wird als „kollektives Handeln“ (Anspach 1993) in komplexen organisierten Kontexten gemanagt, präsentiert und rationalisiert, wobei keine befriedigende Bewertung möglich ist, weil der Kunde am Ende der Dienstleistung tot ist. Der Klient, der sich nicht mehr beschweren kann, nachdem er die Dienstleistung erhalten hat, ist für Professionelle der ‚ideale‘ Klient. Es wäre also nicht verwunderlich, wenn eifrig daran gearbeitet würde, dass der Anteil dieser ‚idealen‘ Klienten im medizinischen und Pflegesektor, also grob gesagt der Sterbenden und der Personen mit möglichst geringer Kommunikationskompetenz<sup>122</sup>, steigen wird.

---

<sup>117</sup> Der Begriff *Todesproduktion* ist einerseits neutral, doch faktisch wurde er bisher nur im Sinne der Produktion des *gewaltsamen* Todes, und auch da wieder spezifisch auf Krieg, Genozid und ähnliche Massenvernichtung eingeschränkt verwendet.

<sup>118</sup> Eine „objektive naturwissenschaftlich fundierte Definition“ von „frühzeitig“ könnte sein: vor der Reproduktionsfähigkeit.

<sup>119</sup> Wenn man den Menschen ab der Empfängnis als „Organismus“, „Mensch“, „rechtlich unterschiedslos schützenswertes Wesen“, „Person“ etc. definiert, dann kommt man auf andere Verhältniszahlen, als wenn man den Menschen erst ab der Geburt oder ab seiner sozialen Anerkennung („sozialen Geburt“) in die Kalkulation einbezieht.

<sup>120</sup> „Death ist mostly decided, not waited for“ (Kaufman 2005, 93).

<sup>121</sup> Solche Probleme werden reduktionistisch untersucht. Ein Beispiel: Giannini/ Consonni 2006.

<sup>122</sup> „Kommunikationskompetenz“ ist ein dynamisches Konzept. Man kann den Anteil derjenigen mit „zu geringer Kommunikationskompetenz“ auch dadurch steigern, dass man verschiedene Kompetenzen auf der Gegenseite, also der Professionellen und Helfer, „gestaltet“ und „verbessert“.

## Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“

Die Themen *Töten* und Lebensminderung und –mehring werden in Deutschland und anderen Staaten durch eine quasisakrale Koalition von Politik, Recht, Religion und Medizin (Oligarchie) verwaltet, so dass andere Organisationen und Institutionen und die Mehrheit der Bevölkerung nur geringe Chancen haben, den offiziellen semantischen Raum und die Praktiken in Militär, Krankenhaus, Schule, Kirche, Gericht, Betrieb und Gefängnis mitzugestalten.

*These 14: Die zentrale Basis der ziemlich stabilen Festlegung der Schemata, Skripte, Vorurteile und Stereotype über Töten in der Bevölkerung sind das gefestigte Gewalt- und Todesmonopol des modernen Staates und seine überwältigende Militär-, Polizei- und Überwachungs-maschinerie und die durch Bildung und Medien übertragenen die Interessen der herrschenden Akteure stützenden Wissens- und Weltkonstruktionen.*<sup>123</sup>

„Wie soll „Töten von Personen“ definiert werden? Töten ist die Manipulation des Todeszeitpunktes, der Todesart und -umstände anderer Personen. In der Regel wird nur die gewaltsame Verkürzung der Lebenszeit darunter subsumiert, doch man sollte auch die gewaltsame Verlängerung der Lebenszeit unter für das Opfer entwürdigenden und qualvollen Bedingungen nicht außer Acht lassen (psychisches und soziales Töten).“ (Feldmann 2004a, 240) Töten hat folglich mit Gewalt und *timing*<sup>124</sup> zu tun. Kellehear (2007a, 234 ff) meint, dass „timing of death“ zunehmend zu einem sozialen Problem wird.<sup>125</sup> Als Gewalt kann man auch die Weiterbehandlung ansehen, wenn *gemäß wissenschaftlicher Erkenntnis* kurative Maßnahmen die Lebenschancen nicht mehr verbessern<sup>126</sup> oder wenn sie nicht den Bedürfnissen und Interessen der betroffenen Person entsprechen.

Töten ist eine Untermenge der Lebensminderung, die kulturell, sozial und herrschaftlich eingegrenzt wurde und wird und einen normativen Sonderstatus erhalten hat.

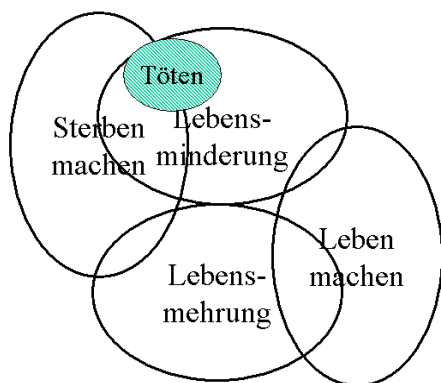


Abb. 9: Töten im Feld der Lebens- und Sterbesteuerung

*Sterben machen* und *Leben machen* sind dynamisch wachsende stark segmentierte Bereiche, deren Einfluss auf die Lebensmehring und –minderung zunehmen wird.<sup>127</sup>

<sup>123</sup> Zweifellos haben auch die aus vormodernen kulturellen Kontexten stammenden Tötungskonzepte der Hauptreligionen noch bedeutsamen Einfluß.

<sup>124</sup> Eine typische naive rechtliche Bestimmung: „Töten ist jede Verursachung des Todes, wobei bereits jede noch so geringe Lebensverkürzung ausreicht“ (Laue 2008).

<sup>125</sup> So ergibt sich das Paradoxon, dass trotz der in der Geschichte einmaligen Biographiesicherheit zu frühes und zu spätes Sterben von vielen als Problem angesehen wird.

<sup>126</sup> Vgl. zu timing-Problemen bezüglich des turning points zwischen kurativer und palliativer Phase: Jakobsson et al. 2006.

<sup>127</sup> Bevölkerungspolitik z.B. im Sinne von Foucault (1993) ist nur ein Aspekt in dem komplexen Geschehen.

	<i>physisches Töten</i>	<i>psychisches Töten</i>	<i>soziales Töten</i>
<i>normativ</i>	Todesstrafe Aktive Sterbehilfe	Fremdsteuerung der Persönlichkeit <sup>128</sup>	Gefängnis, Vertreibung
<i>instrumentell</i>	Einsatz von Polizei bzw. Militär	Traumatisierende Behandlung, Folter	Sicherheitsverwahrung, Versklavung
<i>kognitiv</i>	Tötungsforschung Tötungslegitimation	Manipulations- forschung	Strafrechtstheorie, Sozio- logie abweich. Verhaltens
<i>expressiv</i>	Amoklauf	Psychoterror	Ausstoßen aus der Ge- meinschaft

Abb. 10: Formen des Tötens und kulturelle Orientierungsmuster

Die folgende einfache graphische Darstellung eines *soziosemantischen Raumes Töten* arbeitet mit zwei Dimensionen:

1. Töten als Kontinuum<sup>129</sup>
2. Planung der Schädigung oder des Nutzens als Kontinuum.

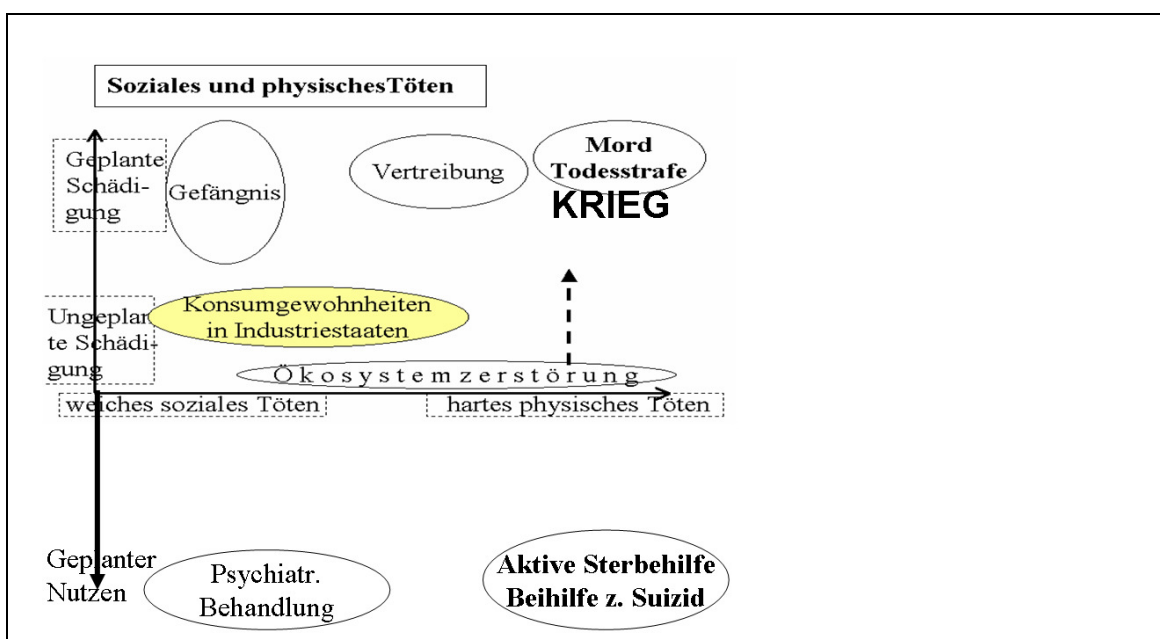


Abb. 11: Feld des Tötens

Die Grafik kann folgendermaßen gedeutet werden: Personen und Kollektive können physisches und soziales *Töten* bzw. Lebensminderung<sup>130</sup> in einer komplexen Weltgesellschaft nicht vermeiden, sie können allerdings die Wirkungen ihrer Entscheidungen und Handlungen thematisieren, analysieren, humanisieren, kultivieren und verschiedene Normierungen erproben.

Durch die Fokussierung auf *gezieltes, beabsichtigtes Töten* wird das *ungezielte, nicht beabsichtigte Töten* implizit freigestellt, bzw. nicht der besonderen Beachtung anheimgestellt. Vor allem dürfte ein Kontinuum zwischen gezieltem und ungezieltem Töten eine wirklichkeitsgerechte Konstruktion sein, wobei ein willkürlicher Schnitt gemacht (und verschleiert und dogmatisiert<sup>131</sup>) werden muss, um eine strafgesetzelevante Dichotomisierung zu erreichen. Dieser Schnitt begünstigt wahrscheinlich, wenn entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen, eine ungleichheitsfördernde Verlagerung des Tötens in den straffreien Bereich.

<sup>128</sup> "Gehirnwäsche", Mentizid, Psychozid, intendierte Persönlichkeitszerstörung.

<sup>129</sup> Das Kontinuum kann unterschiedlich bestimmt und operationalisiert werden, wobei u.a. folgende Aspekte berücksichtigt werden können: physisches, psychisches und soziales Töten, schnelles oder langsames Töten, gezieltes (personal, raumzeitlich etc.) und ungezieltes Töten.

<sup>130</sup> Vgl. auch das Kapitel „Soziales Töten bzw. Lebensminderung“.

<sup>131</sup> Verschleierung + Dogmatisierung ist notwendig, um eine Legitimationskrise zu vermeiden.

Tatsächlich sind fast alle Menschen „im Geschäft der Lebensminderung“ tätig, nicht nur in Sondersituationen des Krieges oder psychologischer Experimente (Milgram), sondern alltäglich *im Frieden*<sup>132</sup>.

## Tötungsnormierung

Die Thesen 16a und 17 sind Tatsachenaussagen, können also geprüft werden. Die These 16b ist eine normative Aussage, die leider in den Diskursen über Sterben und Tod bisher kaum berücksichtigt wurde.

*These 16a: Die meisten Menschen verfügen nicht über die Kompetenz, ihr fremdlebensminderndes Verhalten ausreichend zu erkennen und zu korrigieren.*<sup>133</sup>

*These 16b: Lebensminderung und Töten lassen sich auf keiner Ebene (Individuum, Gruppe, Staat etc.) vermeiden, folglich sollten sie kultiviert werden.*

„Inzesttabu und Tötungstabu sind vermutlich die beiden einzigen universellen Tabus“ (Dreier 2007, 261).

„Bisher hat noch keine Rechtsordnung und auch kein Naturrecht ein absolutes Tötungsverbot aufgestellt. Überall gibt es Ausnahmen für die Tötung in Notwehr, im Krieg, in Vollzug der Todesstrafe usw.“ (Braun 2007, 48).

*These 17: Es gab und gibt in keiner Kultur oder Gesellschaft ein „absolutes“ Verbot der Tötung von Menschen (vgl. Schobert 2006).*<sup>134</sup>

Die derzeit kursierenden (para)wissenschaftlichen Texte über „das Tötungsverbot“ beziehen sich auf die peripheren Bereiche Abtreibung, aktive Sterbehilfe, Stammzellenforschung etc. – und auf die Tötung von abendländisch anerkannten Tieren, nicht auf die permanente massenhafte Tötung von Menschen „ohne Verlangen“ oder auf die Vernichtung von Arten und Ökosystemen. Schon aus diesem Grund ist erkennbar, dass es sich um reflexionsarme Kulturveranstaltungen handelt.<sup>135</sup>

Eine „natürliche Tötungshemmung“ konnte für Menschen nicht nachgewiesen werden (vgl. Böhme 2001) bzw. ihre Überwindung ist in den meisten Kulturen gelungen, doch es ist für die Sterbehilfediskussion nicht relevant, zu welchen Schlüssen Experten in dieser Hinsicht kommen. Es gibt viele „natürliche“ Hemmungen und Begünstigungen von menschlichem Verhalten. Kulturelle und soziale Normierungen und Kontextgestaltungen haben immer mindernd oder verstärkend auf die „natürlichen Vorgaben“ gewirkt.

In den bekannten Kulturen und Gesellschaften gab und gibt es spezifische Tötungsverbote, Tötungsgebote und normativ nicht oder wenig geregelte Lebensminderungsbereiche.<sup>136</sup>

Spezifische Tötungsverbote, die sich auf Menschen und Tiere beziehen, gelten für Kollektive und sie sind in der Regel mit Ausnahmen versehen. Man kann die Ausnahmen typisieren:

1. *Ausschluss*: z.B. wurden teilweise nur (Voll)mitglieder des Kollektivs eingeschlossen.
2. *Austritt*: z.B. wurde es bestimmten Mitgliedern des Kollektivs unter bestimmten Umständen zugebilligt oder auch vorgeschrieben, das Tötungsverbot, das sich auf Selbst- oder Fremdtötung bezog, nicht zu beachten. Die Straffreiheit des Suizids ist eine Normierung des zugelassenen Austritts.

<sup>132</sup> Im deutschen Recht existiert auch ein Begriff *mittelbare Täterschaft* – allerdings nur in extrem verengter Bedeutung.

<sup>133</sup> Dies ist auch ein wichtiger Indikator für das Versagen der hoch entwickelten Systeme der Politik und der Bildung.

<sup>134</sup> Vgl. zur Diskussion des biblischen Tötungsverbots Frieß (2008, 137 ff).

<sup>135</sup> Mit Bourdieu kann man das Gerede über „das Tötungsverbot“ als interessengeleitete *Illusio* oder *Doxa* bezeichnen.

<sup>136</sup> Manche Rechtswissenschaftler stilisieren und ideologisieren die Tötungsregelungen zu einem *Tötungstabu* (z.B. Dreier 2007).

3. *Aussetzung*: z.B. wird Notwehr oder Krieg als Situation definiert, in der ein Mitglied des Kollektivs spezifische Fremdtötungsverbote nur in eingeschränkter Form beachten muss.

## Praktiken und Akzeptanz des Tötens und der Lebensminderung

Tötung ist in vielen Fällen nicht ‚beabsichtigt‘ bzw. die *Absichten* sind der Person nicht voll bewusst bzw. werden nicht nur gegenüber anderen sondern auch gegenüber sich selbst als nicht auf Tötung bezogen interpretiert.

In den hochentwickelten Staaten gab und gibt es in den oberen Schichten Lebensminderer, die selten oder nie persönlich gewalttätig geworden sind. Je zivilisierter ein Staat und seine herrschenden Akteure wurden, um so weniger übten die Führungsgestalten persönlich Gewalttaten aus, um so länger wurden die Entscheidungs-, Befehls- und Kommunikationsketten, so dass der *Nachweis der Verursachung* massenhafter Lebensminderung immer mehr erschwert wurde. Eine weitere staatliche Strategie der Auslagerung des Tötens besteht in der Privatisierung, wobei nicht nur das Wachstum privater militärischer Unternehmen gemeint ist.<sup>137</sup>

Waters (2007) meint, dass die Praxis des Tötens und Minderns von Leben in Regionen und Staaten besser durch sozialökologische Analysen als durch Analyse der rechtlichen Normierung oder der Intentionen von Personen erklärt werden kann. Diese These kann generalisiert werden.

*These 18: Lebensminderung erfolgt durch ein Netzwerk von Faktoren, so dass interdisziplinäre und internationale Studien erforderlich wären, um Theorien zu generieren und zu prüfen und politische und rechtliche Maßnahmen rationaler zu gestalten.*

## Mord

"Ein Kind, das heute verhungert, wird ermordet", meint der Schweizer Soziologe und UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Nahrung, Jean Ziegler.<sup>138</sup>

Diese Aussage werden nur wenige Personen in Europa für korrekt halten. Doch sehr viele werden den Appell verstehen: Die Großfinanzspieler<sup>139</sup>, Regierungen, Inhaber leitender Positionen und vor allem die gebildeten und wohlhabenden Menschen in den reichen Staaten sind für den Hunger in der Dritten Welt und für kannibalistische globale Herrschaftsverhältnisse<sup>140</sup> mitverantwortlich. Der Begriff *Mord* wird in diesem Zusammenhang freilich von den meisten abgelehnt, da wohl keine eindeutige Absicht zur Tötung bei den verantwortlichen Personen und Gruppen nachweisbar ist – allerdings zunehmend ein Bewusstsein für die ‚Zusammenhänge‘. Deshalb wird hier für die Sensiblen der Begriff *Lebensminderung* angeboten.

## Kollektives Töten, Krieg

In merkwürdiger Ignoranz gegenüber der Formung von Kultur und Gesellschaft durch Krieg und Genozid haben sich Soziologen wenig mit diesen Themen beschäftigt, sondern dies anderen Disziplinen überlassen (Feldmann/ Fuchs-Heinritz 1995; Joas/ Knöbl 2008). Doch diese Zurückhaltung ist verständlich, da das Kosten-Nutzen-Verhältnis der kritischen Beschäftigung mit dem Thema Töten und vor allem *legitimen Töten* für Sozialwissenschaftler ‚ungünstiger‘

---

<sup>137</sup> Diese Auslagerung des Tötens wurde von den antiquierten Politik- und Rechtssystemen noch nicht adäquat zur Kenntnis genommen und sie ist in den Schul- und Hochschulcurricula noch nicht angekommen.

<sup>138</sup> <http://sandimgetriebe.attac.at/6050.html>. Philosophisch differenzierte ähnliche Argumente vermittelt Thomas Pogge.

<sup>139</sup> „Wenn in den Preisen so viel exzessive Spekulation enthalten ist, wie wir annehmen, dann kostet die zusätzliche Preissteigerung Millionen Menschen die Gesundheit oder gar das Leben, weil sie sich die Grundnahrungsmittel einfach nicht mehr leisten können“ (Joachim von Braun in: Der Spiegel 34/2010, 73).

<sup>140</sup> Die heuchlerische Entrüstung über den „deutschen Kannibalen“ ist gut geeignet, den eigenen Mikrokannibalismus verborgen zu halten.

ist, als die Bearbeitung eines weniger gefährlichen Forschungsgelder lösenden Themas. Dies trifft auch auf SozialwissenschaftlerInnen im Dienste politisch-militärischer Institutionen zu. Im Sachregister des Buches „Militärsoziologie“ (Leonhard/ Werkner 2005) gibt es folgende Schlagworte *nicht*: sterben, Tod, Genozid, Kriegsverbrechen, Suizid, töten, Tötung, Rüstungsindustrie, Ökologie. Allerdings findet man folgende wichtige Schlagworte: Induktion, Statistik, Verantwortungsethik.

Die öffentlichen Sprecher verwenden gerne den Begriff Tötung (auf Verlangen), wenn es um Sterbehilfe geht, doch bei der militärischen Ausbildung und ihrer Wissenschaft<sup>141</sup> ist *Tötung auf Nicht-Verlangen* ein Unbegriff.

## **Nicht-Tötung: Lebensminderung durch nicht-tödliche Waffen und Technologien**

In modernen Gesellschaften wird Gewalt und Tötung im engeren Sinn minimiert, doch es wird auf *friedliche Weise*<sup>142</sup> unterworfen, normalisiert, rationalisiert, gedemütigt, *depressiert*<sup>143</sup> und soziale Ungleichheit hergestellt (vgl. Therborn 2009). Exzellente Gewalt und Tötung ausgelagert.

Die ‚friedliche‘ Lebensminderung geschieht vor allem durch die Gestaltung des ökonomischen Systems, das immer mehr im Interesse kapitalstarker privilegierter Minderheiten mit Hilfe von wissenschaftlich ausgebildeten Experten ‚optimiert‘ wurde.<sup>144</sup>

Durch neue Technologien der Nicht-Tötung (z.B. Gebrauch nicht-tödlicher Medikamente oder Waffen, kafkaeske Bürokratisierung), d.h. innovativer physischer, psychischer und sozialer Lebensminderung und Verhaltenskontrolle, die in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Schulen, bei Polizei- und Militäreinsätzen zunehmend verwendet werden, ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten der ‚Therapie‘, ‚Belehrung‘, Steuerung, Unterdrückung, Diskriminierung und Sicherung von Herrschaft und Umverteilung.

## **Ökonomie und Verteilungskämpfe**

Beim Sterben geht es um viel Geld, die letzten Lebensjahre der Menschen in reichen Staaten sind teuer. Verschiedene Interessengruppen kämpfen um:

- Zugang zu den Fleischtöpfen
- Exklusion von Konkurrenten
- Ausweitung des Territoriums (z.B. zusätzliche Klienten)
- Gestaltung des Wertehimmels gemäß ihren Vorstellungen
- Bedienung der ideologischen Nebelwerfer.

Viele Vertreter des *guten Sterbens* nehmen eine Doppelhaltung ein: einerseits wenden sie sich „aus ethischen Gründen“ vehement gegen eine ökonomische Kalkulation, durch die Lebensverlängerung und –verkürzung und optimale Versorgung von Sterbenden gesteuert wird, ande-

---

<sup>141</sup> Die Militärwissenschaft wird von den europäischen Staaten gut finanziert, die Thanatologie nicht.

<sup>142</sup> Das bedeutet: Minimierung der Anwendung physischer Gewalt, doch mangelhafte Kontrolle der Anwendung psychischer und sozialer Gewalt.

<sup>143</sup> Das Wort „depressieren“ wird hier vorgeschlagen, da zwar herrschende medizinische und auch alltägliche Sichtweisen behaupten, dass Depressionen durch den Körper bzw. das psychische System des Betroffenen erzeugt werden, jedoch viele Untersuchungen darauf hindeuten, dass gesellschaftliche Verhältnisse die Hauptproduzenten sind. Man kann auch sagen, dass es den herrschenden Gruppen gelungen ist, Repression mit Depression der Entkapitalisierten erfolgreich zu koppeln.

<sup>144</sup> Dies bedeutet *nicht*, dass nicht auch die Interessen Unterprivilegierter berücksichtigt werden, doch es bedeutet, dass im ‚Konfliktfall‘ sich in der Regel die herrschenden Interessen als durchsetzungsfähiger erweisen.

rerseits fordern sie undifferenziert und unkritisch weitere finanzielle Mittel für den Ausbau der Palliativökonomie etc. an.

Folgende Kombinationsthese sei zur Prüfung freigegeben.

*These 20: In den kommenden beiden Jahrzehnten wird sich die Ungleichheit im Ressourcenverbrauch für die quantitative und qualitative Lebensmehrerung der Privilegierten einerseits und für die Elenden andererseits weiter vergrößern. Um dies abzusichern, werden die physischen, psychischen, sozialen und symbolischen Gewaltapparate weiter verfeinert und ausgebaut.*

## Selbst- und Fremdbestimmung

*These 21: Es besteht ein gemeinsames Interesse der Machteliten der Politik, der Wirtschaft, des Rechts, der Medizin und der Religion, die Selbst- und Mitbestimmung der geführten Menschen, d.h. der Mehrheit der Bevölkerung, herrschaftsförderlich zu regulieren. „Gelenkte Selbst- und Mitbestimmung“ ist für Funktionäre und Machthaber ein mit hohem professionellem Aufwand angestrebtes Ziel.*

Nicht nur für Tote gilt, dass die Selbstbestimmung fremdbestimmt konzeptioniert und evaluiert wird<sup>145</sup>. Experten prüfen, wieweit und für welche Personen und Gruppen die Selbstbestimmung gefördert und wieweit und für welche Personen und Gruppen sie beschränkt werden soll. Selbst- und Fremdbestimmung werden immer wieder justiert. In Familien, Erziehungs-, Arbeits- und Gesundheitsorganisationen wird Selbstbestimmung klassen- und gruppenspezifisch gelernt, einverleibt und geregelt. Die Einschränkungen und Rahmungen ergeben sich über ein Netzwerk von Liebe, Sexualität, ökonomischer Rationalität, Repression, Technologie, Bürokratie, Profession, Konsum, Ideologie und interaktivem Rauschen.

Das Syndrom ‚konforme Selbst- durch herrschaftliche Fremdbestimmung‘ wird reproduziert durch öffentliche Bildung, politische und rechtliche Herstellung sozialer Ungleichheit, hierarchische Organisation, Führerprinzip<sup>146</sup>, kapitalgesteuerte Diskurse, ‚Beschleuniger‘ (Stressoren) und noch einige andere Mechanismen.

Ärzte bearbeiten den Konflikt zwischen Selbstbestimmung des Patienten und Fremdbestimmung im professionell und/oder rechtlich gesetzten ‚Interesse‘ des Patienten. Von welchen Personen und Gruppen wird die Legitimität der in diesem Spiel unvermeidlichen Grenzverletzungen zunehmend angezweifelt? Wird vom Krankenhauspersonal versucht, Patienten mit Hilfe des ‚medizinischen Blicks‘ reduktionistisch zu behandeln, ihre psycho-soziale Lage nur, wenn es unvermeidlich ist, einzubeziehen, und Selbstbestimmung in für die Profession und Organisation profitablen Bereichen zu fördern, um sie in reflexiven zu vermeiden?

*These 22a: Selbstbestimmtes Sterben ist nicht ein Problem des Lebensendes, sondern eine politische, soziale und individuelle Aufgabe, die sich auf den gesamten Lebenslauf und auf die Formen der Vergemeinschaftung richtet.*

---

<sup>145</sup> „While individuals can attempt to affect their post-selves during their lives, once dead, their post-selves are left to the care and manipulation of those still living.“ (Whooley 2003, Abstract)

<sup>146</sup> Das Führerprinzip wird heute meist in eingengerter Bedeutung auf den Faschismus bezogen verwendet. Doch es ist eine anthropologische Konstante, deren Kultivierung zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Wie soll man die Entwicklung von Staaten oder Staatenverbänden beurteilen, in denen selbst die Bildungseliteinstitutionen, die Universitäten, ein kaum beforschtes Führerprinzip verherrlichen und inzwischen auch verfraulichen, doch darauf bezogene Reflexionen und Experimente vermeiden?

## Gucklöcher in den Zoo der Theorien und Daten

Selbstbestimmung wird offiziell als hoher Wert verkündet und geschützt. Sie steht freilich von Kindheit an unter professioneller Kontrolle. Wenn ein Mensch seine Selbstbestimmung nicht zur Herstellung von Konformität und Normalität einsetzt, dann gerät er schnell in die Mühlen der Psychologisierung, Pädagogisierung, Medikalisierung, Kriminalisierung, Stigmatisierung und Marginalisierung. Kinder, Jugendliche und Erwachsene wissen, dass sie mit forcierter Selbstbestimmung Risiken eingehen und ziehen es deshalb – vor allem in Zuständen der physischen, psychischen und sozialen Schwäche – vor, sich den Entscheidungsvorschlägen der die Situation beherrschenden Personen zu beugen, bzw. diese zu akzeptieren, sie sorgen selbst für die Verkümmern ihres Selbst<sup>147</sup>.

Man sollte jedoch bedenken, dass die ‚Angriffe‘ auf Konzeptionen des ‚freien Subjekts‘, des autonom handelnden Menschens etc. nicht nur Suizidenten und Sterbende, sondern auch Gruppen und Organisationen und damit auch den Paternalismus treffen. Auch die Führungsgestalten der Medizin, Philosophie, Rechtswissenschaft und Theologie und die scientific communities werden ‚vom Sockel gestoßen‘, wenn sich herumsprechen sollte, dass sie „selbstlose Ego-Maschinen“ (Metzinger 2009, 291) sind. Dann ist das Spiel wieder offen, bzw. es bleibt das alte Machtspiel!

Wenn man wieder in den Sumpf der ‚Tatsachen‘ und des common sense aber auch in die pragmatische Soziologie (van den Daele 2009, 66 ff) hinuntersteigt, könnte man wahrscheinlich nüchtern sagen: In zunehmendem Maße werden zumindest gebildete und wache Menschen sich trotz prekärer ‚geistiger Lage‘ für die historisch und politisch erkämpften Selbstbestimmungswerte und –normen entscheiden – vor allem wenn es um ihr eigenes Leben und Sterben geht.<sup>148</sup> Die meisten werden also begrüßen, dass der deutsche Bundestag sich 2009 endlich für ein die Selbstbestimmung ernst nehmendes Patientenverfügungsmodell entschieden hat.

73 Prozent der deutschen Bevölkerung meinen: ‚Die Patientenverfügung soll ab dem Moment gelten, in dem der Patient sich selbst nicht mehr äußern kann, und nicht nur für den Sterbeprozess.‘ (Forsa-Umfrage 2007)

Dass Erhaltung der Autonomie ein zentrales Motiv beim Wunsch nach Lebensverkürzung ist, zeigen verschiedene Studien (z.B. de Jong/ Clarke 2009) und Untersuchungen aus Oregon.

„Von den 246 Patienten, die in Oregon zwischen 1998 und 2005 ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Anspruch genommen haben, nannten 86 % der Patienten die Sorge um den Verlust der Autonomie als Motiv, 83 % nannten die Sorge vor dem Verlust ihrer Würde, nur 23 % die Angst vor unstillbaren Schmerzen.“ (van den Daele 2008a, 40 f)<sup>149</sup>

## Diskurse über selbstbestimmtes Sterben

„Individualisierung und Vermassung, (entpersonalisierte) Fremdbestimmung und Selbstverwirklichung, Identitätsprofilierung und Identitätsverlust, Subjektivierung und Objektivierung ... sind ... verbunden.“ (Feldmann 2006, 133) Selbst- und Fremdbestimmung „kooperieren“ und „konkurrieren“ – abhängig von Interessen der beteiligten Personen und Gruppen. Folglich kann man kontext- und gruppenbezogen „konforme Selbstbestimmung“ von „nonkonformer Selbstbestimmung“ unterscheiden. In Schulen, Krankenhäusern, Heimen und wahrscheinlich auch in Hospizen<sup>150</sup> wird hauptsächlich die „konforme Selbstbestimmung“ hergestellt.<sup>151</sup>

<sup>147</sup> „Die Normalitätsrichter sind überall anzutreffen“ (Foucault 1977, 392 f).

<sup>148</sup> WHO-Ziele für *active ageing*: „maintaining independence and preventing disability“.  
[http://www.who.int/ageing/projects/TeGeMe\\_II.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/TeGeMe_II.pdf).

<sup>149</sup> Vgl. auch den neuen Report: <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>

<sup>150</sup> „Das Hospiz liefert ... ein Korsett, das Identität sowohl unterstützt als auch eingrenzt.“ (Dreßke 2007, 100)

Menschen neigen in der Regel zu „bezugsgruppenorientierter Selbstbestimmung“<sup>152</sup>. Wenn sie ihr eigenes Leben verkürzen wollen, wird ihnen Egoismus und Ablehnung der Gemeinschaft unterstellt, doch sie wünschen meist Integration und Akzeptanz, deshalb bevorzugen sie aktive Sterbehilfe<sup>153</sup> und an zweiter Stelle Beihilfe zum Suizid gegenüber dem isolierten und oft ihre Bezugspersonen mitstigmatisierenden Suizid (vgl. Leppert/ Hausmann 2007; Schröder et al. 2003)<sup>154</sup>.

Die Institutionalisierung der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz und in Oregon führt sowohl zu einer Stärkung der Selbstbestimmung als auch zu der von den Betroffenen gewählten Fremdbestimmung und Professionalisierung – ein nur scheinbar paradoxes Ergebnis. Das Paradoxon von Gehring und Lafontaine (2008, 204 ff) ergibt sich aufgrund einer weltanschaulichen oder philosophischen Perspektive, löst sich jedoch auf bzw. wandelt sich in Lebensweltphänomene, Deutungsmuster und Hypothesengeflechte, wenn man empirische Untersuchungen zu Einstellungen und Verhaltensweisen von Betroffenen heranzieht.

Selbstbestimmung ist nie ‚gereinigt‘ von Fremdbestimmung, sie ist immer erkämpft und wird häufig kolonisiert und instrumentalisiert. Klie und Student (2007, 113) verwenden jedoch diese Erkenntnis polemisch und partikularistisch. Menschen „werden in die Suizidalität getrieben, weil wir<sup>155</sup> ihnen die körperlichen und emotionalen Linderungsmöglichkeiten versagen.“ Ohne Zweifel gibt es Fälle dieser Art, doch bei der Gruppe der alten, chronisch kranken Menschen ist häufiger der soziale Zwang anzutreffen, ein subjektiv (!) schwer erträgliches Leben weiterzuführen und gute Miene zum bösen Spiel von Geschäftsleuten, Technikern, teilweise auch Bezugspersonen, soften Fundamentalisten und dem eigenen zur Unterwerfung programmierten ‚Gewissen‘ zu machen. Klie und Student stellen pauschalisierend die Helfer beim Suizid als Selbsttötungstreiber und implizit die Geschäftemacher und Dogmatiker, die die qualvolle und ressourcenverschwendende<sup>156</sup> Lebensverlängerung anderer betreiben, als Gutmenschen dar.

### **Exkurs: Patientenverfügung**

Es gibt inzwischen viele Vergleiche von Staaten und anderen relevanten Kollektiven, doch leider noch keinen bezüglich des Selbst- und Mitbestimmungspotenzials der Menschen. Es lassen sich bisher nur Wirklichkeitsausschnitte beurteilen. Ein Wirklichkeitsausschnitt betrifft Patientenverfügungen. Durch die neue Patientenschutzgesetzgebung ist in Deutschland die rechtliche Sicherung des Selbstbestimmungspotenzials verbessert worden. Die Patientenverfügung ist ein Schritt in einem Prozess der Entfaltung der individuellen Sterbeplanung, die von Professionellen und Dienstleistern begleitet und mitgesteuert wird. Es gab im Bundestag einen Gesetzesvorschlag, der eine Beratung bei der Abfassung der Patientenverfügung obligatorisch machte. Doch erstens handelt es sich bei einer solchen Vorschrift um eine stark paternalistische Beschneidung der Selbstbestimmung, und zweitens besteht in der derzeitigen Situation die Gefahr, dass diese Beratung von den Interessen mächtiger Gruppen gelenkt wird<sup>157</sup>.

---

<sup>151</sup> Subjektiv kann die sterbende Person ihr Sterben als authentisch, gut, gelungen, wahrhaftig etc. erleben bzw. gegenüber anderen, die entsprechende Erwartungen haben, bezeichnen.

<sup>152</sup> Ähnliches Konzept: *relationale Autonomie*.

<sup>153</sup> Viele bevorzugen „aktive Sterbehilfe“, da der Arzt sich dem Sterbenden voll und uneingeschränkt zuwenden soll, nicht „halbherzig“ wie bei indirekter oder passiver Sterbehilfe.

<sup>154</sup> Es lässt sich eine habitusbezogene Diskrepanz feststellen: Gebildete und Intellektuelle befürworten die Beihilfe zum Suizid (z.B. Birnbacher), während die schweigende Mehr- oder Minderheit wahrscheinlich die aktive Sterbehilfe favorisieren.

<sup>155</sup> „Wir“ ist eine verbrauchte Kollektivfalle, die trotzdem erstaunlich beliebt geblieben ist.

<sup>156</sup> Man denke an die Milliarden, die durch überteuerte, wenig wirksame Medikamente in die Hände von Spekulanten, Herrschaftsakkumulatoren und Entmündigungsspezialisten gelangen.

<sup>157</sup> Diese Leitung durch Fremdinteressen findet auch in der derzeitigen juristisch und medizinisch gerahmten Situation statt. „In den *Patientenverfügungen* schaffen Menschen selbst Dokumente, die sich auf ihre persönliche *ars moriendi* richten. Allerdings werden sie gezwungen, die Dokumente in medizinischen und juristischen Denk- und Sprachspielen abzufassen“ (Feldmann 2010c, 182).

*These 22b: Die Patientenverfügung ist eine Angelegenheit gebildeter Mittelschichtpersonen, die sich mit dem Thema Sterben beschäftigen, also für eine Minderheit, auf absehbare Zeit nicht mehr als 20 % der erwachsenen Bevölkerung. Sie bereiten sich auf das Sterben so vor wie auf eine Reise in ein gefährliches Gebiet der Welt.*

Christoph Student (2007) sprach sich– vergeblich – gegen ein die Selbstbestimmung förderndes Patientenverfügungsgesetz aus: „Denn Leben und Sterben sind *dynamische* Prozesse, denen ein *statisches* Instrument wie die Patientenverfügung nicht gerecht werden kann.“ Wie wahr!? Doch Reanimation, PEG-Sonde und andere medizinische Maßnahmen sind ebenfalls statische Instrumente. „Eine Patientenverfügung überfordert alle Beteiligten - diejenigen, die sie aufsetzen ebenso, wie diejenigen, die sie zu befolgen suchen.“ Auch diese Aussage ist wahr, wenn man die Entscheidungskriterien entsprechend ansetzt. Doch wie überfordernd sind erst die patientenverfügungslosen Entscheidungen in der realen Sterbephase – so überfordernd, dass leitende Ärzte das Wort Überforderung peinlichst vermeiden.<sup>158</sup>

Die Patientenverfügung ist selbstverständlich nur ein Instrument, das sich in Zukunft in ein System von Instrumenten und Angeboten zum Sterbemanagement einfügen wird – jedenfalls für den privilegierten Teil der Menschheit. Die Patientenverfügung kann als zentrales Steuerungsinstrument eingesetzt werden. Eine Person kann unter bestimmten Bedingungen, in der sie allein nicht mehr solche Entscheidungen fällen kann oder will, ihre Zustimmung zu einem Prozessverlauf geben, in dem bevollmächtigte Personen gemeinsam mit Ärzten begrenzte Entscheidungskompetenzen übertragen erhalten (vgl. Seymour et al. 2004).

## Gemeinschaft und Organisation

Für Minderheiten und für spezifische (privilegierte) Zielgruppen ist es gelungen, Organisationen gemeinschafts- und familienähnlich zu gestalten, teilweise in Hospizen. Hayek (2006, 246) spricht vom *hybridem Sterberaum*, „in dem sich die professionelle Unterstützungsleistung mit dem institutionellen Bereich der ‚modernen Familie‘ verbindet.“

Kellehear (2005) hält die Hospiz- und Palliativdiskurse für zu eng und zu wenig flexibel und sieht die Zukunft in „compassionate cities“, vieldimensionalen Modellen der Gemeinschaftsentwicklung und der Verbesserung der Teilhabechancen. „There is a need to reinvent a *community* response to the diverse cultural experiences of death and loss as these are lived out in the daily experiences of individuals.“ (Kellehear 2007b, 72)

Kellehear (2005, 52) kontrastiert eine enge Palliativ-Care-Perspektive mit einer weiten und offenen Public-Health-Konzeption.

Patient	Bürger
Gesundheitsdienst	Soziales Kapital
Familie	(neue) Gemeinschaftsformen
Berufliche Kompetenz	Gemeinschaftskompetenz
Krankheitsorientierung (Krebs etc)	Lebens- und Sterbeorientierung

Abb. 12: Enge und weite Public-Health-Konzeptionen (nach Kellehear 2005, modifiziert)

Am Beispiel des Umgangs mit dementen Menschen zeigt Kellehear (2009a), dass Medikalisierung und eine enge Palliativkonzeption nicht ausreichen, sondern ein Wandel in der *community* und ökologische Experimente geplant und erprobt werden sollten, wofür es auch gute Ansätze gibt. Versuche, neue Gemeinschaftsformen und Vernetzungen zu fördern (Dörner 2007), sind zu begrüßen, doch sie sollten mit politischen Zielen verbunden sein: Verringerung

<sup>158</sup> Google-Treffer: überforderte Juristen – 55; überforderte Richter – 478; überforderte Ärzte – 1730; überforderte Lehrer – 22200!

sozialer Ungleichheit, Demokratisierung, Stärkung der Selbstbestimmung, Sozialkompetenzförderung, soziale und ökologische Nachhaltigkeit, allmähliches Einbeziehen der Millionen Menschen, die im Elend leben und sterben.

*These 23: Es ist grundsätzlich sinnvoller, den Schwerpunkt einer Reform der Vergemeinschaftung auf den Anfang des Lebens und nicht auf das Ende zu legen.*

## Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen

Soziologie der (aktiven) Sterbehilfe ist ein heikles Unternehmen, das von SoziologInnen relativ spät in Angriff genommen wurde (vgl. Feldmann 2005; Koppehele 2008; Bayatrizi 2008).

Bayatrizi (2008, 135) weist auf die Realitätskonstruktionen der Sterbehilfediskurse hin:

„... overmedicalization, legalization, and objectification of the language of death and dying at the expense of the suppression of the personal, relational, symbolic, and ... biographical meanings, that often underlie the decision to ask for and grant euthanasia.“

Heftige Wert- und Begriffskämpfe prägen das Diskursfeld *Euthanasie*.

„In Deutschland versuchen bestimmte Gruppen, die Stigmatisierung, die das Wort ‚Euthanasie‘ durch die Nazi-Verbrechen erhalten hat, im öffentlichen Bewusstsein zu erhalten. Doch der Begriff dringt durch die Nachbarsprachen ständig in der international dominierenden Bedeutung, die ungefähr dem neudeutschen Begriff ‚aktive Sterbehilfe‘ entspricht, in die Medien und die wissenschaftlichen Schriften ein. Bestimmte Gruppen versuchen durch diesen symbolischen Kampf die so genannte deutsche Sondersituation festzuschreiben, die sich allerdings nicht in der Meinung der Mehrzahl der deutschen Bevölkerung spiegelt, die den Einstellungen in den anderen westlichen Industrieländern ähnelt“ (Feldmann 2004a, 187).

Wozu dient der Begriff „aktive Sterbehilfe“? Wer benötigt ihn? Auf jeden Fall dient er den Funktionären des Rechts, der Politik, der Medizin und der Religion als Herrschaftsmittel und zur Reflexionsvermeidung. Die durch Standardisierungspraktiken ‚objektivierte‘ Einteilung in *direkte, indirekte, passive* und *aktive Sterbehilfe* täuscht vor, ein für alle brauchbares Instrument zur Verfügung zu stellen, jedoch handelt es sich um eine Kompromisssemantik im Interesse konservativer Gruppen.<sup>159</sup> Diese herrschaftlich und wissenschaftlich gepanzerten Klassifikationsschemata, die nach Bourdieu (1997b, 159) die *doxische Erfahrung* programmieren, fassen „die soziale Welt und ihre willkürlichen Einteilungen ... als natürlich gegeben, evident und unabwendbar auf“.<sup>160</sup> Dass es bei dieser absolutistischen Sterbehilfesemantik um Definitivonsmacht und symbolische Gewalt geht, darf nicht öffentlich thematisiert werden.

Die Verteidigung der ‚ewigen Gültigkeit‘ des § 216 (Tötung auf Verlangen)<sup>161</sup> wird von konservativen Rhetorikern (moral entrepreneurs) mit der Metapher oder dem Bild „Damm“ verbunden. Durch diese rhetorischen Rituale, die zur Herstellung moralisierter Hysterien dienen (wie dem Terrorwahn), sollen Menschen in die Einstellung hineingetrieben werden, wenn das geltende Gesetz verändert würde, käme es zum „Dambruch“<sup>162</sup>. Die Propaganda hat sich teilweise als wirksam erwiesen, wenn auch die Absicht, eine *moralische Panik* zu erreichen, nicht von Erfolg gekrönt war, wie z.B. Umfragen zeigen. Außerdem gibt es keine hochwertige

<sup>159</sup> Schobert (2006) beschreibt und kritisiert die Verwendung der Begriffe (aktive) Sterbehilfe und Euthanasie in Medizin, Recht, Medien und anderen Bereichen.

<sup>160</sup> *Wikipedia* ist eine großartige demokratische Unternehmung, doch es sollte kritisch beobachtet werden, in welchen Bereichen es (un)erwünschte Standardisierung, Ideologisierung, Herrschaftsstabilisierung und Dogmatisierung fördert!

<sup>161</sup> Für derartige festungsartig zementierte Gesetzesvorschriften gelten die ironischen Worte von Bourdieu: „sichert ihr rituelles Einbalsamieren doch den kanonisierten Texten falsche Zeitlosigkeit“ (Bourdieu 1997a, 63).

<sup>162</sup> Das Appellwort „Dambruch“ wird an ungeeigneter Stelle „verbraucht“. Es sollte intelligenter und ethisch hochwertiger eingesetzt werden: globale Erwärmung, Weltbevölkerungswachstum, Finanzkapital etc. Auch bei der Beteiligung Deutschlands und anderer EU-Länder an Rüstung und „Kriegen“ außerhalb der EU würden Dambruch- und slippery-slope-Argumente geeigneter sein als bei der Diskussion um aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid.

gen wissenschaftlichen Beweise für diese *These* bzw. diese *Bilderlegende* oder *moralische Erzählung*.<sup>163</sup> Denn es wurden von den Dammbrechideologen keine prüfbareren Theorien erstellt, keine empirischen Untersuchungen oder gar Evaluationen durchgeführt<sup>164</sup>. Folglich könnte der Damm schon lange gebrochen sein, oder es existiert gar kein Damm etc. Um den möglichen Dammbrech durch die niederländische (oder belgische) Gesetzgebung und Euthanasiepraxis zu beurteilen, sind folgende Kenntnisse hilfreich:

- Die der deutschen (§ 216) entsprechende Gesetzesvorschrift im Strafrecht wurde in den Niederlanden nicht aufgehoben.
- Nur eine kleine Minderheit der sterbenden Menschen in den Niederlanden oder in Belgien erhalten aktive Sterbehilfe (höchstens ein bis zwei Prozent).
- In Deutschland wird trotz Verbot aktive Sterbehilfe praktiziert. Doch es besteht offensichtlich kein ‚öffentliches Interesse‘ an der Erforschung dieser Grauzone<sup>165</sup>.
- Ein großer Teil der Ärzte und des Pflegepersonals weiß über die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht ausreichend Bescheid (vgl. Wehkamp 1998).
- Ein Teil der Ärzte und des Pflegepersonals und wahrscheinlich die meisten Patienten halten die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht für sinnvoll und praktikabel.
- Die von Philosophen, Theologen, Ärzten, Juristen und anderen Warnern in der Öffentlichkeit ausgestreuten ‚Tatsachenbehauptungen‘, die diesen „Dammbrech“ beschwören, sind als Bestätigung ungeeignet bzw. nicht wissenschaftlich geprüft (vgl. Feldmann 2004a, 198 ff; 2005; Merkel 2010).

Dass die Dammbrech- und slippery-slope-Argumente polemisch, wissenschaftlich minderwertig und diskurshemmend sind, ist mehrfach nachgewiesen worden (vgl. Schöne-Seifert 2007, 81ff; Fenner 2008, 76 ff; Levy 2008; Merkel 2010). Doch sie wirken auch lebens- und würdemindernd, da sie strategisch dazu dienen, Menschen von den bedeutsamen Lebens-Tod-Kampffronten abzulenken.

*These 24: Die Verbote, Diskriminierungen und Privilegierungen, die sich auf aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid beziehen, sind ein Teil der langfristigen Strategie zur Verhinderung von Demokratisierung, Emanzipation, Mündigkeit und Humanisierung.* Sie stehen in herrschaftlichem und ideologischem Zusammenhang mit der Erhaltung der Todesstrafe (z.B. in den USA), strengen Abtreibungsgesetzen, Gesetzen zur Anwendung von Staatsgewalt gegenüber vielen Formen des Protestes und Widerstands gegen Willkür, bürokratisierter Demütigung der Unterprivilegierten, Ungerechtigkeit und Freiheitsbeschränkung und nachhaltige Mängel der staatlich kontrollierten Teilsysteme.

*These 25: Eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen, wie etwa in den Niederlanden oder Belgien, hat auf die Tötungs- und Gewaltkultur und auf die faktische Lebensminderung im Vergleich zur Gestaltung der Sozial- und Wirtschaftsgesetzgebung, des Verteidigungsetats und der Entwicklungshilfe unwesentliche Auswirkungen.* Wenn man eine öffentliche Diskussion über Lebensminderung nachhaltig und rational führen möchte, dann ist nicht die aktive Ster-

<sup>163</sup> Leider neigen auch anerkannte Wissenschaftler, wenn sie in der Öffentlichkeit in entsprechenden Erwartungskontexten auftreten, zu solchen ideologischen Aussagen: „Lukas Radbruch, Präsident der EAPC, warnte gar vor einem ‚Dammbrech‘, sollte die aktive Sterbehilfe legalisiert werden“ (Mihály 2009, 96).

<sup>164</sup> Bernheim et al. (2008) haben eine begrenzte Operationalisierung und Hypothesenprüfung vorgenommen und konnten die Annahme vorläufig falsifizieren.

<sup>165</sup> „Die Durchführung von Befragungen, Untersuchungen der Einstellungen solch brisanter Themen wie der aktiven Sterbehilfe erfordert eine große Verantwortlichkeit im Umgang mit den Ergebnissen. Immerhin besteht die erhebliche Gefahr, dass bereits die öffentliche Auseinandersetzung und Diskussion mit diesem Thema dazu beiträgt, dass die aktive Euthanasie als eine „vernünftig begründete“ Option aufgewertet wird, mit der die drängenden und belastenden Probleme am Ende des menschlichen Lebens zu reduzieren wären“ ( Böttger-Kessler/ Beine 2007, 805).

beihilfe oder die Beihilfe zum Suizid geeignet, sondern die wirtschaftlichen, politischen, rechtlichen und medizinischen Strukturen müssten im Zentrum stehen.

## Suizid

*These 26a: Der heutige Umgang mit Suizid (und Lebensminderung generell) in Expertendiskursen und –praktiken ist mit dem bürgerlichen Umgang mit Sexualität im 19. Jahrhundert zu vergleichen: Einerseits reflexionsarme überwachte Thematisierung und Prüderie andererseits mangelhaft kultivierte soziale Praxis, vor allem jedoch große unerforschte Gebiete.*

In diesem Zusammenhang kann nicht auf die historisch, kulturell und sozial bedingten Formen des Umgangs mit dem Suizid und damit auch der Beihilfe zum Suizid eingegangen werden (vgl. Baumann 2001; Feldmann 2004a, 221 ff).

*These 26b: Suizid ist ein gesellschaftliches Kampffeld das zum ständigen Ärger von Vertretern mächtiger Institutionen, vor allem der Medizin, des Staates und des Rechts, nicht so gut im professionellen Griff gefangen ist wie das Feld der Krebskrankheiten oder der Geburt.*

Die strafrechtliche Verfolgung von Suizidenten ist zwar aufgehoben, doch in den meisten Staaten werden Personen bestraft, die sich ohne staatliche bzw. professionelle Legitimation an der Gestaltung eines Suizids beteiligen. Außerdem wird trotz der formellen Straffreiheit nach wie vor Ausgrenzung, informelle Bestrafung, Medikalisierung, Stigmatisierung<sup>166</sup> und Mystifizierung gefördert, von Experten (Psychiatern, Suizidologen, Juristen etc.) und von Kulturschaffenden (Literaten, Journalisten etc.). Die Betroffenen – wenn man Suizidalität als Gesamtphänomen betrachtet, sind das relativ viele Menschen – schweigen in „doxischer Unterwürfigkeit“ (Bourdieu) bzw. ihre kommunikativen Aktionen versanden, ausgewählte werden durch die Filter und Transformatoren der Medizin, der Medien<sup>167</sup> und anderer moderner Zensurinstanzen gepresst<sup>168</sup>.

*These 26c: Suizid ist ein sozio-kulturelles Phänomen wie Krieg, Geldverwendung, Heirat und Bestattung. Die meisten Menschen würden den Kopf schütteln, wenn man Krieg<sup>169</sup>, Geldverwendung, Heirat und Bestattung mit Krankheit verkoppeln und den Bereichen Medizin und klinische Psychologie zuordnen würde.*

Durch die nicht als mangelhaft bestätigte Hypothese, sondern als ‚objektive Wahrheit‘ verkaufte ‚Erkenntnis‘, dass nur wenige Suizide – gehandelt wird z.B. ein bis fünf Prozent<sup>170</sup> – durch eine ‚freie Entscheidung‘ zustande kommen, können staatliche Instanzen auf das Suizidfeld zugreifen und die Beteiligten in Angst und Schrecken versetzen. Diese Angst und diese Barbarsierung des Feldes wird von den Psychiatern und Suizidologen wieder verwendet, um ‚objektive Erkenntnisse‘ zu gewinnen – eine typische Verflechtung von ‚angewandter Wissenschaft‘ und Herrschaftsinstitutionen.

*These 26c: Zuerst werden Menschen durch die gesellschaftlichen Verhältnisse physisch, psychisch und sozial geschädigt und geschwächt, um dann durch ‚Hilfsdienste‘ zwar nicht ‚ge-*

---

<sup>166</sup> Dass die Stigmatisierung in den vergangenen Jahrzehnten ziemlich konstant geblieben ist, hat eine Untersuchung nachgewiesen (Sudak et al. 2008).

<sup>167</sup> Der so genannte „Werther-Effekt“ wird von vielen Experten wissenschaftlich ungerechtfertigt zur Empfehlung eines generellen öffentlichen Falldarstellungsverbots umgemünzt.

<sup>168</sup> Es gibt weltweit keine wissenschaftlich hochwertige mäßig repräsentative Untersuchungen der Kommunikation von Suizidenten. Die meisten Suizidenten halten sich als gute Konformisten an das Schweigegebot, die Minderheit der nicht-konformen Suizidenten wird zum Schweigen gebracht, auch durch die Suizidologen. Freilich gibt es zensierte Berichte über therapeutisch gelenkte Kommunikation, die allerdings außerhalb dieser speziellen totalisierten Felder unbrauchbar sind.

<sup>169</sup> Bei dem Ereignis Krieg könnte man das erproben und das Führungspersonal zumindest kurzzeitig mit Psychiatern in Kontakt bringen.

<sup>170</sup> Vgl. das Interview mit Wolfgang Putz (tz, 9.9.2010).

*sund' und ‚glücklich‘, aber abhängig und gefügig gemacht zu werden. Ein besonders krasses Beispiel für diesen ‚Mechanismus‘ bietet die Herstellung, ‚Prävention‘ und Therapie von Suizidalität.*

Da Suizide als moralisch hochwertige Handlungen gedeutet werden können, wenden sich politische, religiöse und andere Moralwächter vehement gegen solche Interpretationen und beanspruchen Deutungshoheit (vgl. Bayatrizi 2008, 121 ff). Viele Psychiater und Suizidologen arbeiten konformistisch mit Funktionären der Politik, Wirtschaft, Religion und kapitalkräftigen Organisationen zusammen. Ihre Aufgabe besteht darin, professionell, politisch und ökonomisch unerwünschte alternative Deutungen und Praktiken zu unterdrücken. Symbolische Botschaften von Suizidenten, die als Protest oder Kritik an gesellschaftlichen, politischen oder ökonomischen Verhältnissen gelesen werden könnten, sollen umgedeutet werden, ein Verfahren, das in der europäischen Geschichte in verschiedenen Formationen nachzuweisen ist (ebd., 117 ff). Die professionellen Suizidwächter verschweigen und entschärfen in ihren Schriften die politischen, ökonomischen und organisatorischen Ursachen von Suizidalität in ihrer eigenen Gesellschaft.

Das Feld der selbst- und fremdzerstörerischen Handlungen und Ereignisse wird noch immer mit einem veralteten wenig reflektierten Begriffs- und Theorieinventar bearbeitet: Selbstmord, Mord, natürlicher Tod, Unfall etc. Der Begriff Suizid oder Selbstmord täuscht vor, dass es sich um ein homogenes Phänomen handelt.<sup>171</sup> „Diese fatale Komplexitätsreduktion begünstigt die Simplifizierungen und Ideologien in der Beurteilung des Suizids ... Vor allem wird dadurch die Minderheit der Suizide, die eine positive Kultivierung für einen Teil der Menschen darstellen könnten, in der Mehrheit der leicht zu medikalisierenden Fälle „ertränkt“.“ (Feldmann 2004a, 205)

Ein Beispiel für eine alternative Differenzierung des Feldes des selbst- und fremdbestimmten Sterbens.

	<i>Physisches Sterben</i>	<i>Psychisches Sterben</i>	<i>Soziales Sterben</i>
Selbstbestimmung	Lebens- und Sterbegestaltung, wenn Krankheit unweigerlich zum physischen Tod führt	Lebens- und Sterbegestaltung, wenn das psychische System unaufhaltsam zerstört wird	Lebens- und Sterbegestaltung, wenn das personale soziale System unaufhaltsam zerstört wird
Fremdbestimmung	Verlust von Lebensgrundlagen, Mord, Krieg, Koma, schwere Demenz, Intensivstation	Koma, schwere Demenz, totale Institution	Kapitalverlust, Verlust soz. Anerkennung, totale Institution, Versklavung

In dieser Feldebetrachtung werden Suizid und Beihilfe zum Suizid zu Optionen. Selbst- und Fremdbestimmung und auch die Sterbepformen sind analytische Konzepte, d.h. sie sind gemäß Kontexten und personalen Semantiken veränderbar und anzupassen. *Suizidalität* ist im Rahmen einer kritischen interdisziplinären Betrachtung nicht nur eine Folge des Wirkens ‚innerer Kräfte‘ (Psychologie) oder ‚äußerer Kräfte‘ (Soziologie), sondern eine Relation oder Disposition innerhalb eines Feldes (Bourdieu). Verstehen und Erklären von Suizidalität ist demnach eine pragmatische gruppenspezifische dynamische Aktivität, deren wissenschaftliche Beobachtung durch die derzeitigen psychiatrischen Theorien höchst mangelhaft geleistet wird (vgl. Rogers/ Lester 2010).

<sup>171</sup> Noch vor drei Jahrzehnten wohl die meisten, heute vielleicht eine Minderheit der Suizidologen und Psychiater mein(t)en wissenschaftlich naiv, solche Einwände mit dem Holzhammerargument, dass schließlich (*fast*) *alle* Suizide durch psychische Krankheit, vor allem Depression, verursacht seien, zu entkräften.

*These 27: Wäre es für sterbende Menschen kulturell und gesellschaftlich akzeptiert, ihr Leben gemäß ihren Wünschen selbstbestimmt zu beenden, so würde der Anteil der Bevölkerung, der von dieser Option Gebrauch machen würde, allmählich bzw. kleinschrittig zunehmen.*<sup>172</sup> Suizid und Beihilfe zum Suizid am Lebensende wären dann normale Phänomene – allerdings auch zivilisierter durchgeführt, als es derzeit der Fall ist. Der heutigen bürokratisierten Medikalisierung und wissenschaftlich und rechtlich gestützten Entmündigung von Schwerkranken und Sterbenden misstrauen trotz christlicher, rechtsstaatlicher, ethischer und ‚evidenz-basierter‘ Beflagung immer mehr Menschen.

## **Defizitorientierung und Expertenstatus**

Defizitansätze oder –modelle beziehen sich auf benachteiligte, „andersartige“ Personen und Gruppen, meist Minderheiten: alte Menschen, Behinderte, Menschen anderer „Rasse“, Prostituierte, Schulabbrecher, Arbeitslose, Kranke etc.

Dass Defizitansätze historische und soziale Ursachen haben und somit veränderbar sind, zeigen folgende Beispiele: Homosexualität, nicht-christliche Religionen in Europa, Hautfarbe, Gender, Scheidung. Wenn man kulturelle und historische Vergleiche durchführt, erkennt man, dass auch bei heute angeblich ‚objektiver‘ und ‚undiskutabler‘ Defizitperspektive immer Personen und Gruppen zu finden sind, die diese „böse“, „negative“, „unnatürliche“, „unmenschliche“ etc. Sache positiv bewerten. Somit ist eine herrschaftlich gestützte wissenschaftliche Positiv- oder Negativposition erstens unvermeidlich und zweitens möglichst durch ihre Gegenposition zu ergänzen – soweit sich dies für die entsprechend engagierten Wissenschaftler nicht allzu lebensmindernd auswirkt.

Nicht-defizitäre Annahmen und Hypothesen<sup>173</sup>:

1. Eine Suizidprävention, die nicht ausschließlich einem Defizitansatz huldigt und sich umfassenden und pluralistischen Lebens- und Kulturentwicklungsansätzen ‚unterordnet‘, könnte von dem Problem Lebensmehring und –minderung ausgehen und als ein Hauptziel die Verbesserung der Lebens- und Teilhabechancen von *Benachteiligten in einem dynamischen Sinn*<sup>174</sup> anstreben (vgl. Wittwer 2003; Fenner 2008, 93 ff). Das sollte allerdings nicht nur unter der Leitung scheuklappig ausgebildeter und sozialisierter Ärzte, Psychologen und Psychiater geschehen<sup>175</sup>.
2. Eine rechtliche und gesellschaftliche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid würde eine positive moralische und soziale Entwicklung in der Bevölkerung fördern, da Menschen in diesem Bereich weniger (andere und sich) täuschen und enttäuschen müssten.<sup>176</sup>
3. „Medizinisch-psychologisch wird meist nur die Notwendigkeit gesehen, Suizidalität wegzuthrapieren, nicht die produktive Nutzung dieser Energien zu erproben, selbstverständlich nicht für Selbstmordattentäter im totalen Krieg, aber vielleicht zum intel-

---

<sup>172</sup> Dies würde auch Patientenverfügungen neuer Art und professionelle und technologische Unterstützung erfordern, die derzeit verweigert wird.

<sup>173</sup> Da diese Thematik bisher kaum erforscht wurde, handelt es sich um einen Versuch, solche Annahmen aufzustellen.

<sup>174</sup> *Benachteiligung in einem dynamischen Sinn*: Es treten allmählich an die Stelle von bürokratischen paramilitärischen Bildungs-, Arbeits- und Gesundheitsorganisationen heterogene und global (nicht nur national) vernetzte communities of practice, so dass Benachteiligung nicht nur ein Spezialistenthema bleibt.

<sup>175</sup> Prävention und Kultivierung des Suizids sind kein „Widerspruch“, sondern sollten in professionellen Netzwerken verbunden sein.

<sup>176</sup> Der Suizid einer bedeutsamen Person sollte nach Meinung aristokratischer römischer Stoiker, z.B. Marc Aurel, anderen eine wertvolle Botschaft vermitteln (Edwards 2007, 159). Heute werden bei den meisten Suiziden, die implizit wertvolle Botschaften vermitteln könnten, durch *strukturelle und professionelle Kräfte* die Botschaften unterdrückt oder ins Negative gewendet.

ligenten Widerstand gegen Betonköpfe, kreativitäts- und innovationsfeindliche Bürokratien und neoliberale Raubritter.“ (Feldmann 2008a, 178)<sup>177</sup>

### *Beispiel für den Versuch der Pluralisierung*

Kellehear (2009b) zeigt auf, dass ein Bereich, der in der Regel nur von Defizitsichtweisen her bearbeitet wird, das „einsame“ Sterben, differenziert betrachtet werden sollte. Ein Teil der alten Menschen zieht die Einsamkeit und relative Autonomie in ihrer Wohnung auch am Lebensende einer Vergemeinschaftung in Heimen, Hospizen oder Palliativstationen vor.

An Beispielen der Pluralisierung des Verständnisses und des semantischen Feldes des einsamen Sterbens oder der Demenz (Kreutzner 2008, 15) kann auch das Feld von Suizidalität theoretisch und pragmatisch differenziert werden:

1. S. als Krankheit
2. S. als bio-psychosozialer Zustand
3. S. als Teil des normalen Alterns
4. S. als religiöse bzw. übernatürliche Erfahrung.

Diese Differenzierung soll hier nur beispielhaft verstanden werden. Selbstverständlich wären auch andere Kategorien sinnvoll, d.h. die Kategorisierung und Theoriebildung selbst ist – jedenfalls in inter- und transdisziplinären Diskursen – zu pluralisieren.

## Hypothesen und Vermutungen zur Biothanato-Ethik

*These 29a: Die zu hohen Anteile aristokratischer und menschenferner Strukturen der Ethik wie auch der ‚Rechtsscholastik‘ sind herrschaftlich fundiert und werden durch die Exklusion empirischer Forschung befestigt<sup>178</sup>.*

*These 29b: Ethiken<sup>179</sup> des Lebens und Sterbens treten einerseits als gesellschaftlich periphere Fachdiskurse andererseits in der Öffentlichkeit als Veranstaltungen im Interesse von Institutionen, Herrschaftsgruppen und privilegierten Minderheiten auf, um „evidenz-basierte Pastoralität“ (vgl. Rose 2007, 28 f), Transparenz, Pluralität u.a. zu simulieren.*

## Würde<sup>180</sup>

In den reichen Staaten haben Hunderte Millionen von Haustieren bessere Chancen, in Würde zu leben und zu sterben, als Kinder in vielen afrikanischen Regionen – und sie bzw. ihre Besitzer mindern – in der Regel von der Gnade der durch Bildung und Medien gestützten Unwissenheit und Gewissensharmonie beschützt – das physische, psychische und soziale Leben anderer Menschen. Das Abweisen von Lebenskalkulationen ist nicht ethisch akzeptabel oder gar grundgesetzlich geboten, sondern dient der Kapitalakkumulation und Vorurteilsbildung. Auch die weltweit ca. 800 Millionen mit Kraftstoff betriebenen Fahrzeuge – von den Yachten und Flugzeugen ganz zu schweigen – haben bessere Chancen, in Würde zu leben, als die ärmsten 800 Millionen Menschen. Wenn die beiden ‚Kollektive‘ (Kraftstofffresser und die 100 Millio-

<sup>177</sup> Eine radikale produktive Nutzung der Suizidalität wäre der vollendete Suizid, der soziale Zeichen setzt, die von den Medien aufgegriffen werden und öffentliche Diskurse anregen (politische Suizide, vielleicht auch manche Suizide bei France Télékom).

<sup>178</sup> Zwar haben ein Teil der Philosophen und Theologen diese Rückständigkeit erkannt, doch meist verwenden sie empirische Forschungsergebnisse inkompetent, sophistisch und zu Zwecken der Degradierung der Sozialwissenschaften.

<sup>179</sup> Der Begriff oder das Feld „Ethik“ können unterschiedlich bestimmt werden. Eine konsensfördernde (?) Definition würde Ethik als Theorie oder Metatheorie der habitusspezifischen Moralien (und anderer relevanter normativer Wirklichkeiten) bezeichnen. Eine wissenschaftliche Ethik, die nicht mit sozialwissenschaftlichen Theorien, empirischer Forschung und Experimenten arbeitet, dient außerhalb der Elfenbeinturmumwelt zur Ideologisierung und Legitimation von Herrschaft.

<sup>180</sup> Vgl. die rechtswissenschaftliche Darstellung bei Barth (2007) und die pflegewissenschaftliche Arbeit von Pleschberger (2004).

nen ärmsten Kinder) konkurrieren<sup>181</sup>, gewinnen in der Regel die Fahrzeuge (Beispiele: Energie- und Finanzkrisenpolitik der USA und der EU, Palmölplantagen). Sollte man die Verfassungen und die Menschenrechte im Sinne einer angewandten Hybridentheorie (Latour u.a.) ändern? Jedenfalls haben bei vielen finanziell hochkarätigen politischen und ökonomischen Entscheidungen in den reichen Staaten die faktische Würde von Menschen und das ‚Recht auf ein humanes Leben‘ keine hohe Priorität – offensichtlich kein Skandal<sup>182</sup>, sondern business as usual.

Dauerkoma (PVS) und schwere Demenz sind unwürdige Zustände gemäß den Wertvorstellungen vieler Menschen. Unter welchen Bedingungen die *subjektive Würde*, d.h. die real existierende Hauptwürde, in Deutschland und anderen EU-Staaten faktische Anerkennung findet, vor allem wenn die Person nicht über ausreichende Macht und Durchsetzungsfähigkeit verfügt, wurde bisher kaum erforscht und dokumentiert – schon gar nicht von den Wissenschaftlern, die Schriften über Würde verfassen. Ein „objektiver Würdebegriff“ wird in menschenverarbeitenden Organisationen häufig zur Verschleierung der Nicht-Anerkennung der subjektiven Würdebestimmung eingesetzt. Ideologische und wissenschaftliche Legitimation des „objektiven Würdebegriffs“ wird durch verschiedene Argumente geleistet. Argumentbeispiel: Empirische Untersuchungen, durch die subjektive Würdekonzepte erfasst werden, seien sekundär, da es um einen *essentialistischen* Begriff gehe (vgl. Pleschberger 2004, 38; Nordenfeldt 2003).

*These 30: Verfassungen und rechtliche Bestimmungen sind mehrdeutig und multimoralisch, u.a. da auf der Primär- oder Idealebene allgemeine Begriffe, wie „Mensch“, verwendet werden, auf der Faktenebene fast nur die Kontexte und Menschen gemeint sind, die mit dem Staatssiegel versehen wurden.*

*These 31: Gefährdet wird Würde der anderen, wenn herrschende Gruppen Wertepluralismus und Toleranz geringschätzen und anderen Personen und Gruppen Werte und Normen aufzwingen. Auch in Demokratien werden Recht, Ökonomie, Technologie, Ethik, Moral und andere gesellschaftliche Institutionen und Subsysteme von mächtigen Gruppen würdegefährdend genutzt.*

Die Konstruktionen einer *absoluten objektiven Würde*, die mit der Abwertung oder sogar Leugnung *subjektiver Würde* verbunden sind, dienen der Erhaltung von Herrschaft, Führung und Hierarchie, der Disziplinierung und Kollektivierung, der Rechtfertigung organisatorischer und professioneller Fremdbestimmung und der Entmündigung von Menschen.<sup>183</sup>

## Kultivierung des Sterbens und Tötens<sup>184</sup>

### **Einleitung: sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen**

*Menschen richten ihre Tätigkeiten und ihr Denken auf die Bereiche, in denen sie aktiv und erfolgversprechend wirksam sein können, folglich wurde in einfachen und traditionellen Kulturen das Problem Tod durch die Manipulation von Toten und die Gestaltung der Postmortalität bearbeitet. In modernen Gesellschaften dagegen ist das erste Mal in der Menschheitsentwicklung eine signifikante wirksame Steuerung des physischen Lebens und Sterbens möglich:*

<sup>181</sup> Man kann nicht ProfessorIn in der EU werden, wenn man sich interdisziplinär mit dieser Konkurrenz beschäftigt.

<sup>182</sup> Wenn man Würde *essentialistisch* definiert, wie christliche und andere konservative Funktionäre, dann hilft man den Machthabern, den Skandal zu vermeiden.

<sup>183</sup> Diese dogmatischen Konstruktionen sind janusköpfig: Man kann ihnen einerseits Stützung der Institutionalisierung von Lebensschutz etc. zuschreiben, andererseits dienen sie politisch und professionell Privilegierungen zu erhalten und Unwissen zu fördern.

<sup>184</sup> „Kultivierung des Sterbens“ ergibt über 600 Google-Treffer. „Kultivierung des Sterbens“ mit „Töten“ verbunden ergibt nur 6 Treffer, mit „Suizid“ 3 Treffer. Töten wird also ausgegliedert, obwohl es unvermeidlich ist. Die meisten öffentlichen Sprecher halten sich an folgende latente Norm: Das „normale Töten“ darf nicht analysiert, sondern nur ethisch sterilisiert, juristisch dogmatisiert und moralisch emotionalisiert werden.

Hauptindikator Lebensverlängerung. In traditionellen Kulturen wurde und wird dagegen das postmortale Leben und Sterben als *Ersatz* für das physische Sterben kulturell bearbeitet.<sup>185</sup>

Um den Rahmen für Diskurse über Kultivierung des Sterbens nicht zu eng zu wählen, sollte man folgende vier wichtige Formen des Lebens und seiner Beendigung unterscheiden (vgl. Turner 2009, 139 f):

1. Das nach wie vor weltweit vorherrschende Leben und Sterben der Mehrheit der Menschen, Hauptmerkmale: arm und ausgebeutet. In vielen Gebieten Europas waren derartiges Leben und Sterben noch im 19. Jahrhundert dominant.
2. Das in den reichen Staaten für die Mehrheit realisierte vergleichsweise lange erwünschte Leben und lange unerwünschte Sterben.
3. Das in den reichen Staaten für eine große Minderheit realisierte lange Leben und kurze Sterben – abgesehen von den Suiziden in der Regel ein ‚Zufallsprozess‘.
4. Derzeitige und künftige für kapitalstarke Minderheiten erwerbbar heterogene Formen: überdurchschnittliche Lebensverlängerung, Verlangsamung des Altersprozesses, neue Formen der Lebensmehring, die je nach Perspektive (z.B. Neuformierung der sozio-semanticen Felder Mensch, Identität, Person etc. und der damit verbundenen Institutionen) mehr oder minder problematisch erscheinen (vgl. Knell/ Weber 2009; Lafontaine 2008)<sup>186</sup>.

### **Kultivierungsdiagnosen und -diskurse**

„In den Staaten der EU ist es in den vergangenen 60 Jahren gelungen, die Zählung und Kultivierung von zwei lebensgefährlichen Institutionen, Krieg<sup>187</sup> und Autoverkehr, voranzutreiben. Die Erfolge sind bemerkenswert. In beiden Fällen wurden rigorose Generalverbote, die auch nicht durchsetzbar gewesen wären, vermieden. Die Toten und Verletzten, die trotzdem, vor allem beim Autoverkehr in großen Mengen, „anfallen“, werden hingenommen und an der Minimierung der Unglücksfälle wird permanent gearbeitet. Kultivierung wird durch Transparenz, wissenschaftliche Forschung, Experimente, Erprobung von Technologien und öffentlichen Streit gefördert. Wenn man die Bereiche Sterben, Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe betrachtet, könnte man die Frage stellen, ob Kultivierung und Transparenz auch ausreichend gefördert wurde“ (Feldmann 2008a, 171).

Der Begriff *Kultivierung des Sterbens* wird – wie gesagt – in öffentlichen Diskursen kaum verwendet, dagegen nutzen konservative christliche und hospizliche Gruppen den Ausdruck *Kultur des Sterbens*<sup>188</sup>, doch viel häufiger *Kultur des Todes*. Diese beiden semantischen Gestalten haben divergierende Bedeutungen. Katholisches Führungspersonal hat mehrfach in der Öffentlichkeit von der „Kultur des Todes“ gesprochen und damit Abtreibung, aktive Sterbehilfe u.a. gemeint. Manche Theologen und Psychiater neigen zu apokalyptischen Todeskulturvisionen. Ein Beispiel: „Die Entstehung einer Todes- und Suizidkultur mit Nachahmungseffekten, begünstigt durch eine allgemeine Trivialisierung des Freitodes, ja des Todes überhaupt“ (Gmür 2008, 2).

Kultivierung des Sterbens wird pragmatisch von vielen mit Aktivitäten in Seniorengruppen, Heimen, Hospizen oder religiösen Organisationen verbunden, doch sie ist nicht auf diese gesellschaftlichen Orte eingeschränkt. Hospize und Palliativstationen, den mächtigen Institutio-

<sup>185</sup> Dass es sich anthropologisch um eine *Ersatzfunktion* handelt, kann man aufgrund der Vernachlässigung des Totenkults (anonyme Begräbnisse etc.) in stark säkularisierten Gesellschaften, wie Deutschland, belegen.

<sup>186</sup> Vgl. <http://www.edmontonagingsymposium.com/index.php?page=archive>

<sup>187</sup> Seel (1996, 780) spricht z.B. von der „Kultivierung des Bürgerkriegs“.

<sup>188</sup> Der Ausdruck „Kultur des Sterbens“ bedeutet „gutes Sterben“, vor allem in Hospiz- und Palliativdiensten.

nen Medizin und Religion dienend, sind Stätten der Kultivierung des Sterbens – und leider auch der Verhinderung der Kultivierung. Diese Verhinderung ergibt sich paradoxerweise durch die Alternativen ausschließende politische und medizinische Anerkennung des Hospiz- und Palliativ-Care-Feldes und dessen Instrumentalisierung. In diesen Feldern werden gruppen- und professionsspezifische Referenzrahmen erarbeitet, während gleichzeitig über PR- und Medienschienen professoraler und pastoraler Universalismus verbreitet wird<sup>189</sup>. Diese institutionalisierte *Doppelmoral* verstärkt die Exklusion und das Misstrauen bei Exkludierten, z.B. Personen, die aktive Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid als Optionen wünschen oder andere mit dieser Spezialkultur nicht kompatible Erwartungen haben. Wenn die Exkludierten öffentlich auftreten, werden sie als Konkurrenten und Rahmenzerstörer angefeindet.

Aufgrund des unter medizinischer, kirchlicher und politischer Führung errichteten Hospiz-Palliativ-Monopols des *guten Sterbens* wird den vielfältigen Formen der individuellen und privaten Kultivierung des Sterbens durch Medien und Wissenschaft weniger Aufmerksamkeit geschenkt, bzw. werden sie nach groben und verzerrenden Kategorien erfasst<sup>190</sup>.

Nach Meinung dogmatisch Denkender nicht vereinbare Formen der Kultivierung und Zivili-sierung koexistieren bereits in der modernen Gesellschaft: Menschen, die in das Reich der Demenz wandern, andere, die aus verschiedenen Gründen, z.B. um unerwünschte Formen des physischen, sozialen oder psychischen Sterbens zu vermeiden, Suizid begehen, Menschen, die sich angeblich zufrieden oder vielleicht auch ‚höllenhöflich‘ im Koma oder vergleichbaren Zuständen befinden, und andere, denen durch eigene Entscheidungen oder Handlungen anderer ein diese Zustände vermeidender schneller Tod erwirkt wurde usw.

Die Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe kann als eine dem militärischen Bereich und dem Straßenverkehr<sup>191</sup> vergleichbare begrenzte Öffnung einer staatlich und rechtlich errichteten *Lebenskontroll- und -schutzzone*<sup>192</sup>, also als Entwicklungschance, verstanden werden, die durch die derzeitige Gesetzgebung, durch Organisationsgestaltung und die Regelungen der Standesvertreter der Ärzteschaft entwicklungsbehindert wird.

Devise: Nicht nur freie Fahrt, sondern auch freie Sterbe-gestaltung für freie Bürger!

Diese Freiheit kann auf absehbare Zeit wahrscheinlich nur in den bisherigen in den Niederlanden, Belgien und Oregon verrechtlichten und medikalisierten Formierungen realisiert werden:

### ***Erweiterung der Perspektive***

Eine Erweiterung der thanatologischen Perspektiven wurde bereits im Kapitel *Leben* angesprochen. Nur wenige ThanatologInnen erweitern die Perspektive nicht-spekulativ, z.B. Kellehear (2005) mit seinen *Compassionate Cities*. Erweiterungsdimensionierung: vom Sterben zum Leben, von der ‚unmittelbar‘ gegebenen Gemeinschaft zu *Metagemeinschaften*, von Herrschaft zu kooperativer kultureller Evolution.

---

<sup>189</sup> Ein Beispiel. Im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des deutschen Bundestages zur Palliativmedizin und Hospizarbeit heißt es: „Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des Ausscheidens aus einem Leben, das angesichts befürchteter medizinischer Überversorgung und schmerztherapeutischer und pflegerischer Unterversorgung als nicht mehr lebenswert erscheint, kann nicht im Interesse der Gesellschaft liegen.“ Wenn der Begriff „Interesse der Gesellschaft“ verwendet wird, handelt es sich meist um einen missglückten Universalisierungsversuch.

<sup>190</sup> Zur Monopolerhaltung wird mit bewährten Mitteln gearbeitet: Konkurrenten werden am öffentlichen Sprechen gehindert, stigmatisiert, zwangsklassifiziert etc.

<sup>191</sup> Durch weitere Regelungen im Straßenverkehr, z.B. Geschwindigkeitsbeschränkungen, Fahrverbote für bestimmte Zonen etc., könnten mehr Lebensjahre gerettet werden und eher die Lebensqualität verbessert werden, als durch Verbot der aktiven Sterbehilfe und Behinderung rationaler Beihilfe zum Suizid (=Förderung irrationaler Beihilfe zum Suizid).

<sup>192</sup> Lebenskontroll- und -schutzzonen sind keineswegs primär nach wissenschaftlichen Kriterien errichtet worden, sondern durch Traditionen, Gruppeninteressen und Zufälle entstanden. Forschungen in diesem Bereich finden kaum statt, da die herrschenden Gruppen an solchen wahrscheinlich peinlichen Ergebnissen nicht interessiert sind.

Vom Sterben zum Leben führt eine kurze Betrachtung eines wesentlichen Indikators für Lebens- und Sterbequalität auf EU-Ebene: *healthy life years*.<sup>193</sup> Zwischen Deutschland und den Niederlanden besteht eine Differenz von ZEHN Jahren zu Gunsten der Niederlande!<sup>194</sup> Obwohl zu einer nachhaltigen und globalen Erklärung bessere Theorien und Untersuchungen notwendig wären, sollte man doch die in dieser Studie wesentliche erklärende Variable ernsthaft in Betracht ziehen: Ausgaben für die Betreuung älterer Menschen.<sup>195</sup> Vielleicht würde man Menschen eher helfen, wenn, statt der Privilegierung des Medizinsystems, der Gymnasien, der Beamtschaft, der Konzerne, der Banken und anderer veralteter innovationshemmender Institutionen, das Geld eher in die Lebensverbesserung von unterprivilegierten Kindern und alten Menschen investiert wird, um deren personale und gesellschaftliche Fitness zu fördern (vgl. Roth 2009, 19 ff) – übrigens auch durch Organisationen, in denen diese beiden marginalisierten Gruppen mit Elitegruppen, z.B. Gymnasiasten, Studierenden und Hochkultursüchtigen, zusammengeführt werden.

Die Investitionen in Pflege und medizinische Versorgung in der Sterbephase bzw. in Lebenszustände, die die Mehrzahl der Menschen nicht wünschen, sind wahrscheinlich ähnlich zu beurteilen, wie Investitionen in Gefängnisse, teure medizinische Technologien, Sonderschulen und Rehabilitationseinrichtungen. Es wäre „ökonomisch sinnvoller und gesellschaftlich erfolgversprechender, die zugrundeliegenden Ungleichheiten selbst in Angriff zu nehmen“ (Wilkinson/ Pickett 2008, 81).

Viele Experten sind der Ansicht, dass im 21. Jahrhundert Ereignisse, vor allem Umweltveränderungen, zu erwarten sind, die das Leben und Sterben von Hunderten Millionen von Menschen gravierend betreffen werden. Welzer (2008, 201) gibt zu bedenken, „wie schwach es offensichtlich um die häufig unterstellte Stabilität und Trägheit moderner Gesellschaften in ihren institutionellen Sicherungen und ihrem psychosozialen Binnengefüge bestellt ist.“<sup>196</sup> Doch die Konzepte und Maßnahmen, die kurzsichtige Politiker durchsetzen oder akzeptieren, Anti-Terror-Gesetze, Verhinderung von Emanzipation und Demokratisierung, bürokratische Erzeugung von Stress, Verstärkung der ‚Sicherheitsmaßnahmen‘, New Public Management, Erleichterung der Kapitalakkumulation für Kapitalstarke etc., sind nicht geeignet, die künftigen Herausforderungen zu bewältigen. Sozialwissenschaftlich begleitete experimentelle Veränderungen von Habitus- und Organisationsformen sind erforderlich, um die lokalen und globalen Leben-Tod-Probleme der Zukunft humaner zu bewältigen, nicht verzopfte, mandarinisierte und ritualisierte Diskussionen um aktive Sterbehilfe, Patientenverfügungen, Stammzellen, Klonen, Ethik etc.

Um Leben und Sterben nachhaltig zu ‚verbessern‘, müssten bisher getrennt laufende Diskurse und Praxen vernetzt werden, wobei die folgenden Ziele vorrangig sind:

- Pflege<sup>197</sup> des Lebenssystems Erde.
- Verringerung der sozialen Ungleichheit und der damit verbundenen Lebensminderung auf verschiedenen Ebenen: global, national, regional.
- Öffnung und großzügige Förderung der bürokratisch und ökonomisch verkrusteten Gemeinschaftsbildung<sup>198</sup>, vor allem in der Kindheit<sup>199</sup>.

---

<sup>193</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/indicators/lifeyears\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_en.htm)

<sup>194</sup> Im Health Consumer Index 2008 stehen die Niederlande an 1. Stelle und Deutschland an 6. Stelle.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>.

Im HDI 2007 (Human Development Report) befinden sich die Niederlande an 6. und Deutschland an 22. Stelle.

[http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2009\\_EN\\_Summary.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Summary.pdf)

<sup>195</sup> Diese „Erklärung“ ist kritisch zu betrachten, da wie bei vielen Untersuchungen ein reduktionistischer Ansatz „gewählt“ wurde.

<sup>196</sup> Allerdings sind die Begriffe „Stabilität“ und „Trägheit“ schwammig, d.h. die dahinterstehenden funktionalistischen Annahmen sind labil.

<sup>197</sup> Das Wort „Pflege“ wird im Alltag vielfältig verwendet. Kritisch beobachtet werden sollten Versuche, das Konstrukt „Pflege“ zu monopolisieren und eine professionell eingeschränkte Bedeutung durchzusetzen.

Scheinbar widersprüchlich erscheinen die zu erwartenden Veränderungen. Einerseits treten im Bereich Sterben wie in der Arbeitswelt Tendenzen der Deregulierung und Autonomisierung auf. Andererseits erkennen gebildete Menschen, dass eine nachhaltige gesellschaftliche Steuerung der Lebensbedingungen notwendig ist. Nachhaltig bedeutet, dass die langfristige Entwicklung des Gesamtsystems Erde und der Lebensgrundlagen in Planen und Handeln hohe Priorität erlangt.

Verschiedene Lebensschutz- und –wertfragen werden unter dieser Perspektive anders gestellt und es kommen alternative Problemlösungen ins Blickfeld.

## Nachüberlegungen

Die Nachüberlegungen, die von nüchternen und spekulationsfeindlichen Lesern vernachlässigt werden sollten, betreffen die innenweltliche Zuspitzung, die in den Autor bei seinem inzwischen Monate langem Basteln an diesem Text gefahren ist.

*Zugespitzte Prozessthese 33: Die Kämpfe<sup>200</sup> um Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe und um das „Tötungsverbot“ sind mit der globalen Inhumanität und Lebensunkultur<sup>201</sup> verflochten und zwar nicht in der Weise, wie einige Funktionäre, Theologen, Juristen und Wissenschaftler mit normativem Überhang hochkultiviert und gelehrt implizit (!) konstruieren, nämlich dass die Menschenverletzungen<sup>202</sup> (vor allem die globale Schande<sup>203</sup>) durch den „Dammbruch“ sich ausweiten würden, sondern dass sie durch den „Damm“<sup>204</sup> gestützt werden.<sup>205</sup>*

Allerdings sollte man diese Prozessthese mit einer anderen wohl von vielen anerkannten Annahme kombinieren: Die globale Inhumanität und Lebensunkultur wird durch die ökonomisch und politisch gegebenen Herrschaftsverhältnisse in ALLEN (?) Staaten und Großorganisationen hergestellt und erhalten. Als Verbindungsglied zu der erstgenannten Prozessthese sollte auch noch folgende Annahme hinzugenommen werden: Die Herrschaftsverhältnisse sind mit den edelsten Elementen der westlichen Kultur amalgamiert: Wissenschaft, Kunst, Bildung, Recht und Religion sind vielleicht Überbau, auch teilautonome Subsysteme, aber eben auch Machtfelder (Bourdieu, Foucault). Die real in der Öffentlichkeit auftretenden abendländischen und sonstigen Werteträger<sup>206</sup> sind folglich rein und befleckt, je nach Perspektive. Ökonomisches, soziales, kulturelles und symbolisches Kapital sind verflochten (vgl. Krysmanski 2009).

---

<sup>198</sup> In den Systemen Staat/ Politik, Recht, Bildung und Gesundheit herrschen dysfunktionale Organisationsformen, die schrittweise optimiert und demokratisiert werden sollten (vgl. zu Bildung Feldmann 2008c).

<sup>199</sup> In anderen Kulturen stießen Konzeptionen der Verbindung des Beginns und des Endes des sozialen Lebens auf weniger Erstaunen als in der modernen Gesellschaft.

<sup>200</sup> Kämpfe: Da auf mehreren Ebenen, in Institutionen, Wissenschaftsdisziplinen, politischen, sozialen und religiösen Gruppen, mit sehr unterschiedlichen „Waffen“ gekämpft wird, erschließen sich die Schlachtfelder nur für kompetente Beobachter.

<sup>201</sup> Lebensunkultur: Mangelhafte Kultivierung des globalen menschlichen und nicht-menschlichen Lebens. Der Autor fordert zu Begriffsverschönerung auf.

<sup>202</sup> Menschenverletzungen sind bedeutsamer als Menschenrechtsverletzungen (!?).

<sup>203</sup> „Globale Schande“: Derartige affektgeladene Begriffe werden von den kühlen jungen Gebildeten und ihren MeinungsführerInnen als veraltet, romantisierend, muffig, ohnmachtszeigend etc. abgewertet. Sie zu verwenden, ist folglich riskant, wenn man von den Hochzuchtmenschen anerkannt werden will.

<sup>204</sup> „Damm“ = Herrschaftliches Beharren auf dem für alle verbindlich gesetzten dogmatischen Sterbe- und Tötungsdiskurs und dem daraus folgenden Kultivierungsverbot. Dieser „Damm“ hat die Funktionen, die Sicht auf die globalen Lebensminderungsaktionen der Hochzivilisierten zu versperren und eine ‚Schuldentlastung‘ für die Manager dieser Aktionen zu bewirken.

<sup>205</sup> Ein kleiner Hinweis: Rührender Lebensschutz „im Inneren“ ist mit rücksichtslosen Lebensunschutz „im Äußeren“ verbunden, wobei Inklusion und Exklusion zunehmend dynamisch, flexibel, herrschaftsstabilisierend und kapitalkonzentrierend funktionieren. Vgl. zu einer psychologischen Erklärung: <http://www.heise.de/tp/blogs/3/147263>.

<sup>206</sup> Es sind auch die Träger epistemischer Werte einbezogen.

## Herrschafts- und wissenschaftssoziologische Nachbemerungen

*These 34: Wer Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe nicht nur in den Krankheits- und Verbrechenskontext stellt, sondern als Kultivierungschance proklamiert, wird von den Wächtern als abweichend und pseudowissenschaftlich argumentierend stigmatisiert, denn diese in professionellen Feldern hergestellten Kategorien des Abnormen sind Teile der doxa, dürfen nicht reflektiert und bezüglich ihrer gruppen- und klassenspezifischen Brauchbarkeit geprüft werden.*

In der deutschsprachigen Sterbeöffentlichkeit gibt es mindestens eine Mehrheits- und eine Minderheitsfraktion. Die Lage soll im Folgenden stark vereinfacht dargestellt werden. Zur Minderheitsfraktion gehören Personen, Gruppen und Organisationen, die für eine Liberalisierung bzw. Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid eintreten, z.B. die DGHS. Es gibt von den herrschenden Sprechern aus gesehen „gute“ und „schlechte“ Minderheiten im öffentlichen Feld. Die Minderheitsfraktion im öffentlichen Sterbefeld wird von den meisten Sprechern der Mehrheitsfraktion als „schlecht“ und „das kulturelle Gleichgewicht gefährdend“ dargestellt. Die Sprecher der Minderheitsfraktion agieren in der Öffentlichkeit häufig defensiv, z.B. fordern sie eine Zusatzbestimmung zum § 216 StGB (Tötung auf Verlangen), so dass eine ähnliche Regelung wie in den Niederlanden oder Belgien möglich wäre, oder sie fordern eine weniger rigide Standesethik, die es manchen Ärzten ohne Sanktionen gestatten würde, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Überlegungen zur Kultivierung des selbstbestimmten Sterbens als Alternative oder Ergänzung zur Hospiz- und Palliativkultur sind auch bei Sprechern der Minderheitsfraktion nur selten zu finden.

**Prof. Dr. Klaus Feldmann**  
[www.feldmann-k.de](http://www.feldmann-k.de)