Klaus Feldmann
Hannover 2008

Aktive Sterbehilfe: soziologische Analysen
Version 2

1. Theoretische Überlegungen

Die Worte „Euthanasie“, „aktive Sterbehilfe“, „passive Sterbehilfe“, „Selbstmord“ oder „Suizid“, „Tötung auf Verlangen“, „Beihilfe zum Suizid“ usw. sind einerseits Expertenbegriffe, die von zuständigen Professionellen, z.B. Juristen, Medizinern, Philosophen usw., verwaltet werden, andererseits sind es „freie Worte“, die über die Medien und über das Bildungssystem in die Alltagssprache von Gruppen eingegangen sind und sich dort entwickeln. Von einem Konfliktansatz aus betrachtet, werden symbolische und auch materielle Machtkämpfe ausgefochten, um den öffentlichen Gebrauch dieser Worte im Interesse bestimmter Gruppen zu kontrollieren. Das Wort „Euthanasie“ bzw. seine Geschwister in verschiedenen Sprachen sind besonders umkämpft. 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. Durch diesen symbolischen Kampf soll – im Interesse von Gruppen - die deutsche Sondersituation „bestätigt“ werden, die sich allerdings nicht in der Meinung der Mehrzahl der deutschen Bevölkerung spiegelt, die den Einstellungen in den anderen westlichen Industrieländern ähnelt.

„Wozu dient der Begriff „aktive Sterbehilfe“? Wer benötigt ihn? Auf jeden Fall hat er Herrschaftsbedeutung für Funktionäre des Rechts, der Politik, der Medizin und der Religion. Die 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.

Obwohl der Unterschied zwischen passiver, indirekter und aktiver Sterbehilfe von Hütern des Begriffstempels und diensthabenden Wissensschaustellern für höchst bedeutsam erklärt wird, erweist er sich bei vielen konkreten Entscheidungen und Vollzügen in Krankenhäusern und Pflegeheimen als nebensächlich, da entweder das angeblich notwendige Wissen fehlt oder die organisatorischen und personalen Strukturen den „Luxus“ einer entsprechenden Differenzierung oder „korrekten Entscheidung“ nicht zulassen oder ein erfahrungsbezogenes Expertenwissen das semantische Feld anders strukturiert (vgl. Wehkamp 1998; Giese/ Koch/ Siewert 2006; Douglas et al. 2008). Auch von vielen Schwerkranken oder Sterbenden wird diese Unterscheidung in passive, indirekte und aktive Sterbehilfe als unbrauchbar angesehen, da sie andere semantische und pragmatische Feldgestaltungen der Sterbehilfe für sinnvoll halten, die jedoch für nicht „legitim“ erklärt werden. Trotz hohem internationalem propagandistischen und mehr pseudo- als wissenschaftlichen Aufwand ist es nicht gelungen, genügend Menschen von den „fundamentalen Unterschieden“ zwischen den künstlichen Begriffswelten der „guten Sterbehilfe“ und der „schlechten Sterbehilfe“ zu überzeugen.“ (Feldmann 2008, 39)

Die öffentliche Diskussion um aktive Sterbehilfe wird durch Beiträge von Ärzten, Journalisten, Theologen, Juristen, Philosophen und Historikern bestimmt, während Soziologen in diesen Diskursen kaum anzutreffen sind. Es gibt wenige empirische Untersuchungen, keine fundierten sozialwissenschaftlichen Theorien und nur spärliche Informationen über Einstellungen verschiedener Bevölkerungsgruppen in Deutschland und

anderen EU-Ländern, vor allem nicht von direkt und indirekt Betroffenen.[1] Soziologisch gesprochen tappen wir bei dem Thema – vor allem was die Situation in Deutschland betrifft - im Dunkeln, das durch die weitschweifige medizinische, rechtliche, theologische und ethisch-philosophische Diskussion nur partiell erhellt wird. Vor allem wird die Bevölkerung häufig mit polemischen und dogmatischen Behauptungen konfrontiert, wenn der öffentliche Streit aufbrandet, wie es z.B. aufgrund der niederländischen (und belgischen) Gesetzgebung der Fall war.
Warum gibt es beim Thema aktive Sterbehilfe einen so starken normativen Überhang? Zu Recht werden in der deutschen Diskussion die nationalsozialistischen Euthanasieverbrechen als immerwährende Erinnerung und Warnung im Bewußtsein gehalten. Doch die moderne internationale Sterbehilfediskussion wird inter- und transdisziplinär, demokratisch und global geführt und ist Teil eines sozialen Wandels der Werte, Normen, Lebensstile und Technologien. Das ritualisierte Wiederholen traditioneller oder standesbezogener empirisch nicht abgesicherter Argumente und das Vermeiden von Forschung läßt vermuten, daß es im Interesse wichtiger Gruppen (konservative politische Gruppen, Standesorganisationen der Ärzte, Kirchen etc.) liegt, die tatsächliche Situation nicht offenzulegen, dagegen die eigenen normativen Postulate vermischt mit selektiven Erzählungen aus der Praxis möglichst häufig und publikumswirksam zu verkünden. Dies müßte vor allem dann der Fall sein, wenn signifikante Vertreter dieser Gruppen annehmen, daß die empirische Erfassung und Veröffentlichung der tatsächlichen Einstellungen, Verhaltensweisen und Verfahrensweisen den Glauben an die Postulate schwächen könnten.
Nun müssen keineswegs Verschwörungstheorien bemüht werden. Es ist ja die Regel in Deutschland und anderen europäischen Ländern, daß die tatsächliche soziale Situation nicht adäquat erfaßt wird. Ressourcen werden für andere Ziele aufgewendet, nicht für die nüchterne und theoriebezogene Beschreibung der sozialen Wirklichkeit. Schließlich werden die Humanwissenschaften primär von den mächtigen Institutionen kontrolliert und sind vor allem im Entdeckungs- und Verwertungszusammenhang, und damit auch im Begründungszusammenhang, interessengesteurt.

Wenn man allgemeine thanatosoziologische Schriften durchsieht, so ist es ebenfalls auffällig, daß Sterbehilfe, Euthanasie und Suizid häufig ausgespart werden. Aktive Sterbehilfe und Suizid werden als eigene Gebiete angesehen, die von darauf spezialisierten Wissenschaftlern bearbeitet werden (vgl. Feldmann 1998c).
Eine kurze Betrachtung einiger wichtiger Schriften zur Thanatosoziologie zeigt die Schwerpunktsetzungen und die Leerstellen in diesem Segment der Wissenschaft. Der Hauptzweck dieser Erörterung ist die Erarbeitung von Kategorien für eine Soziologie der aktiven Sterbehilfe. Nach dieser kritischen Auseinandersetzung mit thanatosoziologischen Schriften wird auf das Problem des „guten Sterbens“ eingegangen, das in dem griechischen Begriff Euthanasie angepeilt wird.

Parsons, Fox und Lidz (1973) wiesen darauf hin, dass „der *Wert des menschlichen Lebens* .... im medizinischen System absolut gesetzt“ wird „und der Arzt ... verpflichtet“ ist, „es unter allen Bedingungen zu erhalten. Durch diese Rigidität gerät das medizinische System in eine zunehmende Diskrepanz zu anderen flexibleren Wertsystemen innerhalb der Gesellschaft.
Diese religiös legitimierte "medizinische Ethik" ist auch ein zentrales Hindernis für einen differenzierten Umgang mit dem Tod. .... Vor allem wird der Tod damit rein negativ bestimmt und eine positive Definition ist kaum möglich. Er wird vom Arzt als Niederlage empfunden..... Außerdem wird die emotionale und soziale Situation des Sterbenden häufig ignoriert. Er wird dazu gedrängt, seinen Lebenswillen zu mobilisieren und einen bedingungslosen Kampf gegen den Tod zu akzeptieren. Die Autoren weisen darauf hin, daß die rigide Fixierung des Arztes, das Leben eines konkreten menschlichen Organismus zu

[1] Die rechtliche und medizinische Situation in Europa wird in Wernstedt 2004; Zimmermann-Acklin 2004 und Ferreira 2005 beschrieben.

erhalten, ihn für andere soziale Aspekte teilweise blind macht. Im extremen Fall wird er heroisch handeln, ohne auf situative und andere soziale Bedingungen Rücksicht zu nehmen.“ (Feldmann 1995a, 147f)

Fuchs (ursprünglich 1969 erschienen, 1979 wieder aufgelegt) argumentiert in seinem Buch "Todesbilder in der modernen Gesellschaft" folgendermaßen. In einer säkularen, modernen, naturwissenschaftlich und ökonomisch orientierten Gesellschaft sind Lebenserhaltung und Lebensverlängerung möglichst vieler Gesellschaftsmitglieder zentrale Werte geworden. Er meint allerdings: "Das Ziel der Lebenserhaltung bricht unter diesen Bedingungen medizinischer Praxis in zwei Momente auseinander, die nicht ohne weiteres kompatibel sind: einerseits soll das Leben um jeden Preis und auf jeden Fall erhalten werden, andererseits verlangt der Begriff des natürlichen Todes langsames Verlöschen der Lebenskräfte an der von der Natur gesetzten Marke." (184) In diesem Zusammenhang nennt Fuchs die Sterbehilfe.
Als Wertgrundlage für Entscheidungen über Sterbehilfe ist "die Pflicht, das eigene Leben zu bewahren, und das verfassungsmäßig garantierte Recht auf Leben" (184) zu nennen. "Als Recht der Beherrschten (auf Leben, K.F.) richtet es sich gegen staatliche Gewalt ... ist insofern defensiv konzipiert.....Er richtet sich gegen Zwangssterilisation, gegen staatlich legitimierten oder organisierten Mord, gegen medizinische Eingriffe ohne Einwilligung der Betroffenen" (186 f).
In diesen Ausführungen von Fuchs erscheinen einige Dimensionen, die in diesem Zusammenhang bedeutsam sind:

* Modernes Individuum vs. moderner Staat, speziell die Problematik
* Selbstbestimmung des eigenen Lebens vs. staatliche Regulierung menschlichen Lebens (z.B. Schutzfunktion),
* die Selbstbestimmung trägt ebenfalls ein Dilemma in sich: Pflicht, das eigene Leben zu bewahren (Selbstbestimmung als gelungene Sozialisation, Ausbildung einer sozialen Identität) und Recht, über das eigene Leben zu bestimmen (Selbstbestimmung als Ausbildung einer personalen Identität)
* "Natürlicher" Tod vs. sozial erzeugter „unnatürlicher“ Tod.

Schmied (1985) erörtert das Problem Sterbehilfe und Euthanasie ausführlicher, jedoch relativ untheoretisch und deskriptiv, als Information über die öffentliche Diskussion. Er stellt als zentralen gesellschaftlichen Aspekt der Problematik die "Hochschätzung des Individuums", nach Durkheim den "Kult des Individuums", heraus und meint, daß aus diesem Grund die aktive Sterbehilfe "sich letztlich durchsetzen" (90) werde.

Elias (1982) ist in seiner kleinen Schrift "Über die Einsamkeit der Sterbenden" nicht auf aktive Sterbehilfe und Euthanasie eingegangen. Doch verschiedene Bestimmungsstücke sind bei ihm zu finden:

* Individualisierung und hochentwickelte Selbstkontrolle,
* die Einsamkeit, also die Integrationsprobleme in modernen Gesellschaften,
* die staatliche Fremdzwangapparatur, das Gewaltmonopol und das legitimierte Töten von Menschen.

Bei diesen und anderen deutschsprachigen Schriften zur Soziologie von Sterben und Tod ist festzustellen, daß die Problematik der aktiven Sterbehilfe soziologisch nicht entfaltet wird.
Zu einer solchen Entfaltung sind nämlich weitere Bestimmungsaspekte hinzuzufügen:

* Selbst- und fremdbestimmtes Töten müssen genauer analysiert werden.
* Die traditionell und im gegenwärtigen Bewußtsein auffindbaren Definitionen des "guten Todes" sollten einbezogen werden.
* Die Entwicklung und die gesellschaftlichen Funktionen der definitionsmächtigen Professionen, vor allem der Medizin und des Rechts, sind zu analysieren.
* Die institutionelle Verarbeitung und Kodierung von Sterben und Tod durch Religion, Politik, Recht, Wirtschaft, Medien, Kunst, Erziehung und Bildung führt zu permanenten Kommunikationsproblemen.

* Empirische Untersuchungen zur Sterbehilfe und Euthanasie - leider in unzureichendem Maße vorhanden – und ihre Interpretationen sind einzubeziehen.
* Die Identitätsproblematik, die Individualisierung und die Pluralisierung der Sinngebung ist zu berücksichtigen.
* Eine Kritik rechtlicher und medizinischer Regelungen mit Hilfe der Differenzierung zwischen dem physischen, psychischen und sozialen Sterben erweitert das Diskursfeld (vgl. Feldmann 1998a).

Das "gute" Sterben

Sein Leben für die Erhaltung der Gemeinschaft zu opfern, galt in allen Kulturen als hochwertig. „Kalos thanatos war im klassischen Griechenland in der Regel der Tod eine jungen Kriegers in der Schlacht.“ (Feldmann 2004a, 179). Moderne Gesellschaften und Staaten sind in der Regel nicht mehr vom Handeln einzelner abhängig, schon gar nicht vom Handeln alter sozial sterbender Personen. Wie erfolgen also Normierungen für das gute Sterben?
Bradbury (1999, 146 ff) konstruiert drei Typen des guten Todes, wobei sie keine differenzierte Trennung zwischen Sterben und Tod zugrundelegt:

1. der heilige oder spirituelle Tod: christliche oder andere religiöse Vorstellungen werden zur Bestimmung verwendet;
2. der medizinische gute Tod: es handelt sich um ein medizinisch gesteuertes Sterben, das die Angehörigen und/oder die sterbende Person zufriedengestellt hat, wobei ein zentraler Aspekt die Schmerzkontrolle ist;
3. der natürliche gute Tod: Bradbury konnte in ihren Interviews eine Vielfalt von Vorstellungen über „natürliches Sterben“ feststellen; der natürliche Tod wird vom medizinisch-technologischen abgegrenzt, wobei dies entweder ungeplant passiert, wenn jemand plötzlich stirbt, ohne dass das medizinische System noch Eingriffchancen hat, oder die Natürlichkeit durch bewußte Abstinenz gegenüber den medizinischen Behandlungen aktiv hergestellt wird.

In der Typologie von Bradbury drückt sich aufgrund eines Konfliktansatzes die Spannung zwischen Religion, Medizin und einer Befreiung von gesellschaftlichen Zwängen aus. „Natürliches Sterben“ vollzieht sich nach dieser Rekonstruktion von Interviewäußerungen entweder als plötzlicher Tod, in dem die Vertreter medizinischer und religiöser Institutionen nicht mehr eingreifen können, aber auch die Selbstbestimmung nicht stattfindet, oder in einer selbstbestimmten Abkehr vor allem von der Medizin, d.h. Selbstbestimmung ist primär als verneinender Akt definiert.

Es gibt gesellschaftliche Normierungen des "guten Sterbens", die institutionalisiert sind bzw. von vielen anerkannt werden (vgl. Feldmann 1997, 90 ff):

* Zentral für moderne normative Todeskonzeptionen ist die Vorstellung vom idealen Lebenslauf. Je nach dem Grad der Vollendung dieses Lebenslaufes wird auch der Tod in seiner Güte bestimmt. Ein frühzeitiger Tod wird als stark abweichend und für alle Betroffenen als belastend empfunden.
* Der gute Tod findet heute in hohem Alter und unter medizinischer Überwachung statt.
* Wer dem medizinischen System ausweicht und sich nicht behandeln läßt oder gar Suizid begeht, wird als abweichend angesehen (vgl. zur Rolle des Kranken und des Sterbenden nach Parsons Feldmann 1995a, 145 ff).
* Religiöse Vorbereitungen werden nur für die Gläubigen als notwendig angesehen.
* Wenn der nach Parsons vorherrschende "instrumentelle Aktivismus" nicht mehr oder in nur sehr eingeschränktem Maße möglich ist, so wird dadurch die Güte des Sterbens sehr stark herabgemindert.

* Doch es gibt auch Gegenmodelle, teilweiser traditioneller Art (z.B. christliche Sterbevorbereitung) oder auch moderner Art (Disengagement, Loslassen, Akzeptanz gegenüber dem eigenen Sterben), die z.B. in Hospizen realisiert werden.

Die Normierung des guten Todes richtet sich auch nach der Situation des Bezugskollektivs, vor allem der Familie:

* Im Idealfall sollte in der Generationsfolge gestorben werden: Großeltern-Eltern-Kinder.
* Außerdem sollten Personen erst sterben, wenn sie ihre Positionen und Rollen innerhalb des Kollektivs an andere übergeben haben. *Das soziale Sterben sollte schon fortgeschritten sein, bevor das physische Sterben einsetzt.*
* Das Sterben ist gut, wenn die wichtigen Bezugskollektive ungefährdet weiterexistieren, also genügend ökonomisches und soziales Kapital zur Verfügung steht.

Eher kontrovers wird wohl die folgende These zu diskutieren sein:
Das physische Sterben sollte erst erfolgen, wenn das psychische Sterben schon fortgeschritten ist.
Faktisch nimmt der Anteil der Personen im Zustand fortgeschrittenen psychischen Sterbens zu, da die Menschen in den Industriestaaten immer älter werden, das Gehirn in der Regel jedoch nicht für das hohe Alter ausgelegt ist. Wenn die hochentwickelte Psychostruktur erodiert und nur mehr eine "Residual- oder Restperson" in der terminalen Phase vorhanden ist, so hat der "Hochzeitsteil" der Person sozusagen das physische Sterben vermieden. Andererseits widerspricht dies den Identitätsvorstellungen der selbstkontrollierten Individuen bezüglich eines "erfüllten Lebenslaufs", der durch Aufstieg und bewußte Gestaltung des Lebens und damit auch des Sterbens charakterisiert ist.

In einer Befragung von Studierenden (Lehramt und Diplompädagogik, Univ. Hannover, 1990) wurde folgende Frage gestellt:
'Es wird manchmal gesagt, daß jemand "zu früh", "rechtzeitig" oder auch "zu spät" gestorben ist. Was stellen Sie sich unter "rechtzeitigem Sterben" vor?'
Die überwiegende Mehrzahl der StudentInnen bestätigte die These Max Webers, daß in der modernen Gesellschaft kein Abschluß des Lebenslaufs mehr zu bilden ist, daß man also keine positive Bestimmung des "rechtzeitigen Sterbens" angeben kann. Die StudentInnen meinten, daß schwere Krankheit, starke Pflegebedürftigkeit, starke Schmerzen, Bewußtseinsverlust etc. vermieden werden sollten, bestimmten also das rechtzeitige Sterben nur negativ.
Eine Minderheit gab eine positive Antwort: erfülltes Leben, hohes Alter, selbst gesetzte wichtige Ziele erreicht. Es handelt sich um eine Bestärkung des Individualismus. Wenn das Individuum sich selbst als vollendet definiert, dann kann es abtreten.
Religiöse Antworten waren äußerst selten, z.B. gottgewolltes Sterben.
Nur wenige lehnten den Begriff "rechtzeitiges Sterben" völlig ab.

Eine weitere Frage in dieser Studie lautete:
'Welchen Tod wünschen Sie und welchen Tod fürchten oder verabscheuen Sie?'
Vorgegeben wurden folgende Todesursachen: Unfall, Selbstmord, Mord, Krieg, Krankheit, und drei Alternativen, die die Dauer des Sterbens betrafen (plötzlicher Tod/kurzes bewußtes Sterben/langes Sterben). Die Antworten verdeutlichen die Schwierigkeit eines "rationalen, modernen Umgangs" mit dem eigenen Sterben. Von den meisten werden alle angegebenen Todesursachen als unerwünscht abgelehnt. Mögliche Interpretationen:

- Die Person will nicht sterben, will "unsterblich sein".
- Die Person lebt in der Illusion, an einer "idealen Todesursache", z.B. "sanftem Verlöschen", sterben zu können.

Gleichzeitig wünschen sich fast alle einen plötzlichen unerwarteten Tod oder ein kurzes bewußtes Sterben. Eine "rationale Lösung" wäre, Unfall und/oder Suizid und/oder (eine schnell zum Tod führende) Krankheit zu wünschen. Nur 4 Personen (von 80 Befragten), wählten eine solche "rationale Lösung", zweimal Unfall, einmal Suizid und einmal Unfall und Suizid. Interessant ist auch die Tatsache, daß niemand eine entsprechende Krankheit als wünschenswerte Todesursache wählte, obwohl dadurch am ehesten eine hohe Wahrscheinlichkeit zu erreichen wäre, daß der eigene Wunsch erfüllt wird.
Das Dilemma ist offensichtlich der überwiegenden Anzahl der Befragten nicht bewußt geworden, da ein solches Bewußtsein in den möglichen Kommentaren (der Fragebogen kombinierte geschlossene und offene Fragen zu gleichen Teilen) zu Tage getreten wäre.

Was ergibt sich aus diesen Überlegungen zum "guten Sterben" für die Problematik der "aktiven Sterbehilfe? Die Normierung des guten Sterbens erfolgt in einer Kampfzone zwischen institutionellen Instanzen (vor allem Medizin, Kirchen und Recht) und der Privatisierung, die symbolisch-interaktionistisch permanent konstruiert wird und „systemgefährdet“ ist, um mit Habermas zu sprechen. Diese Privatisierung wird in Deutschland im Bereich der aktiven Sterbehilfe durch die Rechtslage und durch die Tatsache des Sterbens in Krankenhäusern und Pflegeheimen in vielen Fällen behindert bzw. gebrochen. Es ergibt sich ein strukturelles Dilemma.
In modernen Gesellschaften ist durch die Verlängerung der Lebensdauer bei gleichzeitigem früherem Ausscheiden aus dem produktiven Prozeß eine lange Periode des prämortalen sozialen Sterbens entstanden; die Gruppe von alten abhängigen marginalisierten Menschen nimmt zu. Somit steigt die Wahrscheinlichkeit einer zunehmenden Asynchronität zwischen sozialem, psychischen und physischen Sterben. Es ist bisher kaum festzustellen, dass das Rechts- und das medizinische System auf diesen sozialen Wandel angemessen reagieren.

Die aktive Sterbehilfe zwischen Selbst- und Fremdtötung

Aktive Sterbehilfe ist ein Aspekt des immer dominanter werdenden gesteuerten Sterbens. Hierbei sind die Dimensionen Selbststeuerung vs. Fremdsteuerung und Intensität des Todeswunsches zu berücksichtigen.

Feld der aktiven Sterbehilfe	*starker Todeswunsch*	*kein Todeswunsch*
Selbsttötung	freiwilliger Suizid	Suizid erzwungen
Fremdtötung	aktive Sterbehilfe	Mord Todesstrafe

Um die Situation im "Feld der aktiven Sterbehilfe" zu analysieren, werden einige soziologische Überlegungen angestellt (vgl. Feldmann 2004a, 184 ff; Feldmann 1998c, 11 f).
Für den Idealtypus des modernen säkularisierten Menschen, der in den reichen Ländern starke reale Wachstumschancen hat, sind das Leben und sein Körper Instrumente für seine Zwecke, nicht mehr Eigentum Gottes, sondern persönliches Eigentum. Die selbstbestimmte Fortführung oder Beendigung des eigenen Lebens ergibt sich daraus als eine Option.
Doch es gibt andere Traditionen, Einstellungen, Normen und Institutionen in modernen Gesellschaften, die selbst- und fremdbestimmte Tötungshandlungen erschweren.
Das moderne Individuum ist affektkontrolliert und auf Sicherheit bedacht, d.h. es plant sein Leben langfristig. Diese Haltungen sind schwer verträglich mit Entscheidungen, das Leben hier und jetzt gewaltsam zu beenden. Auch ist durch Individualisierung, Demokratisierung, Bildungsexpansion, Wohlstandsvermehrung auf breiter Basis und eine schon fast zwei Generationen dauernde Friedenszeit in Kerneuropa der Wert des einzelnen Lebens in den reichen Staaten stark erhöht worden. Es sind also starke Tötungshemmungen aufgebaut worden. Ferner besitzen staatliche Organe das Tötungsmonopol, so daß ein latenter Konflikt zwischen Individuen bzw. Gruppen und dem Staat bezüglich der "Totalverfügung" über den Körper besteht. Wodarg (2001) kritisiert folglich auch die niederländische Regelung: „Der Staat hat sich aus diesem Verfahren fast völlig zurückgezogen ...“
Ferner wird durch den beschleunigten medizinisch-technischen Wandel permanent die Hoffnung auf potentielle Unsterblichkeit genährt, das heißt es wird immer schwieriger, eine endgültig optionslose physische Sterbesituation zu definieren. Durch die medizinisch und juristisch gestützte Todesideologie (Postulat: Es gibt nur den medizinisch definierten physischen Tod.) werden die kulturell und sozialstrukturell entstehenden Formen des sozialen und psychischen Sterbens in kritischen von Experten kontrollierten Situationen in die Peripherie abgedrängt.

Ein wichtiger sozialwissenschaftlicher Aspekt betrifft den sozialen Druck, der auf Schwerkranke und Sterbende ausgeübt wird, ihr Sterben in einer normativ vorgesehenen Weise zu gestalten bzw. gestalten zu lassen. Er ist im Spannungsverhältnis *Fremd- vs. Selbstbestimmung* und Lebensverlängerung vs. Lebensverkürzung zu sehen. In der derzeitigen gesellschaftlichen Situation in den reichen Industriestaaten sind für Sterbende vor allem die Lebensverlängerung und die Fremdbestimmung dominant und verpflichtend. Selbstbestimmungsäußerungen, die auf Lebensverkürzung hindeuten, werden ignoriert, uminterpretiert oder anderweitig unterdrückt. In der Hospizbewegung wird versucht eine soziale Situation herzustellen, in der Selbstbestimmung und Lebensverlängerung (allerdings unter Ausschluss aggressiver medizinischer Technologie) die normative Leitlinie darstellen. Man könnte sich eine zukünftige gesellschaftliche Situation vorstellen, in der sozialer Druck in Richtung Selbstbestimmung und Lebensverkürzung ausgeübt wird. Dies erscheint paradox, da sozialer Druck meist mit Fremdbestimmung verbunden gesehen wird. Doch Selbstbestimmung kann konform oder nonkonform sein und sie muss sich „im Ergebnis" nicht unbedingt von Fremdbestimmung unterscheiden.
So wie Selbst- und Fremdbestimmung umkämpfte und unterschiedlich operationalisierte Begriffe sind, gilt dies auch überraschenderweise für *Lebensverlängerung* und *Lebensverkürzung*. Zwar ist in vielen Fällen, z.B. bei Mord oder im Krieg, die Bestimmung relativ einfach, doch im Normalfall des schwerkranken Patienten ist bei medizinischen und anderen Entscheidungen bestenfalls Plausibilität und grobe Wahrscheinlichkeit für den Zeitpunkt des Todes anzugeben. Durch diese Sprachregelungen und damit zusammenhängende Verfahrensweisen wird ein eigenes Sprach- und Zeitfeld geschaffen, das der professionellen ärztlichen Verwaltung unterliegt. Die betroffene Person und ihre Bezugspersonen werden mehr oder minder elegant entmündigt. Ihre lebensweltbezogenen Bestimmungen von Lebensverlängerung oder –verkürzung sind nur dann relevant, wenn sie in die von Ärzten und Juristen verw Mitbestimmungszonen fallen.
„Tatsächlich führen nicht die Sterbenden die Regie im Spiel, sondern andere, die das Sterben für sich instrumentalisieren, für ihr Gewinnen – oder Scheitern. Die terminale Phase ist zum Milliardengeschäft geworden. Von der Warte der Ärzte wird jede nicht ärztlich geleitete „Eigenwilligkeit" von Patienten und Angehörigen mit Misstrauen ja Missbilligung beobachtet. Jegliche Beeinträchtigung des großen Geschäfts soll verhindert werden." (Feldmann 2004b, 54)

Wert- und Interessenkonflikte in der Gesellschaft und im medizinischen System

Hier kann nur in Kurzform auf die multidimensionale Problematik eingegangen werden, wobei ein rollentheoretischer Ansatz, eine Kombination von Symbolischen Interaktionismus und Strukturtheorie und eine konflikttheoretische und ideologiekritische Erörterung herangezogen werden.

Der Funktionalist Parsons hat schon auf die Schwierigkeit hingewiesen, die Rolle des Sterbenden im Krankenhaus von der Rolle des Patienten abzugrenzen (vgl. Feldmann 1995a, 147). Im medizinischen System herrscht folgende Annahme vor: Sterbende, potentielle Selbstmörder und Personen, die ihre eigene Tötung wünschen, sind Kranke, müssen also behandelt werden. Ein selbstgesteuertes Sterben könnte bestenfalls einem Gesunden zugestanden werden, der es jedoch nach dieser medizinisch-psychologischen Ideologie definitionsgemäß nicht wünschen kann. Somit ergibt sich ein Dilemma für Personen mit zu geringem Kapital, die sterben wollen, wenn sie im Subsystem Medizin verweilen und von dem professionellen Personal abhängig sind.
Ebenfalls ein sich zuspitzendes Dilemma ergibt sich freilich für das medizinische Personal: Da sowohl die Definitionen von Leben und Tod als auch die Erhaltung und Manipulation von Körperfunktionen immer differenzierter, multidimensionaler und von Ressourcen abhängiger

werden, verschwindet das "natürliche Sterben". An seine Stelle tritt ein "sozial-technologisch gemachtes Sterben". Folglich muß durch das medizinische Personal permanent über Leben oder Tod entschieden werden, und zwar sowohl über Lebensverlängerung als auch über Lebensverkürzung (vgl. Harvey 1997). Diese Entscheidungen sind nach Anspach (1993) kollektive, nicht individuelle Handlungen, die sich aus den sozialen Strukturorten der beteiligten Personen und aus dem jeweiligen sozialen Kontext ergeben und nicht primär aufgrund einer "medizinischen Ethik" oder eines "medizinisch-naturwissenschaftlichen-technischen Standards". Somit entsteht ungeplant "aktive Sterbehilfe" als Emergenzphänomen der medizinisch-technischen Entwicklung. Allerdings versuchen die Entscheidenden, also Ärzte und Krankenpflegepersonal, vor sich und vor anderen diese Lebens- und Todesproduktion zu verschleiern, umzuinterpretieren und umzudeuten (vgl. Streckeisen 2001). Die meisten lehnen auch die für eine Wahrung der Interessen der Patienten erforderliche sozialwissenschaftliche Professionalisierung der Krankenhausarbeit ab.

Aktive Sterbehilfe, Suizid und Abtreibung sind soziale Probleme, die von gesellschaftlichen Gruppen kontrovers beurteilt werden und deren jeweilige gesetzliche Regelungen umstritten bleiben. Eine zentrale Kontroverse ist durch die Dichotomie pro-life versus pro-choice zu beschreiben.
Interessengruppen formieren sich vor allem um zwei Kernkonstrukte:

- Eine Koalition von traditionalistischen religiösen Gruppen (Das Leben des Menschen ist von Gott geliehen), ärztlichen Standesfunktionären und säkularen Staatsvertretern (Tötungsmonopol) unter der Devise »Menschliches Leben als hoher "unverfügbarer" Wert«
- Eine lose heterogene Gruppierung, die sich gegen Traditionalismen und überbordende Staatsgewalt wendet unter der Devise »Selbstbestimmung ist ein höherer Wert als Lebenserhaltung«.

Durch strafandrohende Gesetze und Standesregeln über aktive Sterbehilfe, Abtreibung oder Suizid werden bestimmte normative Sichtweisen gegenüber anderen normativen Ansichten rechtlich privilegiert. Doch es werden nicht nur Weltanschauungen gestützt, sondern es werden Lebenschancen und materielle Vorteile beeinflußt. Es ist höchstwahrscheinlich, dass die derzeitige rechtliche Regelung im Bereich „Tötung auf Verlangen“ und das standesethische Verbot der „Beihilfe beim Suizid“ Mittel- und Oberschichtgruppen privilegiert. Nach einer Befragung im Jahre 1996 führen auch Ärzte in Deutschland aktive Sterbehilfe und Beihilfe beim Suizid durch (vgl. Wehkamp 1998). „Aktive Sterbehilfe wurde häufig als Privileg beschrieben, das insbesondere persönlich bekannten Personen – wie Verwandten, Berufskollegen und Freunden – zuteil wird.“ (Lunshof/Simon 2000, 245; vgl. auch Maitra et al. 2002)[2] Auch bei diesem Problem sollte die Wirkung auf soziale Ungleichheit und Diskriminierung bedacht werden. Strikte Verbote der aktiven Sterbehilfe könnten ähnlich wie strikte Abtreibungsverbote nicht zu einer bedeutsamen Verringerung der Fälle, sonder vor allem zu massiver sozialer Benachteiligung beitragen.
Auch aus der Perspektive der Minderheitenforschung lässt sich das soziale Problem aktive Sterbehilfe betrachten. Minderheiten werden in der Regel unterdrückt, wenn sie nicht über überdurchschnittliche Macht- und Kapitalressourcen verfügen oder nach langen Kämpfen einen ausreichenden Rechtsschutz erhalten haben. Personen, die aktive Sterbehilfe in einem relativ liberalen sozialen System erhalten, sind eine kleine Minderheit, wie die niederländische Praxis zeigt (unter 5 % der Sterbenden bzw. Schwerstkranken).
Wenn man eine Demokratisierung des Rechts und eine Verbesserung der Lebensverhältnisse wünscht, müßte durch Umfragen und andere Untersuchungen erfaßt werden, welche normativen Ansichten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen vorherrschen, welche Formen der Sterbehilfe tatsächlich praktiziert werden und welche Benachteiligungen sich für einzelne und Gruppen ergeben, um dann die Gesetzeslage und soziale Maßnahmen entsprechend flexibel zu gestalten.

---

[2] Ähnlich wie das „Sterbehilfeprivileg“ existiert auch ein „Selbsttötungsprivileg“ (vgl. Erlemeier 2002, 165).

Aktive Sterbehilfe kann soziologisch im Rahmen der Modernisierung, Industrialisierung, Verrechtlichung, Bürokratisierung und Entwicklung des medizinischen Systems gesehen werden. Populations- und Individualkontrolle haben zugenommen. Die zunehmende Verflechtung von Selbst- und Fremdkontrolle erschwert gesellschaftliche und politische Diagnosen.
Die lebensbegleitende Überwachung des menschlichen Körpers durch das medizinische System hat auch dazu geführt, daß das Sterben im Rahmen dieses Systems verwaltet wird. Die demographische Entwicklung, d.h. der überproportionale Anstieg der Gruppe der alten Menschen, und die medizinisch-technischen Fortschritte führten mit steigender Tendenz zum Anwachsen von Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen im Vergleich zu früheren Gesellschaften und Kulturen. Die Emanzipationsbewegungen, die Säkularisierung und die verbesserte Ausbildung in der Bevölkerung lassen die Patienten immer kritischer werden. Immer häufiger werden medizinische Entscheidungen problematisiert und in die öffentliche Diskussion getragen. Auch die Hospizbewegung, deren Vertreter sich in der Öffentlichkeit vehement gegen die aktive Sterbehilfe aussprechen, eröffnet durch ihre Arbeit, die den Sterbenden mehr Freiräume und Kommunikationsmöglichkeiten einräumt, Chancen für Schwerstkranke, auch ihre Sterbewünsche zu äußern. Dies ist nicht nur ein theoretisch plausibler Gedanke, sondern eine englische Untersuchung konnte auch eine Bestätigung dafür erbringen (vgl. Seale 1998, 188)

Die Reaktionen von Vertretern ärztlicher, kirchlicher und staatlicher Organisationen auf die niederländische Gesetzgebung zeigten, dass mit harten Widerständen gegen die von der Mehrzahl der deutschen Bevölkerung gewünschten Gesetzes- und Verfahrensänderungen zu rechnen ist. Vor allem die ärztlichen Standesorganisationen sind am Machterhalt interessiert. In den Niederlanden gilt bei der aktiven Sterbehilfe der Wille des Betroffenen, der behandelnde Arzt muss sich an festgelegte Regeln halten, einen zweiten unabhängigen Arzt heranziehen, dokumentieren und der Fall wird von einer unabhängigen Kommission untersucht. All dies ist in Deutschland nicht notwendig; die behandelnden Ärzte haben viel mehr Entscheidungsspielraum.

Eine professionalisierte Institutionalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland sollte durch rechtliche Rahmenbedingungen und eine empirische Evaluation wie z.B. in den Niederlanden gestützt werden. Eine unprofessionelle, „wilde“ und illegale Institutionalisierung existiert in Deutschland und anderen Industriestaaten bereits. Im Lichte einer sozio-kulturellen Perspektive handelt es sich um einen Kultivierungsprozess für die Gestaltung des physischen, sozialen und psychischen Sterbens. Die von Gegnern der Liberalisierung und Kultivierung der aktiven Sterbehilfe vorgetragenen Befürchtungen vor einer dadurch zunehmenden Dehumanisierung und Desensibilisierung gegenüber dem Leiden von Menschen und einer Ökonomisierung von Sterben und Tod beruhen auf der meist impliziten, ungeprüften und wahrscheinlich falschen Annahme, dass diese Prozesse in der derzeitigen Situation des offiziellen Verbots der aktiven Sterbehilfe im Vergleich dazu aufgehalten oder gebremst würden. Diese derzeit feststellbaren unerwünschten sozialen Prozesse[3], nämlich die Missachtung der Wünsche und Bedürfnisse der Schwerstkranken und Sterbenden, könnten durch die Liberalisierung vielleicht sogar „wachstumsgedämpft“ werden. Aufgrund der sozialen Komplexität sind alle Vorhersagen allerdings mit hoher Unsicherheit behaftet, so dass vorsichtige, gut geplante und wissenschaftlich kontrollierte Sozialexperimente empfehlenswert erscheinen, in denen auf die sehr variablen Bedürfnisse der Klienten mehr Rücksicht als bisher genommen werden sollte.

[3] Amerikanische Untersuchungen zeigten, dass die Art und Intensität der Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten ziemlich unabhängig von ihren Wünschen und Präferenzen erfolgt (vgl. Scherer/ Simon 1999, 36).

Mittel- und langfristig könnten sich Veränderungen auch unabhängig von ideologischen Positionen und rechtlichen Festlegungen durch technischen, ökonomischen und sozialen Wandel (Modell: Antibabypille) ergeben, eine Entwicklung, die manche als bedrohend andere als befreiend empfinden.
"Was bezüglich der Geburtenkontrolle stattgefunden hat, ist gleichermaßen für die Todeskontrolle erforderlich." (Fletcher 1977, 352)

2. Empirische Lage

Repräsentative Befragungen in den USA, Großbritannien und der BRD ergaben, daß trotz intensiver Propaganda durch kirchliche, ärztliche und andere Gruppen jeweils die Mehrheit der Bevölkerung für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen durch einen Arzt oder Beihilfe zum Selbstmord bei unheilbarer schwerer Krankheit, schweren nicht behebbaren Schmerzzuständen oder in der terminalen Phase) eintritt (Monte 1991; DGHS 2001, 2002; Institut für Demoskopie Allensbach 2001; O'Neill 2003; van den Daele 2008).
Frage: *Wenn ein Arzt einem todkranken Patienten auf dessen nachhaltigen Willen und Wunsch aktive Sterbehilfe leistet, dann ist das aus moralischen oder ethischen Gründen abzulehnen oder zu befürworten?* Darauf antwortete nach einer für erwachsene Deutsche repräsentativen Untersuchung im Oktober 2000: 20 % mit abzulehnen und 68 % mit zu befürworten (DGHS 2001, 2).
Frage: *„Ein schwer kranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine Tod bringende Spritze gibt."* „64 % der Westdeutschen und 80 % der Ostdeutschen stimmten im Februar und März" 2001 in einer repräsentativen Umfrage zu (Institut für Demoskopie Allensbach 2001).
In vielen deutschen Zeitungsmeldungen und –kommentaren werden diese empirischen Tatsachen nicht aufgenommen oder schlicht geleugnet. Ein Beispiel: „Auch wenn das niederländische Modell bei uns überwiegend auf harsche Ablehnung stößt..." (Kopka/Berger 2001, 31). „Bei uns" unterstellt einen Mehrheitskonsens der Deutschen oder es handelt sich um ein majestätisches UNS, das die Meinungsmacher in der BRD umfassen soll. Auch an einer weiteren Stelle wird dieser imaginäre Mehrheitskonsens beschworen: „Auf eine eindeutig positive Regelung der Sterbehilfe drängt nur die Gesellschaft für Humanes Sterben." (ebd.)
Die Einstellungen zu Suizid und aktiver Sterbehilfe haben sich in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industriestaaten liberalisiert (Monte 1991; Scherer/Simon 1999; Böttger 2000) und werden sich wohl auch weiter liberalisieren - was freilich auch die öffentlichen Auseinandersetzungen zwischen "Lebensschützern" und "Selbstbestimmungs-Befürwortern" verstärken wird. Da religiöse Organisationen, ärztliche Standesorganisationen und andere Gruppen Machtverluste befürchten, werden die Stellungnahmen in den Medien schriller und polemischer.
Von staatlichen Stellen oder Ärzteverbänden werden fundierte Untersuchungen zu der Problematik des Sterbens nicht initiiert. Die Devise der meisten deutschen staatlichen Führungsgremien, in deren Zuständigkeitsbereich aktive Sterbehilfe fällt, und der Ärzteverbände lautet wohl: Nicht informieren, sondern normieren!
„Um spekulative Deutschland betreffende Risikoszenarien zu stützen, verwenden deutsche Euthanasiegegner niederländische (!) Daten, die sie theoretisch und methodisch fehlerhaft interpretieren (z.B. Oduncu 2007, 146 ff; Simon 2007)." (Feldmann 2008, 40)
Ein Beispiel für Normierung im Mäntelchen der Informationsgewinnung stellt die 1997 im Auftrag der Deutschen Hospiz Stiftung vom Emnid-Institut durchgeführte und später wiederholte Meinungsumfrage dar, in der sich die Befragten zwischen Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe „entscheiden" sollten. Trotz der Fragestellung, die als abschreckendes Beispiel in Lehrveranstaltungen zur Einführung in die Methoden empirischer Sozialforschung hervorragend geeignet ist, traten immerhin noch 42 % der befragten Personen für aktive Sterbehilfe ein (vgl. den Bericht bei Böttger 2000). Die fragwürdigen

Untersuchungsergebnisse wurden dann zur Manipulation der Bevölkerung über die Medien eingesetzt (z.B. HAZ 15.4. 1997: „Sterbehilfe im Abwärtstrend“).

In einem bescheidenen Rahmen wurden zwischen 1986 und 1997 Befragungen am Institut für Psychologie und Soziologie, Abt. Soziologie, des Fachbereichs Erziehungswissenschaften durchgeführt, aus denen einige interessante Resultate vorgestellt werden sollen, die freilich keine Verallgemeinerung auf größere Populationen zulassen.
Unter der Leitung von Andreas Böttger (2000) führten StudentInnen 1992 (N=353) und 1997 (N=582) Befragungen in Niedersachsen durch. Ein wichtiges Ergebnis war, „dass die Akzeptanz aktiver wie passiver Sterbehilfe entgegen den Meldungen mancher Medien in Deutschland weiter gestiegen ist. Dies gilt sowohl für die gesetzliche Regelung, diese Sterbehilfeformen nicht zu verbieten bzw. nicht mit Strafe zu bedrohen, als auch für die Vorstellung, sie selbst einmal in Anspruch zu nehmen. Bei allen Fragen zu diesem Themenkomplex entschied sich die (zumeist überwiegende) Mehrheit der Befragten für ein positives Votum.“ (ebd., 118). Auch bei den befragten Medizinstudenten/innen liegt die „Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe .... fast exakt bei der der Nicht-Mediziner/innnen unter den Befragten.“ (ebd.)

In einer Reihe von Seminaren, die in den Jahren 1986 bis 1997 am Fachbereich Erziehungswissenschaften von mir durchgeführt wurden, wurden jeweils zu Beginn der Lehrveranstaltungen Befragungen durchgeführt.
In den Befragungen bejahte die Mehrzahl der StudentInnen, daß Leben einer der höchsten Werte, für sehr viele eindeutig der höchste Wert, sei, gleichzeitig war die Mehrzahl der Meinung, daß jeder Mensch ein Recht auf Suizid habe (was bekanntlich nicht im Rechtssystem verankert ist), d.h. es zeigte sich bei verschiedenen Fragen eine Spannung zwischen dem hohen Wert des Lebens und dem hohen Wert der Selbstbestimmung. Viele, die Leben als höchsten Wert ansetzen, treten unter bestimmten Bedingungen für die bewußte Beendigung eines anderen oder des eigenen Lebens ein.

In der Befragung 1994 sprachen sich von den 96 befragten Personen nur 9 % für eine unbedingte Gefängnisstrafe für Tötung auf Verlangen aus, 91 % dagegen.
(Befragung 1993, N=96, 15 % für Gefängnisstrafe, 81 % dagegen, 3 % Enthaltung
Befragung 1991, N= 80, 12 % für Gefängnis, 84 % dagegen, 4 % Enthaltung).
Dies ist so zu interpretieren, daß die meisten Befragten die derzeitige Rechtslage ablehnen, also zumindest für die Bestimmung eintreten, daß der Richter bei Tötung auf Verlangen von einer Gefängnisstrafe absehen kann.

Bei offenen Stellungnahmen zu der Frage nach der Entscheidung, eine kommunikationstote Person am Leben zu erhalten oder nicht, fällt auf, daß der Begriff *"Würde des Menschen"* häufig in dem Sinne verwendet wird, daß es würdelos sei, als Kommunikationstoter, z.B. als Patient im Dauerkoma, weiterzuleben. Dagegen argumentieren die Befürworter der Lebenserhaltung vor allem damit, daß das *Wissen* über den Zustand und über mögliche Veränderungen zu gering sei, so daß die den Tod besiegelnde Entscheidung nicht getroffen werden dürfe.

In der Befragung 1991 (N=80) wurde folgende Frage gestellt:
Nehmen wir einmal an, es wäre rechtlich möglich, daß Sie vorweg bestimmen können, daß Ihr Leben nicht verlängert wird oder daß Sie schmerzlos getötet werden, wenn Gehirnschädigungen vorliegen, die Ihnen nie mehr wieder ermöglichen werden, sich mit anderen Menschen zu verständigen.

Welche Festlegung würden Sie für einen solchen Fall für sich vornehmen?
(Wählen Sie bitte nur einen der folgenden Punkte!)

(1) Lebensverlängerung unter Einsatz aller verfügbaren medizinischen Möglichkeiten	*4 %*
(2) Konventionelle medizinische Maßnahmen, z.B. Kreislaufstützung	*9 %*
(3) nur Schmerzlinderung und Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	*31 %*
(4) nur Schmerzlinderung ohne Nahrungszufuhr	*3 %*
(5) möglichst schnelle schmerzlose Tötung	*49 %*
keine Angabe	*5 %*

Das Ergebnis weist auf eine Polarisierung: etwa die Hälfte der Befragten tritt für (vorweg festgelegte) Tötung ein, während die andere Gruppe für verschiedene medizinische Maßnahmen der Lebensverlängerung plädiert. Eindeutig zeigt sich jedoch immer bei den Befragungen, daß die überwiegende Mehrzahl sich gegen eine forcierte technisch gestützte Lebensverlängerung ausspricht.

Soziologische Analysen des sozialen Problems aktive Sterbehilfe sollten unterschiedliche theoretische Perspektiven, z.B. funktionalistische, konflikttheoretische und interaktionistische Ansätze (vgl. Feldmann 2006, 335 ff), einsetzen, um auch die empirischen Erhebungen der Komplexität der gesellschaftlichen Lage angemessen durchführen zu können.

3. Anmerkungen zur öffentlichen Diskussion über die aktive Sterbehilfe

In der öffentlichen Diskussion über aktive Sterbehilfe und Euthanasie werden fragwürdige „Tatsachenbehauptungen“ und Prognosen aufgestellt. Einige werden im Folgenden besprochen.

1. *Wenn eine gute Schmerztherapie und eine positive soziale Zuwendung zu Kranken erfolgt, treten fast nie Wünsche nach vorzeitiger Lebensbeendigung auf.*

   Dieses Argument wurde durch eine Reihe von internationalen wissenschaftlichen Berichten mehrfach widerlegt (vgl. Sohn 2002).

2. *Wenn die aktive Sterbehilfe legalisiert wird (z.B. nach niederländischem Modell), erfolgt ein „moralischer Dammbruch“.*

   Obwohl in den Niederlanden Euthanasie schon seit mehr als 10 Jahren in kontrollierter Weise ausgeübt wird, gibt es keinerlei Anzeichen für eine negative Entwicklung des niederländischen Gesundheitswesens oder der Gesellschaft z.B. im Vergleich zu Deutschland. Bei fundierten empirischen Untersuchungen der Praxis und der Moral im medizinischen System würde wahrscheinlich Deutschland „schlechter“ abschneiden als die Niederlande – doch diese Untersuchungen werden wohlweislich vermieden.[4]

3. *Es besteht ein breiter Konsens der „Experten“ bezüglich der Ablehnung der aktiven Sterbehilfe.*

   Das Argument soll wohl die peinlichen Tatsachen verdecken, dass die Mehrheit der deutschen bzw. der westlichen Bevölkerung und vor allem der gebildeten Menschen eine Liberalisierung der Rechtslage und eine Ent-Paternalisierung des medizinischen Systems wünscht, und dass Funktionäre der „Ärzteschaft“ und der Kirchen unter einem universalistischen „ethischen“ Mäntelchen und mit Unterstützung konservativer politischer Gruppen partikulare Interessen verfolgen. Noch immer werden Personen und Gruppen, die in Deutschland für die aktive Sterbehilfe öffentlich eintreten, von der „Hochethik“ verpflichteten konservativen Experten und ihren Funktionärspaten als

[4] In dem Zusammenhang sei auf ein zum Nachdenken anregendes Fakum hingewiesen: Die Suizidrate für alte Menschen ist in Deutschland zwei- bis dreimal so hoch wie in den Niederlanden.

„Nicht-Personen“ verwaltet, in Außenseiterpositionen gedrängt, zur Ordnung gerufen oder als „irregeleitet“ dargestellt (z.B. Herrmann 2004, 169).
Internationale Untersuchungen belegen, dass auch ein großer Teil der Ärzte (über 30 %) bereit ist, selbst aktive Sterbehilfe zu leisten, und eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe befürwortet (Maitra et al. 2002). Selbst ein bedeutsamer Anteil der Katholiken tritt für eine Zulassung aktiver Sterbehilfe ein.[5]

4. *Wenn die aktive Sterbehilfe legalisiert wird (z.B. nach niederländischem Modell), dann misstrauen viele Patienten den Ärzten, d.h. sie befürchten, getötet zu werden (vgl. Arnold 2004, 41).*

Es gibt keine empirischen Beweise, dass die niederländische (oder belgische) Praxis zu einem Vertrauensverlust bei den Patienten geführt hat. Im Gegenteil ist anzunehmen, dass bei einer – selbstverständlich von der DFG und anderen anerkannten Forschungsorganisationen nicht finanzierten – vergleichenden Befragung in Deutschland und in den Niederlanden im Durchschnitt das Vertrauen der Deutschen in die Ärzteschaft wahrscheinlich geringer wäre.

4. Antworten auf Antworten zu Sterbehilfefragen. Kommentar zu den Ausführungen von Professor Christoph Student[6] und Professor Thomas Klie zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid.

Prämissen, Hintergrundsannahmen und –forderungen, die sich m.E. aus den im Internet von Christoph Student und Thomas Klie angebotenen Texten ergeben:

1. Die Gültigkeit wissenschaftlicher Positionen zur aktiven Sterbehilfe wird von Prof. Student als Stellvertreter einer von ihm nicht explizit festgelegten Bezugsgruppe dogmatisch bewertet.
2. Es gibt nur eine korrekte Beschreibung und Erklärung aktiver Sterbehilfe.
3. Moralische Abweichungen von der „wahren“ ethischen Position sollen möglichst strafrechtlich verfolgt und standesrechtlich geächtet werden.
4. Die Professoren Christoph Student und Thomas Klie sollten als Moralwächter des deutschen Volkes anerkannt werden.
5. Über die Rahmenbedingungen der Diskussion über aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in der Bundesrepublik Deutschland bestimmt Prof. Student in Absprache mit von ihm akzeptierten einflussreichen Personen und Organisationen.
6. Der Zweck heiligt die Mittel: täuschende und sophistische Argumentation ist erlaubt, wenn es darum geht, die eigenen Dogmen durchzusetzen oder zu stärken.
7. Die derzeitige staatlich, kirchlich und medizinisch gestützte das Sterben betreffende kognitive und emotionale Entmündigung vieler Staatsbürger ist ethisch wünschenswert.[7]

Zitate und zusammengefasste Aussagen aus diesen Internettexten zu einzelnen der oben genannten Thesen[8]:

Ad 1:
„Richtig ist, dass heute rund 95% aller Menschen mit Schmerzen am Lebensende durch einfache, grundsätzlich auch von entsprechend geschulten Hausärzten beherrschbare Methoden geholfen werden könnte. **Falsch ist**, dass die restlichen 5% unter „schrecklichen Schmerzen“ sterben müssten.“

---

[5] Nach einer Untersuchung aus den 90er Jahren in den USA treten ca. 50 % der Katholiken dafür ein (Gilbert 1997).
[6] http://christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html
[7] Unter Entmündigung ist gemeint: die intolerante, dogmatische und reflexionslose strafrechtliche Verfolgung von aktiver Sterbehilfe, die undifferenzierte Zuordnung des Suizids zur Psychiatrie, die standesrechtliche Bestrafung von Ärzten, die Beihilfe zum Suizid leisten, die gezielte Desinformation der Bevölkerung.
[8] Die Zitate sind entnommen aus: http://christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html

Ad 2:
„Bei der Aktiven Sterbehilfe kommen also ein suizidaler Mensch und ein homizidaler zusammen (Aktive Sterbehilfe als Konvergenz von Suizidalität und Homizidalität). Durch dieses Zusammentreffen wird die Schwelle für eine (konsensuelle) Tötungshandlung gesenkt. Aktive Sterbehilfe ist also der Ausdruck extremer Not und Hilflosigkeit in der Begegnung zweier Menschen."
Ad 4:
Die beiden Professoren verweisen darauf, dass eine Patientenverfügungs-Gesetzgebung keineswegs die Selbstbestimmungsrechte stärke. Sie warnen zudem davor, dass ein solches Gesetz eine gefährliche Wirkung auf die Moral in unserer Gesellschaft haben würde, ohne gleichzeitig mehr Sicherheit am Lebensende zu ermöglichen (ebd.).
Ad 5:
„Nein, Herr Kauch, beweisen Sie erst einmal, dass Sie willens und in der Lage sind, die palliativmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik nachhaltig zu verbessern. Danach erst können wir dann vielleicht auch über die Freigabe der aktiven Sterbehilfe in Deutschland diskutieren."
Ad 6:
„Richtig ist, dass im US-Staat Oregon nur relativ wenige Menschen von dem Angebot aktiver Sterbehilfe Gebrauch machen. Es sind rund 1 von 1.000 Todkranken. **Falsch aber ist**, dass die Verhältnisse in Oregon mit denen in Deutschland vergleichbar sind. Denn Oregon verfügt über ein weit besser ausgebautes palliatives Versorgungssystem als die Bundesrepublik. Und trotzdem ist kritisch festzustellen: Seit 1997 ist dort die ärztliche Beihilfe zum Suizid erlaubt und seither hat sich die Zahl der Menschen, die mäßige oder schwere Schmerzen erleiden müssen, verdoppelt! Dies legte eine Untersuchung aus dem Jahr 2004 offen. Gewiss kein nachahmenswerter Effekt für ein Land wie Deutschland, in dem die Schmerztherapie im internationalen Vergleich ohnedies noch immer eine Schlusslicht-Position einnimmt."

In dem Satz „Richtig ist …" ist schon definitorisch ein gravierender Fehler festzustellen: In Oregon ist „ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid" aber nicht „aktive Sterbehilfe" unter streng geregelten Bedingungen straffrei möglich.
Angeblich bestätigte Hypothesen (selbstverständlich werden die wahrscheinlich mystischen „Quellen" geheimgehalten!) werden „zugrunde gelegt":

1. Je besser das palliative System in einem Staat ausgebaut ist, umso besser wird die aktive Sterbehilfe in diesem Staat „funktionieren".
2. Prof. Student und Prof. Klie können mit Gewissheit feststellen, welche Kausalbeziehungen in sozialen Systemen wirken.

Es ist erhellend, Stellungnahmen perspektivisch zu verändern.

Student und Klie:
„Patientenverfügungen stehen in der Gefahr, dass in der Bevölkerung mit bestimmten Krankheitsbildern Vorstellungen von lebensunwertem Leben assoziiert werden. Damit verstellen sie den Blick auf ein Leben, dem unter anderen Vorzeichen durchaus Lebenswert innewohnt. Die Offenheit des Menschen für eine andere Art des Seins wird durch die Propagierung von Patientenverfügungen ebenso in Frage gestellt wie die Solidarität der Gesellschaft mit denen, die ihr Leben trotz der schweren Krankheiten und Behinderungen leben wollen." (ebd.)

Alternative Position:
Die derzeitigen Ideologien und Praktiken des medizinischen Systems stehen in der Gefahr, dass in der Bevölkerung Vorstellungen von gesellschaftlich erwünschtem Leben und Leiden assoziiert werden. Damit verstellen sie den Blick auf ein Leben, das unter anderen Vorzeichen gelebt werden kann. Die Offenheit des Menschen für eine andere Art des Seins wird durch die Propagierung von korrektem medizinisch geleiteten Leben und Sterben ebenso in Frage

gestellt wie die Solidarität der Gesellschaft mit denen, die ihr Leben selbstbestimmt gestalten wollen.

Literatur

ANSPACH, R.: Deciding who lives; fateful choices in an intensive-care nursery. Berkeley, Univ. of Calif. Press, 1993.

ARNOLD, N.: Hospizdienste - Sterbebegleitung als Lebenshilfe. In: Beckmann, R. et al. (Hg.), Sterben in Würde. Krefeld, SINUS, 2004, 29-42.

BÖTTGER, A. (Hg.): Soll Sterbehilfe strafbar sein? Theorie u. Praxis, Bd. 57, FB Erziehungswissenschaften, Univ. Hannover, 1995.

BÖTTGER, A. : Wer entscheidet über das Ende des Lebens? Empirische Ergebnisse über die Einstellung zur Sterbehilfe – Arbeitsgruppe „Sterbehilfe und Gesellschaft“. Pflegepädagogik 5/2000, 106-120.

BRADBURY, M.: Representations of death. A social psychological perspective. London, Routledge, 1999.

DAELE, W. van den.: Das Euthanasieverbot in liberalen Gesellschaften - aus soziologischer Perspektive. In: Robertson-von Trotha, C.Y. (Hg.), Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft, Baden-Baden, 2008, 37-62.

DGHS: Die Niederlande und Deutschland im Fokus der Meinungen. Humanes Leben – Humanes Sterben, Nr. 1/2001, 2.

DGHS: Neueste Meinungsumfrage bestätigt DGHS-Kurs. Humanes Leben – Humanes Sterben, Nr. 3/2002, 12.

ELIAS, N.: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt, Suhrkamp, 1982.

ENDRESS, A./ BAUER, M. (Hg.) 2007. Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Aschaffenburg, Alibri V.

ERLEMEIER, N. Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Stuttgart, Kohlhammer, 2002.

FELDMANN, K.: Leben und Tod im Werk von Talcott Parsons. In: Feldmann, K./ Fuchs-Heinritz, W. (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Frankfurt/M., Suhrkamp, 1995a, 140-172.

FELDMANN, K.: Aktive Sterbehilfe als soziales Problem. In: Böttger, A. (Hg.), Soll Sterbehilfe strafbar sein? Theorie u. Praxis, Bd. 57, FB Erziehungswissenschaften, Univ. Hannover, 1995b.

FELDMANN, K.: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen, Leske + Budrich, 1997.

FELDMANN, K.: Physisches und soziales Sterben. In: Becker, U.; Feldmann, K.; Johannsen, F. (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Neukirchen, Neukirchener Verlag, 1998a, 94-107.

FELDMANN, K.: Leben-Tod-Diskurs: Die Instrumentalisierung des Körpers und die Zukunft der Seele. Störfaktor 41, 11. Jg. H. 1, Wien 1998b.

FELDMANN, K.: Suizid und die Soziologie von Sterben und Tod. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 23, 4, 1998c, 7-21.

FELDMANN, K.: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. Wiesbaden, VS Verlag, 2004a.

FELDMANN, K.: Sterben - Scheitern oder Sieg? In: Junge, M./ Lechner, G. (Hg.), Scheitern. Aspekte eines sozialen Phänomens. Wiesbaden, VS Verlag, 2004b, 49-62.

FELDMANN, K.: Soziologie kompakt. 4. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag, 2006.

FELDMANN, K.: Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie. Hannover 2008. http://feldmann.h1410909.stratoserver.net/typolight/

FERREIRA, N.: Revisiting euthanasia: A comparative analysis of a right to die in dignity. Zentrum f. Europ. Rechtspolitik, Univ. Bremen. 2005.

FLETCHER, J.: Ethics and euthanasia. In: Weir, R.F. (ed.), Ethical issues in death and dying, New York 1977, 348-359.
FREWER, A.: Selbstbestimmtes Sterben? Zur Geschichte von Euthanasie und gutem Tod. In: Endreß/ Bauer (Hg.), 2007, 71-92.
FUCHS, W.: Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt, Suhrkamp, 1979 (Orig. 1969).
GILBERT, S.: Choosing to live, deciding to die. RxRemedy, Westport, Conn., May/June 1997.
HARVEY, J.: The technological regulation of death; with reference to the technological regulation of birth. Sociology 31,1997,719-735.
HERRMANN, C.: Leben als Gabe. In: Beckmann, R. et al. (Hg.), Sterben in Würde. Krefeld, SINUS, 2004.
INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH. Allensbach Umfrage. Große Mehrheit der Deutschen für Sterbehilfe. Frankfurter Rundschau, 12./13. 4. 2001, 7.
KIMSMA, G.K./VAN LEEUWEN, E.: Euthanasie in den Niederlanden: Historische Entwicklung, Argumente und heutige Lage. In: Frewer, A./Eickhoff, C. (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Frankfurt, Campus, 2000, 276-312.
KOPKA, F.-J./BERGER, M. Lizenz zum Töten? Die Woche, 2. 3. 2001, 31.
LUNSHOF, J.E./SIMON, A.: Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart. In: Frewer, A./Eickhoff, C. (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Frankfurt, Campus, 2000, 237-249.
MAITRA, R.T. et al.: Die Einstellung von Allgemeinärzten zur Sterbehilfe. Z. Allg. Med. 78, 2002, 68-74.
MONTE, P.: Attitudes toward the voluntary taking of life - an updated analysis of euthanasia correlates. Sociological Spectrum 11,1991,3,265-278.
ODUNCU, F.S.: In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2007
O'NEILL, C. et al.: Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. Soc. Science & Medicine 57, 2003,721-731.
PARSONS, T./LIDZ, V.M.: Death in American society. In: Shneidman, E.S. (ed.), Essays in self-destruction, New York 1967, 133-170.
PARSONS, T./FOX, R.C./LIDZ, V.M.: The "gift of life" and its reciprocation. In: Mack, A. (ed.), Death in American experience. New York 1973, 1-49.
SCHERER, J.M./SIMON, R.J.: Euthanasia and the right to die. A comparative view. Lanham, Rowman a. Littlefield., 1999.
SCHMIED, G.: Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft. Opladen 1985.
SEALE, C.: Constructing death: the sociology of dying and bereavement. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1998.
SIMON, E.: Euthanasie-Debatte an ausgewählten Beispielen im europäischen Vergleich. In: Knipping, C. (Hg.). Lehrbuch Palliative Care. 2. Aufl., Bern, Huber, 2007, 564-575.
SOHN, W.: Sterbehilfe: Regelungsbedarf für ungeklärte Fragen. Z. Allg. Med. 78, 2002, 63-67.
SOHN, W./ZENZ, M. (eds.): Euthanasia in Europe. Stuttgart, Schattauer, 2001.
STRECKEISEN, U.: Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen, Leske + Budrich, 2001.
WARD, R.A.: Age and acceptance of euthanasia. J. Gerontology 35,1980,3,421-431.
WEHKAMP, K.-H.. Sterben und Töten - Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie. Dortmund, Humanitas, 1998.
WERNSTEDT, T.: Sterbehilfe in Europa. Frankfurt, Lang, 2004
WODARG, W.: Humanität statt aktiver Sterbehilfe. Frankfurter Rundschau, 12./13. 4. 2001, 7.
ZIMMERMANN-ACKLIN, M.: Der gute Tod. Zur Sterbehilfe in Europa. Aus Politik und Zeitgeschichte B23-24, 2004, 31-38.