

Klaus Feldmann

Bio-Thanato-Soziologische Provokationen

Hannover 2009

Version 5

Die folgenden aus dem Kontext gerissenen Zitate stammen aus dem Internettext „Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid“ (Version 67), auf den sich auch die Seitenangaben beziehen. Teilweise werden neuere Versionen verwendet, so dass die Seitenzahlen nur ungefähre Ortshinweise sind.

Zugespitzte Prozessthese: Die Kämpfe¹ um Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe und um das „Tötungsverbot“ sind mit der *globalen Inhumanität* und *Lebensunkultur*² verflochten und zwar nicht in der Weise, wie einige³ Funktionäre, Theologen, Juristen und Wissenschaftler mit normativem Überhang hochkultiviert und gelehrt konstruieren, nämlich dass sie (vor allem die *globale Schande*) durch den „Dammbruch“ ihre Fließgeschwindigkeit verstärken würde, sondern dass sie durch den „Damm“⁴ erhalten und genährt wird. (2)

Dank der Synergieeffekte, d.h. des „unbeabsichtigten Zusammenwirkens“ der Funktionsträger aus Politik, Wirtschaft, Medizin, Wissenschaft, Religion etc. werden Forschung und Diskurse klein, eng und unreflektiert gehalten, so dass die Funktionäre meinen, leichtes Spiel zu haben: Rhetorik reicht. (4)

Reflexionsvermeidung wird heute elegant durch die Normalmedien und durch die staatliche, wirtschaftliche und kirchliche Lenkung von Bildung und Wissenserwerb bewirkt. Auch im Wissenschaftssystem wird sie regelmäßig praktiziert. (4)

In den Nationalstaaten wurden die Sprachen korsettiert, bürokratisch geregelt und überwacht. Der Gebrauch herrschaftssensibler Begriffe und Wörter wird festgelegt, ihr konstruktiver Charakter wird verborgen. (5)

Folglich werden die wichtigen öffentlichen Verwendungen der Begriffe sterben, töten, Sterbehilfe, Selbstmord bzw. Suizid etc. kontrolliert und unerwünschte Formen des Gebrauchs marginalisiert. Marginalisierung, Stigmatisierung und Entzug von symbolischem und anderem Kapital erweisen sich meist als ausreichend⁵, alte Formen der Zensur oder gar der Bestrafung der abweichenden Begriffsverwender sind unnötig, um die *semantische Alltagsordnung* aufrechtzuerhalten, die außerdem für einen waffen- und wissenschaftsstarrenden modernen Staat nur eine periphere Bedeutung hat. (6)

Es geht um Argumentationsstrukturen, Legitimation, Ordnungsdiskurse, Rechtsvorschriften, Worte Gottes, Menschenrechte, das Grundgesetz, historische Marker etc. In modernen

¹ Kämpfe: Da auf mehreren Ebenen, in Institutionen, Wissenschaftsdisziplinen, politischen, sozialen und religiösen Gruppen, mit sehr unterschiedlichen „Waffen“ und mediengestützt gekämpft wird, erschließen sich die Schlachtfelder nur für kompetente Beobachter.

² Lebensunkultur: Mangelhafte Kultivierung des globalen menschlichen und nicht-menschlichen Lebens. Der Autor fordert zu Begriffsverschönerung auf.

³ Einige wenige sind es, da die meisten diese Problembereiche systemvernachlässigend thematisieren.

⁴ „Damm“ = Herrschaftliches Beharren auf dem für alle verbindlich gesetzten dogmatischen Sterbe- und Tötungsdiskurs und dem daraus folgenden Kultivierungsverbot.

⁵ Es handelt sich um Ostrazismus, Missachtung und Exklusion, die nonkonformistische Wissenschaftler, Journalisten, Politiker und Professionelle treffen.

Gesellschaften sind semantische Felder, Schemata, Skripte und ideologische Systeme ins Fließen geraten. Deshalb sind Experten, Ethikkommissionen, Organisationen etc. im Auftrag des Staates, der mächtigen Professionen und Institutionen tätig, um Konsistenz, Segmentierung, Distinktion, Akzeptanz, Sanktionslegitimation und Intransparenz herzustellen, abweichende Positionen zu neutralisieren und zu sterilisieren, Angst einzujagen, Laienstatus zu erzeugen etc. (8)

Sterben ist ein lukrativer Dienstleistungsbereich: Menschen werden gestorben, d.h. sie können meist nur peripher selbst bestimmen, unter welchen Bedingungen sie sterben. (9)

In der Thanatologie ist eine kleine heterogene Schar von Personen tätig, die Mehrzahl im Dienste von Organisationen und damit abhängig vom Führungspersonal, das ihnen den Rahmen für Begriffs- und Theoriegebrauch vorgibt (implizite Zensur). (9)

„Es ist unerhört, dass Spülmaschinen, Felgen und Sonnencremes einer regelmäßigen Qualitätskontrolle unterzogen werden müssen, Kontexte des Sterbens aber nicht.“⁶ (10)

Die multidisziplinär expertengestützte Dogmatik, dass physisches Sterben grundsätzlich „hochwertiger“ ist als soziales oder psychisches Sterben⁷, wird u.a. politisch eingesetzt, um nur halbherzig gegen Ungleichheit, Verelendung, Sklaverei und Folter vorgehen zu müssen. (14)

Die Positivierung der Demenz (z.B. Small/ Froggatt/ Downs 2007; Zehender 2005) ist mit der Negativierung des Suizids (Suizidologie) und der selbstbestimmten Lebensverkürzung verkoppelt: eine professionelle Gruppe, die Entstigmatisierung betreibt, kooperiert mit einer professionellen Gruppe, die Stigmatisierung betreibt. Beide widmen sich der Legitimation und Gestaltung der von Herrschaftsgruppen erwünschten Kontrolle des physischen, psychischen und sozialen Lebens und Sterbens. (15)

Wenn eine Person eine gravierende Form des psychischen Sterbens, z.B. fortgeschrittene Demenz, für sich als unwürdige Lebensform ablehnt, dann ist es gerechtfertigt, wenn sie Schritte unternimmt, es zu vermeiden, z.B. Suizid begeht, oder bei einer klientenorientierten Patientenverfügungsgesetzgebung entsprechende Sterbehilfe erwarten kann (vgl. Williams 2007). (15 f)

Viele lehnen „entwürdigende Formen“ des psychischen und physischen Sterbens ab, doch sie werden von der herrschenden *doxa* im medizinischen System und auch in Hospizen gedrängt, sich dem paternalistisch⁸ vorgeschriebenen *guten* Sterben hinzugeben, eine Art moderner Heroismus im Dienste des politisch-medizinisch-ökonomischen Komplexes. (17)

Der *modern dream*, der terminale Erfolg, in reichen Staaten auch dem ökonomischen loser verheißen, allerdings zweit- oder drittklassig, ist die ressourcenverschlingende Lebensmaximierung: „Wollt ihr das totale Leben (und Sterben)?“ (22)

Durch eine verfehlte Wirtschafts-, Steuer-, Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Entwicklungspolitik in den vergangenen 30 Jahren sind so viele Lebensjahre und „noch

⁶ Originalzitat: „Es ist unerhört, dass Spülmaschinen, Felgen und Sonnencremes einer regelmäßigen Qualitätskontrolle unterzogen werden müssen, unsere Kindergärten und Bildungseinrichtungen aber nicht.“ (Der Spiegel 46/2008, 17)

⁷ Untersuchungen zeigen, dass die medizinisch und pflegerisch fokussierten „physischen“ Aspekte überschätzt, und die „psychischen“ und „sozialen“ unterschätzt werden (vgl. Small/ Rhodes 2000, 65).

⁸ Es handelt sich um einen strukturellen Paternalismus, der sich aufgrund der Organisation, der dominanten Diskurse, der Professionalisierung und der stillschweigenden Exklusion ergibt.

mehr“ Lebensqualität verloren gegangen, dass eine Zulassung der Aktiven Sterbehilfe Marke NL dagegen nur unwesentliche Veränderungen erbracht hätte.“ (23)

Die u.a. durch Ideologien der medizinischen und sozialen Dienstleistungssysteme geförderte Hochschätzung der Länge des Lebens als quasinatürlicher Kern einer Weltanschauung der Kapitalakkumulation muss – vor allem von Ökosystemen, Milliarden von Unterprivilegierten und wahrscheinlich von künftigen Generationen – teuer, d.h. mit Lebensminderung, bezahlt werden. (23)

Bisher leben die reichen Kapitalisten 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. (23 f)

Bezüglich des Potenzials der Lebensminderung sind Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe unbedeutsam im Vergleich zu politischen und rechtlichen Mängeln oder zu Tötungsmaschinerien des Militärs und der Rüstungsindustrie oder auch im Vergleich zum Lebensminderungspotenzial des Straßenverkehrs und der Industrie. (27)

Devise der hochhumanisierten Länder: Lieber ein wertvolles Leben eines Menschen, der gar nicht mehr leben will, retten, als zwanzig wertlose. Oder noch bedeutsamer: Lieber Milliarden für unnötige Rüstungsgüter und korrupte Banken spenden, als hunderttausend wertlose Leben retten. (27)

„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) (28)

In den friedlichen reichen Staaten werden sorgfältig ausgewählte Ereignisse der Lebensverkürzung zum öffentlichen Thema, während der mainstream und viele Nebenflüsse der Lebensminderung dem „Schicksal“, dem „Markt“ und der „natürlichen Selektion“ überlassen werden. Es soll stilles, verschwiegenes, unentwickeltes Kummerwissen bleiben, nur so weit vorhanden, dass es Angst und Unsicherheit verbreitet, die für die Herrschaftserhaltung benötigt wird. (28)

In der Hospiz- und Palliativliteratur wird in Variationen das Postulat aufgestellt: *keinesfalls Leben verkürzen und nicht unnötig Leben verlängern*. Diese Handlungsaufforderung ist nicht erfüllbar. Welchen Zweck haben nicht erfüllbare Handlungsaufforderungen? Es handelt sich um klassische Machtmittel. Der Handelnde ist damit von der Gnade der Herrschaftsinstanz abhängig. Er bleibt grundsätzlich fremdbestimmt und schuldbeladen. (28)

Manche reiche Menschen kaufen sich ein Jahr Leben mit geringer Lebensqualität für 1 Million Dollar, wofür an anderen Orten in der Welt 1000 Jahre Leben mit höherer Lebensqualität – allerdings für arme Menschen – gekauft werden könnten. (31)

Das Bevölkerungswachstum in vielen Regionen trägt zu einer Verminderung des Wertes des einzelnen Lebens bei (vgl. Dießenbacher 1998). Andererseits führt der „Bevölkerungsüberschuss“, die Herstellung von „Überflüssigen“, zu einer weiteren Ausbeutung und Bereicherung und damit zur Lebenswerterhöhung für die Ausbeuter und für die Reichen. (31)

⁹ Eine durch staatliche Maßnahmen bewirkbare Verringerung der Einkommensungleichheit würde bedeutsame Verbesserungen der Lebensqualität und Lebensverlängerung erbringen (Wilkinson/ Pickett 2008; Hoffmann 2008).

Lebensschutz kann sich auf Leben auf der Erde generell beziehen, nicht nur auf menschliches. Der Begriff legt also eine moderne Systemsicht nahe. Doch Diskussionen oder gar Berücksichtigungen von Systemmodellen¹⁰ im Diskursbereich Sterben und Tod werden von vielen Funktionären der Politik, des Rechts, der Religion und der Medizin 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.¹¹ Institutionelle Kontrolldienste mit parasäkularen Priestern und Priesterinnen (Führungspersonal, Professoren, Politiker, Bischöfe etc.) setzen Diskursrahmen und bewachen sie. In diesen Rahmen wird ritualisiertes, dogmatisches und angeblich *wissenschaftlich gesichertes* Wissen zelebriert. (33)

Der durchschnittliche (quantitative) Lebensschutz für die Bevölkerung wurde in den reichen Staaten in den vergangenen Jahrzehnten mit immer höherem Aufwand und immer erfolgreicher betrieben – teilweise zu Lasten des Lebensschutzes der unterprivilegierten Milliarde(n) von Menschen und in Zukunft lebender Menschen. (33)

In der überwiegenden Mehrzahl der Kulturen wurde der sozial und kulturell relevante Beginn eines herrschaftlich kontrollierten menschlichen Lebens mit der Geburt bzw. nachgeburtlichen Maßnahmen angesetzt. In der abendländischen Kultur wurde aufgrund kirchlicher und staatlicher Interessen diese Setzung verändert, die Kontrolle über Frauen und Familien konnte dadurch schon während der Schwangerschaft verstärkt werden. (34)

In den offiziellen Konflikten um Leben und Sterben ist eine zunehmende Kluft zwischen den Einstellungen in der Bevölkerung und den so genannten „Experten“-Diskursen entstanden – ebenfalls ein Mittel, um Herrschaft zu sichern, da die meisten Menschen für „unreif“ und „unwissend“ erklärt werden können. (34)

Die Gesetzgeber richten sich vor allem nach Konzeptionen, die im Dienste von mächtigen Institutionen und Organisationen erarbeitet wurden, und berücksichtigen zu wenig Einstellungen und Moralen in der Bevölkerung¹², die trotz intensiver Propaganda sich nicht in erwünschte Richtung entwickelt haben.¹³ So entsteht über demokratische Gesetzgebung eine oligarchische *Kollektivethik*, die durch das Gewaltmonopol des Staates den Staatsbürgern *aufgezwungen* wird. (34)

Ein staatlicher Lebensschutz kann wahrscheinlich mit einem geringeren Einsatz des Strafrechts erfolgen, als es bisher üblich ist, ohne an Wirksamkeit zu verlieren. Überhaupt zeigt sich die Staatskunst darin, dass das Strafrecht und staatliche Gewalt möglichst wenig eingesetzt und die Kosten des Gewaltapparats (Militär, Polizei etc) kontinuierlich verringert werden. (35)

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 Gewalt, die von den modernen ökonomischen, politischen und rechtlichen Systemen begünstigt wird, z.B. vom internationalen Finanzsystem. (36)

¹⁰ Eine herrschaftskonforme Sterilisierung der Systemtheorie im Rahmen der Sozial- und Geisteswissenschaften wurde von Luhmannisten durchgeführt.

¹¹ In Google Scholar erhält man für folgende Eingaben KEINE Treffer: „Schutz des Lebenssystems“, „Lebenssystemschutz“, „Schutz des globalen Lebens(systems)“.

¹² Eine schwache Falsifikation dieser These: das durch den deutschen Bundestag beschlossene Patientenschutzgesetz.

¹³ Die interaktiv rückständigen Rechts-, Politik-, Gesundheits- und Bildungsinstitutionen stehen in zunehmender Distanz und Diskrepanz zu den interaktiven Systemen, die die jungen Generationen immer mehr nutzen.

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 Klienten an der Gesamtzahl der Dienstleistungsklienten im medizinischen und Pflegesektor, also grob gesagt der Sterbenden und der Personen mit möglichst geringer Kommunikationskompetenz¹⁴, steigen wird. (39)

Wie ist ein gesellschaftlicher Zustand zu rechtfertigen, in dem eine Person, die eine andere „in einem schwachen Moment“ getötet hat (z.B. 50 Jahre genommen hat), strafrechtlich verurteilt wird, dagegen eine andere Person, die für eine durchschnittliche Lebensminderung von einem Jahr bei 10.000 Menschen verantwortlich ist (10.000 Jahre genommen), weder strafrechtlich noch in anderer Weise zur Verantwortung gezogen wird? (42)

Durch die Fokussierung auf *gezieltes, intendiertes Töten* wird das *ungezielte, nicht intendierte 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 verschleiert¹⁵) 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. (43)

Tatherrschaft bedeutet in der Regel, dass die Person selbst Hand anlegt, oder dass eindeutig nachgewiesen wird, dass sie einer anderen Person befohlen hat, Hand anzulegen. Je kapital- und ressourcenreicher eine Person ist, umso weniger legt sie überhaupt – nicht nur bei Tötungen – „Hand“ an und umso weniger sind ihre Kommunikationsweisen eindeutig erfassbar. In einer globalen Gesellschaft sind die cleveren Massenmörder bzw. Massenminderer zur Tatzeit tausende Kilometer von den Orten der Taten entfernt. (47)

Das Töten bzw. Leben Mindern im zivilen Kampf ist ... mit einem Tabu belegt, das eine camouflierende Sprache und einen besonderen Legitimationsaufwand erfordert. Der immense Aufwand an Sinnstiftungen, mit dem das Töten bzw. Leben Mindern im zivilen Kampf verhüllt und legitimiert wird, zeigt, wie schwer die zivile Doppelmoral, das Verbot, offen und kritisch über das Töten zu sprechen, wiegt. (48)

Die Hospiz- und Palliativbewegung¹⁶ gehören neben vielen anderen sozialen Gebilden zu den Erben der Pleite gegangenen Firma *Krieg in Europa* und haben sich dauerhafte Stücke herausgenommen, sie gereinigt und umgewidmet: aus Schwertern Pflüge gemacht. Opferbereitschaft, Heroismus, Spiritualität und Religiosität, Nationalismus, weich gespülter Paternalismus¹⁷ wurden in einer zeitgemäßen Weise amalgamiert und für bestimmte Zielgruppen angeboten. Der erbitterte Kampf gegen die Euthanasie-Windmühlen kann dann als abgrenzende Ablenkung interpretiert werden. Der Zielbereich ist geblieben: Es geht um die Macht über Leben und Tod – allerdings nicht um Lebensverkürzung sondern um Lebensverlängerung. (48)

Dass viele Menschen mit ihrem Misstrauen gegenüber den medizinischen, politischen und rechtlichen Systemen recht haben, kann man an der simplen Tatsache erkennen, dass einfache

¹⁴ „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“.

¹⁵ Die Verschleierung ist notwendig, um eine Legitimationskrise zu vermeiden.

¹⁶ Das Argument trifft wahrscheinlich auch auf die Teile des medizinischen Systems zu, die sich mit Sterben beschäftigen.

¹⁷ Auch: femininer Paternalismus oder Maternalismus.

Maßnahmen der Gesundheitssteigerung nicht gewählt, dafür wenige privilegierende Maßnahmen und Technologien subventioniert und politisch gestützt werden. Einfach wäre es, folgende Verhaltensweisen zu fördern: alters- und schichtheterogene Kooperation in Kindergärten und Schulen, nicht rauchen, ausreichend Bewegung machen, keinen oder nur wenig Alkohol zu trinken und sich vernünftig zu ernähren. Doch diese Maßnahmen werden durch das Bildungs-, das Gesundheits- und das Rechtssystem nicht optimal gefördert – eine euphemistische Formulierung. (50)

Es besteht ein gemeinsames Interesse der Mächtigsten der Politik, der Wirtschaft, des Rechts, der Medizin und der Religion, die Selbstbestimmung der geführten Menschen, d.h. der Mehrheit der Bevölkerung, zu regulieren. „Gelenkte Selbstbestimmung“ ist für moderne Mächtigsten ein zentrales Instrument zur Herrschaftsgewinnung und –erhaltung. (51)

Das Syndrom „konforme Selbst- durch herrschaftliche Fremdbestimmung“ wird reproduziert durch öffentliche Bildung, politische und rechtliche Herstellung sozialer Ungleichheit, hierarchische Organisation, Führerprinzip¹⁸, Ideologien, „Beschleuniger“ und noch einige andere Mechanismen. (51)

Eine von den Experten nicht behandelte Inkonsistenz in der herrschenden Argumentation ergibt sich, wenn man bedenkt, dass der überwiegenden Mehrzahl der alten Menschen, die Suizid begehen, von den meisten Suizidologen die Fähigkeit zu einer „freien Selbstbestimmung“ abgesprochen wird, obwohl sie höchstwahrscheinlich mehrheitlich über eine größere kognitive und personale Fitness verfügen, als der Durchschnitt der „ordnungsgemäß“ in hohem Alter Sterbenden, und ihre Selbstbestimmung sich unter geringerem interaktiven und organisatorischen Druck „bewähren“ muss. (53)

Dass ein Suizid bzw. eine Vermeidung professioneller Lebensverlängerung alter kranker Menschen in der Regel nicht nur mit egoistischen sondern auch mit altruistischen Komponenten verbunden ist, z.B. keine ökonomische, soziale oder psychische Bürde für andere zu sein oder für Bezugspersonen eine positive Erinnerung an den Verstorbenen zu garantieren¹⁹, wird von Kruse vernachlässigt und von vielen „Experten“ geleugnet oder in den großen Topf des erwünschten Nichtwissens geworfen. Zeichen des Autoritarismus von Psychiatern, Suizidologen und Sterbeberatern sind Wert- und Motivationsverbote, z.B. soll ein Mensch seine begründete Einstellung, dass er keine Last für andere sein möchte, nicht ernst nehmen oder sogar für unmoralisch halten. (58)

Viele religiöse Funktionäre sind nach wie vor an der Brechung der Selbstbestimmung, am Zusammenbruch des säkularisierten psycho-physischen Systems interessiert, da sie an den Bruchstellen Anschlusschancen für den religiösen Eingriff vermuten. (59)

Bei der Beteiligung Deutschlands und anderer EU-Länder an Rüstung und „Kriegen“ außerhalb der EU würden Dammbrech- und slippery-slope-Argumente geeigneter sein als bei der Diskussion um aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid, doch sie werden in der Prime-Time-Öffentlichkeit marginalisiert, weil bedeutsame Herrschaftsgruppen an ihnen nicht interessiert sind. (66)

¹⁸ Welche Bewertung soll man Staaten oder Staatenverbänden zuordnen, in denen selbst die Bildungseliteinstitutionen, die Universitäten, das Führerprinzip verherrlichen und inzwischen auch verfräulichhen, doch darauf bezogene Reflexionen und Experimente vermeiden?

¹⁹ Man kann dies auch Arbeit am „postself“ (Shneidman 1995) nennen, an der eigenen sozialen Existenz nach dem physischen Tod.

Um spekulative Deutschland betreffende Risikoszenarien zu stützen, verwenden deutsche Lebensschützer niederländische (!) Daten, die sie theoretisch und methodisch fehlerhaft interpretieren (z.B. Spieker 2004; Duttge 2006, 50 f; Oduncu 2007, 146 ff; Simon 2007). (66)

Der Unterschied zwischen den deutschen Ärzten, die sich *gegen* aktive Sterbehilfe aussprechen, und den niederländischen Ärzten, die sich *für* aktive Sterbehilfe aussprechen, liegt wohl nicht im Bereich der Kenntnisse über alternative und palliativmedizinische Therapieoptionen, sondern betrifft Kenntnisse über wissenschaftliche Untersuchungen zu aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid und strukturell bedingte Vorurteilsstrukturen. (67)

Sterbehilfe ist ein Diskursbereich, in dem Funktionäre und Sprecher in der Öffentlichkeit ungeprüfte Hypothesen als gültige Tatsachenbehauptungen ausgeben können, ohne kritische Stellungnahmen befürchten zu müssen – wenn ihre Aussagen kompatibel mit den herrschenden Ideologien sind. (68)

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 der Herrschaftsverhältnisse. (71)

Wenn man eine öffentliche „Diskussion über Lebensminderung“ nachhaltig und rational führen möchte, dann ist nicht die aktive Sterbehilfe oder die Beihilfe zum Suizid geeignet, sondern die wirtschaftlichen, politischen, rechtlichen und medizinischen Strukturen müssten im Zentrum stehen. (71)

Nach wie vor stehen Staatsadel, religiöses, medizinisches und juristisches Führungspersonal dem Suizid misstrauisch und ablehnend gegenüber, da der Suizident sich ungehorsam verhält, die ihm zugestandene begrenzte Selbstbestimmung *missbraucht*. (73)

In vielen Staaten herrscht ein durch von konservativen Gruppen alimentierte „Experten“ gestütztes Klima, das Menschen dazu treibt, ihre Suizidalität für sie und ihre Bezugspersonen strafend und schädlich zu gestalten.²⁰ Psychiater und Suizidologen²¹ haben Rechtfertigungssysteme errichtet, um den Suizidenten möglichst die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und symbolisches Kapital absprenken zu können (vgl. Szasz 1999). Einige Psychiater und Suizidologen sind daran interessiert, ein bereichsspezifisches Monopol für die Freiheitsbeurteilung zu erhalten²². Dann können sie Standards setzen, legitim Personen als nicht frei stigmatisieren und sie damit als (Zwangs)klienten rekrutieren.²³ Suizidologen und Psychiater zivilisierten, modernisierten und verwissenschaftlichten den Brauch der postmortalen Degradierung der Selbstmörder. Sie werden auch nach ihrem Tod als psychisch kranke, d.h. minderwertige, unmündige Personen für die schimpfliche und abschreckende Erinnerung, die allerdings mit Mitleid gemischt ist, an den soften Pranger gestellt. Ihren Angehörigen wird nahegelegt, sich als Stellvertreter Ärzten und Psychologen zu übergeben, damit die diesen entgangenen Gratifikationen nachgeleistet werden.²⁴ Viele Suizide wirken

²⁰ Um solche Hypothesen zu prüfen, werden selbstverständlich keine Forschungsmittel zur Verfügung gestellt.

²¹ Die internationale community der Suizidologen verhält sich bezüglich ihrer ideologischen Rahmenannahmen dogmatisch wie eine Religionsgemeinschaft. Sie verhindert gemeinsam mit Herrschaftsgruppen, dass die gesellschaftliche Einbettung und Steuerungsoptionen der Suizidalität exzellent untersucht werden.

²² „Freiheit“ wird im medizinischen System mit politischer und religiöser Zustimmung als Jokerwort im Interesse von Professionellen und paternalistischen Funktionären verwendet. Expertenrhetorik: Der psychophysisch Kranke ist unfrei, wenn er Suizid begeht oder Suizidbeihilfe wünscht, der Patient im Wachkoma ist frei genug, seinen unbedingten Lebenswillen mitzuteilen.

²³ Wenn ich anderen Freiheit absprechen kann, mache ich sie ohnmächtig und gewinne dadurch selbst Macht hinzu. Dies schließt nicht aus, dass die folgende Therapie zur gemeinsamen Machtvermehrung von Therapeut und Klient beitragen kann.

²⁴ Diese gegen wissenschaftliche Etiketten verstößenden Sätze müssen nicht vorrangig als moralische Beschuldigungen verstanden werden. Suizidologen und Psychiater richten sich wie andere nach kulturellen Werten und Normen und sind an die „Codes“ und Rituale ihrer Institutionen und Organisationen gebunden.

verstörend auf die überlebenden Bezugspersonen, doch eine erfolgreiche Kultivierung und Liberalisierung des selbstbestimmten Sterbens würde das Verstörungspotenzial verringern. (73/75)

Die exzellenten Mitglieder der internationalen Suizidologengemeinde haben bisher nichts unternommen, um Suizidalitätsindices für Organisationen zu entwickeln und für die regelmäßige Messung und Veröffentlichung der Daten einzutreten – ein Gedanke, der ihnen von einem Außenseiter nahegelegt werden muss. (74)

Viele Suizidologen und Psychiater maßen sich an, Klarheit in der dreitausendjährigen Freiheitsdiskussion geschaffen zu haben. Wir müssen uns nur an sie wenden und sie teilen uns mit, ob wir und andere jeweils frei sind oder nicht. (75)

In den Sterbeprozessen in Krankenhäusern, Heimen, Hospizen und Palliativstationen ergeben sich aufgrund der artifiziellen Lebensverlängerung und in der vom Arzt eingeläuteten Phase des „natürlichen Sterbens“ eine *aufgezwungene Wirklichkeit* und starke Handlungseinschränkungen für die Klienten – ein günstiges Klima für suizidale Vorstellungen. (76)

Denn suizidale Vorstellungen alter Menschen sind oft Zeichen hochentwickelter sozialer und psychischer Identität – die in der Regel mit überdurchschnittlicher „Freiheitskompetenz“ verbunden ist. (76)

Wenn jemand auf sexuelle Aktivität verzichtet, so akzeptieren kultivierte Menschen diese Askese. Ebenso kann jemand auf seine terminale Restzeit oder auf fortschreitende Demenz durch Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe verzichten – Askese²⁵, Egoismus, Altruismus, Würde, Ästhetik, Innovation?(80)

Eine systemorientierte Prävention wird derzeit strukturell ver- bzw. behindert, da sie sich gegen die Herrschaftsverhältnisse, die soziale Ungleichheit, die bürokratischen Fixierungen, die politische und wissenschaftliche „Ordnung“, den professionellen Wildwuchs und die heiligen Prinzipien, z.B. Führer- und Domänenprinzip, richten würde. (81)

Konformismus, Opportunismus und Ichschwäche (mangelhafte Selbstwirksamkeit) galten immer schon als wichtige Kulturprodukte und werden auch in modernen Gesellschaften in vielfältiger Weise hergestellt: in der Primärsozialisation durch gesellschaftlich vernachlässigte und ressourcenarm sozialisierte Eltern, in der Schule durch eine mündigkeitsfeindliche und wissenschaftlich rückständige Organisation und modernen Untertanengeist herstellende Bürokratie, durch eine Demokratisierung und politische Entfaltung behindernde politische und rechtliche Struktur, durch die Mainstream-Massenmedien, durch Werbung und andere Personen instrumentalisierende Maßnahmen. (83)

Traditionell wird in der westlichen Kultur „unsere Moral“ oder das „Sittengesetz“ als diffuser Mythos von konservativen Gruppen eingesetzt, um Privilegierungen und Diskriminierungen zu stützen. (83)

So weist auch die Forderung von Funktionären, eine gewerbsmäßig ausgerichtete Suizidbeihilfe strafrechtlich zu verbieten bei gleichzeitiger „Liberalität“ gegenüber der ökonomisch durchaus ins Gewicht fallenden Ausbeutung von Schwerstkranken und Sterbenden in Krankenhäusern und Heimen auf Doppelmoral und Privilegienabsicherung hin. (83)

Der sterbende Körper wird technisch-ökonomisch naturalisiert und sakralisiert. Die Opferrituale in Krankenhäusern, Heimen und Hospizen werden von säkularen Priestern und Priesterinnen durchgeführt²⁶. Auch wenn bei diesen Ritualen Menschen elend krepieren, tun

²⁵ Ein moderner Begriff *Askese* wäre etwa folgendermaßen zu definieren: Selbstbestimmte Kontrolle der drei Identitätsteile: Physis, Psyche und Sozialteil mit den Schwerpunkten Verzicht, Vereinfachung, Verwesentlichung.

²⁶ Gehlen (1983) meinte, Menschen werden von Institutionen „verbrannt“ und konsumiert.

sie dies im Dienste des diesseitigen „heiligen“ Kollektivs. Sie bringen ihr Opfer, damit es nicht zum „Dammbruch“ kommt. Den ordnungsgemäß Geopferten wird Ehre und Würde zugesprochen, während dafür gesorgt wird, dass diejenigen, die sich verweigern, z.B. Suizid begehen, als krank und desintegriert stigmatisiert werden und sich und ihre Bezugspersonen ins Versagen reißen; die moderne expertengestützte Version²⁷ von: eine üble Nachrede und ein schimpfliches Begräbnis erhalten. (84)

Am Ende des Lebens erfolgt in Krankenhäusern und Pflegeheimen die Rekollektivierung²⁸ (über professionalisierte Fremdkontrolle) der partiell individualisierten und selbstkontrollierten Menschen, die bei gelingender Intervention zur konformen Selbstbestimmung führt. (84)

Die diesem System zugrunde liegende gelernte Hilflosigkeit und Unterwerfungsbereitschaft ist weiter nicht verwunderlich, da die meisten Menschen auch in einer modernen demokratischen Gesellschaft unterworfen und gedemütigt worden sind²⁹. Dafür haben die Bildungs- und Arbeitsorganisationen im Zusammenspiel mit politischen, ökonomischen und (quasi)religiösen Ideologien und Praktiken gesorgt. (85)

Die ethischen Hochdiskurse haben aristokratischen Charakter, d.h. sie werden von Experten geführt und es kommen nur Experten zu Wort. Die Ethiken und Moralen der anderen Menschen treten in diesen Diskursen nicht, jedenfalls nicht gleichberechtigt, auf. Somit ist es auch nicht verwunderlich, dass die meisten Menschen bestenfalls als passive Ethikempfänger, nicht als Ethikproduzenten anerkannt werden. (85)

Die herrschende Ethik beschäftigt sich konformistisch mit Suizid und aktiver Sterbehilfe, aber nicht mit dem Finanz- und Steuersektor, z.B. mit der Frage, warum der Gesetzgeber in Deutschland so „unmoralisch“ ist, die Alkohol- und Erbschaftssteuern nicht zu erhöhen³⁰. (86)

In den reichen Staaten haben Hunde bessere Chancen, in Würde zu leben und zu sterben, als Kinder in vielen afrikanischen Regionen. Haben sich Verfassungen und Menschenrechtsresolutionen als Papiertiger erwiesen? Auch die weltweit ca. 800 Millionen mit Kraftstoff betriebenen Fahrzeuge – von den Yachten ganz zu schweigen – haben bessere Chancen, in Würde zu leben, als die ärmsten 800 Millionen Menschen. Wenn die beiden „Kollektive“ konkurrieren, gewinnen in der Regel die Fahrzeuge (Beispiele: Energie- und Finanzkrisenpolitik der USA und der EU, Palmölplantagen). (87)

Doch die heutigen Bildungs-, Beschäftigungs- und Gesundheitssysteme werden oligarchisch gestaltet und sind von Profit-, Bürokratie- und Kompetenzwahn gezeichnet. Gestützt werden diese Strukturen durch „Führerideologien“³¹, die sich auch in den Versuchen manifestieren, zentrale Begriffe und Konzepte wie z.B. Würde, Sterben, Selbstbestimmung, Lebensschutz, Wissenschaft, Gerechtigkeit, Freiheit, Demokratie etc. autoritär festzulegen, zu standardisieren und in ein Wertekorsett zu pressen. (91)

Ein Minderheitsbereich des real existierenden Sterbens wird mit hohem Aufwand entwickelt, während der Mehrheitsbereich sozialdarwinistisch seinem „Schicksal“ überlassen bleibt. (91)

²⁷ Psychologische Autopsie-Studien nach Suiziden sind von Defizit- und Krankheitsansätzen geleitet.

²⁸ „collective, medicalised dying“ (Lawton 2000, 121).

²⁹ Selbstverständlich wird erwartet, dass sie dies sich selbst und anderen nicht gestehen. Dafür steht eine gigantische Selbst- und Fremdbehandlungsökonomie zur Verfügung.

³⁰ Eine empirische sozialwissenschaftliche Ethik könnte berechnen, wie viele physische, psychische und soziale Lebensjahre durch verschiedene Stufen der Erhöhung der Alkoholsteuer in Deutschland gewonnen werden könnten.

³¹ Die in den Institutionen Politik, Wirtschaft, Religion, Medizin, Bildung und Wissenschaft verankerten Führerideologien und Führungsmythen (vgl. Gemmill/ Oakley 1996; Neuberger 2002; Lakowski 2005) haben u.a. die Funktionen, Dezentralisierung, Vernetzung, Kooperation, Interprofessionalität und Enthierarchisierung zu diskreditieren bzw. zu entmachten.

Die Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe kann als eine dem militärischen Bereich und dem Straßenverkehr³² vergleichbare begrenzte Öffnung einer staatlich und rechtlich errichteten *Lebenskontroll- und -schutzzone*, 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 Sterbegestaltung für freie Bürger! (98)

Prof. Dr. Klaus Feldmann
k.feldmann@ish.uni-hannover.de
www.feldmann-k.de

³² 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).