

Klaus Feldmann

Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid.

Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie.¹

Vereinfachte Kurzfassung

Hannover 2013

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 2 |
| Begriffe, Konzepte, Sprachkämpfe | 2 |
| <i>Tod: Definition und Macht</i> | 2 |
| <i>Sterben: Definition und Konflikt</i> | 3 |
| Gutes und schlechtes Sterben | 3 |
| Soziales und psychisches Sterben | 6 |
| <i>Psychisches Leben und Sterben</i> | 7 |
| <i>Demenz - Entzivilisierung und Entkultivierung?</i> | 7 |
| Leben | 9 |
| <i>Lebensmehrung</i> | 10 |
| <i>Maximierung der Lebenslänge der Privilegierten als gesellschaftliches und individuelles Ziel</i> | 11 |
| <i>Lebensbewertung/ Lebens- und Sterbequalität</i> | 13 |
| <i>Lebensschutz</i> | 14 |
| Lebensminderung, Gewalt, Töten | 15 |
| <i>Lebensverkürzung</i> | 18 |
| <i>Gewalt</i> | 18 |
| <i>Überlegungen zur Todesproduktion</i> | 19 |
| <i>Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“</i> | 19 |
| <i>Tötungsnormierung</i> | 21 |
| <i>Zeit, Intention und Tatherrschaft</i> | 22 |
| Selbst- und Fremdbestimmung | 23 |
| <i>Gemeinschaft und Organisation</i> | 23 |
| Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen | 24 |
| Suizid | 26 |
| Kultivierung des Sterbens und Tötens | 27 |
| <i>Einleitung: sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen</i> | 27 |
| <i>Erweiterung der Perspektive 1</i> | 29 |
| <i>Erweiterung der Perspektive 2</i> | 30 |

¹ Neueste Langfassung: http://www.feldmann-k.de/texte/thanatosoziologie/articles/sterben-sterbehilfe-toeten-suizid.html?file=tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/feldmann_sterben_sterbehilfe_toeten_suizid.pdf.

Einleitung

Die Experten für Sterben und Tod, Ärzte, Priester, Bestatter und manche andere, sind mit Politikern und Juristen verbündet und steuern die Diskurse, Praktiken und Forschungen in diesem Bereich.

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

Ein kleiner Einblick in das Nicht- und Unwissen:

- Wie lange dauert das Sterben?
- Wie und von wem werden die Sterbenden betreut?
- Wie gut oder schlecht sind die Schmerztherapie und die Maßnahmen zur Linderung des Leidens?
- Wie häufig werden unnötige und schädliche Therapieversuche an Schwerstkranken und Sterbenden unternommen?
- Werden bedeutsame Wünsche der Sterbenden missachtet, in welcher Weise, warum und in welchem Ausmaß?
- Wird die Würde von Sterbenden verletzt, in welcher Weise und warum?
- Wenn Sterbende eine Verkürzung des Sterbens wünschen, wie wird darauf reagiert?
- Unter welchen Bedingungen werden aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid durchgeführt bzw. verweigert – in den Staaten, in denen derartige Handlungen strafrechtlich geahndet werden?
- Wie und wodurch verändern sich die globalen und lokalen Strukturen der Lebensmehrerung und –minderung?
- Wie werden die Sterbe- und Todesdiskurse gesteuert?
- Superfrage: Wer stirbt wo, wann, ‚begleitet‘ von wem, mit welchen Kosten, unter welchen Bedingungen und mit welchen ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen?

Begriffe, Konzepte, Sprachkämpfe

In der Öffentlichkeit gibt es Denk- und Sprechregeln. Sprechen über das Töten im Kongo wird sauber vom Sprechen über das Töten im Pflegeheim getrennt. Aktive Sterbehilfe und Selbstmord werden mit Gewalt und Mord 'in Verbindung gebracht, internationale Vereinbarungen und Finanzspekulation dagegen nicht, sie sind assoziativ mit Luxushotel, Kaviar und Edelprostitution verbunden. Diese Denk- und Sprechregeln dienen Interessen, z.B. von Unternehmern, Politikern, Bischöfen und Ärzten.

Tod: Definition und Macht

Die Definition von (physischem) Tod als Hirntod erscheint durch die rechtlich-medizinischen Festlegungen vorläufig gesichert. Doch im Bewusstsein der Menschen, auch in den westlichen Industriestaaten, wird man ganz andere Konzeptionen von Sterben und Tod finden.

Sterben: Definition und Konflikt

In prähistorischer Zeit haben relativ wenige Menschen ihr Sterben erlebt. Die meisten hatten entweder kein differenziertes Bewusstsein für ein solches Erleben entwickelt oder sie sind zu schnell gestorben, um mit anderen darüber kommunizieren zu können. *Prämortales* Sterben – nicht der „Tod“ und das *postmortale* Leben und Sterben – ist somit erst im Laufe der Geschichte und insbesondere in der modernen Gesellschaft ein bedeutsames Ereignis für viele geworden.

Die Beschäftigung mit dem *postmortalen* Leben und Sterben war eine ‚Ersatztätigkeit‘ mit der Funktion der Stabilisierung der psychosozialen Systeme. Es gibt viele Mythen über die schwierigen und gefahrvollen postmortalen Sterbereisen. Die meisten Sterbereisen finden heute im Gegensatz zu den frühen Kulturen prä mortal statt, gerahmt von organisatorischen Ritualen in Krankenhäusern und Heimen.

Worte wie Sterben, Selbst- und Fremdbestimmung weisen auf komplexe dynamische mehrdimensionale Prozesse hin. Begriffe wie Tötung auf Verlangen, passive, indirekte und aktive Sterbehilfe etc. können als Versuche gedeutet werden, das Prozessgeschehen im Interesse von Funktionären, Professionen und herrschenden Gruppen zu erfassen und zu kontrollieren, wobei die Aufmerksamkeit durch Hinweise auf Gott, Natur, Ethik, Wissenschaft, Verfassungen und Rechtsordnungen von diesen Interessen abgelenkt wird.

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

Der Beginn des Sterbens wird medizinisch teilweise gleichgesetzt mit dem Wendepunkt (turning point) zwischen kurativer und palliativer Behandlung, dessen Bestimmung selbstverständlich dem Arzt übertragen wird.

Sterben ist ein lukrativer Dienstleistungsbereich: Menschen *werden* gestorben, d.h. sie können meist nur peripher selbst bestimmen, unter welchen Bedingungen sie sterben. Dass der Beginn und der Verlauf des Sterbens für die meisten fremdbestimmt wird, stellt freilich auch eine Entlastung für viele Menschen dar, die durch ‚echte‘ Selbstbestimmung überfordert wären, die sie unzureichend erlernt haben und die nicht zuletzt von den professionellen ‚Helfern‘ be- und verhindert wird.

Palliativmediziner, Funktionäre der Hospizbewegung und anderer Sterbeorganisationen und Sterbedienstleister (Ärzte, Krankenschwestern etc.) sind dafür zuständig mitzuteilen, wie und was Sterben ‚wirklich‘ ist. ‚Tatsächlich‘ bzw. ‚sozialwissenschaftlich‘ handelt es sich nicht um eine Beschreibung des ‚wirklichen‘ Sterbens. Die Sterbedienstleister bieten Konstruktionen und Erzählungen an, so wie die Medien Nachrichten bringen, deren naive und normale Empfänger diese Nachrichten für ein gutes Abbild von Wirklichkeit halten.

Gutes und schlechtes Sterben

These 2b: Für einen beachtlichen Teil der Menschen, die in reichen hochentwickelten Staaten leben, gilt (zumindest einer der folgenden Aspekte): Das Sterben ist zu unangenehm, dauert

zu lange, ist zu teuer und findet am falschen (von den Sterbenden nicht gewünschten) Ort statt.

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

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

Es ist nicht verwunderlich, dass für die Privilegierten die Wünsche viel häufiger in Erfüllung gehen als für die Unterprivilegierten. Im Durchschnitt werden die meisten Menschen bezüglich der Punkte 2 und 3 enttäuscht. Man könnte dies als gravierende Fehlsteuerung bezeichnen, die nicht primär finanziell sondern strukturell begründet ist, da u.a. das letzte Lebensjahr so teuer ist, dass die relativ schlichten Erwartungen von Punkt 2 und 3 für mehr Menschen erfüllbar wären, würde man eine Verteilung nach den Bedürfnissen der Sterbenden vornehmen.

Das Sterben erfolgt auch in den hochentwickelten Staaten äußerst vielfältig.

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

Abb. 1: Todestypologien (Feldmann 2010d, 156, modifiziert)

Das „natürliche Sterben“ wurde seit dem 18. Jahrhundert in Europa institutionalisiert und idealisiert. Der Begriff „natürliches Sterben“ wird eingesetzt, um das professionelle *Sterben und Tod machen* zu verleugnen und die durch medizinische Maßnahmen hergestellte terminale Phase als notwendig und unvermeidlich darzustellen.

Rechtlich und medizinisch soll ein „natürliches Sterben“ erzwungen werden, garantiert ‚gereinigt‘ von Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe. Viele Menschen stellen sich dagegen unter „natürlichem Sterben“ vor: ohne medizinische Einwirkung sterben, am besten friedlich und bezugspersonenbetreut zu Hause.

Der dogmatische und ressourcenverschwendende ‚Betrieb‘ des ‚zertifizierten natürlichen Sterbens‘ in reichen Gesellschaften des westlichen Typs kann als naturgefährdend bezeichnet werden. Es ergibt sich folglich ein Dilemma: Wird Menschen auf Massenbasis ein politisch und ökonomisch gestütztes ‚Recht‘ zum ‚natürlichen Sterben‘ gemäß derzeitigen oder gar künftigen Festlegungen einer ökonomisierten expansiven Medizin zugewiesen und verordnet, dann muss Lebensvernichtung auf globaler Basis betrieben und vertuscht bzw. gerechtfertigt werden.

Der traditionelle *heroische Tod* war in vielen Kulturen für junge Männer vorgesehen, während das moderne heroische Sterben allen offen steht: der tapfere Kampf gegen chronische zum Tode führende Krankheiten, Krebs, AIDS etc. Das moderne heroische

Sterben ist meistens nicht mehr politisch oder religiös gelenkt, sondern medizinisch und medial.

Das *gute Sterben* und der *gute Tod* können zumindest von vier Sichtweisen her bestimmt werden:

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

Die Feldmacht liegt bei den Personen von Punkt 2, die auch in Befragungen zur Konzeption des guten Sterbens oder des guten Todes hauptsächlich zu Wort kommen. Entscheidend ist der ‚ordnungsgemäße Verlauf‘, d.h. eine Minimierung der Irritationen des professionellen Personals. Ärzte haben zuerst im Laufe ihres historischen Eroberungsfeldzugs die Priester vom Sterbebett vertrieben und in Krankenhäusern schließlich die Bezugspersonen, die in den vergangenen Jahrzehnten wieder an Boden gewonnen haben. Die meisten sterbenden Personen sind allerdings dem übermächtigen hochgerüsteten medizinischen System ausgeliefert – auch in Palliativstationen. Doch im klinischen Alltag sind auch Ärzte in ein komplexes organisatorisches Geschehen eingebunden. Immer häufiger muss entschieden werden, Maßnahmen zu beenden oder nicht anzuwenden. In diesen komplexen Prozessen ist meist weder Zeit noch Raum für die Gestaltung des *guten Sterbens*, für dessen Thematisierung in der Regel ritualisierte Aussagen zur Verfügung stehen.

Obwohl die Hospiz- und Palliativbewegung über Vereine und über Medien ihre ‚Philosophie des guten Todes‘ und die ‚wundersame Harmonie zwischen Hospizpraktiken und Bedürfnissen der Sterbenden‘ verbreiten, beherrschen medizinische Modelle die terminalen Phasen. In Krankenhäusern und Heimen bestimmt wie in Schulen das Kontrollpersonal, ob „gut“ gearbeitet bzw. gestorben wurde oder nicht. Das „schlechte“ oder „unerwünschte“ Sterben („dirty dying“), das offiziell als Ausnahmephänomen gehandelt wird, wird nicht nur in prekären Pflegeheimen und Privatwohnungen, sondern auch in Palliativstationen, Hospizen und gut geführten Krankenhäusern beobachtet – und wird meist verborgen oder umgedeutet, ab und zu auch skandalisiert. Was die Betroffenen, d.h. die Sterbenden und die Bezugspersonen, für *gutes Sterben* und *guten Tod* halten, ist allgemein schwer zu bestimmen. Jedenfalls wünschen viele Menschen weder das Sterben im Krankenhaus, noch das im Hospiz, und schon gar nicht das „heimliche“ Sterben.

Da nach wie vor das meiste Sterben von Institutionen und Organisationen gestaltet wird, öffnen sich für das *eigene Sterben* – vor allem wenn es *eigenwilliges* Sterben sein soll – Konfliktzonen. Vertreter der Hospizbewegung behaupten zwar, dass ein zentrales Ziel sei, dass jeder sein *eigenes Sterben* gestalten könne, doch die organisatorischen Korsette und die Abhängigkeitskultur verhindern es. „Das gute Sterben wird von Organisationen oder Gruppen verwaltet und gesteuert, so dass das *eigene Sterben* häufig nicht „gut“ sein wird. Dies zeigt sich vor allem bei der Gestaltung des Suizids, dessen „Gutsein“ gesellschaftlich und medizinisch in der Regel verhindert und gelehrt wird.“

These 2c: Das gute Sterben für die Mehrzahl der Sterbenden wird sowohl in der EU als auch global weder derzeit noch in Zukunft durch die Hospizbewegung und die Palliativmedizin hergestellt, sondern durch die Verringerung der sozialen Ungleichheit und die Verbesserung der Lebensverhältnisse.

These 2d: Schon seit zwei Jahrzehnten (oder auch länger?) besteht auf zwei Dimensionen ein Trend, der nicht gebrochen ist: Polarisierung zwischen den Polen Premiumsterben und prekäre Sterbeverhältnisse und der hohen und geringen Kosten des Sterbens.

Soziales und psychisches Sterben

These 2e: Nicht Krankheiten sind die Hauptursachen für ‚frühzeitiges‘ Sterben von Menschen, sondern soziokulturelle Bedingungen, vor allem Prozesse des sozialen Sterbens und Tötens.

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

Abb. 2: Formen des Lebens und Sterbens (Feldmann 2010d, 20)

These 2f: Die Differenzierung in physisches, soziales und psychisches Sterben wird im Sprachgebrauch der Medizin und der auf Konformität ausgerichteten Wissenschaften abgelehnt.

Soziales Sterben (social death) kann als schwerwiegender Verlust von Anerkennung, sozialer Teilhabe, Interaktions- und Kommunikationschancen, Positionen und Rollen definiert werden

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

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

Die erste Form, die radikale soziale Exklusion, kennen in zivilisierter Form auch die Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften (Gefängnisse, Pflegeheime, Ausweisung), während die zweite Form sich gespalten hat, in die privatisierte Jenseitsreise, und das strukturelle prämortale soziale Sterben: Arbeitsplatzverlust, Rollenverlust, Ausgrenzung aus dem Zentrum der Gesellschaft durch Krankheit etc.

Soziales Sterben kann von der Positionierung einer Person in sozialen Räumen her bestimmt werden. Soziale und physische Räume sind verschränkt. Privilegierte Personen verfügen über eigene gut ausgestattete und gesicherte physische und soziale Räume, unterprivilegierte müssen in Fremdräumen leben und sterben, werden dort missbraucht und gedemütigt. Für Unterprivilegierte und ‚sozial Schwache‘ findet während ihres Lebens häufiger soziales und psychisches Sterben statt.

Auch wenn es sich nur um eine Minderheit der Männer handeln dürfte, für die der Verlust des Arbeitsplatzes schmerzhafter als der Tod von Mutter oder Vater ist, und nur sehr wenige aufgrund des Mangels an sozialer Anerkennung Suizid begehen, weisen diese Tatsachen auf die Bedeutung des sozialen Sterbens hin. Vor allem hat sich das prämortale soziale Sterben in der modernen Gesellschaft verbreitet, weil Kranke und Sterbende häufiger in Organisationen gebracht werden und die sozialen Beziehungen zu Bezugspersonen in vielen Fällen verkümmern.

In christlichen und anderen religiösen Weltanschauungen gibt es ein postmortales soziales (ewiges) Leben im Himmel und ein postmortales soziales (ewiges) ‚Sterben‘ in der Hölle, doch auch in nichtreligiösen Weltbildern lässt sich die Vorstellung eines postmortalen Sterbens auffinden, das das Werk oder die Erinnerung betrifft.

Noch andere ‚Aspekte‘ sprechen für die Verwendung des Begriffs *soziales Sterben*: Weltweit sterben Millionen nicht nur frühzeitig physisch sondern permanent und nachhaltig sozial. Absolute Armut und partiell auch relative Armut sind mit physischem, psychischem und sozialem Sterben verbunden.

Psychisches Leben und Sterben

In dem hier vorgelegten Argumentationszusammenhang umfasst das psychische Sterben u.a. Bewusstseinsverlust oder Zerstörung der personalen Identität.

Walter (1994) argumentiert, dass die Hospizbewegung und die Sterberechtsbewegung das gemeinsame Ziel hätten, physisches und soziales Sterben zu koordinieren. Wenn man das psychische Sterben noch einbezieht, kann man weiter differenzieren. Während die nach wie vor dominierende medizinische Sichtweise das physische Sterben überbetont, wird von der Hospizbewegung und der Palliativmedizin auch das soziale Sterben einbezogen, und von der Sterberechtsbewegung zusätzlich der selbstbestimmten Gestaltung des psychischen Sterbens Eigengewicht gegeben.

Viele lehnen „entwürdigende Formen“ des psychischen und physischen Sterbens ab, doch sie werden im medizinischen System, in Heimen und auch in Hospizen und von Bezugspersonen gedrängt, sich dem vorgeschriebenen *geleiteten* Sterben hinzugeben.

Demenz - Entzivilisierung und Entkultivierung?

Sterben ist immer häufiger mit dem Zerbrechen der labilen zivilisatorischen Harmonie der drei in einem Habitus integrierten Teile, Körper, Psyche und soziale Identität, verbunden. Durch Lebensrettungstechnologien und Einweisungen in Krankenhäuser oder Heime wird oft das Auseinanderfallen der Komponenten unbeabsichtigt gefördert und soziale und psychische Identität beschädigt.

Durch die kulturell und gesellschaftlich ‚verordnete‘ (professionell und staatlich betriebene) Lebensführung und -verlängerung ergibt sich für einen zunehmenden Anteil der Menschen in den reichen Staaten eine schleichende Entzivilisierung, Entkultivierung und ‚Barbarisierung‘ und damit ein für die Mehrheit der Betroffenen unerwünschtes psychosoziales Leben und Sterben vor dem physischen Tod.

Schwere Demenz und Dauerkoma (PVS) sind gefürchtete Formen des psychischen und sozialen Sterbens, weil zu Recht angenommen wird, dass die gravierende Persönlichkeitsveränderung zu Verlust von Anerkennung und Selbstkontrolle und zu Kommunikationsinkompetenz führt. Die Vorstellung, in dementem Zustand langsam und evtl. qualvoll zu sterben, führt bei manchen oder vielen Personen zu kognitiver und

emotionaler Dissonanz, denn die persönliche Würde wird mit Selbstbewusstsein und sozialer Anerkennung verbunden.

Eine Schar von Experten und Professionellen ist weltweit tätig, um mehrdimensional Demenzverherrlichung zu betreiben. Kurz gesagt: Es soll das ‚Vorurteil‘ bekämpft werden, dass Demenz zu Depersonalisierung, Entwürdigung, Lebensqualitätsverminderung, Degradierung etc. führt. Dies ist ein kulturell und professionell interessanter Versuch, eine bisher von den meisten verabscheute Lebensform attraktiv werden zu lassen.

Die andere Seite dieser ‚Werbung für einen Werte- und Ideologiewandel‘ besteht allerdings in der Verstärkung der Vorurteile über ein menschliches Handeln, das in vielen Kulturen partiell Anerkennung gefunden hat, dem Suizid, wenn für die Person ein zentraler Lebenswertverlust durch Weiterleben droht.

Exkurs 1: Heute muss eine Person die Demenzreise bis zur Endstation durchhalten und darf nicht verbindlich bestimmen, an welcher Station sie aussteigen will. Wer ihr hilft auszusteigen, wird bestraft, wenn er erwischt wird. Prognose: In Zukunft wird man – regional und für Privilegierte – kultiviertere und humanere Demenzreiseoptionen anbieten.

Exkurs 2: Wie europäische junge Männer als mehr oder minder Kriegsfreiwillige 1914 mit durch Sozialisation und Erziehung ausgestatteten abendländischen inneren Bilderwelten zu den ‚Schlachtfeldern‘ getrieben wurden, so werden heute, selbstverständlich humanisierter, technisierter und professionalisierter, die von Demenz Betroffenen zunehmend auch narrativ aufgerüstet in die Demenzgräben getrieben, damit sie und ihre Angehörigen dort ihre Erlebnisse und Folgekosten erhalten. Allerdings dauert das Leiden und Sterben heute meist länger als im ersten Weltkrieg und ist teurer. Außerdem müssen auch die Angehörigen freiwillig ‚Grabendienst‘ leisten.

Demenz und vor allem Alzheimer werden ausschließlich als Krankheiten definiert, und damit wird der Handlungsraum sozio-kulturell begrenzt und das dominierende Feld festgelegt, die Medizin und die Pflege. Demenz kann auch als psychosozialer Sterbeprozess verstanden werden, dessen Gestaltung selbstbestimmt durchgeführt werden könnte.

Da – wie angedeutet – zu wenige und zu selektive Lebensweltstudien von Menschen, die von Demenz bedroht oder betroffen sind, erstellt wurden, verwende ich vorläufig ein einfaches Modell mit drei Demenz-Perspektiven:

1. Vorherrschend ist eine reduktionistische medizinische Sichtweise (biomedical model), die sehr viele Betroffene bejahen, da sie Heilungschancen erwarten.
2. Immer stärker tritt zusätzlich eine person- und beziehungsorientierte, vor allem pflegewissenschaftliche, theologische und psychologische Perspektive auf, die in einem die Geschäfte nicht behindernden Spannungsverhältnis zu der ersten Sichtweise steht
3. Eine dritte heterodoxe Sichtweise ist bisher in den Hochdiskursen nur verdeckt zu finden, d.h. sie wird offiziell verschwiegen, jedoch als das Gefährliche, Unheimliche geisterhaft angedeutet. Gruppen konstituieren sich nicht, da es sich um unerwünschtes Wissen handelt und die Mitglieder stigmatisiert und bestraft würden. Diese verheimlichte Perspektive tritt als ‚Untergrunderscheinung‘ auf und wird als Alternative nicht anerkannt. Die Position kann hier nur skizziert werden: Demenz ist eine Form des psychischen und sozialen Sterbens, wobei Personen bestimmte Formen der Demenz durch Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe

abwählen wollen. Gesellschaftliche Freiräume für diese ‚Ketzer‘ zu schaffen, wird von Demenzexperten der beiden anerkannten Positionen oder von sonstigen Professionellen bisher bekämpft – ja in der Regel wird die Existenz dieser Gruppe offiziell geleugnet. Somit blieb die dritte heterodoxe Sichtweise wissenschaftlich schwerst unentwickelt. Personen erhalten keine gesellschaftliche und professionelle Anerkennung, wenn sie eine gravierende Form des psychischen Sterbens, z.B. fortgeschrittene Demenz, für sich als unwürdige Lebensform ablehnen und versuchen den Zustand zu vermeiden, z.B. Suizid begehen, oder bei einer klientenorientierten Patientenverfügungsgesetzgebung entsprechende Sterbehilfe erwarten.

Soziales und psychisches Sterben im Prozess der Demenz

Soziales Leben und Sterben betrifft die Anerkennung durch andere und zwar sowohl die ‚objektive‘ Perspektive, d.h. das Anerkennungsverhalten der anderen, als auch die doppelte ‚subjektive‘ Perspektive, d.h. das Bewusstsein des Anerkannten, dass er anerkannt wird, und die Selbstanerkennung. Ist eine ‚geglückte‘ und ‚würdevolle‘ subjektive und objektive Anerkennung bei ‚perfekter Gestaltung‘ idealtypisch in einem Demenzprozess erreichbar? Antwort: Selbst in reichen Staaten hauptsächlich für Privilegierte und auch für diese nur in einer Minderheit der Fälle, und abhängig von der Perspektive der Beobachter. Zusätzlich ist noch das psychische Sterben zu beachten. Auch wenn eine Person die nur einer wohlhabenden Minderheit angebotene Option erhält, in einer ‚schamkompetenten‘ ressourcenverschlingenden Umwelt in die Demenz zu gleiten, kann sie trotzdem diesen Sterbeprozess aus persönlichen Gründen ablehnen, d.h. Suizid oder aktive Sterbehilfe sind gerechtfertigt. Gerade in einer leistungs- und führerorientierten imperialistischen Kultur, nämlich ‚unserer‘ westlichen, wäre es doch sehr verwunderlich, wenn hoch entwickelte Personen den Abstieg in die Demenz nicht als beschämend, erniedrigend, selbstzerstörend, kulturverachtend und zentralwertzerstörend empfinden.

Leben

Dass die Lebenssituation von Millionen von Menschen und vieler Populationen im 21. Jahrhundert ziemlich ‚dramatisch‘ wird, ist anzunehmen. Das Zusammenwirken einer starken Bevölkerungsvermehrung, einer Menschen und andere Lebewesen zu Waren und Anhängseln von Finanztransaktionen verwandelnden Weltökonomie und gravierender Umweltveränderungen neben weiteren Faktoren garantiert die Erhaltung und vielleicht sogar Verstärkung der bereits seit vielen Jahrzehnten andauernden Zerstörung des Lebens von Hunderten Millionen von Menschen und ihrer Existenzgrundlagen. Dass durch ‚gemeinsame Gefahren und Risiken‘ die Solidarität zwischen den vielen heterogenen menschlichen Gruppen und Populationen ausreichend gestärkt wird, ist kaum zu erwarten, sondern der Kampf um Ressourcen, Macht, Habitus- und Spielformen, Sicherheit etc. wird sich differenzieren und verschärfen.

These 6b: Zwar ist das Bevölkerungswachstum der vergangenen beiden Jahrhunderte ein Zeichen erstaunlicher (partikularer) Lebensmehrung, doch es ist ‚erkauft‘ durch eine weltweite (universale) Lebensminderung und Lebensvernichtung (Arten, Biomasse, Qualität von Ökosystemen, Lebenschancenverluste von Milliarden von Menschen etc.)

These 6c: Die externe Lebensasymmetrie, die durch die kulturelle Evolution des homo sapiens produziert wurde, wird durch eine interne Lebensasymmetrie ergänzt werden, die aufgrund der wissenschaftlich-technologischen Entwicklung zu erwarten ist.

Diese These kann hier nicht ausgeführt werden. Es kann nur ein Schlaglicht für das Verstehen geworfen werden. Die externe Lebensasymmetrie betrifft die qualitative Distanzierung der kulturführenden und kapitalstarken Exemplare des homo sapiens von den übrigen Lebensformen. Interne Lebensasymmetrie bedeutet, dass innerhalb der Menschheit nicht nur eine Polarisierung wie bisher stattfinden wird, sondern eine zunehmende qualitative Abspaltung von Minderheiten ‚neuer Menschen‘, die über sich steigende Lebenspotenziale verfügen werden – der Weg zu einer multidimensionalen Standesgesellschaft.

Lebensmehrung

Der Zusammenhang zwischen Lebensmehrung und Lebensminderung kann an einem einfachen Beispiel verdeutlicht werden: Wenn eine wohlhabende Person eine Niere transplantiert erhält, die einer armen Person für relativ geringe Bezahlung entnommen wurde, dann entspricht dieser Transfer dem Matthäusprinzip, das nach wie vor in der menschlichen Interaktion dominant ist.

Leben ist ein dynamisches Geschehen: Mehrung und Minderung sind notwendig verschränkt. Hoher Geburtenüberschuss und ‚youth bulge‘ führen häufig zu Gewalt und Krieg (Heinsohn 2003) und zu Umweltzerstörung. Elementarer: Auf jeder Ebene des Lebens finden ständig Selektion und Variation statt, d.h. Lebensteile entstehen und vergehen.

Es wird schwierig sein, die folgenden vier Hypothesen zu falsifizieren:

1. Die bisher in vielen Regionen und Kulturen dominante Mehrung menschlichen Lebens (Bevölkerungswachstum) führt zunehmend zu einer Gefährdung von Ökosystemen und ‚Lebensräumen‘ und zu einer Verstärkung unerwünschter Formen der Lebensminderung.
2. In den von den meisten Menschen für besonders wichtig gehaltenen Teilbereichen der Lebensmehrung nehmen relevante soziale Unterschiede seit Jahrzehnten zu – und zwar auf gruppenbezogenen, nationalen und globalen Ebenen (Einkommen, Vermögen, Lebenserwartung, Teilhabechancen).
3. Immer mehr Lebensmehrungsbereiche entstehen bzw. entwickeln sich, von denen die Mehrheit der Menschen strukturell ausgeschlossen wird.
4. Die dominanten Formen der Politisierung, Ökonomisierung, Individualisierung und der hochkulturelle kleinfamilienzentrierte Mittelschichthabitus, der in den Politik-, Rechts-, Bildungs- und Sozialsystemen der reichen Länder tradiert und gestützt wird, sind immer weniger geeignet, eine *nachhaltig brauchbare Kultivierung* der Lebensmehrung zu garantieren.

These 6d: Politik ist immer auch Lebenspolitik. Einzelstaatliche Lebenspolitik hat immer globale Konsequenzen.

Maximierung der Lebenslänge der Privilegierten als gesellschaftliches und individuelles Ziel

These 7a: Lebensverlängerung ist das zentrale individuelle und medizinische Ziel, das mit zunehmendem Alter und Krankheit an Bedeutung gewinnt. Somit bestehen starke Widerstände, es in der ‚letzten Phase‘ aufzugeben, da gerade dann gravierende Orientierungslosigkeit droht. Diese psycho-organisatorische Notlage begünstigt die Sterbeverlängerung, die in der Regel erfolgreich als Lebensverlängerung verkauft wird.

Diese gesellschaftliche Priorisierung der individuellen Lebensverlängerung ist ein Produkt einer speziellen kulturellen Entwicklung. Sie wird zwar heute als selbstverständlich zu einer globalen säkular-sakralen Institution stilisiert, doch die kulturell und evolutionär partikuläre Grundlage erschließt sich bei inter- und transdisziplinärer Betrachtung und Reflexion.

Landnahme, Beschleunigung und Aktivierung haben ihre triumphale und global lebensgefährdende Realisierung in der Kombination von Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Technologiewachstum gefunden (vgl. Dörre/ Lessenich/ Rosa 2009).

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

„Lebensverlängerung im medikalisierten Sinne ist durch eine sich seit zwei bis drei Jahrhunderten entwickelnde Modernisierung und in ihrem Gefolge durch permanente medizinische Interventionen und die schon für Kleinkinder anerkannte Standardrolle Patient inzwischen selbstverständliche allgemeine Norm und Erwartung in den reichen Staaten und Gruppen geworden. Dadurch wurde ein Macht- und Ideologiebereich geschaffen, welcher der staatlichen und medizinischen Verwaltung unterliegt, jedoch immer mehr ökonomisch, d.h. von einer reduktionistischen Profitlogik und der mit ihr verbundenen Professionalisierung gesteuert wird“. Im Gefolge des sozialen Wandels hat in fast allen Regionen die durchschnittliche Lebenserwartung im 20. Jahrhundert und auch im vergangenen Jahrzehnt zugenommen – allerdings in höchst ungleicher Weise. Freilich sollte man vorsichtig sein, diesen Trend auch für das 21. Jahrhundert einfach als selbstverständlich anzusetzen. Ein möglichst langes Leben anzustreben, bedeutet in der Regel: Akzeptanz der Akkumulation von sozialem und ökonomischem Kapital, d.h. ein zumindest implizites Ziel der meisten Menschen ist, möglichst viel im Leben zu ge- und verbrauchen. Lebenslänge und –qualität sind zu globalen Handels- und Kampfgütern geworden, während sie dies früher nur für kleine Oberschichtgruppen waren. Gesundheits- und Bildungssysteme, die Lebensverlängerung verheißen, haben sich inzwischen zu politischen und ökonomischen Konkurrenten des Militärs entwickelt. „Zusätzlich erfolgt noch eine multidimensionale Lebensbeschleunigung, d.h. die konsumierbaren Erlebnisse pro Zeiteinheit werden vervielfältigt bzw. Illusion und Bewerbung der impliziten Alltagstheorie des unbegrenzten Lebensqualitätswachstums werden gestärkt – wobei krasse Ungleichheit in der Nutzung der Beschleunigungstechnologien besteht. Wie Rohstoffe, vor allem Erdöl, nur mehr mit hohem Aufwand, d.h. auch mit zunehmender Lebensvernichtung, gewonnen und konsumiert werden, so wird auch zusätzliche Lebenszeit und Lebensqualität der Privilegierten mit immer höherem Aufwand, d.h. mit zunehmender Vernichtung nicht-privilegierten Lebens, gewonnen und konsumiert“.

Welche Funktionen haben das begrenzte Leben und der ‚rechtzeitige Tod‘ für die Gesellschaft bzw. für Staaten und andere Großkollektive? Sowohl eine zu starke Steigerung der durchschnittlichen Lebensdauer als auch ein größere Gruppen betreffendes frühzeitiges Sterben, z.B. durch AIDS in manchen afrikanischen Ländern, kann zu sozialen und politischen

Störungen führen, also dysfunktional sein. Eine solche Aussage setzt freilich immer Standards, Gleichgewichtsannahmen oder ähnliche Zustandsbeschreibungen voraus.

In allen Kulturen waren Lebensmehrerung und -optimierung in die impliziten und expliziten Topziele eingeflochten. Mir ist allerdings keine Kultur bekannt, in der Lebenslänge generell, also z.B. gemessen durch Durchschnittslebenslänge von Kohorten des Kollektivs, als höchster Wert gesetzt wurde. Auch in der christlichen Leitideologie der abendländischen oder westlichen Kultur war Lebenslänge keineswegs einer der obersten Werte; die neue Garde der christlichen Funktionäre hat sich jedoch aus Machtgründen der Verehrung der Lebensquantität hingegeben.

Heute werden zwar die jeweils den herrschenden Verhältnissen angepassten christlichen Werte und Praktiken noch immer beschworen, doch die vielfältigen Märkte des Lebens und des Sterbens werden von Kapitalakkumulation und Ökonomisierung bestimmt. Der einzelne wird an seinen sozial anerkannten Erfolgen gemessen und misst sich selbst daran. Der *modern dream*, der terminale Erfolg, in reichen Staaten auch dem ökonomischen loser verheißen, allerdings zweit- oder drittklassig, ist die ressourcenverschlingende krude Lebensmaximierung: „Wollt ihr das totale Leben (und Sterben)?“

These 7b: Durch eine verfehlte Wirtschafts-, Steuer-, Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Entwicklungspolitik in den vergangenen 30 Jahren sind Lebensjahre und Lebensqualität in so großem Maße verloren gegangen, dass eine Zulassung der aktiven Sterbehilfe Marke NL dagegen nur unwesentliche Veränderungen erbracht hätte.

Die u.a. durch Ideologien und Strukturen der medizinischen und sozialen Dienstleistungssysteme geförderte Hochschätzung der Länge des (gestaffelten) 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 *Verlusten von Lebenschancen*, bezahlt werden. In den Diskussionen um Lebensverlängerung und *natürliches Sterben* werden die nicht-intendierten Nebeneffekte und die externen Kosten für außenstehende Gruppen und Lebenssysteme völlig vernachlässigt.

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

Lebensoptimierung statt Maximierung des physischen Lebens?

Die in allen Kulturen vorhandene Hochwertung sozialer Anerkennung, die Optimierung oder Maximierung von sozialem und symbolischem Kapital (Bourdieu), konkurriert auch in modernen Gesellschaften mit Länge des physischen Lebens. Krasse Beispiele findet man in suizidalen Aktivitäten und Gewalttaten, doch auch ‚normale‘ Handlungen, die die Wahrscheinlichkeit eines langen Lebens verringern, können teilweise als Abweichungen von der offiziell dominanten Werthierarchie gedeutet werden: Extremsport, Abenteuer, übertriebener Arbeitseinsatz, lebensgefährliches Enhancement etc. Am Ende des Lebens ergibt sich für viele ein schwerwiegender subjektiver Wertkonflikt, der zwar durch Medikalisierung politisch entschärft, aber auch durch ethische Propaganda und sedative Pflegeideologien nicht gelöst werden kann. Sollen die im Lebenslauf erarbeiteten Hochstände von personaler und sozialer Identität, sozialem und symbolischem Kapital etc. unterboten oder sogar verloren werden oder entscheidet man sich rechtzeitig (!)– in der

Regel gegen massiven gesellschaftlichen Widerstand – für eine Verkürzung des physischen Lebens im Dienste *personaler* höherer Werte.

Lebensbewertung/ Lebens- und Sterbequalität

Der Begriff *Wert* hat zwei dominante Bedeutungen: Marktwert und Wert im Sinne einer obersten Normkategorie. Eine Bewertung konkreter Menschen und ihrer Lebensaspekte findet sowohl auf Märkten als auch in Wert- und Normsystemen unter allen gesellschaftlichen Bedingungen statt – beeinflusst aber nicht determiniert von Moral und rechtlichen Regelungen. Lebenswertberechnungen werden explizit und implizit in die meisten Entscheidungen einfließen. Im Rahmen ökonomischer Kostenberechnungen von gesundheitlichen und anderen Maßnahmen ist dies häufig explizit der Fall.

Wie viel Menschenleben verschiedenster ‚Sorten‘ in Staaten der EU gemäß den Normen und Praktiken der real existierenden politischen und rechtlichen Systeme wert ist, wird offiziell nicht berechnet und/ oder nicht mitgeteilt. Hier seien nur Denkhinweise gegeben: Es werden immer wieder Terrorwarnungen lanciert mit medial und ökonomisch aufwendiger Flankierung. Scheinbar geht es um den Schutz nicht hierarchisierter Menschenleben. Glücklicherweise erweisen sich die meisten Terrorwarnungen als unnötig. Doch es werden fast nie Armut-, Hunger- und Sterbewarnungen für die Miserablen dieser Welt mit gleichem medialem, politischem und ökonomischem Aufwand gestartet, obwohl dies verglichen mit selbst maximalen Terrorschäden in der EU viel bedeutsamere Fallzahlen sind – und zwar täglich!

Menschen können nicht nicht bewerten. Das gilt in besonderem Maße für den hochbedeutsamen Bereich Leben und Sterben. Jeder Gedanke, jede Handlung, jede Normierung und jede soziale Tatsache sind Ursache und Wirkung von Selektion und damit auch mit impliziter oder expliziter Bewertung verbunden. Menschen bzw. menschliches Leben wurden in allen Kulturen situations-, kontext- und statusspezifisch extrem unterschiedlich bewertet. Diese anthropologische Tatsache wurde auch durch moderne Bildungssysteme, Menschenrechtserklärungen und Verfassungen nicht grundsätzlich geändert. Was sich stark geändert hat, ist der faktische Schutz (nackten) menschlichen Lebens in den reichen Rechtsstaaten – der allerdings aufgrund des hohen Verbrauchs physischer, sozialer und psychischer Ressourcen für viele Nichtgeschützte, zu denen die meisten Lebewesen gehören, lebensgefährlich wirkt.

Die offiziellen (nationalen) *Lebens- und Sterberechtsordnungen* sind Normierungsinstanzen unter anderen, deren relativer Einfluss auf die tatsächlichen Verhältnisse in der Regel nicht gemessen wird. Die politischen und rechtlichen Entscheidungen in Staaten der EU lassen freilich darauf schließen, dass menschliches und ausgewähltes tierisches (!) Leben in der EU als wertvoller gilt als menschliches Unterschichtleben in Afrika, Asien oder Südamerika. Brauch ist, dass bei politischen, rechtlichen und ökonomischen Entscheidungen in Staaten der EU der Einfluss dieser Entscheidungen auf Leben und Lebensbewertung innerhalb und außerhalb der EU nicht transparent gemacht wird.

Manche reiche Menschen kaufen sich ein Jahr Leben mit geringer Lebensqualität für Millionen Dollar, wofür an anderen Orten in der Welt 1000 Jahre Leben mit höherer Lebensqualität – allerdings für arme Menschen – gekauft werden könnten. „Tausende von Menschenleben könnten in ärmeren Ländern mit dem wenig kostspieligen Einsatz von ‚Barfußmedizin‘ gerettet werden, während hierzulande Unsummen für die minimale Lebensverlängerung bei ohnehin todgeweihten Patienten eingesetzt werden“ (Gill 2003,

133). Hier wird ein Tabu angesprochen, denn Systemüberlegungen werden in den einschlägigen offiziellen Diskursen zu Hospizen, Palliative Care, Dementia Studies, Sterbehilfe, (assistiertem) Suizid, Reanimation (CPR), PEG-Sonden, Dauerkoma (PVS) etc. peinlichst vermieden. System- und strukturbezogene Modelle und Theorien der Lebensbewertung, deren Entwicklung und Anwendung bisher marginalisiert werden, sollten demographische, ökologische, ökonomische, politische und andere soziale Faktoren einbeziehen.

Das Bevölkerungswachstum in vielen Regionen trägt zu einer Verminderung des Lebenswertes unterprivilegierter Menschen und nachhaltig zur Reduzierung der Lebensqualität der Mehrheit der derzeit und in naher Zukunft betroffenen Bevölkerung bei. Andererseits führt der „Bevölkerungsüberschuss“, die Herstellung von „Überflüssigen“ und die Verbilligung der Arbeits-, Lebens- und Kampfkraft, zu einer weiteren Ausbeutung und Bereicherung und damit zur Lebenswerterhöhung für Nutzungsgewinner.

Öffentliche theorie- oder offen perspektivenbezogene Diskurse über die Bestimmung des Wertes der Lebensquantität und -qualität von Menschen und Gruppen werden derzeit von staatlichen, kirchlichen, medizinischen und anderen Überwachungsinstanzen als unerwünscht angesehen. Diese *Tabus der expliziten Formulierung* haben nur begrenzte Wirkung, da Personen den (subjektiven) Wert ihres eigenen aktuellen Lebens oder Restlebens und auch den anderer Personen implizit und manchmal auch explizit bestimmen. Ärzte oder Pflegekräfte nutzen Routinen, bürokratische Regeln und *soziale Tatsachen*, die für die Bewertung und Selektion ‚sorgen‘, und sind somit häufig von expliziten Wertentscheidungen zumindest subjektiv entlastet. Eine Umfrage in vier europäischen Ländern zeigt allerdings, dass die Mehrheit der Ärzte nicht nur alltäglich Bewertung und Rationierung durchführt, sondern sich dessen auch meist bewusst ist.

Lebensschutz

Den Wert konkreten menschlichen Lebens kann man an dem faktischen Schutz dieses Lebens ablesen. Für das ‚nackte Leben‘ aller Menschen wird heute im Durchschnitt mehr Schutz geboten als in früheren Epochen. Allerdings hat sich die Streuung des Aufwandes für Lebensschutz auch gewaltig erhöht. Folglich haben die Unterschiede des menschlichen Lebenswertes so wie die Einkommens- und Vermögensunterschiede im Vergleich zu allen vergangenen Epochen zugenommen.

These 9a: Das Konstrukt Lebensschutz täuscht eine universalistische Konzeption vor, dient jedoch tatsächlich partikularistischen Zielen bestimmter Gruppen und Organisationen.

These 9b: Die Amalgamierung der Deutungen und Praktiken des Lebensschutzes mit Speziezismus, Eurozentrismus, Kapitalismus, Imperialismus und Führerideologien wird auch in hochentwickelten ‚ethischen Dokumenten‘ wie der Menschenrechtserklärung und Verfassungen der reichen Staaten nicht thematisiert und rational bearbeitet.

Der Begriff Lebensschutz wurde in den 1960er und 1970er Jahren für die Gesamtheit aller Schutzmaßnahmen zur Erhaltung der Lebensgrundlagen für Menschen, Tiere und Pflanzen verwendet. Er wurde von Gegnern der Abtreibung und der aktiven Sterbehilfe und konservativen Juristen aufgegriffen und verengt und dient als Rechtfertigungskonzept innerhalb politischer und medialer Kampffelder. Inzwischen wird in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur praktisch ausschließlich ein reduktionistischer und polemischer Begriff von Lebensschutz verwendet, was als Beleg für die Anpassungsbereitschaft und Herrschaftsschwäche der Wissenschaftler und Intellektuellen gedeutet werden kann.

Die Verbesserung des Lebensschutzes in Human-Kollektiven kann grob durch die Steigerung der durchschnittlichen Lebenslänge gemessen werden. Der Anstieg der Lebenserwartung kann in den vergangenen 100 Jahren sowohl bei der Weltbevölkerung insgesamt als auch in den meisten Staaten festgestellt werden. Allerdings haben auch die globale Streuung und damit die soziale Ungleichheit zugenommen. Die Problemlage wird noch komplexer, wenn man zwischen physischem, psychischem und sozialem Lebensschutz trennt. In den hochentwickelten Ländern wird zwar viel in den Schutz des physischen Lebens bei ausgewählten Lebensgefahren investiert, doch gegen psycho-soziale Lebensminderung, die rechtlich, politisch und ökonomisch bewirkt wird, wird vergleichsweise wenig unternommen. Viele Menschen werden auch in Ländern der EU diskriminiert und so stark ausgebeutet, dass ihr physisches, psychisches und soziales Leben nachhaltig beschädigt wird.

Die Zusammenhänge zwischen politischer und sozialer Unterdrückung, Geburtenrate, Lebensschutzideologien, Zerstörung von Ökosystemen, staatlicher Gewaltausübung, bürokratischer Verkrustung und anderen Faktoren werden in der Regel in der Öffentlichkeit nicht thematisiert: herrschaftsgesteuerte Reduktion der Komplexität.

These 9c: Die unbeabsichtigten (?) und jedenfalls nach Meinung vieler reflektierender Menschen unerwünschten Nebenwirkungen einer bürokratisierten, nationalisierten, professionalisierten und sakralisierten Lebensschutzideologie und –praxis werden kaum erforscht.

Es finden harte Kämpfe um die Definitions- und Gestaltungsmacht im Feld Leben statt, z.B. bezüglich Beginn und Ende schützenswerten Lebens, Formen des Schutzes, Differenz von menschlichem und nicht-menschlichem Leben und Sanktionsnutzung. In der überwiegenden Mehrzahl der Kulturen wurde der sozial und kulturell relevante Beginn eines gesellschaftlich geregelten menschlichen Lebens mit der Geburt bzw. nachgeburtlichen Maßnahmen angesetzt. In der abendländischen Kultur wurde aufgrund kirchlicher und staatlicher Interventionen diese Setzung verändert, die Kontrolle über Frauen und Familien konnte dadurch schon während der Schwangerschaft verstärkt werden.

Lebensminderung, Gewalt, Töten

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

These 10a: Nur ein geringer Teil der ‚durch Menschen‘ produzierten Minderung menschlichen Lebens erfolgt ‚beabsichtigt‘.

These 10b: Eine Hauptursache der Lebensminderung ist die soziale Ungleichheit, d.h. die Exklusion von hunderten Millionen Menschen, denen die Teilhabe an ökonomischen, sozialen, kulturellen und gesundheitsfördernden Ressourcen verweigert wird. Eine Verringerung der sozialen Ungleichheit würde folglich eine globale Verbesserung der Lebensbedingungen erbringen.

These 10e: Die nicht mit dem engen Begriff des Tötens fassbaren Formen der Lebensminderung werden in der globalen Gesellschaft objektiv und subjektiv immer bedeutsamer. Diesen Wandel der kulturellen Relevanz in öffentlichen Diskursen zu thematisieren, entspricht nicht den Interessen der herrschenden Gruppen.



Abb. 7: Das Feld der Lebens- und Sterbesteuerung

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

Sterben machen und *Leben machen* sind dynamisch wachsende Bereiche, deren Einfluss auf die Lebensminderung und –minderung zunehmen wird.

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

Abb. 8: Quantitative und qualitative Lebensminderung und -minderung

Die *Lebensverkürzung* wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn innerhalb eines überwachten Territoriums ein einfach feststellbarer Eingriff in das physische System eines Menschen zu einem schnellen physischen Tod führt. Viel häufiger sind jedoch diffuse und nicht oder mit anderer Bedeutung dokumentierte Eingriffe in verschiedene Systeme, die nach Monaten oder Jahren zu einem ‚verfrühten‘ Sterben bzw. Tod führen.

Lebensminderung oder –verkürzung bezieht sich nicht nur auf das physische, sondern auch auf das psychische und soziale Leben. Somit steht auch Lebensminderung nicht in einem simplen Gegensatz zu Lebensminderung. Es kann bei einem Menschen gleichzeitig physische Lebensminderung und psychische Lebensminderung betrieben werden.

Eine starke Minderung des psychischen Lebens wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn ein festgestellter Eingriff in das psychophysische System einen schnellen psychischen Zusammenbruch bewirkt, z.B. einen radikalen Identitätsverlust, ein Dauerkoma etc. Die starke Minderung des sozialen Lebens findet offizielle Beachtung, wenn ein festgestellter Eingriff in das soziale Mikrosystem einen schnellen physischen, sozialen oder psychischen Tod bewirkt, z.B. durch Suizid oder Herz-Kreislaufversagen etc. Häufiger erfolgen jedoch diffuse und nicht dokumentierte Eingriffe, die nach Monaten oder Jahren zu einem verfrühten psychischen bzw. physischen Sterben oder Tod führen.

Strukturelle Lebensminderung erfolgt u.a. durch politische und ökonomische Maßnahmen, die die soziale Ungleichheit verstärken.

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

Abb. 9: Personale und strukturelle Formen der Lebensminderung

Wissenschaftlich gesteuert wären die Hauptfronten beim Kampf um Lebensverlängerung und –verbesserung – vor allem von Leben, das Menschen bewusst, kultiviert und differenziert begehren – Reduktion der steigenden ökonomischen und sozialen Ungleichheit, der Defizite im Gesundheits- und Bildungssystem, der vom Staat und der Privatwirtschaft gestützten gesundheits-, öko- und sozialsystemschädlichen Verhaltensweisen (Stress, Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlkonsum, Finanzspekulation, Auto- und Fernreisesucht, Ausbeutung etc.) und Reform der auf Herrschaftserhaltung und Selektion ausgerichteten Politik-, Wirtschafts- und Bildungssysteme.

| | <i>Physisch</i> | <i>Psychisch</i> | <i>Sozial</i> |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------|----------------------------|
| <i>Quantitative Lebensminderung</i> | Phys. Lebensjahre | Psych. Lebensjahre | Soz. Lebensjahre |
| <i>Qualitative Lebensminderung</i> | Phys. Erkrankung | Psych. Lebensminderung | Mangel an soz. Anerkennung |

Abb.10: Physische, psychische und soziale Formen der Lebensminderung

Psychische Lebensjahre können objektiv und subjektiv bestimmt werden. Eine Person kann für sich bestimmen, dass im Dauerkoma (PVS) oder in schwerer Demenz zu verweilen, psychischer Tod bedeute, d.h. dass keine (für sie akzeptablen) psychischen Lebensjahre zu erwarten sind.

These 12a: Investitionen in die Vermeidung sozialer Lebenschancenminderung würden mehr physische, soziale und psychische Lebensjahre retten als in auf Krankheit fokussierte und sie teilweise auch fördernde Vorsorgeuntersuchungen und Sterbeverlängerungstechnologien – und hätten zusätzlich noch kultivierende und demokratisierende Effekte.

These 12b: Lebensstile sind immer auch Tötungsstile: Kapitalakkumulation, Privatauto, Yacht, Fernreisen, Fleisch essen, Konsumwahn, Energieverschwendung, Wachstumswahn, Ruhmsucht etc.

Direktes physisches Töten wurde in den hochentwickelten Staaten immer mehr vermieden und abgelehnt, doch soziale Lebensminderung wurde und wird in differenzierter Weise institutionalisiert und gefördert.

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

These 13a: Die moderne globale Ökonomie, die sich historisch parallel zur Verringerung des brauchbaren Kriegspersonals der Herrenstaaten (vgl. Heinsohn 2003) entwickelt hat, ist die derzeitige Königsmethode des sozialen Tötens und der rationalen Lebensminderung.

Die Gesamtbilanz der ökonomisch gesteuerten Lebens- und Todesproduktion der vergangenen zwei Jahrhunderte zu erstellen, wird kaum möglich sein. Doch sie wird

wahrscheinlich vorläufig, wenn auch nicht nachhaltig, positiv sein, d.h. mehr gewonnene als verlorene Lebensjahre. Soziales Töten und Lebensminderung durch Ökonomie sollten folglich nicht vorschnell moralisch oder ethisch bewertet werden, jedoch bedarf es einer verbesserten kritischen Beobachtung – um zumindest die wissenschaftlichen Diskurse hochwertiger zu gestalten.

Lebensverkürzung

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

Lebensverlängerung und –verkürzung finden weltweit alltäglich millionenfach statt, freilich in der Regel nicht thematisiert, nicht kategorisiert und nicht evaluiert. Lebensverkürzung wird häufig ohne ‚Absicht‘ betrieben.

In Organisationen, in denen Schwerkranke und Sterbende versorgt werden, wird permanent Lebensverlängerung und –verkürzung betrieben, wobei durch rechtliche und medizinische Normierungen und Doxaproduktion der Eindruck erweckt wird, dass die legitimen Formen der Lebensverlängerung und –verkürzung von den nicht-legitimen klar abzugrenzen sind.

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 Herrschaftsträger abhängig. Er bleibt grundsätzlich fremdbestimmt und schuldbeladen.

Gewalt

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

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

Die hochkultivierten und professionellen Täter bzw. Akteur-Netzwerke bleiben sowohl für die Opfer als auch für die „überwachende Öffentlichkeit“ häufig unerkannt bzw. unerreichbar.

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

Das *normale Sterben* wurde zwar in vielen traditionellen Kulturen doch nicht in modernen Gesellschaften primär akteursgesteuert konzipiert. Die Akteursreinigung des in den meisten Kulturen akteursverseuchten Begriffs Sterben ist ein Ergebnis der abendländischen Kulturentwicklung. Trotzdem ist das moderne Alltagsfeld Sterben faktisch von Akteuren bevölkert. Viele Menschen sind sich – allerdings meist nur innerhalb ihres sozialen

Mikrosystems – dessen partiell bewusst, dass sie selbst und andere Personen mitwirken, und zwar sowohl bezüglich der Sterbequantität (Lebens- und Sterbelänge) als auch der Sterbequalität.

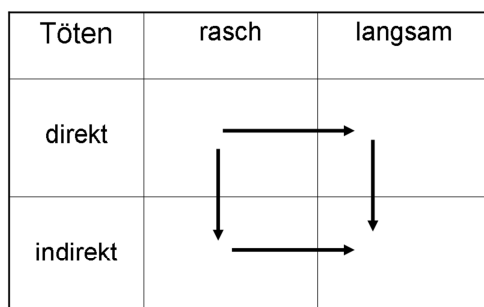
Überlegungen zur Todesproduktion

Ein moderner Mythos lautet: Es gibt zwei unvereinbare Tode, den *natürlichen Tod*, „friedliches Verlöschen nach ungestörtem biologischen Lebensvollzug“ (Fuchs 1969, 227) und den *gewaltsamen Tod*. Der natürliche Tod erfolgt gemäß dieser Konzeption nach dem ‚Ablaufen der Lebensuhr‘. Ein wenig befangener Beobachter könnte folgende Beschreibung liefern: Sterben wird gesellschaftlich produziert und der Tod wird dann mit Hilfe von medizinisch und rechtlich vorgeschriebenen Ritualen und Erzählungen als natürlich oder nicht natürlich (= gewaltsam) eingestuft.

Das absichtliche radikal lebensverkürzende *Sterben machen* wurde in menschlichen Kollektiven stark geregelt: Totschlag, Mord, Todesstrafe, Notwehr, Krieg, Opfer etc.

In allen Kulturen gab und gibt es Gebote und Verbote für das *Leben verkürzende Sterben machen* und unregelte Zonen. Auch das *Leben machen* wurde in den meisten Kulturen geregelt (Heiratsregeln, Trennung der Geschlechter, Abtreibung, Kindstötung etc.), wobei die Normierungen häufig umkämpft waren, d.h. die geltenden Regelungen für *Leben und Sterben machen* hingen von den jeweiligen Herrschaftsverhältnissen ab.

Elias, Foucault und andere haben differenzierte historische Nachweise geliefert, wie in der westlichen Welt das direkte rasche Töten (innerhalb von Staaten) erfolgreich zurückgedrängt wurde und Legitimation von Herrschaft eher durch *Versprechen* der Lebensverlängerung und Lebensqualitätsverbesserung und weniger durch Tötungsdrohungen aufrecht erhalten wird.



Zivilisierung, Modernisierung, Ökonomisierung

Wie die meisten Menschen ist auch das Krankenhauspersonal bestrebt, den Eindruck zu vermeiden, dass es Sterben und Tod herstellt, obwohl – besonders bei Anwendung komplexer Medikation und Technologie – Leben und Sterben ständig quantitativ (Lebensverlängerung bzw. –verkürzung) und qualitativ (Schmerzen, Bewusstheit etc.) manipuliert werden.

Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“

Beim Thema *Töten* stehen alle kritischen und reflexiven Beobachter stabiler institutionalisierten und mächtigeren Subdisziplinen und Professionen marginalisiert gegenüber, z.B. Militär-, Rechts- und Geschichtswissenschaft, Medizin, Suizidologie, Theologie – und vor allem der Rüstungsindustrie und den staatlichen Gewaltapparaten. Diese mächtigen Institutionen und Organisationen sind einerseits Hüter des Feldes Töten

(Diskurse und Praktiken), andererseits verhindern sie unerwünschte Erforschung des Feldes. Zwar gibt es eine ausufernde wissenschaftliche Literatur zur Frage, wer oder was am Ausbruch der beiden Weltkriege ‚Schuld‘ hatte, doch die These, dass der Anteil der fahrlässig handelnden Massentöter in den internationalen Führungseliten im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends überdurchschnittlich gestiegen ist, oder Ansätze zu einer Theorie der Lebensminderung werden ignoriert.

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

„Wie soll „Töten von Personen“ definiert werden? Töten ist die Manipulation des Todeszeitpunktes, der Todesart und -umstände anderer Personen. In der Regel wird nur die gewaltsame Verkürzung der Lebenszeit darunter subsumiert, doch man sollte auch die gewaltsame Verlängerung der Lebenszeit unter für das Opfer entwürdigenden und qualvollen Bedingungen nicht außer Acht lassen (psychisches und soziales Töten).“ (Feldmann 2004a, 240)

These 14b: Je länger und indirekter eine Tötungsmaßnahme erfolgt, umso geringer sind die Chancen, dass sie im offiziellen Beobachtungsfeld Töten registriert wird.

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

1. Töten als Kontinuum
2. Planung der Schädigung oder des Nutzens als Kontinuum.

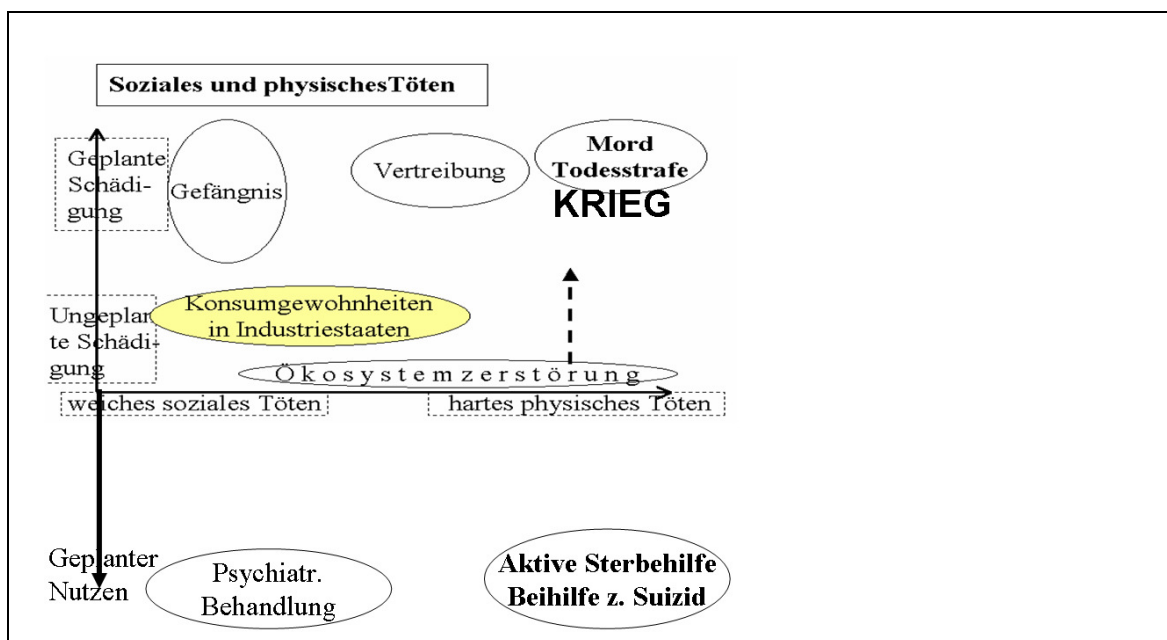


Abb. 12: Feld des Tötens

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

Wenn der Tod der Person nicht eindeutig bzw. durch Nachweise auf das Handeln einer (sehr) begrenzten Anzahl von Personen zurückzuführen ist, wird meist nicht von Tötung gesprochen.

Man kann folglich annehmen, dass die meisten Fälle, in denen Personen die Lebensverkürzung anderer Personen mitbewirkt haben, von den Handelnden, Betroffenen und von Kontrollinstanzen außerhalb des semantischen Feldes Töten angesiedelt werden.

Ein weiterer für modernes Recht und für das Alltagsverständnis entscheidender Aspekt ist die *Tötungsabsicht*. Sie ist vor allem für die Art und Schwere der Bestrafung ein wichtiger Faktor.

„Wenn der Tod auch nur billigend in Kauf genommen wird, ist von einer Tötungshandlung auszugehen“ (Gliemann 2005, 176).

Da das Recht die vermutete oder festgestellte Absicht in den Vordergrund rückt, werden gesellschaftliche Bearbeitung und wertangemessene Transparenz der viel häufigeren Lebensverkürzung oder -minderung, die gemäß rechtlicher Perspektive nicht ‚beabsichtigt‘ sind oder erscheinen, unwahrscheinlicher und geraten nicht in politisch-rechtlich-ethische Diskurse.

Durch die Fokussierung auf *gezieltes, beabsichtigtes Töten* wird das *ungezielte, nicht beabsichtigte Töten* implizit freigestellt, bzw. nicht der besonderen Beachtung anheimgestellt. Vor allem dürfte ein Kontinuum zwischen gezieltem und ungezieltem Töten eine wirklichkeitsgerechte Konstruktion sein, wobei ein willkürlicher Schnitt gemacht (und verschleiert und dogmatisiert) 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.

Es gibt *strafbewehrte* und *nicht strafbewehrte* Tötungsverbote und es gibt legale und illegale Tötungsgebote und Tötungsoptionen.

These 15: Würde „Strafbewehrung“ in einem modernen Rechtssystem experimentell und schrittweise durch „wissenschaftliche Beobachtung und Intervention“ ersetzt oder zumindest begleitet, dann könnten zusätzliche Lebensjahre gewonnen werden.

Tötungsnormierung

These 16a: Die meisten Menschen verfügen nicht über die Kompetenz, ihr fremdlebensminderndes Verhalten ausreichend zu erkennen und zu korrigieren.

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

These 17: Es gab und gibt in keiner Kultur oder Gesellschaft ein „absolutes“ Verbot der Tötung von Menschen.

In modernen Rechtssystemen beziehen sich strenge Normierungen auf Situationen, in denen eine große Wahrscheinlichkeit eines raschen Todeseintritts bzw. einer schweren körperlichen Beeinträchtigung meist mit geringer räumlicher Distanz verbunden ist. Darauf bezieht sich das Gesetz über „unterlassene Hilfeleistung“. Auch dieses Gesetz fokussiert auf einen quantitativ peripheren Bereich des Feldes „Hilfeleistung“ und kann unbeabsichtigt Schädigungs- und Vermeidungsverhalten und damit Lebensminderung fördern. Ressourcenstarke Personen und Gruppen schaffen sich abgeschlossene soziale Räume, aus denen diejenigen, die Hilfe benötigen, ausgeschlossen werden. Manager und Politiker

schauen gerne weg, wenn ihre profit- und machträchtigen Entscheidungsprozesse physische, psychische und soziale Leichen am Wege zurücklassen. Aber auch die direkte Schädigung durch ‚Hilfen‘, etwa Reanimation mit fatalen Folgen, hängt ursächlich mit rechtlichen, wirtschaftlichen und anderen Normierungen zusammen.

Würde man Lebensminderung und soziale Tötung tatsächlich politisch und rechtlich minimieren wollen, dann müsste man systembezogene Lebensminderungsverringerung und Lebensoptimierung betreiben, z.B. Erhöhung der Erbschafts- und Vermögenssteuer, Beschränkung der Einkommenssteuer, Unterstützung unterprivilegierter Familien und Kinder, Qualitätsverbesserung der Frühpädagogik, neue Steuerung der Entwicklungshilfe der EU-Staaten, Abbau von Agrarsubventionen, Verringerung des Schadstoffausstoßes, lebensbezogene Curriculumreform etc. Diese Maßnahmen würden bessere Ergebnisse liefern als Strafrechtsverschärfung, Verbot aktiver Sterbehilfe, restriktive und paternalistische Lebens- und SterbeGesetzgebung.

Zeit, Intention und Tatherrschaft

Zeit ist offensichtlich ein wichtiger Faktor, um die herrschaftlich verkrustete Alternative Tötung und Nicht-Tötung real und justizabel zu machen. Wenn eine Person, die nur mehr kurze Zeit leben wird und offensichtlich schwer leidet, von einer anderen Person eine Spritze erhält, die in einigen Minuten zum Tode führt, dann handelt es sich um eine Tötung, ja evtl. um Mord. Wenn die Person dagegen Mittel erhält, die eine terminale Sedierung einleiten und sie erst nach 60 oder 300 Stunden stirbt, dann handelt es sich um Nicht-Tötung. Und wenn eine Million Menschen – meist mit Beteiligung von Wissenschaftlern – aus Profitgründen ‚behandelt‘ werden oder ‚Nebenwirkungen‘ des Projekts erleiden, so dass Hunderttausende innerhalb von einigen Jahren frühzeitig sterben, dann handelt es sich nicht nur um Nicht-Tötung, sondern um Höchstleistung, Professionalisierung, vielleicht sogar Exzellenz. In hoch entwickelten Rechtssystemen ist die Zeitspanne zwischen der Tötung und dem vermutlichen physischen Ende der Person ohne diese Tötungshandlung für die Strafwürdigkeit offiziell irrelevant. Doch tatsächlich werden Personen, die eine rasche Tötung auf Verlangen durchführen härter und eher bestraft als Personen, die geschickt eine langwierige Tötung ohne Verlangen bewirken.

Wenn einer Person nachgewiesen werden kann, dass sie eine unerlaubte Tötung beabsichtigte, wirkt dies in der Regel strafverschärfend. Je kapital- und ressourcenreicher eine Person ist, umso mehr Chancen hat sie, ihre Intentionen flexibel und regelgerecht zu präsentieren und bei Fehlverhalten ihre eindeutige Bestimmung durch Kontrollorgane zu verhindern.

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 und Massenlebensminderer zur Tatzeit tausende Kilometer von den Orten der Taten entfernt.

These 19: Bei einem zunehmenden Anteil der weltweiten Tötungen werden Begriffe wie Tatherrschaft und Intention wissenschaftlich und human(istisch) unbrauchbarer, da es sich um nicht-lineare Systemprobleme handelt.

Selbst- und Fremdbestimmung

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

Selbstbestimmung wird offiziell als hoher Wert verkündet und geschützt. Wenn ein Mensch seine Selbstbestimmung nicht zur Herstellung von Konformität und Normalität einsetzt, dann gerät er schnell in die Mühlen der Psychologisierung, Pädagogisierung, Medikalisierung, Kriminalisierung, Stigmatisierung und Marginalisierung.

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

In den wissenschaftlichen Diskussionen wird in der Regel Ethik mit Herrschaft verwechselt bzw. Ethik zu Herrschaftszwecken missbraucht. Es ist ein schlichtes Herrschaftsproblem: entweder setzt sich die Person mit ihrer Verfügung, die sie im Vollbesitz ihrer kognitiven und sozialen Kompetenzen, verfasst hat, durch, oder andere, rechtliche, staatliche, medizinische etc. Instanzen fremdbestimmen die Person.

Nicht nur bei konservativen Lebensschützern und Sterbedogmatikern, sondern bei bedeutsamen Kulturvertretern steht implizit bzw. latent ein Opfermodell im Hintergrund. ‚Die Menschen‘ – faktisch handelt es sich um eine Minderheit – sollen sich „freiwillig“ oder besser „naturwillig“ im Dienste von Institutionen (Staat, Religion etc.), Kollektiven und des medizinisch-pflegerisch-ökonomischen Systems opfern. Die Opferrituale in Krankenhäusern, Heimen und Hospizen werden von säkularen Priestern und Priesterinnen durchgeführt.

Die *Selbstopferung* bzw. Kollektivopferverweigerung durch Suizid und andere Formen des selbstbestimmten Sterbens werden von den Opferpriestern vehement bekämpft, da sie geschäftsstörend wirken.

These 22d: Am Ende des Lebens erfolgt in Krankenhäusern und Pflegeheimen die Rekollektivierung (über professionalisierte Fremdsteuerung) der partiell individualisierten und selbstkontrollierten Menschen, die bei gelingender Intervention zur konformen Selbstbestimmung führt.

Gemeinschaft und Organisation

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

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

Abb. 13a: Enge und weite Public-Health-Konzeptionen (nach Kellehear 2005, modifiziert)

Am Beispiel des Umgangs mit dementen Menschen zeigt Kellehear (2009a), dass Medikalisierung und eine enge Palliativkonzeption nicht ausreichen, sondern ein Wandel in der community und ökologische Experimente geplant und erprobt werden sollten, wofür es auch gute Ansätze gibt. Versuche, neue Gemeinschaftsformen und Vernetzungen zu fördern (Dörner 2007), sind zu begrüßen, doch sie sollten mit politischen Zielen verbunden sein: Verringerung sozialer Ungleichheit, Demokratisierung, Stärkung der Selbstbestimmung, Sozialkompetenzförderung, soziale und ökologische Nachhaltigkeit, allmähliches Einbeziehen der Millionen Menschen, die im Elend leben und sterben.

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

Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen

Wenn WissenschaftlerInnen einen historischen ‚Beginn‘ von ‚Ideen‘ oder ‚Bewegungen‘ setzen, handelt es sich in der Regel um Spekulationen oder bestenfalls um schwach bestätigte Hypothesen. Auch in diesem Fall gibt es mehrere Sichtweisen, z.B. kann man schon in der Antike ansetzen, wobei man den Begriff Euthanasie als Leitfigur verwendet oder Beihilfe zum Suizid in der römischen Oberschicht betrachtet. Lebenswertüberlegungen und entsprechende Selektionsmaßnahmen am Beginn und am Ende des Lebens finden sich in den meisten bekannten Kulturen. Man kann auch die Individualisierung und Emanzipation im Laufe der europäischen Geschichte als Prozess begreifen, in dem Sterben und Tod schließlich neu bestimmt werden. Außerdem führte die Modernisierung, Ökonomisierung, Professionalisierung und Technisierung zum Widerstand von Personen und Gruppen gegen eine rigide Todesherrschaft.

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

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

Wozu dienen die Begriffe „aktive Sterbehilfe“ und „Tötung auf Verlangen“? Wer benötigt sie? Auf jeden Fall dienen sie den Funktionären des Rechts, der Politik, der Medizin und der Religion als Herrschaftsmittel und zur Reflexionsvermeidung. Die durch Standardisierungspraktiken ‚objektivierte‘ Einteilung in *direkte*, *indirekte*, *passive* und *aktive Sterbehilfe* täuscht vor, ein für alle brauchbares Instrument zur Verfügung zu stellen.

Obwohl der Unterschied zwischen passiver, indirekter und aktiver Sterbehilfe von Diskurspolizisten, Hütern des Begriffstempels und diensthabenden Wissensschaustellern für höchst bedeutsam und unverzichtbar erklärt wird, erweist er sich bei vielen konkreten Entscheidungen und Vollzügen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arzt-Patient-Interaktionen als nebensächlich oder unbrauchbar, 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 implizit anders strukturiert. 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 – in den wenigen Fällen, in denen sie offengelegt werden – vom Kontrollpersonal für nicht *legitim* und nebensächlich erklärt werden.

Um den möglichen Dammbbruch durch die niederländische (oder belgische) Gesetzgebung und Euthanasiepraxis zu beurteilen, sind folgende Kenntnisse hilfreich:

- Die der deutschen (§ 216) entsprechende Gesetzesvorschrift im Strafrecht wurde in den Niederlanden nicht aufgehoben.
- Nur eine kleine Minderheit der sterbenden Menschen in den Niederlanden oder in Belgien erhalten aktive Sterbehilfe (höchstens ein bis zwei Prozent).
- In Deutschland wird trotz Verbot aktive Sterbehilfe praktiziert. Doch es besteht offensichtlich kein ‚öffentliches Interesse‘ an der Erforschung dieser Grauzone.
- Ein großer Teil der Ärzte und des Pflegepersonals weiß über die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht ausreichend Bescheid.
- Ein Teil der Ärzte und des Pflegepersonals und wahrscheinlich die meisten Patienten halten die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht für sinnvoll und praktikabel.
- Die von einigen Philosophen, Theologen, Ärzten, Juristen und anderen Warnern in der Öffentlichkeit ausgestreuten ‚Tatsachenbehauptungen‘, die diesen „Dammbbruch“ beschwören, sind als Bestätigung ungeeignet bzw. nicht wissenschaftlich geprüft.
- Langzeituntersuchungen in den Niederlanden zeigen, dass trotz Liberalisierung der Praxis keine signifikante Zunahme der Fälle aktiver Sterbehilfe und vor allem keine Ausweitung von ‚Missbrauch‘ festgestellt wurde.

Dass die Dammbbruch -Argumente polemisch, wissenschaftlich geringwertig und diskurshemmend sind, ist mehrfach nachgewiesen worden.

Sozialwissenschaftlich und auch alltagstheoretisch ist zu erwarten – und verschiedene Daten und Erfahrungsberichte bestätigen dies auch – dass die Gesetzgebung bezüglich aktiver Sterbehilfe bzw. Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Oregon *positive Konsequenzen* hat und haben wird, da Wünsche eines Teils der Bevölkerung erfüllt werden, die Transparenz verbessert wird und Kultivierungsszenarien erprobt werden.

These 23b: Gesellschaftliche, medizinische und rechtliche Anerkennung der aktiven Sterbehilfe wie in den Niederlanden und Belgien begünstigt mittel- und langfristig eine Humanisierung und Kultivierung des gesamten Bereichs des selbstbestimmten Sterbens (Suizid, Beihilfe zum Suizid, Patientenverfügung etc.).

In Krankenhäusern, Heimen, aber auch in Hospizen und Palliativstationen, wird sozialer Druck auf Schwerkranke und Sterbende (und die Bezugspersonen) ausgeübt, das Sterben in organisatorisch und normativ vorgeschriebener Weise zu gestalten bzw. gestalten zu lassen. Verbale und nonverbale Wünsche der Lebens- und Sterbeverkürzung werden ignoriert, uminterpretiert oder anderweitig unterdrückt.

Suizid

Die Selbsttötung – ein soziosemantisches Wunderland – wurde in der westlichen Kultur immer in die Zange genommen: Politik, Recht, organisierte Religion, Medizin bzw. Psychiatrie sind die wichtigsten Institutionen und Subsysteme, die sanktionsbewehrte Rahmen setzen, Diskurse vorschreiben und symbolische und auch polizeiliche Gewalt einsetzen.

Das gewaltsame Vorgehen gegen Suizidenten und ihre ‚Sympathisanten‘ ergibt sich aus abendländischen und anderen kulturellen Traditionen. Vor allem sollte man die strukturelle Gewalt nicht außer Acht lassen. Eine nach wie vor wirksame kulturelle Botschaft an die Suizidenten lautet: *Mache es so, dass es möglichst abschreckend und Abscheu erregend wirkt!* (vgl. Feldmann 1998). Eine weitere implizite Botschaft, für deren Nachhaltigkeit und Legitimierung auch die Oberpriester sorgen, lautet: Wenn du Selbstmord begehst, wirst du unwürdig sterben, was immer du versuchen magst!

These 26c: Suizid ist ein sozio-kulturelles Phänomen wie Krieg, Finanztransaktionen, Scheidung und anonyme Bestattung. Die meisten Menschen würden den Kopf schütteln, wenn man Krieg, Finanztransaktionen, Scheidung und anonyme Bestattung zwanghaft mit Krankheit und Entmündigung verkoppeln und den Bereichen Medizin und klinische Psychologie zuordnen würde.

Durch die nachträgliche Erforschung von vollendeten Suiziden wird versucht, Erkenntnisse über das Phänomen zu gewinnen. Aufgrund von Deutungen der Ergebnisse dieser ‚Autopsieforschung‘ wird die dogmatische Feststellung der *Fast-hunderprozentigen-psychischen-Erkrankungs-Ursache* ‚legitimiert‘. Psychologische Autopsie-Studien nach Suiziden sind von Defizit- und Krankheitsansätzen geleitet, d.h. sie liefern die gewünschten perspektivischen Ergebnisse.

Durch diese ‚wissenschaftliche Tradition‘ ist wertvolles Wissen verloren gegangen bzw. nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden. Durch die Suizid-Autopsie wurde ein lebendiger Kontext als pathologisiertes Leichenobjekt behandelt. Viele Psychiater haben in Kooperation mit religiösen und staatlichen Institutionen Rechtfertigungssysteme errichtet, um den Suizidenten möglichst die Fähigkeit zur Selbstbestimmung absprechen zu können. Dies ist in Europa und Nordamerika besser gelungen als in Japan, da in diesem asiatischen Land der Suizid bereits traditionell kultiviert worden war.

Das Feld der selbst- und fremdzerstörerischen Handlungen und Ereignisse wird noch immer mit einem veralteten wenig reflektierten Begriffs- und Theorieinventar bearbeitet: Selbstmord, Mord, natürlicher Tod, Unfall etc. Der Begriff Suizid oder Selbstmord täuscht vor, dass es sich um ein homogenes Phänomen handelt.

„Diese fatale Komplexitätsreduktion begünstigt Simplifizierung und Ideologisierung des Suizids, die nicht nur im Mediendiskurs sondern auch in den Schriften von Juristen, Medizinern, Theologen und Psychologen zu finden sind. Vor allem wird dadurch die Minderheit der Suizide, die eine positive

Kultivierung für einen Teil der Menschen darstellen könnten, in der Mehrheit der leicht zu medikalisierenden Fälle ‚ertränkt‘.“ (Feldmann 2010d, 179)

Der Begriff Suizid oder Selbsttötung wird in rechtlichen, philosophischen, theologischen und anderen Diskursen zu wenig differenziert, während Fremdtötung z.B. in Totschlag, Mord, Todesstrafe, Krieg, Notwehr, Gewaltanwendung mit Todesfolge, Tötung auf Verlangen usw. untergliedert wird.

These 27b: Ein großer Teil der Suizide wird über soziale Prozesse als Scheitern konstruiert. Der Suizident führt im Dienste der Gesellschaft, teilweise geleitet von professionellem Personal, das Opfer des Scheiterns durch, um Werte, Normen, Herrschaft und die Psychiatrie zu legitimieren.

Auch in der angeblich die Vorurteile nicht übernehmenden Fachliteratur wird das Thema Suizid fast ausschließlich defizit-orientiert behandelt. Doch Depression und Suizidalität können nicht nur als Symptome von Krankheiten angesehen werden, sondern als der subjektiven Lebensqualität bzw. der persönlichen Lage angemessene Gefühle und Vorstellungen.

Eine Suizidprävention, die nicht einem Defizitansatz huldigt und sich umfassenden und pluralistischen Lebens- und Kulturentwicklungsansätzen öffnet, könnte von dem Problem Lebensmehrerung und –minderung ausgehen und als ein Hauptziel die Verbesserung der Lebens- und Teilhabechancen von Benachteiligten anstreben. Das sollte allerdings nicht nur unter der Leitung normalisierter und normalisierender Ärzte, Psychologen und Psychiater geschehen. Eine derartige humanisierte und kultivierte Suizidprävention und „ergebnisoffene Suizidberatung“ (Neumann 2012, 216 ff) ist mit Beihilfe zum Suizid kompatibel.

„Medizinisch-psychologisch wird meist nur die Notwendigkeit gesehen, Suizidalität wegzuthrapieren, nicht die produktive Nutzung dieser Energien zu erproben, selbstverständlich nicht für Selbstmordattentäter im totalen Krieg, aber vielleicht zum intelligenten Widerstand gegen Betonköpfe, kreativitäts- und innovationsfeindliche Bürokratien und neoliberale Raubritter.“ (Feldmann 2008a, 178)

Kultivierung des Sterbens und Tötens

Einleitung: sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen

Menschen richten ihre Tätigkeiten und ihr Denken auf die Bereiche, in denen sie aktiv und erfolgversprechend wirksam sein können, folglich wurde in einfachen und traditionellen Kulturen das Problem Tod durch die ritualisierte Manipulation von Toten und die Gestaltung der Postmortalität bearbeitet. In modernen Gesellschaften dagegen ist das erste Mal in der Menschheitsentwicklung eine signifikante wirksame Steuerung des physischen Lebens und Sterbens möglich: Hauptindikator Lebensverlängerung. In traditionellen Kulturen wurde und wird dagegen aufgrund des vorherrschenden frühzeitigen Todes das postmortale Leben und Sterben als Ersatz für das nicht gelebte Leben kulturell bearbeitet.

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

1. Das nach wie vor weltweit vorherrschende ‚traditionelle‘ Leben und Sterben der Mehrheit der Menschen, Hauptmerkmale: arm und ausgebeutet. In vielen Gebieten Europas waren derartiges Leben und Sterben noch im 19. Jahrhundert dominant.
2. Das in den reichen Staaten für die Mehrheit realisierte vergleichsweise lange erwünschte Leben und lange unerwünschte Sterben.
3. Das in den reichen Staaten für eine Minderheit realisierte lange Leben und kurze Sterben – abgesehen von den Suiziden in der Regel ein ‚Zufallsprozess‘.
4. Derzeitige und künftige für kapitalstarke Minderheiten erwerbbar heterogene Formen: überdurchschnittliche Lebensverlängerung, Verlangsamung des Altersprozesses, neue Formen der Lebensmehring.

Kultivierungsdiagnosen und -diskurse

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

Die Veränderungen im Sterbereich in den vergangenen Jahrzehnten haben bei immer mehr sozialwissenschaftlichen Autoren zu folgender Sichtweise geführt: Nach einer Phase der kulturellen Aufmerksamkeitsverlagerung, die mit den Begriffen Verdrängung und Tabu belegt wurde, befinden sich die hochentwickelten Gesellschaften jetzt in einer Phase der „Wiederbelebung des Todes“ (*revival of death* nach Walter 1994), der „Wiederverzauberung“ (Lee 2008), der „Resakralisierung“ (Knoblauch 1999), der „neuen Religiosität“, der „neuen Sichtbarkeit des Todes“ (Macho/ Marek 2007), der „Postmortalisierung“ (Lafontaine 2008) usw. Diese selektiv belegten und umstrittenen Diagnosen und Inszenierungen sind zwar mit vielen interessanten Einzelhinweisen versehen, vermögen jedoch die Vielfalt und den unübersichtlichen Wandel nicht zureichend zu beschreiben und schon gar nicht zu erklären. Empirisch genauer, wenn auch nicht zu verallgemeinern, sind Untersuchungen wie die von Österlind et al. (2011) in schwedischen Pflegeheimen, die aufgrund einer Diskursanalyse zu der Erkenntnis gelangen, dass in diesen Kontexten zwei relativ unabhängige und gleichzeitig zeitnah aufeinander folgende Diskurse erscheinen: ein Sterbeverdrängungsdiskurs und ein Diskurs, der sich explizit mit dem Thema Tod beschäftigt.

Kultivierung des Sterbens ist pluralistisch, individualisiert und ein Konfliktbereich und nicht mit der Einrichtung und Perfektionierung einer *palliativen* Versorgung geleistet, denn diese ist nur ein Aspekt in einem komplexen Geschehen. Immer wieder sollte der Blick von den einzelnen oft provinziellen, professions- und gruppenbezogenen Felddiskursen auf die gesamte Kultur, auf die ‚Weltgesellschaft‘ und zurück zu den einzelnen Menschen gerichtet werden. Welche Formen der Kultivierung und Zivilisierung werden gefördert und welche vernachlässigt?

Wenn man Deutschland im 20. Jahrhundert betrachtet, wurde zuerst die Kultivierung des Sterbens und Tötens im Krieg stark gefördert, jedoch nach 1945 schlagartig zurückgefahren. Die Widerstände gegen eine Kultivierung der Empfängnisverhütung und der Abtreibung wurden langsamer abgebaut. Interessant ist, dass die Reaktionen auf den Suizid im Zuge der Individualisierung zwar partiell dekollektiviert aber kaum kultiviert wurden. Die Kämpfe um die Zulassung einer Kultivierung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid werden mit kaum verminderter Härte geführt.

Als Warnung gegenüber einer Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe wird in Deutschland rituell der Hinweis auf die Naziverbrechen verwendet. Doch der Hinweis auf Diktaturen, auf die ‚Allmacht des totalitären Staates‘, wäre eher als Argument für die Liberalisierung als dagegen brauchbar, da es um Selbstbestimmung und Widerstand gegen autoritäre die pluralistischen „Gebrauchsmoralen“ missachtende Regelungen geht. In den Niederlanden wird seit Jahrzehnten die Freiheit und Selbstbestimmung der einzelnen Menschen mehr gefördert als in Deutschland. Oregon ist einer der demokratie- und menschenrechtfreundlichsten amerikanischen Bundesstaaten.

Wissenschaftler und Funktionäre in Deutschland stellen immer wieder ‚Zusammenhänge‘ zwischen dem „Euthanasieprogrammen“ der Nazis und der derzeitigen Akzeptanz oder Durchführung der aktiven Sterbehilfe her. Doch diese Mahner und Ethikexperten stellen keine Zusammenhänge zwischen den Politik-, Medizin- und Sterbesystemen in Deutschland und dem Hunger und frühzeitigen Sterben in anderen Staaten her, obwohl solche Zusammenhänge entgegen dem ersten empirisch beweisbar wären.

Erweiterung der Perspektive 1

Hospiz- und Palliativbewegungen, vor allem in ihrer stark kapitalisierten, medikalisierten und verwissenschaftlichten Version der Palliativmedizin, bieten für die ‚Endphase‘ teuren Gemeinschaftsersatz an, der in der ‚Idealform‘ nur für eine wohlhabende Elite realisiert werden kann. Dieser Gemeinschaftsersatz wird im gemeinsamen Interesse mächtiger Institutionen mit symbolischem Edelkapital aufgeladen und evidenzbasiert befestigt. Man könnte es auch als diesseitigen Totenkultersatz bezeichnen, wobei vor allem schwere Demenz und Wachkoma als besonders hochwertige ‚Opfer‘ gefeiert werden. Dieser Totenkultersatz wird vor allem von Vertretern der organisierten Religion und von geschäftstüchtigen Pflegedienstpropagandisten verherrlicht.

These 32a: Die überbordende Förderung des medizinischen Systems durch Politik und Ökonomie zielt neben der impliziten Schwächung der Selbstbestimmung auch auf Ablenkung von den Bereichen der herrschaftsgefährdenden Solidarität, nämlich der Stützung der unterprivilegierten Familien, Kinder und alten Menschen.

Die Investitionen in Pflege und medizinische Versorgung für Lebens- und Sterbezustände, die die Mehrzahl der Menschen nicht wünschen, sind wahrscheinlich ähnlich zu beurteilen, wie Investitionen in Gefängnisse, teure medizinische Technologien, Sonderschulen und Rehabilitationseinrichtungen. Es wäre „ökonomisch sinnvoller und gesellschaftlich erfolgversprechender, die zugrundeliegenden Ungleichheiten selbst in Angriff zu nehmen“ (Wilkinson/ Pickett 2008, 81) als das medizinische System, zu dem auch die Palliativmedizin gehört, und Pflegeeinrichtungen kostensteigernd auszubauen.

Erweiterung der Perspektive 2

Die schon seit Jahrzehnten ‚institutionalisierte‘ und in Zukunft zu erwartende dramatische Verkürzung des Lebens von hunderten Millionen Menschen wird unzureichend erforscht und erschütternd wenig in der menschenrechtssensiblen Weltöffentlichkeit thematisiert. Sie wird kleinen Expertengruppen überlassen, in Medienöffentlichkeiten muss sich dieses periphere Thema an anerkannte Themen, wie etwa starke Erdbeben oder den Terrorismus, anhängen, um beachtet zu werden: Todesgeschrei und Stiller Tod (vgl. Nussbaumer/ Exenberger 2008). Indikatoren für die Wahrscheinlichkeit von Megalebensverkürzung sind: weiteres Bevölkerungswachstum, globale Erwärmung, Ressourcenmangel, ökonomische Krisen, Rüstung, um nur einige zu nennen.

Die Hinnahme der globalen sozialen Ungleichheit, der gewohnte Lebensstil, die wissenschaftlich-technologische Exzellenz und die Professionalisierung werden also mit millionen- ja milliardenfacher Verletzung von Menschenwürde verbunden sein. Eine grundsätzliche Änderung ist in den kommenden Jahrzehnten nicht zu erwarten, da Marginalisierung, Gettoisierung, Segregation, Bewusstseinssteuerung, Komplexität der Figurationen etc. zivilisierter, marktgerechter, umfassender gesichert und wirksamer sein werden als in Sklavenhaltergesellschaften oder im Nationalsozialismus. Der Titel, den Elias gewählt hatte, „Über die Einsamkeit der Sterbenden“, sollte dann umgeformt werden in „Über die Segregation der Lebenden und Sterbenden“.

These 32b: Lebensexperten der Reichen und Privilegierten arbeiten in Exzellenzclustern an dem großen Projekt der Erzeugung von ‚echten Menschenrassen‘, der Weiterführung der Vergöttlichung der Herrschenden.

Literaturangaben in der Langfassung

Prof. Dr. Klaus Feldmann
www.feldmann-k.de