

Klaus Feldmann

Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid.

Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie.¹

Kurzfassung

Hannover 2012

work in progress (kritische Stellungnahmen und Anregungen erwünscht)

Vorrede	2
Einleitung	2
Begriffe, Konzepte, Sprachkämpfe	3
<i>Tod: Definition und Macht</i>	4
<i>Sterben: Definition und Konflikt</i>	4
Gutes und schlechtes Sterben	6
Soziales und psychisches Sterben	10
<i>Psychisches Leben und Sterben</i>	12
<i>Demenz - Entzivilisierung und Entkultivierung?</i>	13
Leben	16
<i>Lebensmehrung</i>	17
<i>Maximierung der Lebenslänge der Privilegierten als gesellschaftliches und individuelles Ziel</i>	18
<i>Lebensbewertung/ Lebens- und Sterbequalität</i>	20
<i>Lebensschutz</i>	22
Lebensminderung, Gewalt, Töten	24
<i>Lebensverkürzung</i>	27
<i>Gewalt</i>	28
<i>Überlegungen zur Todesproduktion</i>	28
<i>Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“</i>	30
<i>Tötungsnormierung</i>	32
<i>Zeit, Intention und Tatherrschaft</i>	32
Selbst- und Fremdbestimmung	33
<i>Gemeinschaft und Organisation</i>	34
Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen	35
Suizid	37
Kultivierung des Sterbens und Tötens	40
<i>Einleitung: sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen</i>	40

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.

Kultivierungsdiagnosen und -diskurse	40
Erweiterung der Perspektive 1.....	42
Erweiterung der Perspektive 2.....	43

Vorrede

Bewohner der Osterinsel haben jahrhundertlang nicht nachhaltige Lebensmehrerung verbunden mit *nachhaltiger Lebensminderung* betrieben, jedoch nur lokal, auf die Osterinsel beschränkt. Sie waren erfolgreich – das Projekt ist abgeschlossen (vgl. Diamond 2005). Übrigens könnte man auch sagen, dass die Bewohner der Osterinsel ein gutes Beispiel für die Kultivierung des kollektiven Suizids als unbeabsichtigte Nebenwirkung der unreflektierten Kultivierung liefern.

Im 20. und 21. Jahrhundert wurde und wird lokal und global spezifische Lebensmehrerung – ob nachhaltig oder nicht nachhaltig wird von den Urteilen künftiger Beobachter abhängen – verbunden mit nachhaltiger Lebensminderung betrieben, wobei es sich um einen Wachstumsbereich mit unsicherem Ausgang handelt.

Einleitung

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

Aspekte der derzeitigen Lebens- und Sterbeordnung, die politisch und ökonomisch gesichert und durch die dominanten Diskurse (Medien, Wissenschaft und Religion) legitimiert wird, behindern gesellschaftliche und individuelle Entwicklung und Kultivierung, stützen Privilegienstrukturen und bewirken unnötig viele Verletzungen von Menschen, Lebensminderung, Tötung und Folter.³ Abweichungen von der ‚natürlichen Sterbeordnung‘, die durch Staat, Recht, Medizin und Religion überwacht und geregelt wird, werden kriminalisiert und pathologisiert, d.h. Abweichler werden stigmatisiert, erniedrigt, depersonalisiert, ‚behandelt‘, modifiziert, wenn möglich – normalisiert oder sozial und körperlich exkludiert.

Es wurde von mächtigen Spielern in Politik, Religion, Medizin etc. bisher erfolgreich verhindert, dass ein multiperspektivisches wissenschaftliches Thanatologiefeld⁴ in der modernen Gesellschaft bzw. in der EU entsteht⁵. Stattdessen werden wichtige thanatologische Bereiche unter verschiedenen Labels primär in medizinischen Feldern und sekundär in der

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

³ ‚Paradoxerweise‘ stellt sich diese Lebens- und Sterbeherrschaft in der gesteuerten Medien- und Wissenschaftsöffentlichkeit meist als alternativloser Gipfelpunkt und als Bollwerk der Humanität, der Menschenfreundlichkeit und der Exzellenz dar. Kritik wird nicht an der gesellschaftlichen Lebens- und Sterbeordnung, sondern nur an der quantitativen Verwirklichung der allein seligmachenden Konzeptionen geübt: mehr Hospize, mehr Palliativstationen, mehr Organverpflanzungen, Lebensverlängerung für die Privilegierten, mehr Sicherheitskräfte, bessere Gettos für die Reichen und ihre Lakaien, wirksamere Grenzkontrollen etc.

⁴ Feld: nach Bourdieu ein Teil des sozialen Raumes mit eigenen Zielen und Regeln, Kapitalausstattung, Fähigkeit zur Habitusformierung und begrenzter Autonomie (vgl. Rehbein/ Saalman 2009).

⁵ Die Verhinderung geschieht vielfältig, z.B. durch die Form der Sozialisation und die Selektion von HochschullehrerInnen in den für die Thanatologie bedeutsamen Disziplinen.

organisierten Religion, im Recht und in der Wirtschaft ‚gepflegt‘. Vor allem die Hospizbewegung und ihre lenkende Partnerin Palliativmedizin haben den derzeitigen Hauptteil der Thanatologie (Prämortalität) ‚erobert‘ bzw. die marode Firma übernommen. Palliativmedizin und Medizinethik als neue interdisziplinäre Bereiche niedrigen Ranges innerhalb des mächtigen Medizinfeldes sind für die wissenschaftlich legitimierte Ausgrenzung, Neutralisierung und Entwertung von ‚medizinfremden‘ und –kritischen Sterbediskursen zuständig.⁶

These⁷ 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 behandelt⁸.

Ein kleiner Einblick in das Nicht- und Unwissen⁹:

- 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?¹⁰
- 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 Lebensmehring 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

Diskurse und Denken verlaufen segmentiert und gerahmt. Strukturelles und ‚echtes‘ Töten im Kongo darf nicht mit Töten im deutschen Pflegeheim in Kontakt kommen. Rechtsvorschriften in der EU sind Lichtjahre vom Leben und Sterben in Afrika entfernt. Aktive Sterbehilfe und Suizid sind mit Gewalt und Mord ‚verwandt‘, internationale Vereinbarungen und Finanzspekulation dagegen nicht, sie sind in gehobenen semantischen Räumen gemeinsam mit Luxushotel, Kaviar und Edelprostitution angesiedelt.

⁶ Ein Beispiel: Der 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2010 hat das selbstbestimmte Sterben, zu dem notwendigerweise Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe gehören, ‚ausgespart‘, und stattdessen periphere und konforme thanatologische Themen angeboten.

⁷ In diesem Text erscheinen viele spekulative, ungeprüfte oder mangelhaft geprüfte Aussagen – eine Fundgrube für engagierte empirische Forscher. Die meisten *Thesen* sind als *Hypothesen* zu verstehen, deren wissenschaftlich gute Falsifikation den Autor erfreuen würde. Einige Thesen sind allerdings explizite oder implizite Wünsche oder Forderungen, wobei eine Evaluation notwendig wäre, in welchem Ausmaß diese Forderungen in bestimmten Raum-Zeit-Bereichen erfüllt wurden, werden könnten und welche „Nebenwirkungen“ auftreten.

⁸ „When an editorial in the *BMJ* posed the question, ‘What is a good death?’ contributors concluded that we cannot answer this as we lack the necessary evidence from research, especially from the perspective of patients and carers” (Kendall et al. 2007). <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7592/521>

⁹ Vgl. zur Mangeldiagnose Wittkowski/ Schröder 2008, 30 ff.

¹⁰ „An important observation is that the dying person is usually ‘muted’ in research on death and dying, and that only a small amount of research has been carried out on the dying themselves” (Shou et al. 2008, 34).

These 1b: Ohne sich dessen meist ‚bewusst‘ zu sein, verwenden die Thanatoexperten der Wissenschaft, des Rechts, der Medizin und der Medien Metaphern, Skripten und Erzählungen im Interesse kapitalstarker Gruppen (vgl. Lakoff/ Wehling 2008).

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

Tod: Definition und Macht

„Die institutionelle Verarbeitung und Kodierung von Sterben und Tod durch Religion, Politik, Recht, Wirtschaft, Medien, Kunst, Erziehung und Bildung führt zu permanenten Kommunikationsproblemen.“ (Feldmann 2004a, 193)

Die Definition von (physischem) Tod als Hirntod erscheint durch die rechtlich-medizinischen Festlegungen vorläufig¹¹ gesichert (Breyer et al. 2006, 146 f). Doch im Bewusstsein der Menschen, auch in den westlichen Industriestaaten, wird man ganz andere Konzeptionen von Sterben und Tod finden (Kellehear 2008, 1537 ff). Im Gegensatz zu der relativ breiten Elitenakzeptanz der Hirntodkonzeption sind Vorstellungen und Normierungswünsche, die sich auf das Sterben und die postmortalen Existenzkonzepte beziehen, so divergierend, dass es Tugendwächtern und Funktionären immer weniger gelingen wird, in den komplexen privatisierten Interaktions- und Kommunikationsstrukturen ‚Ordnung zu schaffen‘.¹²

Aus diesen Gründen sind auch Versuche, in der gegenwärtigen (und künftigen) gesellschaftlichen Lage einen Paradigmenwechsel (z.B. Walter 1996 oder Lafontaine 2008) der kulturellen Bearbeitung von Tod und Sterben festzustellen, mit Skepsis zu betrachten. Grundsätzlich zweifelnd stellen Knoblauch und Kahl (2011, 194) die rhetorische Frage, „ob denn gerade ‚postmoderne‘ ‚fragmentierte‘ Gesellschaften ihr Verhältnis zum Tod so einheitlich umgestalten, wie dies bei wissenschaftlichen Revolutionen innerhalb der Wissenschaft geschieht (Kuhn 1981).“¹³

Sterben: Definition und Konflikt

In prähistorischer Zeit haben relativ wenige Menschen ihr Sterben erlebt¹⁴. 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 Sterben¹⁵ – ist somit erst im Laufe der Geschichte und insbesondere in der modernen Gesellschaft ein soziokulturell bedeutsames Ereignis für viele und ein *soziales Problem* geworden. Der bisher ungebrochene Trend zur Verlängerung des Sterbens wird durch Medikalisierung und Ökonomisierung angetrieben.

*Sterben*¹⁶ als diskursiv bearbeiteter Prozess fand in prähistorischen Zeiten und in vielen Kulturen hauptsächlich *nach* dem physischen Tod des Betroffenen in der magischen Welt der

¹¹ „Das naturwissenschaftlich fundierte biomedizinische Grenzregime legt nur vorläufig gültige Grenzen fest“ (Lindemann 2004, 170).

¹² Dies lässt sich auch an der Diskussion um die Privatisierung der Bestattung erkennen (vgl. Schulz Meinen 2009).

¹³ Korrekt wäre: „... innerhalb der Wissenschaft geschah“, denn wie in der (post)modernen Gesellschaft wird es auch in der (post)modernen Wissenschaft derartige Revolutionen nicht mehr geben.

¹⁴ Diese These gilt auch in historischen Zeiten, für manche Gruppen, Regionen, Kulturen etc.

¹⁵ Die Verwendung des Begriffs „postmortal“ ist von kulturellen und sozialen Bedingungen und Theorieentscheidungen abhängig. Lafontaine (2010) nutzt den Begriff „postmortal“, um ihre Thesen von der technowissenschaftlich gestützten Dekonstruktion und Desymbolisierung des Todes zu rahmen.

¹⁶ Die semantische Verortung von „leben“ und „sterben“ im Bewusstsein moderner gebildeter Menschen steht in nicht genau beschreibbarer großer Distanz zu den Weltbildern und Kommunikationsformen von nomadisierenden Jägern und Sammlern vor 30.000 Jahren!

Überlebenden statt (vgl. Kellehear 2007a)¹⁷. Es gibt viele Mythen über die schwierigen und gefährvollen 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 Besetzungen und Versuche gedeutet werden, das Prozessgeschehen im Interesse von Funktionären, Professionen und herrschenden Akteuren¹⁸ zu erfassen und zu kontrollieren. Diese Kontrolldiskurse werden universalistisch legitimiert: über Gott, Natur, Ethik, Wissenschaft, in Verfassungen und Rechtsordnungen verankert.

„Die Handlungen und lebensweltlichen Vernetzungen der Betroffenen werden – bei gleichzeitigem Schwenken der Flaggen „Selbstbestimmung“, „Wohl des Menschen“ und „Würde“ – entkontextualisiert, depersonalisiert, medizinisch und rechtlich umgedeutet, recodiert: Mord, Totschlag, Tötung auf Verlangen, unterlassene Hilfeleistung, Lebensschutz, ärztliches Ethos, Sachautorität.“ (Feldmann 2008a, 179)

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

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 (vgl. Jakobsson et al. 2006).

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 wären¹⁹, die sie unzureichend erlernt haben und die strukturell nicht zuletzt von den professionellen ‚Helfern‘ be- und verhindert wird.²⁰

Wittkowski und Schröder (2008, 3 ff) liefern eine Rekonstruktion des derzeit dominanten Sterbeverständnisses, das vor allem von den Interessen der Betroffenen, Sterbenden und Bezugspersonen, geleitet ist: Der Sterbeprozess sollte möglichst kurz sein, im Idealfall für den Sterbenden (fast) nicht erfahrbar (vgl. auch Hoffmann 2011).

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

¹⁷ Dieses frühhistorische postmortale Sterben kann modern übersetzt als *soziales postmortales Sterben* bezeichnet werden, doch im Bewusstsein vieler damaliger Menschen war es *physisches Sterben*, wobei eine Falsifikation der These wohl nicht möglich ist.

¹⁸ Herrschende Akteure können Personen, Gruppen, Organisationen, Netzwerke und andere soziale Gebilde sein.

¹⁹ Vgl. zur Diskussion der Überforderung durch Selbstbestimmung und Autonomie Heidbrink (2007, 272 ff).

²⁰ Zuerst wird durch Familien- und Bildungspolitik dafür gesorgt, dass der Anteil derjenigen, die Selbstbestimmung nur mangelhaft lernen, möglichst hoch bleibt, um Paternalismus und Kollektivierung ‚legitim‘ walten zu lassen.

Gutes und schlechtes Sterben

These 2b: Selbst 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 (Altruismus und Nachhaltigkeit!) und findet am falschen Ort statt.

Wenn man die 12 Kriterien für „a good death“ des British Medical Journal von 2000 verwendet, dann ist ein hochwertiger Suizid eher darunter zu subsumieren als das übliche Sterben im Pflegeheim. Kriterien sind u.a.:

- To be able to retain control of what happens;
- To be afforded dignity and privacy;
- To have choice and control over where death occurs (at home or elsewhere);
- To have access to information and expertise of whatever kind is necessary;
- To have access to any spiritual or emotional support required;
- To have control over who is present and who shares the end.²¹

Wenn man von den Idealtypen der Wissenschaft oder anderer hochkultureller Institutionen in die Niederungen der vielfältigen Bewusstseine steigt, dann werden konkretere Angaben gemacht. 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 Hause²²,
3. schnell und schmerzlos²³,
4. von Bezugspersonen betreut,
5. „in Würde“²⁴.

“People who are terminally ill identify their top priorities as avoiding suffering, being with family, having the touch of others, being mentally aware, and not becoming a burden to others (Gawande, 2010)” (Waldrop 2011, 571).

Die in Befragungen geäußerten Sterbewünsche können unterschiedlich interpretiert werden. Kellehear (2009b, 14) meint, dass viele Personen z.B. durch ihre Äußerung, zu Hause sterben zu wollen, ihre Präferenz für Selbstkontrolle, Identitäts- und Lebensstilerhaltung ausdrücken. Man kann auch in der Sprache von Bourdieu sagen: Menschen wollen Habitus- und Kapitalerhaltung bis zum Lebensende. Somit ist es nicht verwunderlich, dass für die Privilegierten die Wünsche viel häufiger in Erfüllung gehen als für die Unterprivilegierten. Im Durchschnitt werden die meisten Menschen bezüglich der Punkte 2 und 3 enttäuscht. Man könnte dies als gravierende Fehlsteuerung²⁵ bezeichnen, die nicht primär finanziell sondern strukturell begründet ist, da das letzte Lebensjahr so teuer ist, dass die relativ schlichten Erwartungen von Punkt 2 und 3 für mehr Menschen erfüllbar wären.

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

²¹ BMJ, vol. 320, no. 129, 2000, online <<http://www.bmj.com/content/320/7228/129.full>>

²² „Im Unterschied zu den Niederlanden sterben in Deutschland immer weniger Sterbende (gegenwärtig nur noch ein Viertel) zu Hause.“ (Birnbacher 2004, 7)

²³ Emnid-Umfrage 2001; Hahn/ Hoffmann 2009, 142.

²⁴ Dies bedeutet für viele: Kontrolle über den eigenen Körper und über das Bewusstsein (vgl. Hahn/ Hoffmann 2009, 142).

²⁵ McNamara und Rosenwax (2007) sprechen aufgrund entsprechender Ergebnisse einer australischen Untersuchung, für die es aufgrund der schon genannten Mängel der thanatologischen Forschung leider im deutschen Raum keine vergleichbare gibt, von „mismanagement“. Vgl. auch Worpole 2010, 40 f.

	<i>Institution/„Gestalt“</i>	<i>Todestypen</i>
<i>institutionell kollektivistisch</i>	Religion	der religiöse Tod ²⁶
	Politik (Vaterland, Bewegung, Partei etc.)	der traditionelle heroische Tod
	Medizin	der medizinisch korrekte Tod
<i>individualistisch anti-institutionell</i>	Gemeinschaft (z.B. Hospiz) ²⁷	der gute Tod
	Individualisierung ²⁸	der eigene Tod ²⁹
<i>ungesellschaftlich</i>	„Natur“	der natürliche Tod

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

Ein umstrittenes Konstrukt ist *der natürliche Tod*, der angeblich in der westlichen Kultur (von wem?) angestrebte idealtypische Tod. Der „natürliche Tod“, eine hybride christlich-aufklärerisch-medizinisch-naturwissenschaftliche und rechtlich privilegierte Konstruktion, wurde seit dem 18. Jahrhundert in Europa institutionalisiert und idealisiert. Wie sich die Funktionalität, Rationalisierung und professionelle Herstellung der Semantik und Realität des „natürlichen Sterbens“ derzeit wandelt, bedürfte noch einer genaueren Untersuchung (vgl. Fuchs 1969; Seymour 2000; Kaufman 2000, 78 f; Feldmann 2010d, 79 ff; Bayatrizi 2008, 155 ff; Lafontaine 2008; Bormann 2012).³⁰

Der Begriff „natürliches Sterben“, der bei Fuchs (1969) noch eine zentrale kulturelle und emanzipatorische Errungenschaft symbolisierte, ist inzwischen umstritten und wird eher defensiv und vernebelnd verwendet, er wird eingesetzt, um das professionelle *Sterben und Tod machen* zu verleugnen und die terminale Phase zu dekontextualisieren, zu desozialisieren und zu naturalisieren³¹. Die pragmatische, quasireligiöse und pseudowissenschaftliche Vorstellung vom „natürlichen Sterben“ dient in Krankenhäusern und Hospizen als Normierungskonzept³², unter dessen Mantel die symbolische Macht der Institutionen und die Praktiken des Personals verborgen und geschützt werden (vgl. Dreßke 2007, 98 ff).

„Die diskursive Konstruktion des ‚natürlichen Todes‘ in dieser Grenzsituation menschlichen Handelns wird zur Grundlage gesellschaftlicher Lebensende-Ethik (vgl. Seymour 2000, 1249)“ (Schiefer 2007, 261).

Das „natürliche Sterben“ ist eine hybride normative Konstruktion aus naturwissenschaftlichen Versatzstücken, stecken gebliebener Aufklärung, juristischer Weltsicht und christlicher Mythologie. Die rechtliche und medizinische Erzwingung des „natürlichen Sterbens“, scheinbar garantiert ‚gereinigt‘ von Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe, als allein seligmachend, normal und legal zu proklamieren, kann man *symbolische Gewaltanwendung* nennen, die oft mit physischer, psychischer und sozialer Gewalt verbunden ist.

Die im Bewusstsein vieler Menschen aufzufindenden Schemata und Skripte des „natürlichen Sterbens“ stehen im Gegensatz zum medizinischen black-box-Begriff: ohne medizinische

²⁶ Dreßke (2005, 212 ff) wählt die Bezeichnung „traditionelles Sterben“.

²⁷ Hospize können unterschiedlich organisiert werden: als die Wünsche des Individuums ins Zentrum stellende Vergemeinschaftung (meist ambulante Form), als religiöse oder als medizinische Institution.

²⁸ Elias (1982, 81 ff) beschreibt das Zerrbild des „homo clausus“, der isoliert, gleichsam von einer Mauer umgeben lebt und stirbt. Im Fall der von der Person nicht gewünschten Isolation kann das „eigene Sterben“ faktisch aufgezwungen werden.

²⁹ Nach Dreßke (2005, 220 ff) das „individuelle Sterben“.

³⁰ Ashby (2001, 81) versucht den Begriff *natürlicher Tod* durch Umdefinition zu retten: „But natural death can be understood in a broader existential sense of inevitability, as a composite of causality, autonomy and dignity, an not solely in terms of the presence or absence of human agency.“ Der Elfenbeinturm-Rettungsversuch ist allerdings misslungen.

³¹ Naturalisieren bedeutet hier: durch eine moralisierte Naturkonzeption ontologisch festzuschreiben.

³² In medizinischen Schriften findet man häufig naive Formen einer naturwissenschaftlich legitimierten Normierung und einer idealen ‚natürlichen‘ Sterbeordnung. Ein Beispiel: Ärzte sollen Patienten behandeln, „damit der Mensch bis zum genetisch vorgesehenen Lebensende leben und friedlich unvermutet sterben kann“ (Geiser 2004, 1041).

Einwirkung sterben, am besten friedlich und bezugspersonenbetreut zu Hause³³ (vgl. Feldmann 2008b, 130).

Der dogmatische und ressourcenverschwendende ‚Betrieb‘ des ‚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. skurril gerechtfertigt werden.

Die genannten Sterbformen stellen Idealtypen dar, die meist in Mischungen real auftreten. 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 gelenkt, sondern medizinisch und medial³⁴.

Das *gute Sterben* und der *gute Tod* können zumindest von vier Sichtweisen her bestimmt werden³⁵:

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 (Granda-Cameron/Houldin 2012). Somit wird auch in Krankenhäusern und anderen Organisationen das gute Sterben dieser Art im Dienste der ‚performative society‘³⁶ angestrebt. Die Perspektiven der sterbenden Person und der Bezugspersonen gehen gefiltert in dieses Konzept ein (vgl. Zimmermann 2012), doch entscheidend ist der ‚ordnungsgemäße Verlauf‘, d.h. eine Minimierung der Irritationen des professionellen Personals (vgl. Costello 2006; Dreßke 2005). Ärzte haben zuerst im Laufe ihres historischen Eroberungsfeldzugs die Priester vom Sterbebett vertrieben und in Krankenhäusern schließlich die Bezugspersonen³⁷. Die sterbende Person ist nun dem übermächtigen hochgerüsteten medizinischen System ausgeliefert – auch in Palliativstationen. Die Ärzte können juristisch gestützt ihre heilige Indikation, die vor allem ökonomisch unterfüttert ist, walten lassen, wobei die Fahnen der Selbstbestimmung und Würde geschwenkt werden³⁸.

Doch im klinischen Alltag sind Ärzte in ein komplexes organisatorisches Geschehen eingebunden. In einer Befragung (Good et al. 2004) gaben sie Einblick in ihre biomedizinischen Diskurse, die Verwendung von Technologien, die vielen Detailentscheidungen, die Diskussionen mit anderen Ärzten, dem Pflegepersonal und Angehörigen. Immer häufiger muss entschieden werden, Maßnahmen zu beenden oder nicht

³³ Dieses laiendefinierte „natürliche Sterben“ in geringerem Maße medikalisiert und zu Hause fordert auch Dörner (2007, 215 f).

³⁴ Seale (1995; 2002a; 2002b, 183 ff) rekonstruiert aufgrund von Interviews den Typ des „heroischen Todes“, der meist in Phasen verläuft – jedenfalls gemäß Erzählungen der überlebenden Begleiterinnen.

³⁵ Ausreichend differenzierte empirische Studien sind bisher nicht durchgeführt worden.

³⁶ „performativity, a powerful and insidious policy technology that is now at work at all levels and in all kinds of education and public service, a technology that links effort, values, purposes and self-understanding to measures and comparisons of output“ (Ball 2012, 29).

³⁷ Dies geschieht häufig mit Einverständnis und zur Entlastung der Bezugspersonen.

³⁸ Daraus kann selbstverständlich nicht geschlossen werden, dass im Durchschnitt die subjektive Lage für die Sterbenden in Krankenhäusern ‚schlechter‘ ist, als würden sie zu Hause sterben. Dies würde differenzierte Untersuchungen und ‚Experimente‘ erfordern, die nicht vorliegen.

anzuwenden. In diesen komplexen Prozessen ist meist weder Zeit noch Raum für die Vorstellung des *guten Sterbens*, die nur durch Reflexion und Kommunikation auf einen akzeptablen Stand entwickelt werden könnte.

Obwohl die Hospiz- und Palliativbewegung und -ökonomien über Vereine und über Medien ihre ‚Philosophie des guten Todes‘ und die ‚wundersame Harmonie zwischen Hospizpraktiken und Bedürfnissen der Sterbenden‘ verbreiten (vgl. Schneider 2006), beherrschen medizinische Modelle die terminalen Phasen. In Krankenhäusern und Heimen³⁹ bestimmt wie in Schulen das Kontrollpersonal, ob „gut“ gearbeitet bzw. gestorben⁴⁰ 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 (Lawton 2000; McNamara 2001; Dreßke 2007) – 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, wurde zwar schon verschiedentlich untersucht (z.B. Kellehear 1990; Bradbury 1999; Clark 2002; Masson 2002), doch Generalisierungen sind angreifbar, da die Untersuchungen punktuell und nicht prozessbegleitend, eingeschränkt auf bestimmte Krankheiten, Altersgruppen und Regionen, und auch in anderer Weise eingeschränkt durchgeführt wurden. Manche Studien ergeben, dass die kognitiven Welten und die Prioritäten der Betroffenen und der Expertendiskurse über *gutes Sterben* große Diskrepanzen aufweisen (Gott et al. 2008; Steinhäuser et al. 2000). 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 – Konfliktzonen⁴¹. Somit dürfte „eine subjektive Wiederaneignung des organisierten und ausgegliederten Todes“ (Knoblauch/ Zingerle 2005, 20) noch immer ein seltenes Ereignis sein⁴². Vertreter der Hospizbewegung behaupten zwar, dass ein zentrales Ziel sei, dass jeder sein *eigenes Sterben* gestalten könne (vgl. Hayek 2006, 77 ff), doch es ergeben sich trotzdem die Probleme der Organisation, der oft quälenden Abhängigkeit und der Verengung der Lebenswelt, die ja schon im Privatbereich bei lange andauernder Pflegebedürftigkeit auftreten.⁴³ Somit sollte das „gute“ vom „eigenen“ Sterben getrennt werden. „Das gute Sterben wird - wie gesagt - von Organisationen oder Gruppen verwaltet und gesteuert, so dass das *eigene Sterben* häufig nicht „gut“ sein wird⁴⁴. Dies zeigt sich vor allem bei der Gestaltung des Suizids, dessen „Gutsein“ gesellschaftlich und medizinisch in der Regel verhindert und geleugnet wird“ (Feldmann 2012b).⁴⁵ Man kann also die These aufstellen, dass in den reichen Zonen zwar das gute Sterben durch immer aufwändigere Maßnahmen, Professionalisierung und Technologie häufiger als früher erreicht wird, jedoch das eigene Sterben trotz intensiver Beschwörungsrhetorik in weitere Ferne rückt. Denn die Diskrepanz zwischen der Selbstbestimmungskompetenz der Sterbenden und der Fremdbestimmung der Person durch

³⁹ Aufgrund der miserablen Forschungslage lässt sich nicht einmal grob schätzen, in welchem Ausmaß in Deutschland unerwünschtes physisches, psychisches und soziales Sterben in Heimen und Krankenhäusern produziert wird.

⁴⁰ Dies ist durchaus doppeldeutig gemeint: Ob die sterbende Person und das professionelle Personal gut gearbeitet haben.

⁴¹ Betreiber des *eigenen Sterbens* können sich explizit oder implizit von gutem, rationalem, natürlichem oder sonstigem von Personen oder Gruppen erwünschtem Sterben abgrenzen.

⁴² Offiziell behaupten allerdings viele leitende Sprecherärzte von Krankenhäusern – ohne empirische Untersuchungen vorzuweisen – dass ‚bei ihnen‘ patientenwunschgemäß gestorben wird.

⁴³ Nicht nur die *soziale Distanz* schafft Probleme (vgl. Hayek 2006, 67 ff), sondern komplexe Lebensweltänderungen, wobei die Zulassung und Realisierung von *Selbstbestimmung* von Habitus, Kapital, kulturellen Rahmungen, organisatorischen Gegebenheiten etc. abhängig ist.

⁴⁴ Autoritär den Spielraum Sterbender und ihrer Bezugspersonen rahmend meint Schockenhoff (2008, 69): „... dem Sterbenden Raum für seinen eigenen Tod im Sinne des ihm verfügbaren Todes zu gewähren.“

⁴⁵ Um diese Leugnung zu ‚objektivieren‘, wird durch Suizidologie und Psychiatrie ‚Wissenschaft‘ missbraucht.

Professionelle und Angehörige nimmt ständig zu. Die sterbende Person wird somit immer besser ‚dressiert‘ und professioneller fremdkonstruiert (vgl. Hadders 2011; Parker 2011).

Kellehear (2007a, 213 ff) nennt ein Kapitel seines Buches: „The birth of the shameful death“. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, des optionenreichen Lebenslaufes, der multidimensionalen sozialen Ungleichheit, der verbesserten Bildung, der Vervielfältigung der Diagnosen und Therapien, der lebensweltlich verwobenen Multimorbidität und der Verbreitung idealisierter Sterbebilder differenzieren sich die Schemata und Skripte im Feld des Sterbens; kurz gesagt: einen „shameful death“ zu vermeiden, gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig entwickelt sich ein professionelles Legitimationsfeld zur klientengerechten Gestaltung und Akzeptanz des „shameful death“ – der selbstverständlich nicht so genannt werden darf.⁴⁶

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 Prozesse des sozialen Sterbens und Tötens.⁴⁷

Es werden Konstrukte und Theorien geschaffen, um natur- und sozialwissenschaftliche Wirklichkeitskonstruktion auf kulturellen Märkten anzubieten:

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

Korrespondierend mit diesen Differenzierungen kann physisches, psychisches und soziales Leben und Sterben unterschieden werden (vgl. Feldmann 2010d, 126 ff; Hoffmann 2011, 184 ff).

<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)

⁴⁶ Auch im englischen Sprachraum sind Bezeichnungen wie „shameful death“ oder „falling from culture“ (Seale) nur bei kritischen Soziologen zu finden, während Mediziner, Philosophen und Theologen euphemistische oder ‚technische‘ Begriffe verwenden. Die von Kellehear 2007 publizierte Wendung „the birth of the shameful death“ wurde im englischsprachigen Internetraum ignoriert, d.h. sie wurde bis 2010 nur von mir aufgegriffen.

⁴⁷ Die Wahrheit der These hängt u.a. von der Operationalisierung des Begriffs „Mensch“ ab, z.B. ab Empfängnis, ab einem bestimmten Schwangerschaftsmonat oder ab der Geburt.

Die Annahme eines ‚einheitlichen‘ psychischen Systems beruht auf einem vereinfachten Modell. Das Gehirn ist ein Teil des Körpers und das ‚Psychische‘ kann aufgrund der derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisse unterschiedlich bestimmt werden.

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

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

Weder rechtlich noch wissenschaftlich kann verbindlich mitgeteilt werden, wann psychisches oder soziales Sterben beginnen. Es hängt von Feldbedingungen und der Kapitalausstattung des Individuums⁴⁸ ab, wieweit es für sich solche Fragen stellen und beantworten und erwarten kann, dass die anderen Spieler seine Deutungen und Entscheidungen anerkennen. Fremdbestimmungen über das Sterben von gesellschaftlich bedeutsamen Teilen des psychischen Systems wären z.B. berufsbezogene Diagnose der starken Abnahme kognitiver oder anderer Kompetenzen oder behördliche Feststellung der Inkompetenz, einen eigenen Haushalt ohne gravierende Fremd- oder Selbstgefährdung zu führen. An diesen Beispielen ist erkennbar, dass die Bestimmung von psychischem und sozialem Sterben kultur- und theorieabhängigen Charakter hat und multidimensional erfolgen kann.

„Soziales Sterben kann als schwerwiegender Verlust von Anerkennung, sozialer Teilhabe, Interaktions- und Kommunikationschancen, Positionen und Rollen definiert werden (Feldmann 1997, 80 ff; Kade 2007, 48 ff; Raven 2009, 175)“ (Feldmann 2012b).⁴⁹

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.

Soziales Sterben ist ein prekäres Konstrukt, mangelhaft verankert im thanatologischen Feld, d.h. in den beteiligten Wissenschaften besteht kein Mehrheitskonsens bezüglich der Nutzung des Begriffs und der Begriffsbestimmung. Soziales Sterben kann von der Positionierung einer Person in sozialen Räumen her bestimmt werden. Soziale und physische Räume sind verschränkt. Privilegierte Personen verfügen über eigene 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.

Sudnow, Glaser, Strauss und andere meinten, dass der Begriff soziales Sterben nur im Zusammenhang mit der terminalen physischen Phase verwendet werden sollte⁵⁰. Doch die Operationalisierung des *physischen, psychischen und sozialen Sterbens* sollte nicht nur für Untersuchungen in westlichen Krankenhäusern geeignet, sondern interkulturell und international nutzbar sein (vgl. Patterson 1982). Sterben und Tod haben sich im Laufe der Kultur- und Gesellschaftsentwicklung ausdifferenziert, so dass eine rigide eingeschränkte Gestaltung des soziosemantischen Raumes zwar im Interesse⁵¹ von medizinischen und

⁴⁸ Physisches, psychisches, soziales, ökonomisches und kulturelles Kapital.

⁴⁹ Ein Beispiel für eine (unvollständige) Bestimmung von social death: „implying loss of identity and family ties as well as other meaningful social relations, loss of employment, property and other material rights in society and a role and identity in the political community“ (Amnés 2011, 70).

⁵⁰ Einige Autoren meinen, dass der Begriff „soziales Sterben“ eine metaphorische Verwendung im Gegensatz zu dem Begriff „physisches Sterben“ darstellt, wobei auf das Kriterium „Reversibilität“ hingewiesen wird (vgl. Fuchs-Heinritz 2010). Doch sowohl das soziale als auch das physische Sterben können je nach Kontext und Perspektive als reversibel oder irreversibel erscheinen, was hier nicht näher ausgeführt werden kann (vgl. Wittkowski 2011, 69).

⁵¹ Interessen von Funktionären werden aus den öffentlichen Äußerungen und Entscheidungen der Funktionäre erschlossen, es handelt sich um positions- und rollenspezifische Ziele, Erwartungen und Forderungen.

juristischen Funktionären liegen mag, aber nicht der Wissens-, Wissenschafts- und Gesellschaftsentwicklung dient (vgl. Schneider 1999, 23 f)⁵². 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 (vgl. Kubyk 2010).

Doch noch andere ‚Aspekte‘ sprechen für die Verwendung des denk- und handlungsprovozierenden Begriffs *soziales Sterben* (social death): Weltweit sterben Millionen nicht nur frühzeitig physisch sondern permanent und nachhaltig sozial. Absolute Armut und partiell auch relative Armut⁵³ sind mit mehrdimensionalem physischem, psychischem und sozialem Sterben verbunden (vgl. Rosenfeld/ Tardieu 2000).⁵⁴

„In den meisten Kulturen gab es zwei Hauptformen des sozialen Sterbens: einerseits die radikale Exklusion⁵⁵, der Ausschluss aus der Gemeinschaft, die soziale Nichtexistenz, die meist zum frühzeitigen physischen Tod führte, andererseits das normale soziale Sterben nach dem physischen Tod, d.h. das ritualisierte Ausdriften aus der diesseitigen Gemeinschaft, in der Regel verbunden mit dem Übergang in ein Reich der Toten“ (Feldmann 2010a, 576).⁵⁶

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 Jenseitsreise⁵⁷, und das strukturelle prämortale soziale Sterben: Arbeitsplatzverlust, Rollenverlust, Ausgrenzung aus dem Zentrum der Gesellschaft durch Krankheit etc.

Psychisches Leben und Sterben

In dem hier vorgelegten Argumentationszusammenhang umfasst das psychische Sterben u.a. Bewusstseinsverlust oder Zerstörung der personalen Identität (Charmaz 1983; Howarth 2007a, 181; Kade 2007, 44 ff).⁵⁸ Die Hauptursachen des psychischen Sterbens können in der Psyche selbst, im Körper oder im ‚Sozialteil‘ liegen.

Walter (1994) argumentiert, dass die Hospizbewegung und die right-to-die-Bewegung 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

⁵² Ein Beispiel für Missverständnisse aufgrund mangelhafter Differenzierung des Sterbegriffs: „Man kann ja niemanden töten, der schon tot ist, längst vor der Spritze sozial getötet wurde“ (Higgins 2004, 1095: Übersetzung in Lafontaine 2010, 174).

⁵³ Die Armutsforschung blendet allerdings in der Regel Sterben und Tod aus. Sachregister sind gut geeignet, die impliziten Regelsysteme von Wissenschaftsbereichen zu betrachten. Im Sachregister des Werkes „Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung“ (Huster et al. 2012) sind folgende Begriffe NICHT zu finden: Tod, Sterben, Lebenslänge, Lebensdauer, Lebensqualität.

⁵⁴ „Wer arm ist, wird doppelt bestraft. Er hat nicht nur weniger, er ist auch kränker und stirbt früher.“

<http://www.heise.de/tp/blogs/10/150793>

⁵⁵ Ludwig-Mayerhofer/ Kühn (2010, 140) meinen, dass in systemtheoretischen Schriften die radikale Exklusion auch in der modernen Gesellschaft diagnostiziert wird: „Allgemein ist vor allem bei systemtheoretischen Autoren eine Tendenz zu konstatieren, Exklusion als radikale und vollständige Abspaltung der Betroffenen von der Gesellschaft, genauer: als kumulierte oder Total-Exklusion aus sämtlichen gesellschaftlichen Teilsystemen zu konzipieren; die Exkludierten leben in systemtheoretischer Konzeption gleichsam in „schwarzen Löchern“, aus denen „so gut wie nie etwas ... heraus“ findet (Stichweh 2005: 59)“.

⁵⁶ Die Gestaltung des Übergangs in das Reich der Toten wird heute in einer Minderheit der Fälle in das Diesseits verlegt: Dauerkoma (PVS), schwere Demenz.

⁵⁷ Die Privatisierung beginnt für viele schon vor dem physischen Tod, setzt sich in der möglichst privaten Bestattung (vgl. Schulz Meinen 2009) fort und endet in den evtl. aufgezeichneten postmortalen Vorstellungen des verstorbenen Menschen und seiner Bezugspersonen.

⁵⁸ Claude Lévi-Strauss, der 100 Jahre alt wurde, nannte sich selbst im hohen Alter „ein zerstörtes Hologramm“.

Hospizbewegung auch das soziale Sterben einbezogen, und von der right-to-die-Bewegung zusätzlich der selbstbestimmten Gestaltung des psychischen Sterbens Eigengewicht gegeben⁵⁹.

Viele lehnen „entwürdigende Formen“ des psychischen und physischen Sterbens ab, doch sie werden von der ‚alternativlosen‘ *doxa* im medizinischen System und auch in Hospizen gedrängt, sich dem paternalistisch⁶⁰ vorgeschriebenen *geleiteten* Sterben hinzugeben, eine Art moderner Heroismus im Dienste des politisch-medizinisch-ökonomisch-religiösen Sterbekanons.

Demenz - Entzivilisierung⁶¹ und Entkultivierung?⁶²

„Sterben ist immer häufiger mit dem Zerschneiden der labilen zivilisatorischen Harmonie der drei in einem Habitus integrierten Teile, Körper, Psyche und soziale Identität, verbunden – „falling from culture“ nach Seale (1998, 149 ff). Durch Lebensrettungstechnologien und Einweisungen in Krankenhäuser oder Heime wird oft das Auseinanderfallen der Komponenten unbeabsichtigt gefördert, die Person entkontextualisiert, der Körper instrumentalisiert, soziale und psychische Identität beschädigt (Timmermans 1998; 1999; 2005)“ (Feldmann 2010a, 577).

„Durch die kulturell und gesellschaftlich ‚verordnete‘ (professionell und staatlich betriebene) Lebensführung und -verlängerung ergibt sich als Emergenzprodukt für einen zunehmenden Anteil der Menschen in den reichen Staaten eine schleichende Entzivilisierung, Entkultivierung und ‚Barbarisierung‘ und damit ein mehrheitlich unerwünschtes soziales Leben und Sterben vor dem physischen Tod“ (Feldmann 2012b)⁶³.

„Howarth (2007a, 181 ff) nennt ein Kapitel „body in crisis“, im Zentrum stehen der drohende Verlust des Selbstbewusstseins und Ängste, in einem defizitären Körper gefangen zu sein (Turner 1996) oder dement zu werden“ (Feldmann 2010a, 577). Schwere Demenz und Dauerkoma (PVS) sind gefürchtete Formen des psychischen und sozialen Sterbens⁶⁴, weil zu Recht angenommen wird, dass die gravierende Persönlichkeitsveränderung zu Verlust von Anerkennung, Kommunikationsinkompetenz und psychophysischem Kontrollverlust führt (vgl. Sweeting/ Gilhooly 1997). Die Vorstellung, in dements Zustand langsam und evtl. qualvoll zu sterben, führt bei manchen oder vielen Personen zu kognitiver und emotionaler Dissonanz, denn die persönliche Würde wird mit dem Selbstbewusstsein verbunden. „Im Sterben kann trotz einschneidender, krankheitsbedingter Einschränkungen allein das Aufrechterhalten des Verstandes ein Gefühl der Autonomie und damit der Würde verleihen (Chochinov, 2002; Mehnert et al., 2006)“ (Schröder 2008, 112).⁶⁵ Doch es ist – wie könnte es anders sein - komplizierter. Denn nicht nur ‚Verstand‘ und ‚Selbstbewusstsein‘ werden durch Demenz schleichend zerstört, sondern auch der *soziale Körper*.

Der Januskopf der Demenzglorifizierung

Eine Schar von Experten und Professionellen ist weltweit tätig, um mehrdimensional Demenzverherrlichung zu betreiben. Kurz gesagt: Es soll das ‚Vorurteil‘ bekämpft werden,

⁵⁹ Dies gilt jedenfalls für einige Organisationen der right-to-die-Bewegung, z.B. FATE und Dignitas (vgl. Richards 2012).

⁶⁰ Es handelt sich um einen strukturellen Paternalismus, der sich aufgrund der Organisation, der dominanten Diskurse, der Professionalisierung und der stillschweigenden Exklusion ergibt.

⁶¹ Der Begriff *Entzivilisierung* wird im Kontext von Krieg, Folter und Vergewaltigung verwendet, seine Alltäglichkeit auch in friedlichen Gesellschaften wird in der öffentlichen auch wissenschaftlichen Diskussion ausgeblendet.

⁶² Selbstverständlich weist der Titel nur auf ein bestimmtes Bündel von Perspektiven. In freien Gesellschaften kann Demenz auch als Ermöglichung neuer Formen der Zivilisierung und Kultivierung begriffen werden.

⁶³ Weitere Aspekte: Degeneration sozialer Identität, Verlust sozialen Kapitals und Desozialisation (Raven 2009, 178).

⁶⁴ Viele Menschen halten die illusionären Meldungen aus Politik, Medizin und „Wissenschaft“ zu Recht für falsch. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=582855

⁶⁵ Diese Verdrängung oder Vermeidung von differenziertem Nachdenken lässt sich auch bei Experten nachweisen: „Ferner stellt sich die Frage, ob ein Demenzkranker im fortgeschrittenen Stadium seine Situation aufgrund einer Identitätsveränderung als würdevoll ansieht, wengleich er derartige Zustände zur Zeit seiner alten Identität als menschenunwürdig ansah“ (Otto 2009, 7). Es wird schwierig sein, das Denken von schwer Dementen zu ‚simulieren‘ bzw. ‚Übersetzungen‘ in Expertendeutsch oder Expertenenglisch wissenschaftlich zu rechtfertigen.

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. Die symbolische Aufbauarbeit ist mit symbolischer Vernichtungsarbeit verkoppelt, wobei selbstverständlich im Hintergrund mächtige Mitspieler agieren, der Staats- und Medizinadel, der grundsätzlich einem autonomen Bürger misstraut, der über das eigene Leben und den eigenen Tod bestimmen will, und die patriarchalischen Religionsgemeinschaften.

Exkurs 1: Heute muss eine Person die Demenzreise bis zur Endstation durchhalten und darf nicht verbindlich bestimmen, an welcher Station sie aussteigen will. Die Person soll ihren Lebenslauf nur dort definieren, wo es der Erhaltung der Wirtschafts-, Politik- und Rechtssysteme dient.⁶⁶ Wer ihr hilft auszusteigen, wird bestraft, wenn er erwischt wird. 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 gemäß herrschender Semantik und doxa ausschließlich als Krankheiten definiert⁶⁷, 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 pflegewissenschaftlich, theologisch und psychologisch theoretisierte, wenig reflektierte und empirisch schwach gestützte Perspektive auf, die in einem die Geschäfte nicht behindernden Spannungsverhältnis zu der ersten Sichtweise steht (Lock 2008; Kitwood 2008; Small/ Froggatt/ Downs 2007; Klie 2006; Kruse 2010).⁶⁸

⁶⁶ Verbindliche Definitionen können zu schwerwiegender Lebensminderung, sozialem und psychischem Sterben führen. Das Recht und die soziale Ungleichheit sorgen dafür, dass ökonomische Interessen der Privilegierten über Lebensinteressen triumphieren.

⁶⁷ Sie dürfen nicht als Chancen für einen guten Suizid oder für andere Ziele verstanden werden.

⁶⁸ Es ist zu vermuten, dass diese zweite humanistische und ‚spirituelle‘ Position Puffer- und Verschleierungsfunktion für die erste vorherrschende ökonomisch-medizinische Position ausübt.

3. Eine dritte heterodoxe Sichtweise ist bisher in den Hochdiskursen nur verdeckt zu finden, d.h. sie wird offiziell verschwiegen⁶⁹, jedoch als das Gefährliche, Unheimliche geisterhaft angedeutet.⁷⁰ Gruppen konstituieren sich nicht, da es sich um Abschiebewissen handelt und die Mitglieder stigmatisiert und bestraft würden. Diese verheimlichte Perspektive tritt als ‚Untergrunderscheinung‘ auf und wird als Alternative nicht anerkannt⁷¹. 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 wollen⁷². Gesellschaftliche Freiräume für diese ‚Ketzer‘ zu schaffen, wird von Demenzexperten der beiden anerkannten Positionen oder von sonstigen Professionellen bisher bekämpft⁷³ – ja in der Regel wird die Existenz dieser Gruppe offiziell geleugnet, d.h. es wird versucht, sie sozial zu töten⁷⁴. Eine raffinierte Form der hochkulturellen ‚sozialen Vernichtung‘ besteht darin, Publikationen, in denen entsprechende Konzepte fachsprachlich verschleiert angesprochen werden (z.B. loss of self, victim, living death, sentient beings, retrogenesis), dem biomedizinischen Modell zuzuschlagen (Behuniak 2010) oder als dehumanisierende Horrorkonstruktion zu karikieren (Behuniak 2011)⁷⁵ und damit Feldkonkurrenten auszuschalten⁷⁶. 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 erwarten⁷⁷ (vgl. Williams et al. 2007⁷⁸).

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 (vgl. Taylor 2010)? 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. Es kann nicht nur analytisch sondern auch empirisch vom sozialen Sterben

⁶⁹ Empirische Untersuchungen zu dieser Problematik werden in der Regel nicht durchgeführt. Eine Ausnahme stellt DeWolf et al. (2003) dar, in dem fast ein Drittel der befragten Pflegenden – trotz der herrschenden doxa und der kognitiven und emotionalen Dissonanz - meinte, dass Demenz bis zum bitteren Ende kein gutes Sterben ermögliche.

⁷⁰ Thematisiert werden derartige heterodoxe Perspektiven durch eine moderne Dämonologie, mit humanen und ‚wissenschaftlichen‘ Formen des Exorzismus.

⁷¹ Eine neues Beispiel dieser Nicht-Anerkennung: die Tagung des Deutschen Ethikrates mit dem verräterischen Titel ‚Demenz – Ende der Selbstbestimmung‘ (2010).

⁷² „Darüber hinaus erscheint es für eine gute Lebensqualität wichtig, dass der Betroffene jene Werte realisieren kann, die in seiner Biografie zentral gewesen sind“ (Kruse 2007, 28). Kruse schließt selbstverständlich den Suizid oder die Beihilfe zum Suizid aus, Formen der Selbstkontrolle, die er und andere Demenzexperten am liebsten überhaupt aus der Realität ‚streichen‘.

⁷³ Die „Bekämpfung“ erfolgt in der Regel durch Ignorieren. Auch in der Fachliteratur wird dieser wichtige Aspekt schlicht weggelassen.

⁷⁴ Dies geschieht in Lehrbüchern und in ethischen Normalschriften zu der Problematik (z.B. Wetzstein 2005).

⁷⁵ Behuniak mokiert sich über die Bezeichnung von schwer Dementen als Zombies, vergisst jedoch zu erwähnen, dass es durch die moderne Medizin erstmals in der Geschichte gelungen ist, reale Zombies herzustellen.

⁷⁶ Eine derartige forcierte Strategie muss im deutschen Sprachraum aufgrund der besser funktionierenden ‚Zensur‘ in der Regel nicht angewandt werden.

⁷⁷ Vgl. <http://aerztliche-assistenz-beim-suizid.nursing-health-events.de/2010/07/02/auch-demente-kommen-in-den-himmel.../>

⁷⁸ In einer englischen repräsentativen Untersuchung befürworteten 60 % der Befragten assistierten Suizid bei schwerer Demenz.

getrennt werden. 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

Eine moderne kritische Sozialwissenschaft des Lebens und Sterbens sollte sich mit Lebensmehring, -minderung, -qualität, -ideologien, -chancen etc. beschäftigen und versuchen, die bisher ziemlich heterogenen intra- und interdisziplinären Beiträge in Beziehung zu setzen. Die Gestaltung der drei Dimensionen menschlichen Lebens Körper, Psyche (Bewusstsein) und soziale Identität im Rahmen verschiedener sozialer Gebilde, Institutionen und Subsysteme ist für eine kritische Biothanatologie mit folgenden Themen und Bereichen verbunden: Herrschaft, Inklusion, Exklusion, Ausbeutung, Kapitalisierung, Habitus-Feld-Konstellationen etc.

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) Lebensvermehrung, doch es ist ‚erkauft‘ durch eine weltweite (universale) 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 Lebensformen⁷⁹. 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.

⁷⁹ Menschen können Leben in großem Maßstab real und symbolisch vernichten und tun dies auch. Man kann aber auch die Möglichkeit, außerevolutionär Leben zu schaffen, als Asymmetrie bezeichnen.

Lebensmehrung⁸⁰

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.

Individuelle, gruppenspezifische, nationale oder globale mehrperspektivische Lebensmehrbilanzen erfordern hohen Aufwand⁸¹. Es handelt sich nicht nur um methodologische und methodische Probleme, sondern um brisante Herrschaftsgebiete.⁸² Doch es wird schwierig sein, die folgenden vier Hypothesen zu falsifizieren:

1. Die bisher in vielen Regionen und Kulturen dominante Mehrung menschlichen Lebens führt zunehmend zu einer Gefährdung von Ökosystemen und ‚Lebensräumen‘ und zu einer Verstärkung unerwünschter Formen der Lebensminderung.⁸³
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.
3. Immer mehr Lebensmehrbereiche entstehen bzw. entwickeln sich, von denen die Mehrheit der Menschen strukturell ausgeschlossen wird.⁸⁴
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 Lebenspolitik⁸⁵. Einzelstaatliche Lebenspolitik hat immer globale Konsequenzen.⁸⁶

⁸⁰ Der Ausdruck „Lebensmehrung“ wird hauptsächlich in religionsbezogenen und spirituellen Schriften verwendet. Durch seine säkulare sozialwissenschaftliche Verwendung können die Begriffe „Lebensverlängerung“ und „Lebensqualität“ verbunden werden, die zwar quantitativ und qualitativ differenzieren, jedoch dadurch auch die problematische Trennung zwischen quantitativ und qualitativ als selbstverständlich und nicht diskussionswürdig setzen. In der Gesundheitsökonomie gibt es ähnliche allerdings auf Gesundheit eingeschränkte Konzepte, z.B. QALY, Qualitätskorrigierte Lebensjahre (Quality adjusted Life Years).

⁸¹ Der *Human Development Report* (2010) kann als solche Bilanz gelesen werden, wobei die Operationalisierung, Auswahl, Gewichtung und Messung der Indikatoren noch kritisch geprüft werden müsste.

⁸² Beispiele: Menschen-, Organ- und Waffenhandel.

⁸³ Globale Lebenssysteme sind komplex, nicht-linear und multiperspektivisch diskursiv besetzt, somit sind sich universalistisch und/oder dogmatisch gerierende religiöse und andere traditionelle Ethiken, Normierungen und Logiken für ihre Bewertung und Steuerung nicht geeignet.

⁸⁴ Durch den medizinisch-technischen Fortschritt verstärkt sich die Exklusion: Beispiel Organtransplantation.

⁸⁵ Der Begriff *Lebenspolitik* wird in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Kommunikation allzu eingeschränkt ver(sch)wendet, ein Zeichen unter vielen für mangelhafte Reflexion, Professionalisierung und Wissenschaftsentwicklung.

⁸⁶ Die über die Staatsgrenzen hinausgehenden ökonomischen Konsequenzen politischer Entscheidungen werden detailliert und wissenschaftlich elaboriert erfasst, die Lebenskonsequenzen vernachlässigt.

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 Sterbeverlängerung⁸⁷, 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, naturalisiert, ethisiert und universalisiert zu einer globalen säkular-sakralen Institution stilisiert, doch die kulturell und evolutionär partikuläre Grundlage erschließt sich bei inter- und transdisziplinärer Betrachtung und Reflexion. Auf diese Grundlagen wird hier verkürzt Bezug genommen.

Landnahme⁸⁸, Beschleunigung⁸⁹ und Aktivierung sind vielleicht anthropologische Konstanten, deren biologisches Zentrum in den ‚Mechanismen des Lebens‘ und in der Gehirnentwicklung des homo sapiens liegt und die dann durch die kulturelle Evolution strukturell differenziert und herrschaftlich verfestigt wurden. Ihre triumphale und global lebensgefährdende Realisierung haben sie in der Kombination von Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Technologiewachstum gefunden (vgl. Dörre/ Lessenich/ Rosa 2009).

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

„Lebensverlängerung im medikalisierten Sinne⁹⁰ 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“ (Feldmann 2012a, 39). 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. Außerdem wird die Lebensverlängerung durch medizinische Leistungen von den Patienten überschätzt. Ein beachtlicher Teil der medizinischen Leistungen führt weder zu Lebensverlängerung noch zu Lebensqualitätsverbesserung.⁹¹

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

⁸⁷ „The dilemma of the prolonged dying phase has not been comprehensively defined in the literature ...“ (Sinclair 2012, 395). Die Bestimmung der Verlängerung des Sterbens ist von der herrschaftlich gerahmten Definition von Sterben abhängig.

⁸⁸ ‚Land‘ umfasst inzwischen nicht nur physische sondern auch psychische, soziale, kulturelle und virtuelle Territorien. Aber der Ausdruck ist auch handfest gemeint: Landraub, den reiche Staaten und Gruppen in zunehmendem Maße auf Kosten der Armen betreiben (<http://www.grain.org/landgrab/>; <http://www.zeit-fragen.ch/index.php?id=3270>)

⁸⁹ Beschleunigung und Vermehrung der Lebensereignisse der Privilegierten wird allerdings auch durch Verlangsamung des Altersprozesses angestrebt, die freilich wieder nur durch Landnahme, Beschleunigung und Aktivierung zum Erfolg geführt werden kann (vgl. die Beschleunigungstheorie von Rosa 2005).

⁹⁰ Vgl. zur Medizingeschichte der Lebensverlängerung Geiger (2010).

⁹¹ Diese Aussage trifft z.B. für viele Vorsorgeuntersuchungen und darauf folgende Behandlungen zu. „Eine screeningbedingte Veränderung der Gesamt mortalität wurde nicht beobachtet“ (Schaefer/ Dubben/ Weißbach 2011, 233).

Menschen ist, möglichst viel im Leben zu ge- und verbrauchen⁹². Lebenslänge und –qualität sind zu globalen Handels- und Kampfsgütern 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“ (Feldmann 2012a, 39).⁹³

Eine zentrale funktionalistische Frage lautet: *Welche Funktionen haben das begrenzte Leben und der ‚rechtzeitige Tod‘⁹⁴ 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 Lebensmehrung 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 Kapitalakkumulation⁹⁵ 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 drittclassig, 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 gegangen⁹⁶, dass eine Zulassung der aktiven Sterbehilfe Marke NL dagegen nur unwesentliche Veränderungen erbracht hätte.⁹⁷

⁹² Allerdings kann eine perspektivische ökonomische Abwägung auch gegen die Lebensverlängerung sprechen, wenn das Kapital der Familie oder der Bezugspersonen durch medizinische und pflegerische Versorgung eines Mitglieds verringert wird.

⁹³ Hierbei handelt es sich um ein gut gehütetes Geheimnis, d.h. der Autor wäre dankbar, wenn ihm LeserInnen gute Untersuchungen zu dieser These nennen könnten.

⁹⁴ Der ‚rechtzeitige Tod‘ im funktionalistischen Sinne betrifft Durchschnittswerte und in der Regel nicht den Einzelfall. Folglich könnten Minderheitsgruppen frühzeitig ihr Leben beenden, ohne dass dies dysfunktional wäre. Dass eine Kultivierung des ‚rechtzeitigen Todes‘ in der modernen Gesellschaft mangelhaft bis gar nicht entwickelt wurde, lässt sich an den Googletreffern zu ‚rechtzeitiger Tod‘ und ‚rechtzeitiges Sterben‘ trefflich erkennen.

⁹⁵ Gemeint ist ein umfassender Kapitalbegriff, d.h. er betrifft alle Wirklichkeitsbereiche, in denen Akkumulation möglich ist.

⁹⁶ „Lebensjahre rauben“ wird selten verwendet und in wissenschaftlicher Literatur rauben nur Krankheiten nicht Menschen oder Organisationen Lebensjahre.

⁹⁷ Eine durch staatliche Maßnahmen bewirkbare Verringerung der Einkommensungleichheit würde bedeutsame Verbesserungen der Lebensqualität und Lebensverlängerung erbringen (Wilkinson/ Pickett 2008; Hoffmann 2008). Im deutschen Sprachraum wird auf diese Problematik bezogene exzellente Forschung und Lehre nicht durchgeführt.

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.⁹⁸ In den Diskussionen um Lebensverlängerung und *natürliches Sterben* werden die nicht-intendierten Nebeneffekte und die externen Kosten für außenstehende Gruppen und Lebenssysteme völlig vernachlässigt, ja ihre Erforschung wird aktiv verhindert⁹⁹.

Die Streuung der Lebenserwartung wird in den kommenden Jahrzehnten (und Jahrhunderten) zunehmen¹⁰⁰. 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.¹⁰¹

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 Wertkonflikt¹⁰², 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 (!)¹⁰³ – in der Regel gegen massiven gesellschaftlichen Widerstand – für eine Verkürzung des physischen Lebens im Dienste *personaler* höherer Werte¹⁰⁴.

Lebensbewertung¹⁰⁵/ 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 Moralien und rechtlichen

⁹⁸ Ein peripheres aber eindringliches Beispiel: Der globale Handel mit menschlichen Körperteilen (vgl. Scheper-Hughes 2009).

⁹⁹ Dies trifft teilweise auch auf Expertendiskussionen zu. In dem Sammelband „Länger leben?“ (Knell/ Weber 2009) wird die Problematik zwar biologisch und philosophisch sehr differenziert diskutiert, bleibt jedoch soziologisch und (kritisch) thanatologisch unterbelichtet.

¹⁰⁰ Vgl. für die USA: http://www.worldproutassembly.org/archives/2008/03/social_inequali_2.html

¹⁰¹ „Die Reichen sind zurzeit noch eine Klasse und keine Spezies, aber sie könnten es werden, wenn man nicht aufpasst“ (Sloterdijk 2009b).

¹⁰² Eine Gegenthese würde lauten: Nur für wenige tritt dieser Wertkonflikt in ihrem Bewusstsein auf, da nur wenige das „Ende ihres Lebens“, also das „Sterben“ erleben. Die Ideologie und Praxis der Lebensverlängerung, die ‚Rekollektivierung‘ und die Zerstörung des Bewusstseins ‚ersparen‘ immer mehr Menschen das Erleben des Sterbens.

¹⁰³ Katholische Ärzte liefern unbeabsichtigt Argumente für das rechtzeitige Abtreten: „Als soziales Wesen ist der Mensch gerade in Krankheit und Behinderung vielfältigen Abhängigkeiten und offenen bzw. mehr oder weniger subtilen Einflüssen ausgesetzt, so dass eine «autonome» Entscheidung am Lebensende als Illusion zu bezeichnen ist“ (Ryser-Düblin/ Zwicky-Aeberhard/ Gürber 2008, 1246).

¹⁰⁴ Diese letztlich immer subjektiven „höheren Werte“ sind keineswegs nur individualistisch, sondern altruistisch. Einige Menschen wollen als kompetente, positiv kommunizierende Wesen in der Erinnerung der Überlebenden weiterleben, nicht als schockierend physisch defekte, schwer demente, verkrümmte Körper etc.

¹⁰⁵ Vgl. zum Wert des Lebens (Sterbender) Lenzen/ Strenge/ Wittkowski (2011, 190 ff).

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. Allerdings sind die Modellgrundlagen der Berechnungen auf Grund der hohen Komplexität als reduktionistisch zu bezeichnen.

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 (vgl. Pogge 2010)! Ein weiterer ziemlich eindeutig interpretierbarer Hinweis auf den Wert eines Menschenlebens für Sprecher und Herrschende der reichen Staaten betrifft die Prioritätensetzungen. Wissenschaftler, Experten und Edelmedien machen Propaganda für eine ‚Transformation‘ der Gesellschaften, die nicht die Fallzahl der allzu frühzeitig sterbenden mit Selbstbewusstsein ausgestatteten Menschen senken soll, sondern die sich auf die Luxuslebensgrundlagen der Minderheit der Wohlhabenden bezieht: Wandel ökonomischer und ökologischer Regelungen etc.¹⁰⁶

Menschen können nicht nicht bewerten. Das gilt in besonderem Maße für den hochbedeutsamen Bereich Leben und Sterben (vgl. Rose 2009). 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 (vgl. Fassin 2009, 55 f).

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

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

¹⁰⁶ Die Gruppe der Wissenschaftler und Intellektuellen, die eine offene ethische, ökonomische und politische Diskussion öffentlich befürworten und praktizieren, ist sehr klein.

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.¹⁰⁷ 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 (vgl. Dießenbacher 1998). 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 angesehen¹⁰⁸, ohne dass jemals geprüft wurde, ob durch rigide oder liberale Diskursregelungen Leben gemindert und/ oder gemehrt wird. Diese *Tabus der expliziten Formulierung* (vgl. Bourdieu 2011, 191) 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. Diese Bestimmungen sind häufig schwankend, kontextabhängig und kommunikativ und interaktiv prekär¹⁰⁹. Im Bildungs- und Gesundheitswesen wird es vermieden, in diesem Bereich Kompetenzen zu vermitteln. Im Therapiebereich werden anstelle der ignorierten oder unterdrückten Patientenbewertungen die angeblich *objektiven* und *professionellen* Fremdbewertungen handlungsleitend und der Öffentlichkeit mitgeteilt.

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

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

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

¹⁰⁷ Der Bereich *Konsum* ist wissenschaftlich höher und differenzierter entwickelt als der Bereich Leben und Sterben, d.h. Systemüberlegungen sind häufig anzutreffen.

¹⁰⁸ Zu diesem Spiel gehört die Verwendung bombastischer Formulierungen. Ein Beispiel: „Respect for human dignity flows from the recognition that all persons have unconditional worth ...“ (UNESCO 2005, 6).

¹⁰⁹ Suizid und Suizidversuche sind Zeichen einer derartigen ‚prekären individuellen Lebensbewertung‘, wobei allerdings aufgrund des bisher erstaunlich gut durchgesetzten Kultivierungsverbots die ‚Experten‘ triumphierend auf die Irrationalität der Selbstbewertung hinweisen können (self-fulfilling prophecy).

Lebensschutz auch gewaltig erhöht. Folglich haben die Unterschiede des menschlichen Lebenswerts so wie die Einkommens- und Vermögensunterschiede im Vergleich zu allen vergangenen Epochen zugenommen.

These 9a: Das im deutschen Sprachraum offiziell bzw. von herrschenden Sprechern genutzte Konstrukt Lebensschutz täuscht eine universalistische Konzeption vor, dient jedoch tatsächlich partikularistischen Zielen bestimmter Gruppen und Organisationen. Eine universalistische rechtliche Regelung des Schutzes menschlichen und nicht-menschlichen Lebens kann unter den derzeitigen globalen oder nationalen gesellschaftlichen Verhältnissen nicht einmal theoretisch ausreichend konzipiert werden.

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

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 Lebensschutz¹¹⁰ verwendet, was als Beleg für die Anpassungsbereitschaft und Herrschaftsschwäche der Wissenschaftler und Intellektuellen gedeutet werden kann¹¹¹.

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

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 psychosoziale 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.¹¹²

Lebensschutz kann sich auf Leben generell beziehen, nicht nur auf menschliches. Wenn man den Begriff von seiner derzeitigen reduktionistischen und dogmatischen Rahmung befreit, kann er für eine moderne Systemsicht genutzt werden.

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,

¹¹⁰ Die verengte Bedeutung von Lebensschutz würde besser durch den Begriff Lebenskontrolle erfasst werden.

¹¹¹ Zum Nachdenken regt auch an, dass man in Google Scholar „Begriff Lebensschutz“, „Konstrukt Lebensschutz“, „Definition von Lebensschutz“ und „Lebensschutzideologie“ eingeben kann und mit der Ausnahme einer Publikation von 1980 nur dieses Dokument von mir als Treffer erhält.

¹¹² Ein Hinweis: Auch in der EU gibt es tausende Menschen, die in sklavereiähnlichen Verhältnissen leben.

*professionalisierten und sakralisierten Lebensschutzideologie und –praxis werden kaum erforscht.*¹¹³

*These 9d: Je aufwendiger der Lebensschutz für Privilegierte gestaltet wird, umso weniger Lebensschutz erhalten der Abschaum, der Ausschuss, die Ausgeschlossenen, die Überflüssigen*¹¹⁴

Der durchschnittliche (quantitative) Lebensschutz für Staatsbürger und privilegierte Tiere¹¹⁵ wurde in den reichen Staaten in den vergangenen Jahrzehnten mit immer höherem Aufwand und immer erfolgreicher betrieben – zu Lasten des Schutzes der unterprivilegierten Milliarde(n) von Menschen (vgl. Roberts 2010), in Zukunft lebender Menschen und des nicht privilegierten nicht-menschlichen Lebens¹¹⁶.

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. In modernen Rechtssystemen dominiert derzeit eine „biologisch-normativ essentialistische Sicht auf den Beginn menschlichen Lebens“ (Krones 2008, 363).

Lebensminderung, Gewalt, Töten

*Lebensminderung*¹¹⁷ kann als eine quantitative und qualitative Verringerung, Beschädigung, Verletzung oder Beeinträchtigung des physischen, psychischen oder sozialen Lebens von Menschen definiert werden¹¹⁸. *Lebensverkürzung* i.e.S. betrifft die Quantität des physischen Lebens, i.w.S. die Quantität des physischen, psychischen und sozialen Lebens.¹¹⁹ 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 alltagsprachlichen und auch in der Wissenschaft üblichen Sinne ist eine Teilmenge von Lebensminderung.

¹¹³ Thesen 9a und 9b sind Empfehlung zur Schwerpunktsetzung nationaler und internationaler Forschungsorganisationen.

¹¹⁴ Ein kleiner Hinweis: Der Begriff „Lebensraub“ würde viele Aktivitäten kapitalkräftiger Personen, Gruppen und Organisationen in der Dritten Welt gut beschreiben. Doch der Begriff wird nur im virtuellen Spielbereich verwendet – ein kleines Zeichen für defiziente Rechts- und Bildungssysteme der reichen Staaten.

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

¹¹⁶ Auch zu Lasten der Lebensqualität der Unterprivilegierten der reichen Staaten!

¹¹⁷ Der Ausdruck „Lebensminderung“ wird hauptsächlich in religionsbezogenen Schriften verwendet. Durch seine säkulare sozialwissenschaftliche Verwendung können die Begriffe „Lebensverkürzung“ und „Lebensqualität“ verbunden werden, die zwar quantitativ und qualitativ differenzieren, jedoch auch die Reduktion der Lebensverkürzung auf physisches Leben als selbstverständlich und nicht diskussionswürdig setzen. Durch die derzeitige Leitdiskursnutzung von Lebensverkürzung und Lebensqualität werden auch spezifische Kampfzonen aufgezo-gen, deren Perspektivität und Funktionalität durch die hier angebotene Argumentation ein wenig entschleiert wird.

¹¹⁸ Man kann den Begriff Lebensminderung auch weiter fassen, indem man die gesamte Lebenswelt einbezieht.

¹¹⁹ In den Leitdiskursen wird selbstverständlich eine Reflexion auf den Gebrauch des Begriffs *Lebensverkürzung* peinlich vermieden.

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

These 10b: Eine Hauptursache der Lebensminderung ist die soziale Ungleichheit¹²⁰, d.h. die Exklusion von hunderten Millionen Menschen, denen die Teilhabe an ökonomischen, sozialen, kulturellen und gesundheitsfördernden Ressourcen verweigert wird¹²¹ (vgl. Wilkinson/ Pickett 2009; Zheng 2012). Eine Verringerung der sozialen Ungleichheit würde folglich eine globale Verbesserung der Lebensbedingungen erbringen.¹²²

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 machen¹²³ und Leben machen sind dynamisch wachsende Bereiche, deren Einfluss auf die Lebensminderung und –minderung zunehmen wird.¹²⁴

In Rechtsdiskursen wird der Begriff (*akute*) *Lebensgefährdung* verwendet, der mit dem Begriff Lebensminderung verwandt ist. Doch bei der rechtlichen Bestimmung des Begriffs Lebensgefährdung sind die historisch und ideologisch eingeschränkten Bestimmungen der Begriffe *Leben* und *Töten* und altmodische Akteurmodelle erkenntnisleitend.

	<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

¹²⁰ Die Hauptursache der sozialen Ungleichheit sind vernetzte Herrschafts- und Ausbeutungsverhältnisse, die sich durch Modernisierung, Ökonomisierung und Globalisierung prächtig entwickelt haben.

¹²¹ Wenn man die These 10a als wahr voraussetzt (Minimalkonsens der Gebildeten bezüglich der Bedeutung von ‚beabsichtigt‘), dann handelt es sich wahrscheinlich um eine ‚unbeabsichtigte‘ Teilhabeverweigerung!?! Allerdings hängt das ‚Messergebnis‘ davon ab, welche Personen wie ‚befragt‘ oder ‚untersucht‘ werden.

¹²² Ein interessantes Beispiel: Murray et al. (2006) haben US-amerikanische Verwaltungsbezirke in acht Cluster geteilt, wobei der durchschnittliche Unterschied in der Lebenserwartung zwischen dem obersten und dem untersten Teil 35 Jahre beträgt! Indien wäre für eine derartige Untersuchung noch besser geeignet. Vgl. auch: <http://www.heise.de/tp/artikel/34/34947/1.html>

¹²³ „Es sind nicht mehr die Krankheiten, die in ihrem natürlichen Verlauf zum Tode führen, sondern Zeitpunkt, Ort und Art des Sterbens werden wesentlich von Handlungen und Entscheidungen bestimmt ...“ (Schäfer/ Müller-Busch/ Frewer 2012, 200).

¹²⁴ Bevölkerungspolitik z.B. im Sinne von Foucault (1993) ist nur ein Aspekt in dem komplexen Geschehen.

Die *Lebensverkürzung* wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn innerhalb eines gut 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 Lebensmehring. Es kann bei einem Menschen gleichzeitig physische Lebensmehring und psychische Lebensminderung betrieben werden.

Eine starke Minderung des psychischen Lebens wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn ein festgestellter¹²⁵ Eingriff in das psychophysische System einen schnellen psychischen Zusammenbruch bewirkt, z.B. einen radikalen Identitätsverlust, ein Dauerkoma etc. Die starke Minderung des sozialen Lebens¹²⁶ 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, was in den vergangenen Jahrzehnten weltweit und auch in einer Reihe von hochentwickelten Staaten der Fall war (vgl. Wilkinson/ Pickett 2008).

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

Abb. 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 Ungleichheit¹²⁷, 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 eines auf Herrschaftserhaltung und Selektion ausgerichteten Bildungssystems.

	<i>Physisch</i>	<i>Psychisch</i>	<i>Sozial</i>
<i>Quantitative Lebensminderung</i>	Phys. Lebensjahre	Psych. Lebensjahre	Soz. Lebensjahre
<i>Qualitative Lebensminderung</i> ¹²⁸	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,

¹²⁵ Die Feststellung ist norm- und kapitalabhängig, d.h. sie dient vor allem den Interessen der Privilegierten.

¹²⁶ Verlust an sozialem und ökonomischem Kapital und an Teilhabechancen.

¹²⁷ Ungleichheit und Verarmung führen zu einer Verringerung der Lebenszufriedenheit, also zu gravierender psychischer Lebensminderung (vgl. Böhnke 2009).

¹²⁸ Wie dieses Konstrukt mit dem gesundheitsökonomischen Begriff „Lebensjahre mit Funktionseinschränkung“ korrespondiert, sollte untersucht werden.

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 Tötungsstile¹²⁹: 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 zum Verlust an Kriegspersonal der Herrenstaaten (vgl. Heinsohn 2003) entwickelt hat, ist die derzeitige Königsmethode des sozialen Tötens und der rationalen Lebensminderung.¹³⁰

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.

Ein kleiner Bereich der sozial produzierten Lebensverkürzung wird von *moral entrepreneurs* dramatisch aufbereitet: Der explizite Wunsch von (unterprivilegierten) Klienten nach Lebensverkürzung in Organisationen wird derzeit als abweichend bezeichnet.

Einige Formen der Verkürzung des psychischen Lebens sind erlaubt, allerdings ist die selbstbestimmte Nutzung dieser Möglichkeiten vom Kapital der betroffenen Person und anderen Bedingungen abhängig.

Situationsbeschreibung: In Organisationen, in denen Schwerkranke und Sterbende versorgt werden, wird permanent Lebensverlängerung und –verkürzung betrieben.

¹²⁹ *Tötungsstil* wird bisher fast ausschließlich als Spielbegriff verwendet. Der Ausdruck Lebensminderungsstil wäre informativer: Die lebensstilgemäße Handlung schlägt in der nationalen Ökonomie positiv zu Buche, in der globalen Lebensbilanz jedoch negativ.

¹³⁰ Ein kleiner Hinweis: <http://www.heise.de/tp/blogs/8/152440>

In der Hospiz- und Palliativliteratur wird in Variationen das paternalistische Postulat aufgestellt: *keinesfalls Leben verkürzen und nicht unnötig Leben verlängern*.¹³¹ Diese Handlungsaufforderung ist nicht erfüllbar.

Prognose: Der Wunsch nach selbstbestimmter lebensqualitätsgesteuerter Lebensverkürzung wird in zunehmendem Maße als normal angesehen werden, ebenso wie der nach Lebensverlängerung.

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 Finanzsystem¹³². Das physische Töten wurde in soziales Töten transformiert, eine ‚humane‘ Mittelveränderung, während die leitenden ökonomischen Ziele unverändert blieben.

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

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

These 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.... Trotz dieser normativen Naturalisierung¹³³ 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 Todesproduktion¹³⁴

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, wobei die naturwissenschaftliche Stellung naturalisiert, die sozio-technische Stellung mit hohem Kapitalaufwand betrieben und die herrschaftliche Stellung verschleiert wird. Ein wenig befangener Beobachter könnte folgende Beschreibung liefern:

¹³¹ WHO: palliative care “intends neither to hasten or postpone death”. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
Weiteres Beispiel: „Hospize setzen sich für ein möglichst natürliches Sterben ein, dazu gehört weder das Angebot einer vorschnellen Lebensverkürzung noch das einer künstlichen Lebensverlängerung“ (Wilkening/ Kunz 2003, 33).

¹³² Dass das internationale Finanzsystem viele Menschen tötet, wurde etwa von dem englischen Labourpolitiker Livingstone behauptet. Während man die Atomkraft noch ‚rechtzeitig‘ reguliert hat, hat man dies beim Finanzsystem versäumt, so dass es inzwischen vielleicht global bezüglich Lebensbedrohung gefährlicher als ein möglicher Atomkrieg geworden ist. Doch gründliche Untersuchungen zu diesem Thema werden selbstverständlich nicht finanziert bzw. nicht veröffentlicht.

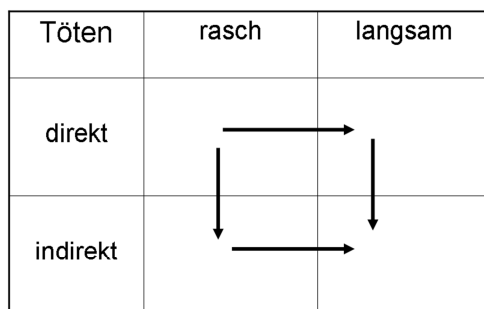
¹³³ Vgl. zu der philosophischen Diskussion um „Natürlichkeit“ Birnbacher (2006a).

¹³⁴ Der Begriff *Todesproduktion* ist einerseits neutral, doch faktisch wurde er bisher nur im Sinne der Produktion des *gewaltsamen* Todes, und auch da wieder spezifisch auf Krieg, Genozid und ähnliche Massenvernichtung eingeschränkt verwendet.

Sterben wird gesellschaftlich produziert und der Tod wird dann mit Hilfe von rechtlich vorgeschriebenen Ritualen 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 verlängernde und verkürzende Sterben machen* und unregelte Zonen. Auch das *Leben machen* wurde in den meisten Kulturen geregelt (Heiratsregeln, Trennung der Geschlechter, Abtreibung, Kindestötung 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 wurde¹³⁵ und Legitimation von Herrschaft eher durch *Versprechen* der Lebensverlängerung und Lebensqualitätsverbesserung und weniger durch Tötungsdrohungen¹³⁶ aufrecht erhalten wird.



Zivilisierung, Modernisierung, Ökonomisierung

Leben und Tod machen findet in der modernen Gesellschaft multidimensionaler, diffuser und globaler statt als in traditionellen Kulturen, da Wissen, Macht und Vernetzung gigantisch gewachsen sind¹³⁷. Professionelle, Ärzte, Pflegekräfte, Juristen, Ökonomen etc., versuchen, die mit ihrer Domänenstruktur, ihren professionellen Einstellungen und Praktiken nicht kompatiblen Modelle und Erklärungen zu ignorieren, zu degradieren, umzudeuten oder als illegitim zu stigmatisieren¹³⁸. Die an zentralen politischen, wirtschaftlichen und anderen Schaltstellen wirkenden Lebens- und Sterbemacher nutzen die vielseitig verwendbaren Technologien des Verbergens und der Normalisierung kapitalstarker Geschäfte.¹³⁹

Wie die meisten Menschen ist auch das Krankenhauspersonal bestrebt, den Eindruck zu vermeiden, dass es Sterben und Tod herstellt (Streckeisen 2001, 121 ff), obwohl – besonders

¹³⁵ Die These von Elias, dass im Laufe des Zivilisierungsprozesses in der westlichen Welt die physische Gewalt und das Töten von Menschen generell verringert wurden, wurde zwar mehrfach angegriffen, kann jedoch als gut bestätigt gelten (Dunning 2011).

¹³⁶ Allerdings wird zwar nicht mit Tötungsdrohung aber mit Todesdrohung gearbeitet: Durch das weltweit geschickte Schüren der Ängste vor Schweinegrippe konnte die (simulierte?) Todesangst von Menschen genutzt werden, um Milliarden zu scheffeln.

¹³⁷ "These institutions – the International Monetary Fund (IMF), the World Bank and the World Trade Organisation (WTO) in particular – operate in a secretive and conspiratorial manner, making life and death decisions for whole countries and regions, imposing their authority over billions of human beings." (Robinson 2005, 115)

¹³⁸ Dies trifft partiell selbst für kritische SozialwissenschaftlerInnen zu. In den thanatosoziologischen Schriften werden in der Regel Fremd- und Selbsttötung weggelassen oder marginalisiert und damit Begriff und Feld „Sterben“ herrschaftskonform beschnitten (Beispiel: Open University Reader „Death and Dying“ ed. by Earle et al. 2009).

¹³⁹ Da es sich um bedeutsame Herrschaftspraktiken handelt, wird man kaum Wissenschaftler finden, die sich mit der „Entschleierung“ oder „Evaluation“ beschäftigen.

bei Anwendung komplexer Medikation und Technologie – Leben und Sterben ständig quantitativ (Lebensverlängerung bzw. –verkürzung) und qualitativ (Schmerzen, Bewusstheit etc.) manipuliert werden (vgl. Harvey 1997; van den Daele 2008a, 47 ff) und Selbst- und Fremdtötungskomponenten enthalten sind (vgl. Parsons/ Lidz 1967, 165).

Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“

Beim Thema *Töten* steht eine (kritische) Thanatosoziologie 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, dass das Feld erforscht wird. 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 die Entwicklung einer Theorie der Lebensminderung werden in internationalen Tagungen, Dissertationsthemenkatalogen, Exzellenzclustern und Graduiertenkollegs 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.¹⁴⁰

„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 erscheint.

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

1. Töten als Kontinuum¹⁴¹
2. Planung der Schädigung oder des Nutzens als Kontinuum.

¹⁴⁰ Zweifellos haben auch die aus vormodernen kulturellen Kontexten stammenden Tötungskonzepte der Hauptreligionen noch bedeutsamen Einfluß.

¹⁴¹ Das Kontinuum kann unterschiedlich bestimmt und operationalisiert werden, wobei u.a. folgende Aspekte berücksichtigt werden können: physisches, psychisches und soziales Töten, schnelles oder langsames Töten, gezieltes (personal, raumzeitlich etc.) und ungezieltes Töten.

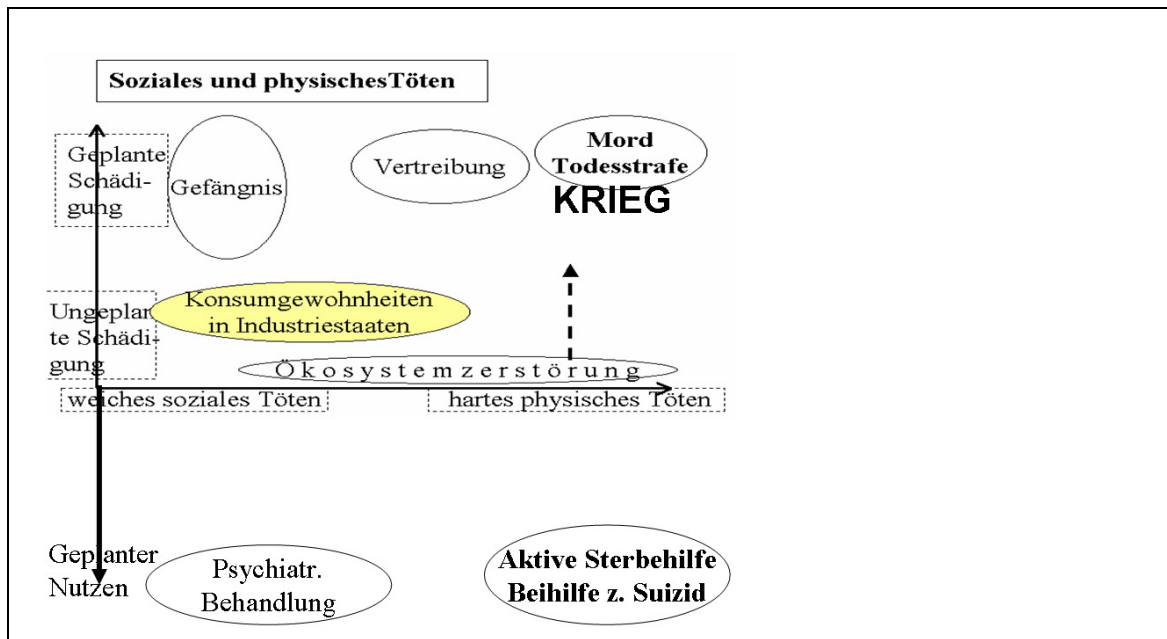


Abb. 12: Feld des Tötens

Die Grafik kann folgendermaßen gedeutet werden: Personen und Kollektive können physisches und soziales *Töten* bzw. Lebensminderung¹⁴² 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*¹⁴³ 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 dogmatisiert¹⁴⁴) werden muss, um eine strafgesetzrelevante Dichotomisierung zu erreichen. Dieser Schnitt begünstigt wahrscheinlich, wenn entsprechende Ressourcen zur

¹⁴² Vgl. auch das Kapitel „Soziales Töten bzw. Lebensminderung“.

¹⁴³ Die Thematisierung des indirekten, impliziten, nicht beabsichtigten Tötens in öffentlichen Diskursen darf nicht stattfinden und findet folglich auch nicht statt (Google!).

¹⁴⁴ Verschleierung + Dogmatisierung ist notwendig, um eine Legitimationskrise zu vermeiden.

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.*¹⁴⁵

*These 16b: Lebensminderung und Töten lassen sich auf keiner Ebene (Individuum, Gruppe, Staat etc.) vermeiden, folglich sollten sie kultiviert werden.*¹⁴⁶

*These 17: Es gab und gibt in keiner Kultur oder Gesellschaft ein „absolutes“ Verbot der Tötung von Menschen (vgl. Schobert 2006).*¹⁴⁷

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.¹⁴⁸

Würde man Lebensminderung und soziale Tötung tatsächlich politisch und rechtlich minimieren wollen, dann müsste man systembezogene Lebensminderungsverringerung und Lebensoptimierung betreiben, z.B. Erhöhung der Erbschaftssteuer, 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 Sterbegesetzgebung¹⁴⁹.

Zeit, Intention und Tatherrschaft

Zeit ist offensichtlich ein wichtiger Faktor, um die herrschaftlich verkrustete Dichotomie Tötung und Nicht-Tötung real und justiziabel zu machen. Wenn eine Person, die nur mehr kurze Zeit leben wird und offensichtlich schwer leidet, von einer anderen Person eine Spritze

¹⁴⁵ Dies ist auch ein wichtiger Indikator für das Versagen der hoch entwickelten Systeme der Politik und der Bildung.

¹⁴⁶ Die These 16b ist eine mit einer prüfaren Tatsachenaussage verbundene normative Aussage, die leider in den Diskursen über Sterben und Tod bisher kaum berücksichtigt wurde.

¹⁴⁷ Vgl. zur Diskussion des biblischen Tötungsverbots Frieß (2008, 137 ff).

¹⁴⁸ Damit diese unbeabsichtigten Folgen von Gesetzen und politischen Entscheidungen der Öffentlichkeit nicht bekannt werden, werden empirische Forschungen möglichst vermieden bzw. ihre Ergebnisse in entöfentlichte Räume abgeschoben.

¹⁴⁹ Paternalistisch ist etwa die Aussage des Hohen Senats, dass niemand *selbstherrlich* über sein eigenes Leben entscheiden dürfe (BGHSt 6, 147).

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 in der Regel irrelevant. Doch tatsächlich werden Personen, die Menschen ‚zu früh‘ (gemäß dem ‚Interesse‘ der getöteten Person) töten, härter und eher bestraft als Personen, die Menschen ‚zu spät‘ (gemäß dem ‚Interesse‘ der getöteten Person) töten.

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.¹⁵⁰

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.¹⁵¹

These 19: Bei einem zunehmenden Anteil der weltweiten Tötungen werden Begriffe wie Tatherrschaft und Intention wissenschaftlich und human(istisch) unbrauchbarer¹⁵², da es sich um nicht-lineare Systemprobleme handelt (vgl. z.B. Gray 2003).

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. Ihre Prägung erfährt sie in Milieus und Feldern und sie steht von Kindheit an unter professioneller Kontrolle. Wenn ein Mensch seine Selbstbestimmung nicht zur Herstellung von Konformität und Normalität einsetzt, dann gerät er schnell in die Mühlen der Psychologisierung, Pädagogisierung, Medikalisierung, Kriminalisierung, Stigmatisierung und Marginalisierung.

Menschen neigen in der Regel zu „bezugsgruppenorientierter Selbstbestimmung“¹⁵³. 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

¹⁵⁰ Wenn ein Arzt einem alten unheilbar kranken Menschen ein Medikament gibt, damit er seinem Leiden ein Ende bereiten kann, sind finstere Intentionen handlungsleitend, dagegen ist die Entscheidung eines Chefarztes oder Managers, eine Villa oder ein anderes Objekt um 2 Millionen Euro zu kaufen, von hellen Intentionen begleitet.

¹⁵¹ ‚Objektive‘ oder ‚unabhängige‘ Bewertungen in reichen Staaten geltender rechtlicher Regelungen im Lichte wissenschaftlicher Erkenntnisse verbunden mit humanistischen Werten haben – soweit sie überhaupt existieren – keine Durchsetzungschancen.

¹⁵² Die herrschaftliche und sonstige Brauchbarkeit kann durchaus ausreichend oder sehr gut sein.

¹⁵³ Ähnliches Konzept: *relationale Autonomie*.

aktive Sterbehilfe¹⁵⁴ und an zweiter Stelle Beihilfe zum Suizid gegenüber dem isolierten und oft ihre Bezugspersonen mitstigmatisierenden Suizid (vgl. Leppert/ Hausmann 2007; Schröder et al. 2003)¹⁵⁵.

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.¹⁵⁶

Nicht nur bei konservativen Lebensschützern und Sterbedogmatikern, sondern bei bedeutsamen Kulturvertretern steht implizit bzw. latent ein Opfermodell¹⁵⁷ 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.¹⁵⁸ Man kann auch sagen: das professionell präparierte Selbst (Dominanz der Patientenrolle) wird von den Opferpriestern sozial integrativ genötigt, sich auf dem Altar des fremdbestimmt manipulierten Körpers zu opfern bzw. zu ‚entäußern‘ (vgl. Kaufmann 1995).¹⁵⁹ Der sterbende Körper wird technisch-ökonomisch naturalisiert und sakralisiert¹⁶⁰. Die Opferrituale in Krankenhäusern, Heimen und Hospizen werden von säkularen Priestern und Priesterinnen durchgeführt¹⁶¹.

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 Rekollektivierung¹⁶² (über professionalisierte Fremdsteuerung) der partiell individualisierten und selbstkontrollierten Menschen, die bei gelingender Intervention zur konformen Selbstbestimmung führt.*

Gemeinschaft und Organisation

Kellehear (2005) hält die Hospiz- und Palliativdiskurse für zu eng und zu wenig flexibel¹⁶³ und sieht die Zukunft in „compassionate cities“, vieldimensionalen Modellen der Gemeinschaftsentwicklung und der Verbesserung der Teilhabechancen. „There is a need to

¹⁵⁴ Viele bevorzugen „aktive Sterbehilfe“, da der Arzt sich dem Sterbenden voll und uneingeschränkt zuwenden soll, nicht „halbherzig“ wie bei indirekter oder passiver Sterbehilfe.

¹⁵⁵ Es lässt sich eine habitusbezogene Diskrepanz feststellen: Gebildete und Intellektuelle befürworten die Beihilfe zum Suizid (z.B. Birnbacher), während die schweigenden Mehr- oder Minderheiten wahrscheinlich die aktive Sterbehilfe favorisieren.

¹⁵⁶ Diese Art von Fremdbestimmung, die in fast allen demokratischen Rechtssystemen verankert ist, widerspricht inzwischen in der Mehrzahl der Fälle dem ‚Sittengesetz‘ des jeweiligen ‚Staatsvolkes‘, was selbstverständlich von den staatlichen ‚wissenschaftlichen‘ Legitimatoren geleugnet wird – und in der Regel auch nicht sozialwissenschaftlich untersucht werden darf.

¹⁵⁷ Opfer ist im Rahmen von religiösem Handeln eine Gabe für ein transzendentes Wesen, in einem modernen Kontext ist es ein subjektiv bedeutsamer Verzicht zu Gunsten eines hochwertigen Zieles, oder auch eine Passage, die durch Leid, Schmerz und Tod hindurchgeht, und zu einem (transzendenten) Ziel führt (Keenan 2005, 2). In dem hier angebotenen Argumentationszusammenhang ist eine solche Passage für Sterbende in Organisationen kulturell vorgeschrieben, wobei das ‚transzendente Ziel‘ teilweise unbestimmt bleibt.

¹⁵⁸ „Das Sterben im Krankenhaus oder Heim kann als ein gesellschaftliches ‚Opfer‘ gedeutet werden, so wie sich früher junge Männer für das Vaterland im Krieg geopfert haben, und als eine Rückführung ins Kollektiv nach einer ausschweifenden Individualisierung in der Konsumgesellschaft“ (Feldmann 2010d, 141).

¹⁵⁹ Gemäß der Opfersemantik von Münkler und Fischer (2000) ist das Opfer idealtypisch aktiv („gutes Sterben“), doch faktisch kann es ins Passive gleiten, es handelt sich um ein prekäres Opfer- und Übergangsritual.

¹⁶⁰ Naturalisierung ist säkularisierte Sakralisierung.

¹⁶¹ Gehlen (1983) meinte, Menschen werden von Institutionen „verbrannt“ und konsumiert.

¹⁶² Die erste Kollektivierung erfolgt am Anfang des Lebens.

¹⁶³ Diese Enge und Restriktion der Hospiz- und Palliativdiskurse zeigt sich auch, wenn man die reichhaltigen niederländischen ‚Euthanasiediskurse‘ betrachtet (Norwood 2009).

reinvent a *community* response to the diverse cultural experiences of death and loss as these are lived out in the daily experiences of individuals.” (Kellehear 2007b, 72)

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

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

Abb. 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 Vergemeinschaftung¹⁶⁴ 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).

¹⁶⁴ „Reform der Vergemeinschaftung“: Google Scholar 0 Treffer. „Reform der Gemeinschaft“: bedeutet nach Google Scholar nur Reform der EU und ihrer Institutionen. Das Thema ist offensichtlich nicht ‚zeitgemäß‘.

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, jedoch handelt es sich um eine Kompromisssemantik im Interesse konservativer Gruppen.¹⁶⁵

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 (vgl. Wehkamp 1998; Duttge 2006; Giese/ Koch/ Siewert 2006; Douglas et al. 2008). Auch von vielen Schwerkranken oder Sterbenden wird diese Unterscheidung in passive, indirekte und aktive Sterbehilfe als unbrauchbar angesehen, da sie andere semantische und pragmatische Feldgestaltungen der Sterbehilfe für sinnvoll halten, die – 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 Grauzone¹⁶⁶.
- Ein großer Teil der Ärzte und des Pflegepersonals weiß über die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht ausreichend Bescheid (vgl. Wehkamp 1998).
- Ein Teil der Ärzte und des Pflegepersonals und wahrscheinlich die meisten Patienten halten die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht für sinnvoll und praktikabel.
- Die von 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 (vgl. Feldmann 2004a, 198 ff; 2005; Merkel 2010).
- 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 (Van der Heide/ Rietjens 2012).

¹⁶⁵ Schobert (2006) beschreibt und kritisiert die Verwendung der Begriffe (aktive) Sterbehilfe und Euthanasie in Medizin, Recht, Medien und anderen Bereichen.

¹⁶⁶ „Die Durchführung von Befragungen, Untersuchungen der Einstellungen solch brisanter Themen wie der aktiven Sterbehilfe erfordert eine große Verantwortlichkeit im Umgang mit den Ergebnissen. Immerhin besteht die erhebliche Gefahr, dass bereits die öffentliche Auseinandersetzung und Diskussion mit diesem Thema dazu beiträgt, dass die aktive Euthanasie als eine ‚vernünftig begründete‘ Option aufgewertet wird, mit der die drängenden und belastenden Probleme am Ende des menschlichen Lebens zu reduzieren wären“ (Böttger-Kessler/ Beine 2007, 805).

Dass die Dammbrech- und slippery-slope-Argumente polemisch, wissenschaftlich geringwertig und diskurshemmend sind, ist mehrfach nachgewiesen worden (vgl. Battin et al. 2007; Schöne-Seifert 2007, 81ff; Fenner 2008, 76 ff; Levy 2008; Merkel 2010; Schüklenk et al. 2011, 47 ff).

“in countries where euthanasia was unlawful in the early 1990s, such as Australia and Belgium, the incidence of active nonvoluntary euthanasia was five times higher than in the Netherlands, 3.5%, 3.2%, and 0.7% respectively (van der Maas, van Delden and Pijnenborg, 1991: 669-674). Since public regulation may actually reduce, rather, than increase the incidence of nonvoluntary euthanasia, ethicist Helga Kuhse (see Tannsjo 2004: 66) suggests that if there is a ‘slippery slope’, it slopes in the opposite direction: the acceptance and regulation of voluntary euthanasia is linked with a lower incidence of non-voluntary euthanasia” (Chambers 2011, 70).

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 (vgl. Young 2007; Bayatrizi 2008).

„... euthanasia talk is used to invoke a future ideal death scenario that gives power to the dying individual ... Euthanasia talk helps maintain personhood in the face of decline, giving individuals an active role in scripting their own death ...“ (Norwood 2009, 228).

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.).¹⁶⁷

In Krankenhäusern, Heimen, aber auch in Hospizen¹⁶⁸ 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 (vgl. Terry et al. 2006). (Palliativ)Medizin verfolgt eine doppelte Disziplinierungsstrategie: Diszipliniert im Sinne Foucaults werden die Körper der Patienten und das Wissen (body of knowledge). Das professionelle Personal vertritt den Dogmen entsprechende Kontrollkonzeptionen, die nur partiell mit den Wünschen und Bedürfnissen der Klienten übereinstimmen (Payne/ Langley-Evans/ Hillier 1996). Verbale und nonverbale Wünsche der Lebens- und Sterbeverkürzung werden ignoriert, uminterpretiert oder anderweitig unterdrückt.

Suizid

Die Suizidologie, im Wesentlichen ein Anhängsel eines Anhängsels (Psychiatrie) des medizinischen Systems, legt Wert auf Abgrenzung und Exklusion, hat ihre eigenen Journale und Lehrbücher und kümmert sich nicht um allgemeine thanatologische Theorien und Untersuchungen.

Die Selbsttötung – ein soziosemantisches Wunderland – wurde in der westlichen Kultur immer in die Zange genommen: Politik, Recht, organisierte Religion, Medizin bzw.

¹⁶⁷ Die folgende Information ist zwar keine Bestätigung der These, doch ein Hinweis, dass in den Niederlanden klientenfreundlicher gestorben wird als in anderen hochentwickelten Staaten mit todessensiblen Machteliten: Eindeutig sterben in den Niederlanden mehr Menschen zu Hause (Cohen et al. 2008; Cohen et al. 2010).

¹⁶⁸ Dreßke (2005, 91) meint, „dass auch das Hospiz im Sinne Goffmans totale Institution ist.“ (vgl. Hoffmann 2011, 77 ff)

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 suizidologischen Oberpriester sorgen, lautet: Wenn du Selbstmord begehest, 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 Krieg¹⁶⁹, Finanztransaktionen, Scheidung und anonyme Bestattung zwanghaft mit Krankheit und Entmündigung verkoppeln und den Bereichen Medizin und klinische Psychologie zuordnen würde.

In den medizinischen, suizidologischen und sonstigen professionellen öffentlichen Diskursen werden eingeeengte Vorurteile stützende Wissenschaftsinformationen mit narrativen Elementen gemischt, in denen die macht-, sozialstruktur- und organisationsabhängigen Aspekte ignoriert werden und die Illusion einer allgemein gültigen über sanften Paternalismus erreichbaren Personperspektive hergestellt werden soll.¹⁷⁰

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‘.¹⁷¹ Psychologische Autopsie-Studien nach Suiziden sind von Defizit- und Krankheitsansätzen geleitet, d.h. sie liefern die gewünschten perspektivischen Ergebnisse (vgl. Rogers/ Lester 2010, 13 f) und sind auf niedrigem methodologischem Niveau¹⁷² konzipiert.

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. Es ist zu vermuten, dass eine Funktion der psychologischen Autopsie von Suiziden darin bestand, eine ‚epistemische Bereinigung‘ eines für die doxischen Gebäude der Medizin, Politik und des Rechts gefährlichen alternativen Bereichs zu besorgen.

Viele Psychiater und Suizidologen¹⁷³ haben in Kooperation mit religiösen und staatlichen Institutionen Rechtfertigungssysteme errichtet, um den Suizidenten möglichst die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und symbolisches Kapital absprechen zu können¹⁷⁴ (vgl. Szasz 1999). Dies ist in Europa und Nordamerika besser gelungen als in Japan, da in diesem asiatischen

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

¹⁷⁰ Gute Diskursanalysen liegen im deutschen Sprachraum nicht vor, da sie offensichtlich nicht gewünscht werden.

¹⁷¹ Diese These des (fast) nicht möglichen ‚normalen‘, ‚rationalen‘ und ‚akzeptablen‘ Suizids verschleierte die angestrebte symbolische Vernichtung durch eine ‚Theorie‘ der ungesellschaftlichen Totalverursachung. Ganz ähnlich ist die falsifizierte Behauptung zu beurteilen, dass nur eine verschwindend geringe Menge an Menschen um aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid bittet (vgl. z.B. Institut für Demoskopie Allensbach 2010).

¹⁷² Die methodologischen Probleme der Analyse von ‚Abschiedsbriefen‘ bzw. *suicide notes* werden erst jetzt ein wenig differenzierter behandelt (Yang/ Lester 2011).

¹⁷³ Funktionäre der Suizidologie und Psychiatrie verhindern gemeinsam mit Herrschaftsgruppen, dass gesellschaftliche Einbettung und Steuerungsoptionen der Suizidalität exzellent und multiparadigmatisch untersucht werden.

¹⁷⁴ Der Akteurstatus oder gar das Problembewusstsein einzelner Psychiater wird hier nicht diskutiert, da rechtliche und organisatorische Normierungen, Druck durch Vorgesetzte, Angehörige und Patienten und andere Umweltfaktoren einbezogen werden sollten.

Land der Suizid bereits traditionell kultiviert und normalisiert worden war (vgl. Kitanaka 2009)¹⁷⁵.

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.¹⁷⁶

„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 behandelt¹⁷⁷ – mit ganz wenigen Ausnahmen (vgl. Lester 2003, 2006; Szasz 1999; Wittwer 2003; Fenner 2008). Doch Depression und Suizidalität können nicht nur als Symptome von Krankheiten angesehen werden¹⁷⁸, sondern als der subjektiven Lebensqualität bzw. der persönlichen Lage angemessene Gefühle, Skripte und Vorstellungen¹⁷⁹.

Eine Suizidprävention, die nicht fundamentalistisch einem Defizitansatz huldigt und sich umfassenden und pluralistischen Lebens- und Kulturentwicklungsansätzen öffnet, könnte von dem Problem Lebensmehring und –minderung ausgehen und als ein Hauptziel die Verbesserung der Lebens- und Teilhabechancen von Benachteiligten in einem dynamischen Sinn anstreben (vgl. Wittwer 2003; Fenner 2008, 93 ff). 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)

¹⁷⁵ Doch auch in Japan schreitet die Medikalisierung, Bürokratisierung und Psychiatrisierung voran. In China deuten Studien („psychologische Autopsie“) darauf hin, dass die Medikalisierung noch nicht ihr ‚westliches Ziel‘, dass – gemäß professioneller doxa – mindestens 90 % der Suizide eindeutig mit psychischer Erkrankung verbunden sind, erreicht hat (vgl. Zhang/ Xiao/ Zhou 2010).

¹⁷⁶ Noch vor drei Jahrzehnten versuch(t)en die meisten Suizidologen und Psychiater solche Einwände mit dem Holzhammerargument, dass schließlich (*fast*) alle Suizide durch psychische Krankheit, vor allem Depression, verursacht seien, zu entkräften.

¹⁷⁷ Als Beispiel: Zimmermann-Acklin (2008, 85) ‚begriff‘ den Suizid mit der Zange: „Grenzüberschreitung in extremen Ausnahmefällen“.

¹⁷⁸ Vgl. zur Kritik an der Verwendung des Konstrukts *Depression* Fenner (2008, 213 ff).

¹⁷⁹ Auch in solchen Fällen werden die meisten gut informierten und wohlhabenden Personen entscheiden, Psychopharmaka zu nehmen.

Kultivierung des Sterbens und Tötens¹⁸⁰

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 Toten¹⁸¹ 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.¹⁸²*

Um den Rahmen für Diskurse über Kultivierung des Sterbens¹⁸³ 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 Lebensmehrerung, die je nach Perspektive (z.B. Neuformierung der soziosemantischen Felder Mensch, Identität, Person etc. und der damit verbundenen Institutionen) mehr oder minder problematisch erscheinen (vgl. Knell/ Weber 2009; Lafontaine 2008)¹⁸⁴.

Kultivierungsdiagnosen und -diskurse

„In den Staaten der EU ist es in den vergangenen 60 Jahren gelungen, die Zählung und Kultivierung von zwei lebensgefährlichen Institutionen, Krieg¹⁸⁵ 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 gefördert¹⁸⁶. Wenn man die Bereiche Sterben, Suizid,

¹⁸⁰ „Kultivierung des Sterbens“ ergibt 52 Google-Treffer (bei Google Scholar nur 4(!) Treffer). *Ars moriendi*: Google Scholar 5350 Treffer.

¹⁸¹ „Riten ermöglichen Handeln überhaupt in Ohnmachtssituationen“ (Hahn 2010, 50).

¹⁸² Dass es sich anthropologisch um eine *Ersatzfunktion* handelt, kann man aufgrund der Vernachlässigung des Totenkults (anonyme Begräbnisse etc.) in stark säkularisierten Gesellschaften, wie Deutschland, belegen. Es könnte auch sein, dass die anthropologische Funktion der postmortalen Arbeit auf bestimmte Stufen der Menschheitsentwicklung beschränkt ist.

¹⁸³ *Kultivierung des Sterbens* wurde bisher nur in eingeschränkter Weise in der Philosophie thematisiert, nicht in anderen Humanwissenschaften.

¹⁸⁴ Vgl. http://www.edmontonagingsymposium.com/index.php?pagename=eas_archive

¹⁸⁵ Seel (1996, 780) spricht z.B. von der „Kultivierung des Bürgerkriegs“.

¹⁸⁶ – und behindert (Beispiel: Tempolimit in Deutschland).

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 (vgl. die Kritik bei Brüggem 2005). 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 Sterbenverdrängungsdiskurs¹⁸⁷ 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 gefördert¹⁸⁸, jedoch nach 1945 schlagartig zurückgefahren.¹⁸⁹ 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 dekollektivierte aber kaum kultiviert wurden. Die Kämpfe um die Zulassung einer Kultivierung der aktiven Sterbehilfe¹⁹⁰ 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 verwendet¹⁹¹. 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“ (vgl. Neuberger 2006, 547) missachtende Regelungen geht. In den Niederlanden wird seit Jahrzehnten die Freiheit

¹⁸⁷ „Dying is silent and silenced“ (Österlind et al. 2011, 534).

¹⁸⁸ Bendle (2001) sieht die *Militarisierung* des Todes in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht nur auf Deutschland beschränkt, sondern als globales Phänomen.

¹⁸⁹ Im 21. Jahrhundert werden in der EU und in anderen hochentwickelten Staaten neue Kultivierungsweisen des Krieges bzw. der auf Massen bezogenen Lebensminderung erarbeitet.

¹⁹⁰ Nach Meinung einiger Experten ist die so genannte nationalsozialistische „Euthanasie“ ein abschreckendes Kultivierungsbeispiel, das die Kultivierung der aktiven Sterbehilfe behindert oder sogar verhindern soll. Hierbei handelt es sich freilich um Diskurse von Experten im Dienste mächtiger Institutionen. Die These von der Bereitschaft zur Kultivierung der aktiven Sterbehilfe bezieht sich auf die Mehrheit der Bevölkerung.

¹⁹¹ Vgl. zur Kritik an der „Parallelisierung“ von NS-Euthanasie und moderner Sterbehilfe Fenner (2007, 204 f).

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. Ein entsprechendes Projekt, das auch für die Entwicklung der in der EU unerwünschten Agnotologie einen Beitrag leisten könnte, würde von den exzellenten europäischen Forschungsförderungsorganisationen nicht finanziert werden.

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 werden¹⁹². Dieser Totenkultersatz wird vor allem von Vertretern der organisierten Religion und von geschäftstüchtigen Pflegedienstpropagandisten verherrlicht.

Eine perspektivische Erweiterung führt aus dem Hospiz- und Palliativgedanken heraus. Vom Sterben zum Leben leitet eine kurze Betrachtung eines wesentlichen Indikators für Lebens- und Sterbequalität auf EU-Ebene: *healthy life years*.¹⁹³ Zwischen Deutschland und den Niederlanden besteht eine Differenz von ZEHN Jahren zu Gunsten der Niederlande!¹⁹⁴

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.¹⁹⁵

¹⁹² Der moderne ‚Totenkult‘ bezieht sich auf viele psychisch und/ oder sozial (fast) tote Menschen, die in Pflegeheimen etc. liegen.

¹⁹³ http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_en.htm; http://en.wikipedia.org/wiki/Healthy_Life_Years

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

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

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

http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Summary.pdf

¹⁹⁵ „In Deutschland haben in den letzten Jahren Einkommensungleichheit und Armut stärker zugenommen als in jedem anderen OECD Land“ (Quenzel/ Hurrelmann 2010, 12).

Erweiterung der Perspektive 2

Es gibt eine Reihe von Vorhersagen über Lebensverlängerung, kaum welche über Lebensverkürzung, vor allem wird der Zusammenhang von Lebensverlängerung bestimmter Gruppen mit der Lebensverkürzung anderer Gruppen kaum diskutiert. Außerdem wird die öffentliche Diskussion so geführt, als wäre der dabei verwendete Lebensbegriff alternativlos und ‚naturegegeben‘.

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 (vgl. Schade/ Pimentel 2010).

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‘¹⁹⁶, der Weiterführung der Vergöttlichung der Herrschenden.

Literaturangaben in der Langfassung

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

¹⁹⁶ Damit ist nicht gemeint, dass das ‚Projektziel‘ die Anerkennung des Produkts durch die Mehrzahl der Biologen anstrebt oder anstreben wird. Die Aussage soll nur als grober Hinweis dienen.