

*Sterbehilfe - Sterbebegleitung*  
*alternativenlos, alternativ oder ganz anders?*  
*Soziologische Studie zum Diskurs*

**Inaugural-Dissertation**  
**zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie**  
**an der Ludwig-Maximilians-Universität**  
**München**

**vorgelegt von**  
**Eva Koppehele**  
**aus**  
**München**

**Elektronische Veröffentlichung an der Universitätsbibliothek**  
**der Ludwig-Maximilians-Universität München**  
**2008**

**Referent: Prof. Dr. Armin Nassehi**

**Korreferent: Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl**

**Tag der mündlichen Prüfung: 21. Juli 2008**

## Inhaltsverzeichnis

Legende.....	7	
Vorwort.....	8	
Einleitung.....	9	
<b>Teil 1</b>	<b>Der so genannte gesellschaftliche Diskurs des Sterbehilfethemas.....</b>	<b>12</b>
1.1	<i>Gesellschaftlicher Diskurs und die drei sozialen Ordnungsniveaus.....</i>	<i>12</i>
1.2	<i>Wie leistet die Soziologie ihren Beitrag zum Sterbehilfediskurs? .....</i>	<i>16</i>
1.2.1	<i>Form funktionalisierter Soziologie: Als gesellschaftliches Heilmittel funktionieren und passende Daten liefern.....</i>	<i>17</i>
1.2.2	<i>Form normativer Soziologie: Die Welt nach eigener Norm verbessern.....</i>	<i>20</i>
1.2.3	<i>Formen reflexiver Soziologie: Sich selbst in den Blick nehmen.....</i>	<i>26</i>
1.2.3.1	<i>Reflexiv, aber konvenient.....</i>	<i>26</i>
1.2.3.2	<i>Reflexiv, aber normierend.....</i>	<i>30</i>
	<i>a) Immanenter Sinngehalt oder das objektiv Dahinterstehende.....</i>	<i>30</i>
	<i>b) Heilung des Ganzen durch verdichtete Vielfalt, Spiritualität oder professionalisierte Mütterlichkeit.....</i>	<i>32</i>
	<i>c) Das große Ganze der Biografie oder das Gegenüber als kontingentes Konstrukt.....</i>	<i>35</i>
	<i>d) Kritische Theorien als Mittel gegen Illusion.....</i>	<i>39</i>
1.2.3.3	<i>Übernehmen, verwerfen, anders anschließen? Selbstreflexive Soziologie.....</i>	<i>46</i>
1.2.4	<i>Verhältnis von Theorie und Methodologie.....</i>	<i>49</i>
<b>Teil 2</b>	<b>Der Sterbehilfediskurs in organisationellen Verlautbarungen.....</b>	<b>52</b>
2.1	<i>Bedeutungshistorische Einführung.....</i>	<i>52</i>
2.2	<i>Evolution der Sterbehilfe über organisationellen Begriffsgebrauch.....</i>	<i>55</i>
2.2.1	<i><u>Phase 1: Die reine Sterbehilfe.....</u></i>	<i>55</i>
	<i><u>Begriffsliste zu Phase 1.....</u></i>	<i>56</i>
	<i><u>Frage zu Phase 1: Wie gewinnt der Sterbehilfebegriff seine Reinheit?.....</u></i>	<i>56</i>
	<i><u>Beantwortung der Frage zu Phase 1: Reinheit der Sterbehilfe durch Ethos.....</u></i>	<i>64</i>
2.2.2	<i><u>Phase 2: Die ausdifferenzierte Sterbehilfe - Verlorene Unschuld der Sterbehilfe und verschwundene Schuld der Euthanasie.....</u></i>	<i>65</i>
	<i><u>Begriffsliste zu Phase 2.....</u></i>	<i>65</i>
	<i><u>Frage zu Phase 2: Wie verliert der Sterbehilfebegriff seine Unschuld, der Euthanasiebegriff seine Schuldbeladenheit? .....</u></i>	<i>67</i>
2.2.2.1	<i>Begriffsgebrauch in Verlautbarungen aus Organisationen in der BRD.....</i>	<i>68</i>
2.2.2.2	<i>Begriffsgebrauch in Kontrollgesetzen weiterer Staaten.....</i>	<i>76</i>
	<i>A) Kontrollierte Tötungsheilbehandlung: RIGHT OF TERMINALLY ILL ACT 1995 (NT) .....</i>	<i>76</i>

	<i>B) Gestaltbare und nicht gestaltbare Lebensverkürzung:</i>	
	<i>EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) .....</i>	79
	<i>C) Kontrollierte ärztliche Suizidassistentz:</i>	
	<i>OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT von 1994 bzw. 1997.....</i>	83
	<i>D) Kontrollierte Lebensbeendigung auf Verlangen –</i>	
	<i>Niederlande: GESETZ ZUR KONTROLLE DER</i>	
	<i>LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN</i>	
	<i>UND DER HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG (2002) und</i>	
	<i>Belgien: GESETZ BEZÜGLICH DER EUTHANASIE (2002) .....</i>	85
	<u><i>Beantwortung der Frage zu Phase 2: Verlust der Unschuld</i></u>	
	<i>durch Differenzierung.....</i>	96
2.2.3	<u><i>Phase 3: Die neue Unschuld in Gestalt der Sterbebegleitung und ihre</i></u>	
	<i>Absicherung durch das reflexive Subjekt.....</i>	98
	<u><i>Begriffsliste zu Phase 3.....</i></u>	99
	<u><i>Frage zu Phase 3: Wie und um welchen Preis halten die Begriffe der</i></u>	
	<i>Begleitung, Palliation und Hospizlichkeit ihre Unschuld? .....</i>	102
2.2.3.1	<i>Emergenz einer neuen Unschuld: Geschichten von Protagonistinnen</i>	
	<i>und Organisation der neuen Sterbebegleitung.....</i>	103
2.2.3.1.1	<i>Protagonistinnen der neuen Sterbebegleitung.....</i>	103
2.2.3.1.2	<i>Vom geächteten „Sterbehaus“ zur hoch geachteten Organisation.....</i>	105
2.2.3.2	<i>Unschuld der Sterbebegleitung durch selektiven Begriffsgebrauch.....</i>	114
2.2.3.2.1	<i>Begleitung: Ausschließlichkeit, Zuständigkeit und Konsens?.....</i>	114
2.2.3.2.2	<i>Begleitung: Qualifikations- und/oder Ehrbegriff einer Elite?.....</i>	127
2.2.3.3	<i>Konstituentien der unschuldigen Sterbebegleitung.....</i>	134
2.3	<i>Unschuldige Sterbebegleitung und Neuer Mensch.....</i>	135
2.3.1	<i>Unschuld der Sterbebegleitung durch Patientenvorsorge.....</i>	135
	<u><i>Abbildung 1 : Varianten der Anforderung an Vorsorgemodelle.....</i></u>	136
	<i>A)) Paternalistische Variante der Vorsorgemodelle.....</i>	137
	<u><i>Abbildung 2: Patientenkategorien und Handlungsanweisungen -</i></u>	
	<i>Richtlinien für die Sterbehilfe der BÄK (1979) .....</i>	137
	<i>B)) Enge und weite Vorsorgevarianten objektiver Normativität.....</i>	142
	<i>B1) Rechtliche Ausgangspositionen objektiver Normierung.....</i>	143
	<i>B2) Um objektive Normierung bemühte Vorsorgemodelle.....</i>	148
	<i>B3) Gesetzesvorschläge zur Regelung der Patientenvorsorge.....</i>	156
	<u><i>Abbildung 3: Eng/weit konzipierte Gesetzesvorschläge</i></u>	
	<i>zur Patientenvorsorge.....</i>	157
	<i>C)) Vorsorgevariante des Individuums als Normgeber.....</i>	161
2.3.2	<i>Schaffung des Neuen Menschen durch Patientenvorsorge.....</i>	165
2.3.3	<i>Garantie der Unschuld moderner Sterbebegleitung.....</i>	167
	<u><i>Beantwortung der Frage zu Phase 3: Unschuld der Begleitung</i></u>	
	<i>durch den Neuen Menschen.....</i>	167

2.4	<i>Fazit: Weitere Beobachtung erforderlich ?</i> .....	169
2.4.1	<i>Inhaltliches Ergebnis</i> .....	169
2.4.2	<i>Strukturelles Ergebnis und die Funktion moralischer Kommunikation</i> .....	170
	<i>Abbildung 4: Übergang von Sterbehilfe zu Sterbebegleitung</i> .....	171
2.4.3	<i>Der Neue Mensch als Garant für die Konstitution von Organisationen</i> .....	173
2.4.4	<i>Wo und wie kann die Sterbehilfe-Kommunikation weiter beobachtet werden?</i> .....	174
<b>Teil 3</b>	<b>Biografische Narrationen und themenzentrierte Experteninterviews zum Sterbehilfethema: Empirische Untersuchung von Interaktion</b> .....	175
3.1	<i>Das gute Sterben in der Interaktion?</i> .....	175
	<i>Interaktion - Begegnung von Menschen oder evolutive Kommunikation?</i> .....	175
	<i>Sampling - Setting - Sättigung - Setzung</i> .....	178
3.2	<i>Biografisches und themenzentriertes Interview als sich selbst bearbeitende Kommunikation</i> .....	181
3.2.1	<i>Fallrekonstruktionen biografischer Narrationen</i> .....	181
3.2.1.1	<i>Gruppe der flexibel Funktionierenden</i> .....	181
3.2.1.1.1	<i>Die flüchtende Angst – Frau Bachxaver (BX.)</i> .....	182
3.2.1.1.2	<i>Die minimierte Angst – Frau Andry (AY.)</i> .....	185
3.2.1.1.3	<i>Variationsbreite der flexibel Funktionierenden</i> .....	189
	<i>Erstens: Die themenübergreifende Typik der flexibel Funktionierenden</i> ....	189
	<i>Die Formfrage: Klassische Erzählung oder Bericht?</i> .....	189
	<i>Die Personfrage: Wie werden funktionierende Personen geschaffen?</i> ...	191
	<i>Die Typfrage: Selbsteingrenzungen der Funktionierenden</i> .....	193
	<i>Zweitens: Die spezifische Typik der Funktionierenden</i> .....	194
	<i>Ausgrenzung der Kontingenz von Sterben und Tod</i> .....	195
	<i>Anpassung von Sterbehilfe und Sterbebegleitung</i> .....	197
	<i>Das verwirrende Instrument der Patientenvorsorge</i> .....	199
3.2.1.2	<i>Gruppe der Normativen</i> .....	200
3.2.1.2.1	<i>Die wegselegierte Angst – Frau Nordoster (NO.)</i> .....	200
3.2.1.2.2	<i>Die gebannte Angst - Frau Bradow (BO.)</i> .....	206
3.2.1.2.3	<i>Variationsbreite der Normativen</i> .....	214
	<i>Erstens: Die themenübergreifende Typik der Normativen</i> .....	214
	<i>Die Formfrage: Klassische biografische Erzählung der Normativen</i> .....	214
	<i>Die Personfrage: Wie werden normative Personen geschaffen?</i> .....	214
	<i>Die Typfrage: Selbstabgrenzungen der Normativen</i> .....	216
	<i>Zweitens: Die spezifische Typik des Sterbehilfethemas bei den Normativen</i> .....	216
	<i>Selbstvergewisserung durch Selbstpositionierung</i> .....	216
	<i>Wegdefinieren der Kontingenz von Sterben und Tod</i> .....	217
	<i>Sterbehilfe, Patientenverfügung - alternativlose Problemlöser</i> .....	219

3.2.1.3	<i>Gruppe der Reflexiven</i> .....	220
3.2.1.3.1	<i>Die sichtbar gemachte Angst – Frau Nageleit (NG.)</i> .....	220
3.2.1.3.2	<i>Die validierte Angst – Frau Achenmüller (AE.)</i> .....	228
3.2.1.3.3	<i>Variationsbreite der Reflexiven</i> .....	235
	<i><u>Erstens</u>: Die Themen übergreifende Typik der Reflexiven</i> .....	235
	<i>Die Formfrage: Oszillieren zwischen den Stilen</i> .....	235
	<i>Die Personfrage: Wie schafft der Text reflexive Personen?</i> .....	236
	<i>Die Typfrage: Changierende Selbstabgrenzung der Reflexiven</i> .....	238
	<i><u>Zweitens</u>: Die spezifische Typik des Sterbehilfethemas</i>	
	<i>bei den Reflexiven</i> .....	239
	<i>Kontingenz des Sterbens - sichtbar gemacht</i> .....	239
	<i>Sterbehilfe und Sterbebegleitung als neue Herausforderungen</i> .....	240
	<i>Patientenvorsorge – doppelt kontingent</i> .....	243
3.2.2	<i>Nachfolgeinterviews: Konsistente Typik?</i> .....	244
3.2.2.1	<i><u>Erstens</u>: Konsistenz der allgemeinen Textstrategien, Personkonzepte und</i>	
	<i>religiösen Semantik</i> .....	245
	<i><u>Diagramm 1</u>: Umgang mit der Angst vor dem Sterben</i> .....	245
3.2.2.2	<i><u>Zweitens</u>: Konsistenz der spezifischen Sterbehilfesemantik</i> .....	251
	<i><u>Diagramm 2</u>: Vergleich biografischer Erst- und Nachfolgeerzählungen</i> ...251	
3.2.3	<i>Themenzentrierte Experteninterviews</i> .....	255
3.2.3.1	<i>Der vom Patientenkörper faszinierte <u>Spezialist</u> - immer funktionierend</i>	
	<i>bis zum Rückzug</i> .....	255
3.2.3.2	<i>Der Anderen Normen setzende <u>Wegweiser</u> in sachlicher bis</i>	
	<i>dramatischer Ausprägung</i> .....	258
3.2.3.3	<i>Die reflexive <u>Elite</u> in der Ausprägung vom zeitrelativer Vervollkommnung</i>	
	<i>bis zu ästhetischer Stimmigkeit</i> .....	260
3.3	<i>Entsprechungen themenzentrierter Experteninterviews</i>	
	<i>und biografischer Narrationen?</i> .....	265
	<i><u>Diagramm 3</u>: Typenentsprechungen biografischer Narrationen</i>	
	<i>und themenzentrierter Experteninterviews</i> .....	266
<b>Teil 4</b>	<b><i>Das gute Sterben – kommuniziert</i></b> .....	269
4.1	<i>Gesamtüberblick: Ist die hier aufgestellte Typik des Sterbehilfediskurses</i>	
	<i>kohärent und konsistent?</i> .....	269
4.1.1	<i>Ist die hier vorgestellte Typik des Sterbehilfediskurses kohärent?</i> .....	270
	<i><u>Übersicht 1</u>: Parallele Kontextur des Sterbehilfediskurses auf den</i>	
	<i>sozialen Ordnungsebenen</i> .....	270
4.1.2	<i>Unterscheiden sich die sozialen Ordnungsniveaus kategorial?</i> .....	274
	<i><u>Übersicht 2</u>: Kategoriale Eigenart der sozialen Ordnungsniveaus</i> .....	274

4.2	<i>Revision gängiger Topoi des Sterbehilfediskurses</i> .....	277
4.2.1	<i>Die gängigen Topoi des Sterbehilfediskurses: Dimensionen und Charakteristik</i> .....	279
	<i>Übersicht 3: Normative Topoi der Sterbebegleitung</i> .....	279
4.2.2	<i>Sterbebegleitung: selbstverständlich, notwendig oder wie ermöglicht? Revision der Topoi durch materiale Thesen</i> .....	280
4.2.2.1	<i>Teilbarkeit thematischer Inhalte oder Angebot der Gesprächsfolie?</i> .....	280
	<i>Topos 1 „über alles reden!“: Postulat des Teilens von Inhalten</i> .....	280
	<i>Revision durch die materiale These 1 der Gesprächsfolie</i> .....	283
4.2.2.2	<i>Symmetrie von Beziehungen oder Respektieren von Asymmetrien?</i> .....	284
	<i>Topos 2 „gleiche Augenhöhe!“: Postulat der Symmetrie zum Ausgleich von Konfliktpotenzial</i> .....	284
	<i>Revision durch die materiale These 2 der Epoché</i> .....	286
4.2.2.3	<i>Patientenvorsorge: Generell Richtiges oder Alternativen?</i> .....	289
	<i>Topos 3 „Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!“ - generalisiertes Postulat des autonomen Entscheidens</i> .....	289
	<i>Revision durch die materiale These 3 der Vernetzung</i> .....	297
4.2.2.4	<i>Der Neue Mensch der Ars moriendi als Heiler der kalten Gesellschaft oder die Unterscheidung von Unterscheidungen?</i> .....	301
	<i>Topos 4 „Neue Ars moriendi gegen die kalte Gesellschaft!“: Postulat der Heilung der Gesellschaft durch den Neuen Menschen</i> .....	301
	<i>Revision durch die materiale These 4 der Unterscheidung der Unterscheidungen</i> .....	305
4.3	<i>Möglichkeiten, den Sterbehilfediskurs besser zu führen</i> .....	308
4.3.1	<i>Transfer der materialen in formale Thesen</i> .....	309
	<i>Die formale These 1 des Anschlussangebots</i> .....	309
	<i>Die formale These 2 der Perspektivendifferenz</i> .....	309
	<i>Die formale These 3 der Interdisziplinarität</i> .....	311
	<i>Die formale These 4 der Grenze des Sozialen</i> .....	311
4.3.2	<i>Methodologische Implikationen</i> .....	314
4.3.3	<i>Fazit: Wie kann der Sterbehilfediskurs theoretisch, methodisch und praktisch besser geführt werden?</i> .....	319
<b>Teil 5</b>	<b>Schlusswort</b> .....	322
	<b>Literatur, Gesetze, Gerichtsurteile</b> .....	323
	<b>Abstract</b> .....	348
	<b>Lebenslauf</b> .....	349

## Legende

Für alle Texte außer den Zitaten gilt:

Männliche/weibliche Pronomina können, wenn nicht ein Name damit verbunden ist, auch weiblich bzw. männlich gelesen werden.

Für Zitate aus den Interviewtranskripten gilt:

Zitate aus Interviewtranskripten sind nicht mit Anführungszeichen versehen. Sie werden durch Kursivschrift und kleinen Schriftgrad vom übrigen Text unterschieden.

Einzelne Bindestriche kennzeichnen je nach Anzahl kürzere - bzw. längere - - Pausen.

Heben der Stimme ist durch Unterstreichen markiert.

Eckige Klammern: Kürzungen [...]; Bemerkungen der Forscherin

Die Interviewtranskripte sind in aufnahmetechnisch mögliche Spuren, die bei dem jeweiligen Interview von gleicher Dauer sind, eingeteilt. Damit kann die Kennzeichnung der Zitate leserlich gestaltet werden.



## Vorwort

Die Absicht, noch in höherem Alter wissenschaftlich über das Sterbehilfethema zu arbeiten, resultierte aus dem Wunsch, meine Arbeit mit selbst gegründeten Selbsthilfegruppen für Frauen nach Brustkrebs genauer zu fundieren. Insbesondere die Begleitung und Vernetzung von Frauen, die als austerapiert gelten, wollte ich möglichst hilfreich praktizieren.

Dieser Wunsch hat sich im Verlauf der Arbeit unversehens gewandelt. Die ursprüngliche Ausrichtung auf ethische, medizinische, rechtliche Argumentationen gab keine Antworten, sondern warf neue Fragen auf. So wurde die ursprüngliche Frage, was in welchem Fall zu raten und zu tun richtig sei, abgelöst von der Frage, wie wir unter welchen Bedingungen dahin kommen, etwas als richtig, zulässig, hilfreich zu bezeichnen. Die ursprünglich interdisziplinär geplante Arbeit hat sich sozusagen entschieden, eine soziologische werden zu wollen.

Darin, einen Schritt zurück zu tun und nicht nach Gründen, sondern nach Möglichkeitsbedingungen auszuschauen, wurde ich bestärkt nicht nur durch geduldiges Zuhören und behutsame Hinweise, sondern schon durch das arbeitsstrategische Vorbild von Wissenschaftlern verschiedener Fakultäten, insbesondere des Betreuers dieser Dissertation, Prof. Dr. Nassehi, am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Am Beispiel der von ihm zusammen mit Dr. Irmhild Saake und weiteren Wissenschaftlern aus der Soziologie und anderen Fakultäten geleiteten thanatologischen Grundlagenforschung konnte ich nicht nur theoretische, methodologische und materiale Anleitungen gewinnen. Vielmehr konnte ich an diesem Beispiel reflexiver Soziologie lernen, den soziologischen Blick auch auf das eigene Arbeiten zu richten. Für sein Beispiel, wie komplexe Fragen verständlich formuliert und differenziert bearbeitet werden können, danke ich Prof. Dr. Vossenkuhl. Ermutigende Hinweise, unkonventionell und dennoch wissenschaftlich präzise auf die gewählte Thematik zuzugehen, erhielt ich immer wieder von Frau Prof. Dr. Villa.

In erster Linie habe ich freilich den befragten Frauen und den Experten zu danken, die sich zu den ausführlichen Interviews zur Verfügung stellten.

Den Ermutigungen und hilfreichen Widerreden aus dem Freundeskreis – stellvertretend seien Dr. Gisela Matt-Bruno und Dr. Elke Kaufmann genannt – verdanke ich ebenso wie dem Mitdenken meines Mannes Frithjof und dem Verständnis unserer Söhne, Schwiegertöchter und Enkel, dass der schwierige Komplex Sterbehilfe nach wie vor Thema sein darf.

München, März 2008

Eva Koppehele

## Einleitung

„Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“

– dieses Postulat stellen letztlich alle Organisationen und alle Entscheidungsträger auf, die mit Fragen am Ende des Lebens befasst sind. Aber trotzdem türmen sich Verdächtigungen auf, die von der ‚kalten Gesellschaft‘ bis zu den ‚hungrigen Erben‘ reichen, während zugleich Schmerzen gelindert werden, zuhause und in Heimen gepflegt wird, lebenserhaltende Maßnahmen eingesetzt und, wenn nicht mehr hilfreich, abgesetzt werden, ohne dass es zu Streit und gerichtlichen Auseinandersetzungen kommt.

Die Frage, wie der Themenkomplex Sterbehilfe einerseits heiß diskutiertes Problem sein kann, und sich andererseits Probleme am Ende des Lebens pragmatisch lösen, hat sich diese Arbeit zum Thema gemacht. Sie fragt aus soziologischer Perspektive, wie dem modernen Sterben einerseits der Makel der Fremdbestimmung, Medikalisierung, Verrechtlichung, oder aber ein Maß an Selbstbestimmung und Würde zugesprochen werden kann, wie dies nie zuvor der Fall war.

Den Sterbehilfediskurs nicht mit neuen Streitargumenten weiter erhitzen, sondern *soziologisch beobachten* zu wollen, hat zwei Vorteile:

Erstens erlaubt ein lediglich beobachtender Blick, die Eigenarten der Unterscheidungen des Sterbehilfediskurses zu analysieren, zu benennen und zu typisieren. Die Intension (die Bedeutung) meiner Fragestellung beschränkt sich also auf die Beobachtung von Unterschieden.

Zweitens erlaubt der soziologische Zugriff auf das Sterbehilfethema eine universelle Fragestellung: Die Extension (der Umfang) der Untersuchung bezieht sich auf alles Soziale, somit auf alle Kommunikation. Dies macht eine Unterscheidung des Sterbehilfediskurses auf gesellschaftlichem, organisationellem und interaktivem Niveau notwendig.

Diese differenztheoretische Perspektive ist allerdings gegenüber einem von Einheit, Richtigkeit, Wahrheit ausgehenden Mainstream – auch der Soziologie - begründungsbedürftig. Anstelle einer Begründung, die ja wieder nur von Einheit, Richtigkeit, Wahrheit auszugehen hätte, werde ich in Teil 1 der Arbeit einschlägige Forschungsergebnisse aus Studien der Soziologie und aus Nachbardisziplinen beobachten, hinsichtlich der Unterscheidungsweisen ihrer Theorien und Methodologien in Soziologierichtungen unterscheiden, typisieren und am Funktionieren dieser Typisierung meinen differenztheoretischen Zugriff auf das Sterbehilfethema plausibel machen.

So beginnt der Teil 1 bereits mit Unterscheidung, indem er die soziologische Beobachtung als *eine* wissenschaftliche Perspektive des Sterbehilfediskurses unter anderen bezeichnet. Zwar weist er damit der Soziologie keinen Standpunkt außerhalb, sondern innerhalb der Gesellschaft zu. Aber indem sie eine *wissenschaftliche Perspektive* einzu-

nehmen hat, kann die Soziologie schließlich in Form einer strikt reflexiven Theorie den Blick auch auf sich selbst richten. Nicht weil der Typ solch strikt reflexiver Soziologie besser als andere soziologische Typen wäre, sondern weil er etwas sichtbar macht, was jenen verborgen bleibt, fällt meine Wahl auf eine systemtheoretisch informierte, mit äquivalenzfunktionaler Methodik arbeitende Soziologie. So kann im Verlauf der Arbeit auf vorschnelle Parteinahme verzichtet und darauf gesehen werden, wie das Sterbehilfethema nicht nur aktuell jeweils kommuniziert wird, sondern wie es unter anderen Bedingungen potenziell auch anders, aber äquivalent, kommuniziert werden kann.

Teil 1 erfüllt noch eine weitere Funktion: Paradigmatisch zeigt die Soziologie, wie sich Gesellschaft nicht nur in selbstständig fungierende Systeme, sondern auch in Subsysteme ausdifferenziert, die anhand der eigenlogischen Pflege ihrer Semantiken ihre eigenen Unterscheidungen herstellen und so, von außen wenig beeinflussbar und schon gar nicht steuerbar, ihrerseits eigenlogisch operieren.

Da aber die Funktionssysteme als solche keine Entscheidungen treffen können, ja nicht einmal über eine Postadresse verfügen, unter der man ihrer habhaft werden könnte, ist soziale Ordnung nicht mit der Beobachtung des sozialen Ordnungsniveaus *Gesellschaft* allein erklärbar. So wird in Teil 2 und 3 der Arbeit das Laufen des Sterbehilfediskurses auf organisationellem bzw. auf interaktionellem Niveau beobachtet.

In Teil 2 ist es aus der gewählten Position einer strikt reflexiven Soziologie und äquivalenzfunktionalistischen Methodologie möglich, an organisationellen Verlautbarungen die Äquivalente, Alternativen, Bedingungen der (Un-)Möglichkeit, kurz - die Kontingenz der Emergenz, Variation und Stabilisierung von Sterbehilfe aufzuzeigen. Ob Sterbehilfe ein modernes Zufallsprodukt ist, oder ob und welche Gesetzlichkeit das Thema ‚leitet‘, wird daran sichtbar gemacht, wie der Sterbehilfebegriff von einem reinen zu einem – auch in Gut und Böse – ausdifferenzierten Sterbehilfebegriff, und schließlich zu einem neuen, alles subsumierenden Begleitungs-begriff mutiert.

Die Zitierung und Kontextualisierung zahlreicher, vor allem auch konträrer Originaltexte aus Verlautbarungen sowie revidierender oder confirmierender Nachfolgetexte unterschiedlicher fachlicher, berufsständischer, kirchlicher, staatlicher, nichtstaatlicher in- und ausländischer Organisationen soll die Kontingenz dieses Wandels zeigen. Die sich wandelnde Begrifflichkeit wird jeweils Phasen zugeordnet, so dass den Lesern im Rahmen einer thematischen Einführung in den sich wandelnden Sterbehilfekomplex statt der üblichen einen Begriffsliste drei zeit- und vor allem sozialräumlich relative Begriffslisten aufgezeigt werden.

So kann ich zeigen, dass z.B. organisationelle Praktiken immer mit organisationsspezifischem Kommunizieren und Rekurrieren auf Vorentscheidungen einhergehen. Besonders deutlich dürfte dies anhand des unterschiedlichen Verlaufs gesetzlicher Regelungen zur Euthanasie, der Gerichtsentscheidungen zum Behandlungsabbruch und der Gesetz- und Musterentwürfe zur Patientenvorsorge zu beobachten sein. Insbesondere aus Ver-

lautbarungen zur Implementierung der Palliativmedizin und der Hospizlichkeit wird zielt, um der Frage nachzugehen, welche Funktionen diese Verlautbarungen ausüben. Auch Teil 2 erfüllt also – neben seiner Funktion thematischer und begrifflicher Einführung - eine weitere Funktion: Er beobachtet den Sterbehilfediskurs auf dem sozialen Ordnungsniveau der Organisation. Auf diesem Niveau geht es um das Fällen und mehr oder weniger sanktionsbewehrte Durchsetzen von organisationsinternen Entscheidungen.

In Teil 3 wird der traditionellen Ratio der Empirie entsprochen: Biografische Narrationen mit Betroffenen und themenzentrierte Interviews mit Experten sollen zeigen, wie das Sterbehilfethema in der Interaktion kommuniziert werden kann – und wie nicht -, und was dabei geschieht.

Hier ist mir besonders daran gelegen, typische Kommunikationsweisen des Sterbehilfethemas nicht als etwas aus dem sozialen Leben Herausgehobenes, sondern als sozial Geschaffenes auszuweisen. Daher stelle ich die Typen biografischer Narrationen sehr ausführlich in Form einer doppelten Analyse vor, indem ich sie erstens themenübergreifend und zweitens hinsichtlich des Sterbehilfethemas analysiere.

Die Darstellung der Analyseergebnisse der themenzentrierten Experteninterviews kann sich dann auf wenige Beispiele konzentrieren, denn es kommt mir darauf an, nicht so sehr Inhalte, sondern ihre Art zu operieren mit der Typik der biografischen Narrationen zu vergleichen. So wird der Frage nachgegangen, ob sich diese Typik als Gesetzmäßigkeit bewährt.

Auch Teil 3 hat also neben seiner Funktion, das Sterbehilfethema als *interaktive* Kommunikation vorzuführen, die zweite Funktion, zu zeigen, wie *Kommunikation* auf diesem einfachsten sozialen Ordnungsniveau funktioniert.

In Teil 4 wird der Versuch unternommen, aus den Typisierungen von Betroffenen und Experten – letzteren als Sprechern gesellschaftlicher Funktionssysteme – Passungen herzustellen und den Phasentypen organisationeller Verlautbarungen zuzuordnen. So soll – hypothetisch – untersucht werden, ob und wie sich Betroffene und Experten in soziologischem Sinn im Hinblick auf Sterbehilfeformen und Patientenvorsorge ‚verstehen‘ können. Über diese materialen Ergebnisse hinaus können epistemische Erwartungen in – nicht nur soziologischen - Theorien und Methodologien revidiert werden. Letztlich kann so auf die Potenz vielgestaltiger Alternativen der Sterbehilfekommunikation aufmerksam gemacht werden.

In Teil 5 schließt ein Ausblick auf bislang wenig und/oder unter anderen Perspektiven untersuchte Themen an. Er zeigt, wie im Rahmen interdisziplinärer Forschungsarbeit die brisante Kombination von Sterben mit Helfen und Begleiten weiter entfaltet werden kann. Er zeigt auch, was sich durch die Einnahme der in Teil 1 explizierten theoretischen und methodologischen Perspektive einer strikt reflexiven Soziologie ändert.

## Teil 1 Der so genannte gesellschaftliche Diskurs des Sterbehilfethemas

In Abschnitt 1.2 wird am Beispiel der Soziologie beobachtet, wie der Sterbehilfe-Komplex auf der sozialen Ordnungsebene (oder genauer: auf den sozialen Ordnungsniveaus) der *gesellschaftlichen Funktionssysteme* kommuniziert wird. Eine kurze Einführung in die dabei verwendete Begrifflichkeit erfolgt in Abschnitt 1.1.

### 1.1 Gesellschaftlicher Diskurs und die drei sozialen Ordnungsniveaus

Der Term *gesellschaftlicher Diskurs* wird allgemein als Bezeichnung für zugängliche politische, rechtliche, religiöse, wissenschaftliche (u.a. soziologische) etc. Argumentationsweisen zu aktuell interessierenden Themenkomplexen gebraucht. Der Term *gesellschaftliche Funktionssysteme* wurde von strukturfunktionalistisch orientierten Soziologen wie TALCOTT PARSONS (z.B. <sup>4</sup>1996; zuerst 1972) ausgearbeitet und von funktional strukturalistisch orientierten Soziologen wie NIKLAS LUHMANN (z.B.1975) als Arbeitsbegriff gebraucht. Zwar soll dieser Term dazu verhelfen, auf die Entwicklung sozialer Ordnung zu sehen. Aber schon die häufige Antagonisierung von Individuum und Gesellschaft oder von Lebenswelt und Funktionssystemen lässt daran zweifeln, ob die Herstellung sozialer Ordnung schon mit der Beschreibung jener Funktionssysteme erklärt werden kann. Hinzu kommt nämlich, dass die gesellschaftlichen Funktionssysteme häufig zu Überpersonen hypostasiert und als *die* Politik, *das* Recht, *die* Religion, *die* Soziologie etc. für gesellschaftliche Mängel und deren Beseitigung verantwortlich gemacht werden.

#### *Diskurs – nicht nur in gesellschaftlichen Funktionssystemen*

Um zu zeigen, was Funktionssysteme vermögen und was nicht, soll daher ihre Intension und ihre Extension kurz beschrieben werden:

Ihre *Intension*, also Bedeutung, erhalten gesellschaftliche Funktionssysteme, indem sie in Selbst- und Fremdbeschreibungen als sich in historischen Prozessen von einander weg differenzierende, jeweils eigenständig nebeneinander gesellschaftskonstitutiv funktionierende soziale Systeme dargestellt werden. In der modernen westlichen Gesellschaft der Gewalten-, Arbeits-, Funktionsteilung konnten sie sich z.B. als Rechts-, Wissenschafts-, Politik-, Wirtschafts-, Kunst-, Gesundheits-, Familien- System sowohl aus der selbstverständlichen Rollenverteilung tribaler Gemeinschaften wie auch aus der Unterordnung unter oberste Instanzen hierarchisch geschichteter Gesellschaften emanzipieren. Dieser Emanzipationsprozess läuft weiter: Aus Funktionssystemen emanzipieren sich weitere Subsysteme, indem sie z.B eigene Begrifflichkeiten entwickeln und sich so gegen mythische oder absolutistische oder rationalistische Ansprüche jeweils anderer Funktions- und Subsysteme immunisieren.

Die *Extension*, also der Umfang gesellschaftlicher Funktionssysteme kann nur analytisch gesetzt werden. Zwar verführt der Umstand, dass der Gebrauch spezifischer Unterscheidungen den Funktionssystemen zugeschrieben werden kann, leicht dazu, den solchermaßen konstituierten Funktionssystemen auch Steuerungsmacht zuzuschreiben. Aber wenn auch der gute Tod in rechtlichen Argumentationsfiguren, welche legitime und illegitime Sterbehilfeformen unterscheiden, oder in politischen Diskursen, in welchen es um die Mehrheitsfähigkeit von Entscheidungen geht, jeweils eigenlogisch diskutiert wird, so werden damit noch keine Entscheidungen getroffen, sondern es wird nur über diese Dinge geredet, debattiert, argumentiert, reflektiert.

Es reicht also nicht hin, nur den auf dem sozialen Ordnungsniveau der ausdifferenzierten Funktionssysteme laufenden Diskurs zu beobachten. Dass es z.B. bei den Themen Leben und Tod um mehr geht als nur um das, was in ausdifferenzierten Funktionssystemen kommuniziert wird, legt WERNER SCHNEIDER (1999) mit Hilfe seines von Foucault übernommenen *Dispositiv-Begriffs* dar. Der so erweiterte Diskursbegriff enthält demnach alle Kommunikation, auf welchen sozialen Ordnungsniveaus auch immer sie stattfindet oder möglich ist. Unter Rezeption von REINER KELLERS (1997: 318) „soziologisch verstandene(r) Diskursanalyse“ (zit. in SCHNEIDER (1999: 109f)) stellt WERNER SCHNEIDER (1999) „Diskurse, Diskurs-Inhalte und Diskurs-Praktiken [...] immer als „kontextualisierte“ vor, weshalb „neben ihrer inhaltlich-materialen Rekonstruktion auch ihr gesellschaftliches und historisches Umfeld, die anderen Diskurse, auf die sie sich beziehen, zu berücksichtigen“ sei. Ausgehend von dieser Kontextualisierungsthese kann er ein Gesellschaftsbild zeichnen, welches den Tod in der Moderne als Konstrukt von Diskursen zeigt. Indem z.B. der Hirntod diskursiviert werde, erfahre der Tod eine „Transformation“, welche die Unsicherheit des Todeseintritts beseitige und so den Tod im Voraus bearbeitbar mache (Stichwort: Organspenderausweis). Der so gesellschaftlich „vereinnahmt (e)“ Tod müsse nicht mehr verdrängt werden (: 285).

An der Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Funktionssysteme zeigen – unter vielen Anderen - auch ALOIS HAHN und MATTHIAS HOFFMANN (2007), dass Tod und Sterben *sozial* erzeugt und modifiziert werden. Indem die Semantiken jener Funktionssysteme den Tod zu „benennbare(r)“ Befürchtung werden ließen (: 12), löse er keine Angst mehr aus. Diese Beobachtung zeigt: Was einen Namen hat, ist adressierbar, angreifbar, abwehrbar. Allerdings stellen die Autoren an jene Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Funktionssysteme hohe analytische Anforderungen. So verorten sie die Hospizbewegung zwar einerseits als eine gesellschaftliche Reaktion auf das Krankenhaus, welches auf Sterbende nicht eingerichtet sei. Aber andererseits erkennen sie ihr nicht den Status eines „Definiens“ einer neuen Epoche zu (: 6), weil sie es bislang nicht fertiggebracht habe, Mängel in der Ausbildung der Ärzte und Schwierigkeiten bei der Integration in Krankenhäuser zu beseitigen (: 7). Implizit machen diese Autoren mit ihrer Kritik darauf aufmerksam, dass es nicht hinreicht, nur das soziale Ordnungsniveau ausdifferenzierter oder in Ausdifferenzierung begriffener gesellschaftlicher Funktionssysteme zu beobachten.

Darauf, dass auch der auf dem *sozialen Ordnungsniveau Niveau der Interaktion* laufende Diskurs beachtet werden muss, verweisen ALOIS HAHN und MATTHIAS HOFFMANN (2007) sogar – implizit - selbst mit ihrer Relativierung der schon traditionell gewordenen Verdrängungsthese: So laufe die „Pointe“ einer modernen „Theorie der Todesverdrängung“ schon bei Armin Nassehi und Georg Weber (1989) darauf hinaus, dass Verdrängung nicht eine Ursache, sondern eine strukturnotwendige Folge funktionaler Ausdifferenzierung der Gesellschaft sei. Wie oben erwähnt, habe zwar der Tod für die Individuen durch Benennbarkeit sein Angstpotenzial schlicht verloren. Aber gleichzeitig könne das Individuum „seine je eigenen existenziellen Nöte nicht mehr adäquat in gesellschaftliche Kommunikation einbringen oder aus ihr entsprechende sinnstiftende Angebote beziehen“ (: 9), so dass nicht der Tod, wohl aber das Sterben zum sozialen Problem geworden sei (: 20).

Dass die Lösung dieses sozialen Problems nicht allein auf dem Niveau ausdifferenzierter Funktionssysteme gelöst werden kann, zeigt auch die Einseitigkeit der SCHNEIDERSCHEN (1999) These des von FOUCAULT übernommenen *Gesundheitsregimes*: Damit schreibt er einigen wenigen ausdifferenzierten Funktionssystemen – dem Gesundheitswesen, dem Recht, der Politik - eine die Gesellschaft geradezu instrumentalisierende Täterschaft zu. Den empirischen Nachweis dafür, dass jene hypostasierten Funktionssysteme adressierbar und steuerbar sind, muss SCHNEIDER allerdings schuldig bleiben.

Dies hängt damit zusammen, dass die genannten Soziologen zwar aus soziologischer Sicht die Gegenstände wie Tod, Sterben und Sterbehilfe als kommunikativ erzeugte und damit als *soziale Konstrukte* vorstellen. Aber wie viele andere fragen sie nicht danach, ob das Sterbehilfethema nur argumentativ (also auf dem sozialen Ordnungsniveau der ausdifferenzierten Funktionssysteme), oder nur unter Anwesenden (also auf dem sozialen Ordnungsniveau der Interaktion), oder auch in Verbindung mit mehr oder weniger sanktionierbaren Entscheidungen (also auch auf dem organisationellen Ordnungsniveau) kommuniziert wird.

Der Gebrauch des *Diskursbegriffs* kann also nach diesen Befunden nicht auf Argumentationen und damit nicht auf die auf dem sozialen Ordnungsniveau der ausdifferenzierten Funktionssysteme stattfindende Kommunikation beschränkt werden.

Der Diskursbegriff schließt vielmehr zweitens die auf dem Niveau organisationaler Entscheidungen und drittens die in Interaktionen unter Anwesenden aktuell stattfindende, stattgefundene und potenziell mögliche Kommunikation ein.

Damit bedeutet das aktuelle und potenzielle Gesamt aller Kommunikation nicht mehr und nicht weniger als *Gesellschaft*.

Von welchem Ort aus kann nun diese – in weitem Sinne gesellschaftliche - Kommunikation des Themenkomplexes Sterbehilfe-Sterbebegleitung wissenschaftlich beobachtet werden?

*Soziologie als Paradigma gesellschaftlicher Funktionssysteme*

Von Anfang an konstituiert sich die Soziologie als eine wissenschaftliche Disziplin, die Gesellschaften und inzwischen das Gesellschaftsganze wissenschaftlich beobachtet. Dabei stellt sie sich selbst als ein ausdifferenziertes System neben anderen vor, welches sich zur Aufgabe macht, auch sich selbst als Teil der Gesellschaft zu reflektieren. Ihren wissenschaftlichen Status schafft sie sich also, indem sie sich nach NIKLAS LUHMANN (1997) als Reflexionssystem der Gesellschaft konstituiert. Ihren operativen Ort kann sie demnach nicht außerhalb, sondern ausschließlich innerhalb der Gesellschaft innehaben. Soziologie kann also als ein gesellschaftlich ausdifferenziertes System aufgefasst werden, dessen Funktion in der Beobachtung der Gesellschaft besteht – was, wie gezeigt, gleichbedeutend ist mit der Beobachtung jeder aktuellen und potenziellen Kommunikation – ihre eigene eingeschlossen.

Nach NIKLAS LUHMANN (1997: 38) muss also über jede Kontext-These und ihre „paradoxe Forderung“, „immer das mitzuerheben, was nicht gesagt wird, wenn etwas gesagt wird“, hinaus, immer auch auf „alle dort gebrauchten Sinnformen“, also Begrifflichkeiten, gesehen werden, die „eine andere Seite haben, die einschließt, was sie für den Moment ihres Gebrauchs ausschließen“. Von Anfang an setzt ein solch umfassender Kommunikationsbegriff also einen „differentialistischen Ansatz der Theorie“ voraus. Diesen differenztheoretischen Ansatz bietet eine Soziologie, die Konzepte dafür entwickelt hat, *Unterscheidungen* – und zwar auch ihre eigenen Unterscheidungen – *zu beobachten, zu bezeichnen und hinsichtlich ihrer typischen sozialen Funktion auf den unterschiedlichen sozialen Ordnungsniveaus zu unterscheiden*.

Freilich könnte auch der rechtliche, religiöse, medizinische Diskurs des Themas als solches Beispiel perspektivischer Beobachtung vorgestellt werden. Aber das Interesse der Arbeit liegt nicht darin, alle auf dem Ordnungsniveau gesellschaftlicher Funktionssysteme laufenden Diskurse abzuarbeiten. Vielmehr soll hier auf die Unterschiede der Niveaus sozialer Ordnung aufmerksam gemacht werden, auf welchen der Sterbehilfediskurs geführt wird. Diese inhaltliche Unvollständigkeit soll durch folgende Vorteile aufgewogen werden:

- Soziologie als *eine* unter anderen Perspektiven des auf dem Ordnungsniveau gesellschaftlicher Funktionssysteme laufenden Sterbehilfe-Diskurses vorführen zu können,
- auf diesem sozialwissenschaftlichen Niveau soziologische Theorien über den guten Tod zu unterscheiden und zu typisieren
- damit eine Grundtypik zu schaffen, von der aus in Teil 2 der auf dem organisationellen Niveau und in Teil 3 der auf dem interaktionellen Niveau laufende Sterbehilfediskurs beobachtet werden soll
- und damit diese Arbeit als einen neuen sozialwissenschaftlichen Zugriff auf das Thema Sterbehilfe-Sterbebegleitung zu positionieren.

Wird nun Ernst gemacht mit dem Vorhaben,



erstens Soziologie nicht mit der Beobachtung von Einheit, sondern von Differenz zu beginnen und

zweitens auch die eigene Kommunikation in die Beobachtung einzubeziehen, dann kann nicht nur von LUHMANN'S (1997: 36) „zwei Soziologien“ die Rede sein. Vielmehr kann dann Soziologie als ein Sammelbegriff für sich sozialräumlich und zeitlich, also historisch kontingent entwickelnde Möglichkeiten höchst unterschiedlicher Beobachtung von Gesellschaft verwendet werden. Im nächsten Abschnitt wird nun gezeigt, wie hoch variabel die Soziologie das Sterbehilfethema kommuniziert, und wie sie selbst anhand ihrer jeweils eigenen Unterscheidungen in verschiedene Typformen unterschieden werden kann.

## 1.2 *Wie leistet die Soziologie ihren Beitrag zum Sterbehilfediskurs?*

Gerade zur Beantwortung von Grenz-Fragen im weiten Wortsinn erscheint das wissenschaftliche Funktionssystem Soziologie traditionell prädestiniert: Von ihrem Beginn an betrachtet die Soziologie Gesellschaften als kollektive Subjekte, welche die Menschen als individuelle Subjekte begrenzen, aber auch Sinn gebend und schützend umgrenzen. So macht sie sich immer schon zur Aufgabe, Gesellschaft(en) hinsichtlich ihrer Veränderungen kritisch zu beobachten, Ursachen von Sinnverlust und Missständen aufzudecken und Programmvorschläge für inhaltliche und strukturelle Restaurationen zu unterbreiten. Die modernen Individuen fasst sie als das sich - selbst- oder fremdverschuldet – von dem gemeinsamen Ganzen ausgrenzende Personal der Gesellschaft auf und fordert dessen (Wieder)-integration durch Zugehörigkeit in Gemeinschaften, in welchen jedes Individuum lernen soll, die objektiv geteilten Werte solcher Gemeinschaften zu achten und zu pflegen.

Allerdings scheinen auch Soziologierichtungen auf, die sich nicht als Retter oder Kritiker, sondern selbst als Mitkonstituenten von Gesellschaft begreifen. Um die vorliegende Arbeit soziologisch zu positionieren, steht also die Entscheidung darüber an, ob von der Einheit der Begrifflichkeiten, Steuerung und Konsens ausgegangen oder ob die Aufmerksamkeit zuerst auf Differenz und Kontingenz gelenkt werden soll. Schon diese Entscheidung fällen zu wollen, bedeutet, auf Unterschiede sehen, also mit Differenz beginnen zu wollen.

Werden nun soziologische Weisen des Umgangs mit dem Thema Tod und Sterben danach unterschieden, wie sie jeweils selbst ihre Unterscheidungen herstellen, dann können sie drei Hauptgruppen zugeordnet werden:

Eine erste Gruppe geht von selbstverständlicher Einheit alles Sozialen aus. Sie setzt die Erzielbarkeit von Konsens voraus – und sei es auch nur über das Vorliegen von Dissens. Sie bietet sich als sozialpädagogischer bzw. sozialtherapeutischer Rettungseinsatz oder als Anderen passende Daten liefernde Soziologieform an.

Einer zweiten Gruppe können normative Soziologieformen zugeordnet werden, die Anderen strenge Regeln geben wollen.

Eine dritte – reflexive - Gruppe kann ihrerseits in drei Varianten reflexiver Soziologieformen unterschieden werden. Im Gegensatz zu den beiden ersten Formgruppen versuchen diese reflexiven Subgruppen nicht als Retter der Gesellschaft zu funktionieren oder zuerst eigene Vorschriften aufstellen, sondern ihre eigene Kommunikation zu reflektieren. Aber sie treiben ihre Reflexivität unterschiedlich weit. So kann erstens eine bei aller Reflexivität sich dennoch instrumentalisierende oder zweitens eine dennoch normative Soziologieform von einer dritten strikt *selbstreflexiven* Soziologieform unterschieden werden.

Diese differenztheoretische Perspektive macht es möglich, nun exemplarisch einige Theoriekonzepte als Belege für die hohe Varianz vorzustellen, mit welcher das gesellschaftliche Funktionssystem Soziologie das Sterbehilfethema kommuniziert. Zugleich kann gezeigt werden, wie sie dabei jeweils das Bezugsproblem ihrer Wissenschaftlichkeit zu lösen versucht.

### *1.2.1 Form funktionalisierter Soziologie: Als gesellschaftliches Heilmittel funktionieren und passende Daten liefern*

Eine Soziologieform, welche sich selbst – z.B. in Gestalt von Medizinsoziologie, Sozialpsychologie, Sozialpädagogik oder christlicher Sozialethik - als gesellschaftliches Heilmittel anbietet, koppelt sich eng an Theorien anderer Funktionssysteme und macht sich – ähnlich der sich instrumentalisierenden Bereichs-Ethiken – zum Werkzeug der Institutionalisierung und Binnendifferenzierung anderer sozialer Systeme. So braucht nicht zu verwundern, wenn solche Richtungen nicht die von Durkheim geforderten sozialen Tatsachen *sui generis*, sondern Anderes – etwa ärztliches Selbstverständnis, oder christliche Moral oder grundgesetzlich verankerte Werte – sichtbar machen.

Wie sich Sozialwissenschaft instrumentalisiert, indem sie Methoden für Forschungsvorhaben zur Verfügung stellt, die in hoch normativen Kontexten eingesetzt werden, soll am Beispiel einer rechtssoziologischen quantitativen Totalerhebung der FORSCHUNGSSTELLE ZUM RECHT DES GESUNDHEITSWESENS der Universität zu Köln (Stand September 2004) gezeigt werden.

Die Beschreibung des Studiendesigns klingt objektiv, denn die so genannte Totalerhebung suggeriert umfassenden Erkenntnisgewinn über die vormundschaftsgerichtliche Praxis hinsichtlich Sterbehilfe und Patientenverfügungen. Mit der postalischen Durchführung der Befragung sämtlicher Vormundschaftsrichter in Deutschland soll der Forscher aus dem Feld - formal - herausgehalten werden. Aber inhaltlich ist von vornherein alles klar:

Erstens beansprucht der Leiter des Projekts, einen privilegierten Standpunkt einnehmen zu können, indem er das Verfassungsrecht als „Sinnmitte“ und „moralischen Kern“ des Rechts des Gesundheitswesens zur theoretischen Ausgangsposition seiner sozialrechtlichen Untersuchung macht.

Zweitens werden für die Finanzierung des Projekts neben Haushaltsmitteln auch Mittel durch die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG zur Verfügung gestellt, deren Justiziar in Personalunion als Leiter des Studienprojekts fungiert. Die Studie steht also von vornherein im Kontext einer hoch normativen NGO der Hospizbewegung.

Drittens werden bei einer solchen quantitativ angelegten, postalisch durchgeführten Frageaktion vorformulierte Fragen und Begrifflichkeiten vorgegeben. Das „idealtypische“ Ergebnis ist vorhersehbar: Vormundschaftsrichter können nur rechtlich entscheiden, müssen sich aber an moralischen Vorgaben der Hospizbewegung orientiert zeigen.

Um dem Dilemma der Indoktrination der Befragten durch vorformulierte Begrifflichkeiten zu entgehen, wird in anderen Studien der Methodenmix, also das Verfahren quantitativ-qualitativ durchgeführter Studien, eingesetzt. Aber auch der Methodenmix bewahrt z.B. medizinsoziologische Studien noch nicht vor Funktionalisierung, sobald sie Begrifflichkeiten und Argumentationsfiguren Anderer teils unreflektiert übernehmen, teils unreflektiert negieren. Als Beispiel soll die Studie von MARTIN DORNBERG (1997) auf ihre Selbstfunktionalisierung hin beobachtet werden.

Die Begrifflichkeit für seine Studie *Angefragt: Sterbehilfe. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte - Ergebnisse einer Befragung und medizinethische Bewertung* entnimmt MARTIN DORNBERG aus seinem Kontextwissen als Arzt und aus seiner Literaturrecherche. An den Anfang stellt er zur Information des Lesers eine Begriffsliste zum Thema Sterbehilfe, ohne allerdings dazuzusagen, um wessen Begrifflichkeiten es sich handelt.

Der Forschungsbericht des empirischen Teils besteht aus quantitativen Analysen von Daten, welche aus Ankreuzungen sowie aus frei formulierten Antworten auf vorformulierte Fragen in verschickten Fragebögen oder Interviews gewonnen wurden. Einem Teil dieser Fragen sind Fallbeschreibungen vorangestellt, die den Informanten dazu dienen sollen, sich in Situationen hinein zu versetzen und aus dieser fiktiven Perspektive ihre Einstellungen zu Problemen am Ende des Lebens zu äußern.

DORNBERG richtet die Formulierung seiner Interviewfragen und seiner Typisierung an der Nomenklatur von Medizinethikern und Gerichtsurteilen aus. Er übernimmt *deren* Einteilung von Sterbehilfeformen nach aktivem Tun und passivem Unterlassen, *deren* Untereinteilung nach Kategorien wie Patientenwille oder Motiviertheit des Arztes und *deren* Bewertung (: 7f). Aus der Häufigkeit der Befürwortung oder Ablehnung ärztlicher Maßnahmen wie etwa der künstlichen Flüssigkeitszufuhr schließt er ethische Relevanz (: 26, Abb. 6), ohne zu zeigen, wie es zu diesen Stellungnahmen kommt.

Auch die Methode seiner Literaturanalyse reflektiert er nicht auf ihre selektive Ausrichtung hin. Zwar benimmt sich der Text des Forschungsberichts auf den ersten Blick deskriptiv, indem er sowohl gegen als auch für eine gesetzliche Regelung der Euthanasie plädierende Beiträge zitiert. Mehrheitlich verweist DORNBERG jedoch auf solche Texte, die sowohl die Studien zur gesetzlichen Regelung der Euthanasie in den Niederlanden als auch die Durchführung jener Regelung kritisieren, während er Aspekte jener

Originaltexte weglässt (: 52). Für Deutschland nimmt er in Gegensatz zu den Auslandsstudien – spekulativ - eine wesentlich geringere Grauzonen-Rate an. Dabei zieht er den Umstand, von ursprünglich geplanten Interviews auf anonyme Fragebögen ausweichen und einen geringen Rücklauf der verschickten Fragebögen hinnehmen zu müssen, nicht als Indiz für eine erheblichere Grauzone in Deutschland in Betracht.

Stellenweise gibt sich die DORNBERG-Studie zunächst neutral, indem die eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe fordernde *Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1989)* und liberal argumentierende Medizinethiker zitiert: Als „denkbar“ wird sogar die „aktive freiwillige Sterbehilfe als ultima ratio innerhalb der strengen Regeln einer meist langandauernden Arzt-Patienten-Beziehung“ thematisiert (MARTIN DORNBERG 1997: 54 - 57). Aber in ihrem Fazit verweist die Studie sehr deutlich auf ihre begriffliche und argumentative Bindung an eine ganz bestimmten medizinethische Richtung ganz bestimmter medizinethischer Organisationen, in deren Rahmen überhaupt keine - aktive oder passive - *medizinische* Maßnahme als aktive Sterbehilfe interpretiert werden darf. Differenzierungen, die zunächst im Verlauf des Textes vorgenommen werden - etwa die Unterscheidung nützlicher von nur noch belastender Behandlung -, verschwinden im Fazit der Studie: Indem ein Immer-Behandeln, Begleiten, statt so genannter aktiver Sterbehilfe befürwortet wird, werden nicht beide, sondern nur die eine Seite der Aktiv-Passiv-Unterscheidung durchgetragen.

Wie funktioniert die Dornberg-Studie?

Erstens konstituiert sie Ärzte, bei denen gegebenenfalls die Unabsichtlichkeit der Verursachung des Todes durch potente Symptomkontrolle außer Frage steht.

Zweitens konstituiert sie Patienten, die, geführt durch den Arzt, anhand von beispielhaften Fallgeschichten ihr Wertesystem hinsichtlich Fragen am Ende des Lebens sinnvoll ausbilden sollen.

Ob mit solchen Interview- und Studienmethoden die wirkliche Einstellung der Befragten oder aber sozial Erwünschtes in Erfahrung gebracht wurde, können wir nicht wissen. Aber unstreitig fungiert die als Dissertation eingereichte Studie im Sinne der Zielerreichung jener universitär-medizinethischen Organisation, in welcher medizinethisch geschulter Nachwuchs herangebildet werden will.

Nicht genuin Soziologisches, sondern Anderes 'findet' die Sozialforschung insbesondere dort, wo sie sich zur Lieferantin passender Daten macht <sup>1</sup>. So kann es geschehen, dass sie sich in Befragungsaktionen einlässt, in welchen die Fragen durch entsprechende Begriffswahl bereits implizit im Sinne der jeweiligen Auftraggeber beantwortet sind. Dass

---

<sup>1</sup> Wie z.B. MARGIT DRESEL (2001) zeigt, wurden eklatante Differenzen von Befragungsergebnissen aus dem Jahr 2000 methodisch erzeugt: Die im Auftrag der Deutschen Hospiz Stiftung von EMNID vorweg über Palliativmedizin aufgeklärten und dann zur Euthanasie befragten Bundesbürger befürworteten eine gesetzliche Regelung der Euthanasie in Deutschland nur zu 35,4%, während die im Auftrag der Gesellschaft für Humanes Sterben DGHS über FORSA ohne vorangestellte ‚Aufklärung‘ durchgeführte Befragung eine Befürwortungsrate von 79% ergibt. Allerdings zeigt Dresel nicht, dass *jede* der beiden Befragungen interessengeleitet und damit perspektivisch erfolgt.

Befragungsergebnisse je nach Auftraggeber dann divergieren, muss aber nicht gegen die Denkweise der einen oder der anderen auftraggebenden Organisation sprechen. Vielmehr muss sich eine solchermaßen selbst gefügig machende soziologische Forschung nach ihrer Unterscheidungsfähigkeit und somit nach ihrer wissenschaftlichen - und damit letztlich gesellschaftlichen - Leistungsfähigkeit fragen.

Diese Hinweise sollen genügen, um erstens zu zeigen, wie eine sozialwissenschaftliche Beobachtung des Sterbehilfethemas ihren wissenschaftlichen Status nur dann halten kann, wenn sie Vorgaben Anderer nicht Eins zu Eins übernimmt, sondern zunächst die Kontexte der jeweiligen Organisationen, von welchen sie beauftragt ist, und welcher sie Daten liefert, hinterfragt.

Zweitens zeigt sich, dass soziologisches Wissen zum Themenkomplex Sterbehilfe-Sterbebegleitung als ein Wissen sichtbar gemacht werden muss, welches aus sehr unterschiedlichen Perspektiven geschaffen wird. So werden nun Varianten solcher Soziologien gezeigt, die das Sterbehilfethema aus ihrer Perspektive bereits vorweg *normieren*.

### 1.2.2 *Form normativer Soziologie: Die Welt nach eigener Norm verbessern*

Normative Soziologievarianten liefern eine Anamnese gesellschaftlichen Wandels, die eine Bewegung weg von religiös fundierter, hierarchisch geordneter, familiär tradiertter Wertegemeinschaft konstatiert. Sie diagnostizieren dementsprechend Gesellschaft als pathologisch deformierte, prognostizieren aber auch mögliche Fortentwicklung und bieten Heilprogramme zu gesellschaftlicher Erneuerung an.

So setzt etwa ÉMILE DURKHEIM (1983) erhöhte Suizidraten in Verbindung mit einer Sättigung der Individuen und ihrer Geringschätzung sozialer Pflichten. Den Großteil jener Suizide identifiziert er als anomisch, also egoistisch, und somit als „Anzeichen [...] einer moralischen Misere der Gesellschaft“ (: 15). Auf dieser doppelten Mängeldiagnose fußt seine Forderung, Berufsgruppen sollten sich dem „Einfluss des Staates“ unterstellen, um als soziales Milieu die „despotische Macht der Gewohnheit“ bei den Individuen zu überwinden, ein „ständiges Solidaritätsgefühl bei ihnen erwecken“ (: 453f) und so den egoistischen Überdrusselbstmord einzudämmen. Gemäß seinen Regeln zur *Betrachtung der soziologischen Tatbestände* (Ders. 1961: 115-130) identifiziert er die „soziale Selbstmordrate“ (Ders. 1983: 35) paradigmatisch als „eine neue Tatsache sui generis (: 30)“, die er durch „im eigentlichen Sinne soziale Ursachen“ erklärt und so als kausales, zeit- und gesellschaftsformabhängiges soziales Phänomen zum „Gegenstand“ seiner Arbeit macht (: 37).

Aber dass er es ist, der die praktische Implementierung einer im Rahmen moderner Arbeitsteilung über Berufsgruppen wieder zum Ganzen hinführenden besseren organischen Solidarität anstelle der ohnehin nicht mehr funktionierenden mechanischen Solidarität der Herkunftsgruppen – kausalistisch – als Mittel zur Heilung fragmentierter Identitäten anbietet, sagt er nicht dazu. Wenn aber jenen staatsnahen beruflichen Ge-

meinschaften ausschließlich intrinsische Gutheit zugeschrieben wird, muss z.B. die Möglichkeit, dass sie einen Zwangscharakter entwickeln können, ohne weitere Reflexionen ohne bestimmte Negation schlicht weggelassen werden. Damit legt sich diese Soziologieform jedoch einen einseitigen theoretischen Zuschnitt zu. Dies ist dadurch möglich, dass sie weder den empirischen Nachweis liefert noch Garantie dafür übernimmt, dass Mitglieder solcher Wertegemeinschaften die erwünschten neuen Orientierungen leben können.

Das in DURKHEIMS *Le Suicide* (erste Veröffentlichung 1897) erhobene und bis in die Gegenwart immer wieder rezipierte Postulat, staatsnahe, an politisch anerkannten Normen ausgerichtete Wertegemeinschaften zum eigenen Besten der sich darin engagierenden Bürger und zur Verbesserung der Gesellschaft zu institutionalisieren, muss freilich immer von Anderen - in diesem Beispiel vom Staat, von den berufsständischen Verbänden und vor allem von den Individuen selbst - verwirklicht und einschließlich aller Folgen getragen werden. Zur Schaffung wertegeladener Gemeinschaften aufzurufen, wie dies z.B. auch JEREMY RIFKIN (2002) unternimmt <sup>2</sup>, garantiert eben noch nicht ihre Herstellung.

Zu fragen wäre, ob solche neuen Solidargemeinschaften die ihnen zugeschriebene intrinsische Gutheit aufzuweisen vermögen, und/oder unter welchen Bedingungen sonst solche auf Werte und Normen zielenden Gruppierungen einen Beitrag zu gesellschaftlicher Verbesserung zu leisten vermögen. <sup>3</sup>

Dass die Einlösung eines Anspruchs nicht mit seiner Behauptung garantiert ist, kann auch an dem Parsonsschen Soziologiekonzept gezeigt werden:

Die Handlungstheorie von TALCOTT PARSONS (1994 (1989 aus Nachlass veröffentlicht, Manuskript wahrscheinlich 1939 beendet) zeigt, welchen Status bei ihm ein interessierender Forschungsgegenstand zugewiesen bekommt: Aus theoretischer Perspektive sucht PARSONS das Soziale in realen Handlungen. Dabei müsse erstens das empirische Muster „direkt beobachtet“ werden – etwa wie der Handelnde „dazu neigt, ein

---

<sup>2</sup> JEREMY RIFKIN (2002) spricht nicht nur ideellen Werten, sondern auch materiellen Gütern eine intrinsische Gutheit zu. Das *Verschwinden des Eigentums* durch Verkommerzialisierung von Natur und Kultur will er durch sein Programm der Wiederherstellung „starker Gemeinschaften in ihren konkreten Umfeldern“, bremsen. So werde „lokale Kultur zu einer kohärenten, selbstbewussten politischen Kraft“, ja, zur „Bestätigung des Lebens“ (: 346-347).

<sup>3</sup> Der Arzt FRANK KÖNIG (2001) berichtet über die *Suizidalität bei Ärzten*. Bei dieser Berufsgruppe, die ja ihres brüderlichen Gemeinschaftsethos wegen gegen Suizidalität gefeit sein müsste, liege die „Prävalenzrate psychiatrischer Erkrankungen sowie die Suizidrate über der Allgemeinbevölkerung“, wobei Ärztinnen „besonders gefährdet“ seien (: A-3110). Ähnliche Ergebnisse liefern ELMAR BRÄHLER und BERNHARD STRAUSS (2002: 84f). Als vorbeugende Maßnahme empfehlen sie aber nicht die Aufstellung und Tradierung konsentierter Wertekanons, sondern die professionell unterstützte multiperspektivische Bearbeitung aktueller Probleme. Im Krankenhaus könne dies durch die Bildung von Supervisionsgruppen interessierter Teilnehmer aus unterschiedlichen Berufsgruppen geschehen, die sich klare Sitzungsregeln geben und unter aktiver externer Leitung zielgerichtet auf Lösungen anstehender Probleme hinarbeiten (Dies.: 91).

Muster unabhängig von der Situation aufrechtzuerhalten“. Zweitens müsse dieser Beobachtung die analytische Bedeutung der „Orientierung“ des Aktors an „normativen“ Mustern“ (: 64, FN. 4) zugesprochen werden. Parsons zieht also den Schluss von empirischen auf normative Muster und nimmt an, dass die immer schon gegebene Struktur der Gesellschaft über die Gemeinschaft reguliert werde. Wenn diesen Vorgaben gefolgt wird, dann müsste z.B. die neue Sterbebegleitungs-Kommunikation als ein Feld moralischen Fortschritts untersucht werden.

Zunächst sind an TALCOTT PARSONS (<sup>4</sup>1996) Konzept keine moralischen Übersättigungen erkennbar. Aufgrund seines umfassenden Modells sozialer Systeme muss er sich nicht auf Ursache und Wirkung einzelner Phänomene fixieren, sondern er kann alles Handeln soziologisch relevant machen. So konstruiert er ein allgemeines Handlungssystem, welches er immer nach den vier Grundfunktionen der Anpassung, Zielerreichung, Integration und der Legitimation (Normenerhaltung) ausrichtet. Er unterscheidet zunächst soziale Systeme und Anderes, nämlich Kultur-, Persönlichkeits- und Verhaltenssystem. Jedes dieser Systeme schachtelt er wiederum gemäß jenen Grundfunktionen nach innen auf. So kann er nicht nur Gesellschaft als ein konsistent operierendes, sich von seiner Umwelt unterscheidendes Handlungssystem beschreiben, sondern auch ihre Ausdifferenzierung zeigen. Gesellschaft differenziert sich demnach in konsistent operierende, sich von ihrer jeweiligen Umwelt unterscheidende Subsysteme aus. Dies geschehe, indem jedes Subsystem mittels seines eigenen symbolisch generalisierten Austauschmediums (also z.B. die Ökonomie in der Sprache des Geldes), kommuniziere. So entwickle jedes Funktionssystem seine ureigensten Begrifflichkeiten und Zuständigkeiten.

Aber Parsons Ziel ist es, dass die jeweilige systemeigene ‚Münze‘ (gesellschaftliche Verpflichtung in der Politik, Geld in der Wirtschaft, Heilen in der Medizin) zur überall eintauschbaren Währung wird. So weist Parsons der Grundkategorie Gemeinschaft die moralische Aufgabe zu, für den richtigen Tauschwert jener Medien zu sorgen. Parsons will also dem Subsystem der Gemeinschaft den Rang einer alle Ausprägungen von Sozialität dominierenden Instanz zuweisen. Gemeinschaft soll für den Fortbestand derjenigen gesellschaftlichen Struktur sorgen, welche *er* für die richtige hält.

Allerdings muss dieser Parsonssche Strukturfunktionalismus erstens annehmen, dass Handlungen ihre normativen Orientierungen, also ihre Motivationen, Intentionen, Absichten, eindeutig verraten. Zweitens kann er nicht, wie dies z.B. ARMIN NASSEHI (1994) in Form systemtheoretisch informierter Soziologie vorführt, die Möglichkeit der Entwicklung neuer sozialer Subsysteme durch kontingentes Prozessieren jener Funktionssysteme zeigen. PARSONS blendet Kontingenz vielmehr aus, indem er eine gute – z.B. in der Politik demokratische - Gemeinschaft als ein die Bestandserhaltung des großen Ganzen garantierendes soziales System postuliert. Dies geht so weit, dass er letztlich das bestimmungsgemäße Funktionieren seines Gesellschaftsmodells den Menschen überantwortet, welche er, wie NIKLAS LUHMANN (1981: 193) zeigt, auf die westlichen Grundwerte wie auf eine Zivilreligion verpflichtet. So bietet diese eben nicht zuerst von Unterscheidung, sondern zuerst von der apriorischen Existenz fester Werte

ausgehende Handlungstheorie viel Raum für moralische Bindungen und moralische Wertungen.

Eine solch normative Perspektive entwickeln zahlreiche Nachfolger, die auch das Thema Sterben und Tod als (gesamt-) gesellschaftliches Problem identifizieren. So decken z.B. KLAUS FELDMANN und WERNER FUCHS-HEINRITZ (1995a) den Tod als vielfältig bearbeitetes Problem der Lebenden, insbesondere der Soziologen (Dies.: 1995b), auf. Dabei kritisieren sie einerseits die Selbstverständlichkeit, mit welcher das „christliche Symbolsystem als legitime Basis moderner Institutionen und Professionen“ fungiere, andererseits beklagen sie die „verwissenschaftlichende "Entzauberung" der christlichen Mythologie““ z.B. durch Parsons, der das Thema sowohl den „säkularisierten“ als auch den „christlichen Sozialwissenschaftler(n)“ unattraktiv gemacht habe (Dies.: 1995c: 172, FN 78).

KLAUS FELDMANN (1990) will das Thema Tod und Sterben nicht länger das ungeliebte Kind der Soziologie bleiben lassen. So typisiert er zwar Rollen - z.B. den Sterbenden in der Moderne als einen Spezialfall des Kranken -, und vergleicht Sterbehilfformen. Dabei ersetzt er die Parsonssche Nüchternheit durch sozialpsychologische Emphase, stellt aber – nicht minder normativ – seine eigenen Normen auf. Er positioniert nämlich seine Analysen, als könne die Soziologie einen Standpunkt von außerhalb der Gesellschaft einnehmen. Unter Berufung nicht nur auf TALCOTT PARSONS, sondern auch auf NORBERT ELIAS (1982) schließt KLAUS FELDMANN (2002) <sup>4</sup> auf eine soziale und situationale Blindheit insbesondere der Systeme Medizin, Recht, Politik, Religion und Ethik. Zwar will er selbst weder die Absolutsetzung menschlichen Lebens auf das ärztliche Selbstverständnis des Heilenmüssens zurückführen, noch zur Einsamkeit der Sterbenden führende, mit hoher Selbstkontrolle einhergehende Individualisierungsprozesse oder gar eine „Fremdzwangsapparatur“ (: 3) des staatlichen Gewaltmonopols unterstützen. Vielmehr will er solche Blindheiten insbesondere daran aufzuzeigen, wie institutionelle Instanzen den Sterbehilfebegriff als Kampfinstrument zur Abwehr privater und liberaler Aspirationen verwenden. Ähnlich wie JÜRGEN HABERMAS (1999, zuerst 1981: u.a. 452), aber ohne dessen Reflexivität, sieht KLAUS FELDMANN (2002: 5) in jenem Kampf die „symbolisch-interaktionistisch permanent konstruiert(e) Privatisierung des Individuums "systemgefährdet““. So fordert er die Sozialwissenschaften auf, sich zu konsolidieren und ein sachliches Gegengewicht zu polemischen Kampfstrategien der oben genannten „Instanzen“ herzustellen, indem zum Thema Sterbehilfe empirische Untersuchungen über Einstellungen und Praxen bei Experten und Betroffenen methodologisch kontrolliert durchgeführt und die wissenschaftlich korrekt gewonnenen Daten ideologiekritisch, konfliktorientiert und strukturtheoretisch angeleitet analysiert werden sollen. So werde die auf der Einseitigkeit ihrer jeweiligen Codierung beruhende Unfähigkeit der Funktionssysteme, auf sozialen Wandel an-

---

<sup>4</sup> In seiner hier zitierten Online-Veröffentlichung von 2002 schärft KLAUS FELDMANN noch seine unter dem gleichen Titel – Sterben und Tod – im Jahr 1997 veröffentlichte Analyse sozialwissenschaftlicher Theorien und Forschungsergebnisse.



gemessen zu reagieren, aufgedeckt und die Fragilität rechtlicher und medizinischer Regeln sichtbar gemacht.

Eine nähere Beobachtung der Feldmannschen Analyse von 2002 macht allerdings die Einseitigkeit dieser Normativität sichtbar:

Erstens wird im Rahmen vielfältiger Mängeldiagnosen nach Schuldigen gesucht. So sollen die Phänomene Einsamkeit, sozialer Druck, lebenslange körperliche Überwachung und Verwaltung des Sterbens durch „die“ Medizin und die „Verrechtlichung des Sterbens“ inhaltlich entfaltet werden. Aufgedeckt werden soll daran einerseits die Normativität der Hospizbewegung, andererseits eine faktisch in Deutschland in Gang gehaltene „wilde(.) Institutionalisierung“ der aktiven Sterbehilfe. Durch dieses Aufdecken von Missständen soll eine geordnete Zulassung aller Sterbehilfeformen, einschließlich der Euthanasie und des ärztlich assistierten Suizids, ermöglicht werden (: 8f). Dies soll soziologisch, also wissenschaftlich geschehen. Damit wird allerdings auf einer gesellschaftlichen Ordnungsebene operiert, deren Abstraktheit keine Adressaten und damit auch keine Schuldigen hergibt. Weder kann Soziologie als solche moralische Weisungen an andere Funktionssysteme erteilen, noch kann Religion, Medizin, Recht, Ethik als solche dingfest gemacht werden. Nicht gesellschaftliche Funktionssysteme, sondern andere soziale Ordnungsebenen müssten beobachtet werden, um an reklamierbare Adressen zu kommen.

Zweitens schreibt er der Soziologie eine privilegierte Aufklärerposition zu ohne sehen zu wollen, dass sich Soziologie überhaupt erst anhand ihrer eigenlogischen Unterscheidungsweise konstituiert und so, wie die kritisierten Funktionssysteme auch, gar nicht anders als in ihrem eigenen Code operieren kann. So kann er nicht sehen, dass ein Soziologe, der sich anschickt, Subjekte erreichen zu wollen, zu etwas Anderem gerät – zum psychologischen Berater oder zum Seelsorger – wobei inzwischen auch in jenen Professionen Zweifel an der Erreichbarkeit eines Gegenübers laut werden.

Drittens schöpft er die Dilemmatik des symbolischen Interaktionismus nicht aus, da er mit seiner Forderung, das physische, psychische und soziale Sterben des Individuums zu unterscheiden (: 3), die faktische Zugangsmöglichkeit zwischen Experten und Betroffenen, also zwischen Ego und Alter, voraussetzt. Er fügt nicht, wie GEORGE HERBERT MEAD (1978) dies tut, hinzu, dass Alter ebenso wie Ego nämlich als sich unter Bedingungen doppelter Kontingenz wechselseitig beobachtende Systeme jeweils eigenlogisch und daher eben nicht sicher berechenbar operieren.

Viertens nimmt er nicht in den Blick, dass im wissenschaftlichen Kontext kein Subjekt, sondern nur Text oder Vertextetes untersucht werden kann.

Es ist also zu fragen, ob Interaktion darin besteht, dass Individuen zu einander in Beziehung treten, und ob dieses In-Beziehung-zu-einander-treten wissenschaftlich beobachtet werden kann, oder ob – wissenschaftlich - von In-Beziehung-treten lediglich die Rede ist, also etwas kategorial völlig Anderes geschieht.

Zu fragen ist auch, ob eine derart wertende, intentionale, auf Steuerung abzielende Zugangsweise, wie sie FELDMANN postuliert, die Wirklichkeit des ganzen Menschen erreicht, oder aber selbst - zusammen mit allen anderen Soziologierichtungen und weiteren Funktionssystemen - ‚die‘ Gesellschaft herstellt.

Zu fragen ist also, ob Soziologie aus ihrer eben nicht außerhalb der Gesellschaft positionierbaren und damit nicht privilegierten Perspektive heraus missionieren, retten, Entrechtete identifizieren und berechtigen soll und überhaupt kann.

Zu fragen ist auch, ob es sich um wissenschaftlich korrekte Untersuchungen handeln kann, wenn soziologische Forschung und Analyse die systemimmanent reduzierten Unterscheidungsweisen anderer Funktionssysteme als Grenzregimes negativ konnotieren soll. Wer nämlich z.B. politische Macht oder staatliche Gewalt oder medizinisches Wissen von vornherein als schlecht – oder aus anderer Perspektive von vornherein als gut – zu werten verlangt, stellt keine wissenschaftliche, sondern eine moralische Regel auf.

Die Methode, mit moralischen Vorgaben auf das Thema Sterbehilfe zuzugreifen, wird also nicht nur von DURKHEIM und PARSONS, sondern, wie am Beispiel FELDMANNNS gezeigt, auch in neuen Beiträgen angewendet. Wie oben am Beispiel der Dreschenschen Befunde vorgestellt wurde, kann aber eine *Vorgabe* von Werten die Reproduzierbarkeit, Nachvollziehbarkeit und damit die Objektivität sozialwissenschaftlicher Daten gerade nicht garantieren.

*Zusammenfassend* muss zu den beiden vorgestellten Gruppen sich instrumentalisierender bzw. normativer Soziologiekonzepte insbesondere angemerkt werden, dass sie nach Leistungen der Beobachteten in deren sozialem Umfeld fragen, nicht aber nach ihren eigenen Leistungen, welche sie durch ihre Forschungen, durch ihr Setting, durch ihre Begrifflichkeiten, durch ihre Darstellungsweisen für sich, für andere Sozialsysteme und insbesondere für die Gesellschaft erbringen.

Ihr Status als Wissenschaft und damit ihre theoretische Unterscheidungsfähigkeit kann hingegen dann beobachtet werden, wenn nach der *Funktion* dieser Typgruppen normativer oder instrumentalisierter Soziologie gefragt wird:

- Eine nach Gleichheiten ausschauende, sich instrumentalisierende Soziologie trägt demnach dazu bei, dass gesellschaftliche Bestände, Zustände, Begrifflichkeiten, Übellichkeiten immer weiter funktionieren.
- Eine normative Soziologie hingegen stellt ihre Regeln auf, bietet ihre Begrifflichkeiten an, will ihre Programme installieren, um in ihrem Sinne die von ihr zuvor als pathologisch diagnostizierte Gesellschaft zu therapieren.
- Gegen jene beiden Soziologieformen der Instrumentalisierten und der Normativen lässt sich eine weitere Formgruppe abgrenzen, die sich selbst dabei zuzusehen will, unter welchen Voraussetzungen sie ihre Beobachtungen als soziale Tatsachen sui generis klassifiziert. Solche Formen reflexiver Soziologie werden nun vorgestellt.

### 1.2.3 *Formen reflexiver Soziologie: Sich selbst in den Blick nehmen*

Als reflexiv sollen hier Soziologieformen bezeichnet werden, die bei ihren Unterscheidungen nicht von einer selbstverständlichen bzw. notwendigen Einheit eines großen Ganzen, sondern von der Unhintergebarkeit gesellschaftlichen Wandels, also von – insbesondere zeitlicher – Differenz und damit von der Änderung alles Sozialen ausgeht. Diese Gruppe (selbst)-reflexiver, also (selbst)-kritischer und damit implizit oder explizit konstruktivistisch auftretender Soziologieformen kann wiederum in drei Gruppen unterschieden werden: a) in eine zwar reflexive, sich aber anhand methodischer Selbstregulierungen konvenient machende Gruppe, b) in eine ihren reflexiven Blick normativ setzende Gruppe, und c) in eine Gruppe, die ihre Reflexivität wiederum beobachtet und so ihre Paradoxie selbst entfaltet.

#### 1.2.3.1 *Reflexiv, aber konvenient*

Als konvenient reflexive Soziologie wird hier eine Variantengruppe bezeichnet, die ihre Reflexivität als selbstverständlich gegeben voraussetzt und derart auf Dauer setzt, dass sie sich gegen Selbstbeobachtung resistent macht und ihre Arbeit letztlich nur noch methodisch kontrolliert. Wie variantenreich sich diese konvenient reflexive Soziologieform ausbildet, soll hier an Beispielen der amerikanisch-pragmatischen Grounded Theory, der Ethnografie und der Ethnomethodologie gezeigt werden.

#### *Einladung zur Übernahme der gleichen Perspektive*

BARNEY G. GLASER und ANSELM STRAUSS (1998; zuerst 1967) machen sich dem Sozialforscher konvenient, indem sie ihm mit ihrem Konzept der Grounded Theory (GT) eine zugleich ausgefeilte und hoch flexible Methodologie an die Hand geben. Diese Methodologie soll ihn zur „Entdeckung von Theorie auf der Grundlage von in der Sozialforschung systematisch gewonnenen Daten“ (: 12) befähigen, indem er zwischen Datengewinnung und Analyse oszilliert. Einerseits soll er jede Art von gegenstandsrelevanten Daten in einem immer weiter abzusteckenden Feld suchen, andererseits diese Daten zuerst offen, dann unter Bezug auf gefundene Schlüsselkategorien, also axial, und schließlich in Richtung auf seine sich abzeichnende Theoriebildung, also selektiv, codieren. Dies soll er fortführen, bis er die theoretische Sättigung seiner Arbeit konstatiert, indem er auch aus hinzugenommenen Daten weiterer Felder keine weiteren codierbaren Kategorien mehr finden kann.

In der Tat erzielen die Entwickler und Rezipienten der GT reichhaltige Ergebnisse z. B. zur Interaktion von Ärzten, Schwestern, Seelsorgern und Angehörigen mit Sterbenden, zur Frage einer Humanisierung des Gesundheitssystems<sup>5</sup>, oder zur Frage, wie chronisch

---

<sup>5</sup> HOWARD, JOHN/ STRAUSS, ANSELM L. (1972): *Humanizing Health Care*. New York u.a.

Kranke in Familien „weiter leben lernen“ können <sup>6</sup>. Auf den ersten Blick bewährt sich also das Versprechen, mit dem Konzept der GT relevante und vollständige Daten finden zu können.

Allerdings sagen die Autoren nicht dazu, dass es der Forscher selbst ist, der derartige Vorfindlichkeiten, Feldabgrenzungen, Kategorien und Selektionen herstellt. Sie decken also nicht auf, dass die Ergebnisse nicht in den Daten gefunden, sondern in sie hineingelesen werden.

Des Weiteren suchen die Autoren in den von ihnen gewählten Feldern nach „Bewusstseinskontexten“, ohne zuerst danach zu fragen, wie Bewusstheit lesbar sein soll. So besagt die von BARNEY G. GLASER und ANSELM STRAUSS (1974; zuerst 1965) in Interaktion mit Sterbenden entwickelte Theorie über „die Entstehung, die Fortdauer und die Veränderung verschiedener Typen von Bewußtheitskontexten“, dass die jeweilige „Gesamtheit dessen, was das Wissen um das Sterben von Patienten“ betreffe, von Ärzten und Krankenschwestern derart kontrolliert werde, dass außer ihnen niemand, zu allerletzt der Sterbende selbst, über seinen Zustand Bescheid wisse. Auch wenn der Sterbenskranke schließlich darum wisse, werde immer noch nicht explizit über seinen kurz bevorstehenden Tod gesprochen. Erst dann, wenn das bevorstehende Ende offen thematisiert werde, könne sich aber eine entspannte Situation einstellen und so ein gutes Sterben ermöglicht werden. Die GT bietet sich hier selbst als Instrument zur Behebung der von ihr zuvor diagnostizierten Missstände an: So lasse sie den Arzt, der den Patienten mit einer infausten Prognose konfrontieren muss, ein „breiteres Repertoire an Interaktionstaktiken“ gewinnen, „als ihm gewöhnlich zur Verfügung gestanden hätte“. Ein solcher Arzt lerne, „die ablaufenden situativen Realitäten zu verstehen und zu analysieren, um ihre Entwicklung beeinflussen und vorhersagen und die Auswirkungen des Wandels auf alle in die Situationen involvierten Objekte und Subjekte kontrollieren zu können“ (: 249).

Das methodologische Konzept der GT rät also, unterschiedliche Kontexte der Bewusstheit (awareness) von Sterben aufzudecken und so eine Verbesserung der Interaktion zwischen dem Sterbenden und allen Beteiligten herbeizuführen, indem das ärztliche Kontrollverhalten verbessert wird. Nicht dazu gesagt wird jedoch, wie Begleitende den Sterbenden so in den Status der Informiertheit über seinen infausten Zustand versetzen sollen, dass dieser mit solcher Informiertheit umgehen kann. Vielmehr setzt die Empfehlung, ein Mehr an Kommunikation, an Kontakten, an Aufklärung zu pflegen, als selbstverständlich voraus, dass die aufzuklärenden Sterbenden das Gleiche wie die aufklärenden Ärzte und Pflegenden verstehen können und wollen. Da GLASER und STRAUSS aber nicht nachweisen können, dass jene Voraussetzung erfüllt ist, verlangen sie zu viel, wenn die in die Sterbenssituation involvierten Personen „partielle, wohltätige, sich verlagernde und meist gültige Kontrollmaßnahmen“ (: 249) so anwenden sollen, dass keine „absolute, diabolische Herrschaft über Menschen“ ausgeübt wird.

---

<sup>6</sup> STRAUSS, ANSELM L./ CORBIN, JULIET M. (1988): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München. Zürich.

Zur Absicherung ihrer Theorie und um die Anwender der GT vor der Gefahr des Irrtums oder gar des Missbrauchs zu bewahren, fordern die Autoren den Einsatz beratender Soziologen. Dieser Einsatz - etwa an Kliniken - entspräche freilich dem „pragmatischen Test“ der Soziologen, „im Feld von ihrer Theorie zu leben“ (: 231). Mit derart praktischer Bewährung dieses Konzepts datenbasierter, methodisch kontrollierter Theoriegenerierung wäre das von GLASER und STRAUSS diskutierte Problem der Glaubwürdigkeit solcher materialer Theorien (: 232-240) pragmatisch gelöst.

Die Funktion der GT besteht also auf den ersten Blick darin, das Generieren und Testen von Theorien, welches auch das Testen der GT selbst einschließen soll, zu ihrem Gegenstand zu machen. Die GT benimmt sich also auf den ersten Blick reflexiv.

Ein zweiter Blick auf ihre Funktion macht allerdings sichtbar, wie sie selbst mit Theorie *beginnt*, ohne sich das klar zu machen. Sie geht theoretisch von Einheit aus, denn obwohl ständig nach immer weiteren Vergleichsmöglichkeiten gefragt werden soll, soll nur jeweils eine Seite der Unterscheidung herauskommen. So wird in *Interaktion mit Sterbenden* (GLASER/STRAUSS 1974, zuerst 1965) z.B. als gutes Sterben das bewusste, durch Informieren aller Beteiligten über den nahen Tod des Schwerkranken zur Sprache kommende Sterben bezeichnet. Oder in *Weiterleben lernen* (STRAUSS und CORBIN 1988) wird fokussiert, wie die „Identität“ des chronisch Kranken in der Familie „wiederhergestellt werden“ kann – ohne dass dieses ‚Wieder‘ in Frage gestellt wird. So wird von vornherein die Alternative ausgeschlossen, dass ein chronisch krank gewordener Patient vielleicht als ein ganz anderer „weiterleben lernen“ und von seiner Umgebung ernst genommen werden könnte und wollte. Freilich kann eine Theorie, deren Kodex in der strikten Kopplung von Methode und Theorie kulminiert – immerhin soll die Theorie ja auf der Empirie gründen -, nicht von Possibilitäten ausgehen.

Doch als säte die Kodifizierung jener strikten Kopplung von Methodologie und Theorie selbst Zweifel an ihrer Glaubwürdigkeit, wird der kritische Leser z.B. von ANSELM L. STRAUSS (<sup>2</sup>1998) immer wieder zur vertrauensvollen Übernahme der Methode aufgefordert: „Wenn Sie mir aber Schritt für Schritt in meine Arbeit folgen, dann werden Sie mit Sicherheit das sehen, was ich gesehen habe“ (: 83). Auch die Studenten sollen die „Kultur der Grounded Theory“ (: 354) zur Verbesserung ihrer wissenschaftlichen Haltung annehmen und selbstbewusst „Vertrauen in die Analyse“ (: 326) setzen. Diese Haltung der Selbstkonfirmation ist anscheinend notwendig, da das Verfahren des Theoretical Sampling nicht auf die GT selbst angewendet wird. So ergeht in *Interaktion mit Sterbenden* (GLASER/ STRAUSS 1974: 267) lediglich ein Appell. Mit dem Satz „Wir hoffen, daß unsere Leser die Bemühungen anerkennen, unsere Konzepte sowohl analytisch wie anregend zu halten“ erfolgt die Geltungsbegründung der GT nicht in der Sachdimension, sondern in Form der Bitte um die Wertschätzung der Leser, also in der Sozialdimension. Dieses erbetene Wohlwollen der Rezipienten wird geradezu als Klebstoff verwendet, um in einem kunstvollen De- und Rekonstruktionsprozess eine kodifizierte Methode an eine Theorie zu clustern, die „ausreichend verallgemeinert (ist), um

die Eigenschaft der konkreten Wesenheiten (nicht die konkreten Wesenheiten an sich) zu bezeichnen“ (GLASER/ STRAUSS 1974: 267).

Um aber nicht nur gründliches und umfassendes, sondern auch selbstkritisches Arbeiten zu ermöglichen, müsste das Konzept der GT nur anders justiert werden. Darauf hin sollen nun weitere Varianten sich reflexiv gebender Soziologieformen beobachtet werden.

### *Ethnomethodologie, Ethnografie und der „ganze“ Forscher*

Das Versprechen, bei Einnahme der gleichen Perspektive das Gleiche sehen zu können, geben auch Ethnografen und Ethnomethodologen ab. Zugleich machen sie sich mit besonders griffigen methodologischen Anleitungen dem Sozialforscher konvenient, allerdings ohne ihre Ausgangstheorie offen zu legen.

So soll sich der Forscher z.B. mit der eigenen Kultur befremden, indem er nach STEFAN HIRSCHAUER und KLAUS AMANN (1997: 24) die „präreflexiven ‚Selbstformulierungen‘“ in der Praxis der Beforschten synchron zum laufenden Interview beobachtet und deren Alltagssprache durch seine Fachsprache hybridisiert. Dabei sehe er nicht „vorrangig [...] die Welt der Anderen mit deren Augen“, sondern erkenne „diese Weltansichten als ihre gelebte Praxis“. Auf diese Weise könne er einer Involvierung in das „pragmatische Motiv“ der „durch sie [die Praxis] gestellten Handlungsprobleme“ entgehen und „Praxis als Praxis“ sichtbar machen.

Hier wird die Funktion der Sozialforschung zwar insofern reflektiert, als von der sich instrumentalisierenden Vorgabe GARFINKELS, soziologische Beschreibung solle dem jeweiligen Phänomen vollständig entsprechen (zit. bei HIRSCHAUER/ AMANN 1997: 24, FN 16), ausdrücklich Abstand genommen wird. Aber bei diesem Verzicht bleibt der theoretische Ausgangspunkt ebenso im Dunkeln wie der Nachweis einer Forscherpraxis, die zeitgleich und damit zweigleisig funktionieren können soll.

Auch RONALD HITZLER und ANNE HONER (1997) raten dem Sozialforscher, sich durch professionelle Distanzierung seinem Gegenstand zu nähern. Darüber hinaus wollen sie aber den Zugang zur Wirklichkeit ermöglichen, indem sie die Ebene des Erzählten gegen die Ebene des Erlebten kontrastieren. Außerdem soll sich der Forscher nach RONALD HITZLER (1991) durch künstliche Dummheit und Langsamkeit seinem Gegenstand anschmiegen. Im Gegensatz dazu sieht z.B. FRANZ BREUER (2001: 106) den „leibhaftig-personal-sozialen-Forscher-in-Interaktion“ nicht als Fehlerquelle, die aus der sozialwissenschaftlichen Arbeit herausgehalten werden müsse, sondern als „potentielle Erkenntnisquelle“. So könne sich der Forscher „in allen Phasen der Forschungsprozesses von der Themenfindung bis zur Darstellung der Forschungsergebnisse“ gleichzeitig einbringen und reflektieren. Allerdings muss auch dieser undistanzierte Forscher in ein arges Dilemma geraten: Als Agierender wird er dem sich selbst Reflektierenden davonlaufen, als Reflektierender wiederum nicht agieren können. So erhalten sich z. B. Ethnografen ihre Handlungsfähigkeit, indem sie Reflexion als eine immer

schon selbstverständlich mitlaufende und gerade nicht explizit zu machende Qualität ethnografischen Forschens begreifen. Alle diese Ratschläge können also auch dazu führen, dass sich der Forscher resistent gegen Selbstbeobachtung macht.

Eine zweite Variantengruppe reflexiver Soziologieformen will sich hingegen nicht durch einzelne Verhaltensregeln instrumentalisieren und in Details verlieren. Vielmehr will sie – bei aller Reflexivität - auf dem Weg dichter Beschreibung, objektiver Hermeneutik und kritischer Theorien das Ganze erfassen:

### 1.2.3.2 *Reflexiv, aber normierend*

Der Gruppe normativ reflexiver Soziologie werden hier phänomenologische, hermeneutische kulturalistische, feministische und gesellschaftskritische Varianten zugeordnet, die ihre Ausgangstheorien und/oder ihre Methodologie zwar reflektieren wollen, gleichzeitig aber wie eine Kunstlehre vorstellen, die nur vom exzellenten Meister vermittelt werden könne. Ihr Ziel ist, den immanenten Sinngehalt durch Wegklammern alles Subjektiven zu erreichen, die zerstückte Welt durch dichte Beschreibung ihrer Vielfalt zu versöhnen, das objektiv Dahinterstehende zu deuten, das große Ganze der authentischen Biografie zu erfassen, die Heilung des Ganzen durch religiöse Begleitung und professionalisierte Mütterlichkeit zu erwirken, das Gegenüber als kontingentes professionelles Konstrukt zu zeigen. Da aber keines dieser Vorhaben Erfolg garantieren kann, versuchen kritische Theorien das Illusionäre jener Soziologieformen zu überwinden. So treffen wir auf eine extrem kritische Theorie, die sich nur noch selbst abschaffen kann, oder auf moderat kritische Theorien, die ihre Kritik auf das beste Argument hin modifizieren, und letztlich auf eine neue Kritik, die den Bogen schließt, indem sie Phänomenologie und Systemtheorie zusammenführen will.

#### *a) Immanenter Sinngehalt oder das objektiv Dahinterstehende*

Eine Variante der hier der Gruppe normativ-reflexiver Soziologie zugerechneten Formen bedient sich nicht nur des philosophischen Begriffsinstrumentariums der Phänomenologie, sondern übernimmt auch deren Theorie.

Zwar postuliert ihr prominenter Protagonist EDMUND HUSSERL (1992) unter Abgrenzung von der Psychologie, das reine, also von empirischen Fakten und der „individuellen Vereinzelung“ unabhängige Erleben innerer Wahrnehmung (: 13) phänomenologisch zu analysieren. Dazu sollen jene [Erlebens]-akte nicht als „naiv als seiende“ Gegenstände angenommen, sondern „in ihrem immanenten Sinngehalt“ als „Objekte der Erfassung und theoretischen Setzung“ reflektiert werden. (: 14) Der Phänomenologe muss sich also erstens die Welt zum reinen Phänomen und damit zum Gegenstand phänomenologischer Analyse machen. Zweitens soll er darauf sehen, wie sich jene Akte durch Reflexion „wesensnotwendig“ ändern (: 15). Angesichts der Schwierigkeit der „bewußtseinsmäßig konstituiert[en]“ Erkenntniserlebnisse sollen drittens die Rezipien-

ten dieser phänomenologischen Untersuchungen ebenfalls in der Kunst geschult sein, „die phänomenologischen Verhältnisse rein auf sich wirken zu lassen“ (: 16).

Eine solche Konstruktion setzt also voraus, dass erstens Realität bewusst transzendiert und Erkenntnis intentional, also durch bewusstes Ein- oder besser Wegklammern von Zufälligkeiten erreicht werden kann. Zweitens geht diese Konstruktion bei ihrer Forderung, subjektives Meinen von objektivem Erkennen zu unterscheiden, bereits davon aus, dass dies, wenn auch unter hohen intellektuellen Anstrengungen, sicher möglich sei.

Wie die Übernahme dieser beiden Vorannahmen der philosophisch-phänomenologischen Wesensschau in die Soziologie zum anschaulichen Beispiel für HUSSERLS Bias der transzendentalen Intersubjektivität gerät, ist an der Phänomenologie von ALFRED SCHÜTZ und THOMAS LUCKMANN (1979) zu beobachten: Sie stellen den „Wirklichkeitsbereich“, an dem „der Mensch in unausweichlicher, regelmäßiger Wiederkehr“ durch „Vermittlung seines Leibes“, frei und zugleich begrenzt durch die „vorfindlichen Gegenständlichkeiten [...], Ereignisse [...] und Handlungsergebnisse anderer“ (: 25) eingreifend, verändernd und Widerstände bewältigend teilnehme, als die „alltägliche Wirklichkeit“ oder, nach Husserls prägender Bezeichnung als die „alltägliche Lebenswelt“ vor. Eine Einstellung, die von dem ontischen kontinuierlichen Gegebensein der Welt ebenso wie von der vollen Erkenntnis der Existenz anderer Menschen ausgeht, halten sie für natürlich und selbstverständlich. Die Welt sei in ihrem Innen- und Außenbereich von allen gleich erfahrbar, also a priori intersubjektiv erlebbar. So könne beobachtet werden, wie die derart pragmatisch motivierten Subjekte in voller Absicht „auf die Lebenswelt zu“ handeln, sie immer mit der gleichen Selbstverständlichkeit auslegen, und so die Welt immer wieder bis auf weiteres als fraglos erfahren. (: 25-37)

Von apriorischen Gegebenheiten geht auch ULRICH OEVERMANN mit seiner Objektiven Hermeneutik aus, ohne jedoch seine Perspektive in solcher Gründlichkeit zu reflektieren. Vielmehr bearbeitet er die Frage, wie sich soziale Ordnung formiert, mit einer strengen Methodologie. Diese Methodologie stellt, ähnlich wie die GT, ein mehrstufiges Regelkonzept zur Analyse des in Feldbeobachtungen und Interviews gewonnenen Materials auf. In Form der Grob- und Feinanalyse soll das Material von Sequenzen bzw. Sätzen bis hin zu einzelnen Ausdrücken bearbeitet werden. Aber nicht im flexiblen Arbeitsstil der GT, sondern in einen bürokratisch-disziplinierten Stil soll analysiert werden. So wird z.B. verlangt, im Rahmen der Feinanalyse jede nur denkmögliche Interpretation restlos durchzuprüfen, bis sich die vernünftigste Deutung als die richtige aus der Situation herausinterpretieren lasse. Allerdings fragt ULRICH OEVERMANN (2002) z.B. bei der Forderung, latenten subjektiven Sinn von objektivem theoretischem Sinn zu unterscheiden, weder danach, von welcher Perspektive aus etwas aus Daten herausgelesen wird, noch ob letztlich immer nur etwas in Daten hineingelesen, hineininterpretiert, hineingedeutet werden kann.



Objektive Hermeneutik ist also dadurch charakterisiert, dass sie

- sich am Subjektbegriff ausrichtet: Die Frage, wie werdende Menschen überhaupt Sinn erwerben, beantwortet sie – wie jede Subjekttheorie – mit der Gegebenheit latenter Strukturen
- Vielfalt durch vereinfachende Vereindeutigung unsichtbar macht: Ihrer Entwicklung aus der Linguistik folgend, geht sie von gemeinsam geteilten Regeln aus, so wie auch der Erwerb des Sprechens im Erlernen von Lauten, Wortbestandteilen, Syntax und Bedeutungen bestehe
- sich auf protozoologische Anthropologie stützt: Demnach deutet sie Soziales als Nichtinstinktives, Anthropologisches, von dem Menschen her zu Verstehendes, aber jene anthropologische Struktur als solche kann sie damit nicht begründen.

Auch hier wird also suggeriert, aus privilegierter Position heraus Intersubjektivität beobachten, verstehen und die Wirklichkeit der Lebenswelt ableiten zu können.

Nun steht nach HUSSERL aber dem Analysierenden nichts weiter als seine eigene, aus seiner Erfahrung gewonnene Intuition zur Verfügung. Folglich kann bei der Analyse nur ein einziger, nämlich ein immer selbstverständlich funktionierender lebensweltlicher Typus zustande kommen. Außerdem muss dann umgekehrt gefragt werden, wie die Genese und Geltung wissenschaftlichen Wissens gedeutet werden kann. Ist wissenschaftliches Wissen - wie von MANNHEIM als Sinnprovinz vorgedacht – zwar den gleichen Mechanismen unterstellt, die auch der Alltagswelt zugeschrieben werden, aber durch besonders sinnvolle Kommunikation ausgezeichnet? Oder kann wissenschaftliches Wissen, analog zu MICHÉL FOUCAULT (1999) als Kondensat von (Selbst-)Disziplinierung interpretiert werden?

Diese Fragen werden von weiteren Varianten normativ reflexiver Soziologie bejaht:

*b) Heilung des Ganzen durch verdichtete Vielfalt,  
Spiritualität oder professionalisierte Mütterlichkeit*

Eine Variante normativ reflexiver Soziologie leitet den soziologisch Forschenden dazu an, in das – empirisch zu begreifende - Feld z.B. einer beruflichen oder technisch-wissenschaftlichen oder alltäglichen Situation einzudringen. Zu diesem Zweck soll er Feldnotizen so exakt und umfassend wie möglich führen. Mittels dichter Beschreibung, wie CLIFFORD GEERTZ (1983) fordert, soll er kulturelle Systeme zu verstehen lernen oder zumindest die Differenzen der in Stücke geratenden Welt anerkennen (Ders.: 1996: 28) und – im Gegenzug – ausdifferenzierte Funktionssysteme und ihre im Kompromiss gewonnenen Vernetzungen vorstellen.

Dabei soll die „philosophische Betrachtung über das Selbst, das Handeln, den Willen und die Authentizität (oder neuerdings die Hinterfragung dieser Betrachtungen als ideologische Konstruktionen oder metaphysische Illusionen), des weiteren die historische Suche nach den Spuren der Entstehung von Ethnizitäten, Nationen, Staaten und Solidaritäten (oder neuerdings die Frage nach der imaginären Repräsentation solcher Prozesse

in den politischen Riten und Kulturtechniken des modernen Lebens) und schließlich die ethnographische Darstellung von Mythologien, Wertvorstellungen, Traditionen und Weltbildern (oder neuerdings die Austreibung solcher Ethnographie als exotisierende, hegemonisierende, neokolonialistische Reduktion eines radikal Anderen)“ (Ders. 1983: 30) freilich nicht nur aufgezeigt werden. Vielmehr soll deren komplette (Wieder-)versöhnung angestrebt werden, etwa indem über die Beschreibung der Vielfalt die „Beschaffenheit des Ganzen“ (: 82) sichtbar gemacht werde.

Zwar wird die Möglichkeit gegenteiliger Sichtweisen eingeräumt, aber das (Wieder-)erreichen von Tradition und Konsens – „Was ist eine Kultur, wenn sie kein Konsens ist?“ (: 31) – wird angestrebt. Änderungen, die „Neues sichtbar werden lassen“, sind in diesem Ganzheitskontext nur „als Randzonen zu analysieren“ (: 76).

Weitere Varianten solcher soziologischer Heilsbotschaften sind an Beiträgen beobachtbar, die das Ganze durch *religiöse Begleitung* oder *professionalisierte Mütterlichkeit* heilen wollen.

So geht SILVIA KÄPPELI (1998) aus von klassischer Phänomenologie und symbolischem Interaktionismus. Unter Anwendung von Methoden der GT einerseits und theologischer Studien andererseits betreibt sie eine interpretative Sozialforschung. Sie fragt sowohl nach dem Erleben der Kranken, ihren Interpretationen, ihren Bewältigungsstrategien als auch nach der „situativen Prägung“ der Narration: Hier rechnet sie erstens mit der Vorprägung der gesamten Interviewsituation durch „gängige Lebenslaufdarstellungen [...], ritualisierte Formen wie ärztliche Anamnese, Beichte, erlernte Gliederungsprinzipien, Orientierung an der Erwartung des Gegenübers“. Zweitens will sie – als ehemalige Pflegerin und aktuell forschende Sozialwissenschaftlerin - ein „Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz“ herstellen (: 96), und so auch den Forscher in ihre Analyse einbeziehen, da er ja „den Akt der Vergegenwärtigung der biographischen Mitteilung mit“-konstituiere. Aus den themenzentrierten biographischen Interviews formt sie, ihrem Interesse an der Bedeutung religiöser Motive für die Leidenserfahrung von Krebspatienten folgend, eine vielgestaltige religiöse Motivik, die von Untergangs- bis zu Erlösungsgeschichten reicht. Dabei beobachtet sie, dass spirituelle Krankheitsverarbeitung nicht mit der Religionszugehörigkeit der Kranken korreliert. Vielmehr findet sie für Gottesbilder und Weisen religiöser Krankheitsverarbeitung allgemeine biografische Erklärungen in Erlebnissen der Erzähler aus der Kindheit und aus der Herkunftsfamilie. Mit ihrem Analyseergebnis sechs typischer religiöser Motive (: 209) hat sie aber das Potenzial ihrer Untersuchungsergebnisse noch nicht ausgeschöpft. Wenn man nach der Funktion jener Motive fragt, lassen sich nämlich jene Motivtypen nochmals zu genuin soziologischen bündeln:

- erstens die Motive der Vergeltung und der Aufopferung zu einer Motivgruppe der Instrumentalisierung, bei der es um die Ausrichtung auf die Anderen, also um Soziales geht

- zweitens die Motive der Vorwürfe gegen und des Ringens mit Gott zu einer Gruppe der Normativität, bei der es zur (religiösen) Sache geht, sowie
- drittens die Bündelung der Typen der Annäherung an die Endzeit und der mystischen Überhöhung zu einer Motivgruppe der Reflexiven, bei der es um die erzählende biografische Person selbst geht.

So könnten Typgruppen mit breiter Varianz konstruiert werden, die freilich nicht mehr auf die Herstellung eines Ganzen, nämlich eines religiös begleiteten Sterbenden ausgerichtet sind, sondern die auf Alternativen der jeweiligen Sinnstrukturen verweisen.

Eine weitere Variante normativ-reflexiver Soziologie bietet ANNE-DOROTHEA NAPIWOTZKI (1998) mit ihrem Konzept professionalisierter Mütterlichkeit an.

Sie kombiniert Erkenntnisse qualitativer Handlungsforschung mit wissenschaftskritischem „Standpunktdenken“ feministisch gewendeter Erkenntnistheorie, welche sie zusammen mit kulturgeschichtlichen Interpretationen prähistorischer Funde von Muttergöttinnen aus dem mesopotamischen Raum zu einer Matrix verbindet (: 145 f), anhand derer sie Kritik übt und Neues vorschlägt. Sie kritisiert den klassischen und den idealtypischen Stil der aus ihrer Sicht inkonsistenten „Superschwester“. Diese sei von Ärzten dominiert, zeige sich den Patienten gegenüber stark, halte - immer empathisch - Belastungen aus, und überfordere sich dabei. Insbesondere kritisiert sie Berufsgruppen der Pflege, die sich ausdifferenzieren und dabei immer mehr von der traditionellen Mutterrolle abkehren. Eine Pflege, die sich joborientiert nur an die organisationellen Bedürfnisse eines Krankenhauses binde, bezeichnet sie als gefühllos und gefährlich (: 146f).

Als Alternative erhebt sie die organisationelle Implementierung zugleich professioneller und kompetent-mütterlicher Pflege zu einem neuen Paradigma. Dazu interpretiert sie prähistorische Muttergöttinnen als Verkörperungen mütterlicher Kompetenzen in Primärbeziehungen und unterscheidet sie in die vier Typen der umfassenden Wahrnehmung von Lebenszyklen, der Kooperation, der Kommunikation und des Schutzgebens (: 185-221). Erst die Professionalisierung und Verwissenschaftlichung jener dem Matriarchat entstammenden mütterlichen Kompetenzen und ihre Implementierung in die Pflege führe dazu, dass „selbstbewußt verantwortlich“ gepflegt werden könne. Besonders interessant an diesem Konzept ist die Aussicht, dass mit der Selbstverantwortung der Pflegenden zugleich die Selbstverantwortung und damit die Autonomie der Patienten gefördert werde.

Allerdings verlässt der Beitrag die Ebene wissenschaftlicher Kommunikation und gerät lediglich zu einem feministischen Appell, wenn er die – immer männlich gedachte – Ärzteschaft ebenso wie die Kirchen und obendrein „die“ Wissenschaft und „die“ Wirtschaft als „Patriarchate“ darstellt, die zur „Vernichtung von Frauen und Unterdrückung ihrer Fähigkeiten“ (: 227) immer schon angetreten seien. Die Einseitigkeiten liegen darin, dass sie erstens nicht zwischen Organisationen und ausdifferenzierten Funktionssystemen unterscheidet, sondern beiden Ebenen sozialer Ordnung gleichermaßen den Status adressierbarer Personen zuspricht. Zweitens berücksichtigt sie nicht, dass die Unterscheidung weiblich/männlich nicht mit der einseitigen Attribuierung mit instrumentali-

sierter Mütterlichkeit/kompetenter Mütterlichkeit einhergehen muss. Vielmehr leisten heute z.B. nicht nur Frauen, sondern auch Söhne und männliche Ehe- und Lebenspartner häusliche Pflege, wenn auch nach Ergebnissen der Schweizer Pflegeforscherin DR. ANNEMARIE KESSELRING (1999) häusliche Pflege nach dem Motto: „Wenn Frauen pflegen, ist es selbstverständlich, wenn Männer pflegen, ist es heroisch“ (: 8) noch als Frauenarbeit gilt.

An der von NAPIWOTZKI so geschmähten Patriarchate wirken ja auch Frauen mit, etwa indem sie Kinder zu gesellschaftskompatiblen Männern und Frauen formen. Dies beginnt, wenn Mütter von Mädchen Anderes verlangen als von Jungen, und reicht bis hin zu gewerbsmäßigen Beschneiderinnen. Eine patriarchalische Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Subsysteme wird also gerade von Frauen mitgetragen.

Sehr gut ist dies an Beiträgen in BARBARA DUDENs und DOROTHEA NOERES' (2002) Sammelband *Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt* zu sehen. Der Hauptimpetus dieser sich selbst reflexiv nennenden Soziologie ist darauf ausgerichtet, ein ‚gutes Leben‘ moralisch zu erzeugen, das in seiner Vielfalt aber letztlich nur ästhetisch legitimiert werden kann. Über das Bild weltweit anzutreffender Fremdbestimmung von Frauen einerseits und Multipotenz von Frauen andererseits erzeugt der Text eine klare Dichotomie der guten Frauen und der schlechten Männer. Diese Dichotomie soll aufgelöst werden, indem die feministische Forscherin selbst weibliche Multipotenz und weibliche Selbstinstrumentalisierung in ihrer Person überhöht, sublimiert, und so reflexive feministische Aufklärung unter verantwortungsvoller Verwendung der Materialien leistet. Aber über Gesellschaft kann der Text nichts aussagen, da er außerhalb von funktionalisierten, multipotenten und versöhnten Frauen keine Existenzen konstituiert. Dieser Ausschluss anderer Existenzen erfolgt auf dem Wege der ausschließlichen Verwendung der ersten Seite der Unterscheidung *weiblich-männlich*, deren zweite zwar ab und an mit einer Semantik der Technokratie negativ konnotiert, meistens aber schlicht weggelassen wird. Was der Text mit seinen Forderungen leistet, ist also keine Versöhnung der Dichotomie, er löst vielmehr das feministische Bezugsproblem der Selbstkonstitution feministischer Lehre.

Eine Untersuchung des Sterbehilfediskurses aus (selbst-)kritischer feministischer Perspektive wäre sicher lohnend. Sie wird aber in dieser Arbeit nicht angegangen, denn dazu müsste eine umfangreiche allgemeine Darstellung über Grenzverschiebungen von körper-, berufs- und sozialpolitischen Ungleichheiten erfolgen, die weit über das gewählte Thema hinaus reichen würde. Dabei müsste vor allem die Entwicklung und Wandlung der Normativität des Feminismus selbst in den Blick genommen werden. Das Problem, an dem sich die genannten Texte abarbeiten, ist nicht das Schicksal von Frauen und Männern in der Gesellschaft, sondern die Neupositionierung und Verschärfung eines Feminismus, der mit seinen einseitigen Zuschreibungen wissenschaftliches, genauer: differenztheoretisches Potenzial verschenkt. So wird also in der vorliegenden Arbeit auf die Ausarbeitung feministischer Perspektiven verzichtet.

c) *Das große Ganze der Biografie oder das Gegenüber als kontingentes Konstrukt*

### *Das große Ganze der Biografie*

Die Biografieforschung nimmt eine wichtige Position in der soziologischen Disziplin ein, zumal seit mehreren Jahrzehnten Ärzte, Medizinethiker, sogar Vormundschaftsrichter ihre Entscheidungen an der Biografie von entscheidungsunfähig gewordenen Patienten orientieren wollen. Von solcher Biografie wird erwartet, dass sie einen jeweils individuellen hierarchisch angeordneten Katalog von Wünschen, Werten, Normen hergibt, nach welchen der Patient *aktuell* behandelt werden will. Für die Durchführung und Analyse biografischer Interviews werden im Rahmen normativ-reflexiver Soziologieformen methodische bzw. textanalytische Vorgaben aufgestellt, die dem Biografieforscher eine textwissenschaftlich herausgehobene Position zu verschaffen versuchen. Aus dieser Position heraus soll er verstehen können, was die Erzählenden jeweils meinen.

Nach den häufig rezipierten, aber auch kritisierten Vorgaben von FRITZ SCHÜTZE (1983) besteht ein gelingendes biografisches Interview in einer authentischen, dem historischen Lebenslauf schlüssig und bruchlos folgenden Erzählung des erlebten Lebens. Dass der Forscher damit an harte Fakten komme, hält FRITZ SCHÜTZE für garantiert, da nach seiner Meinung der biografische Erzähler immer unter den Zugzwängen der Detaillierung, Gestalterschließung und Kondensierung stehe. Aufgabe des Forschers sei es, jeweils eine Verlaufskurve des sich aufschichtenden Lebens herauszuarbeiten.

Solch voraussetzungsvolle Vorgaben verstellen jedoch den Blick darauf, was im Kontext biografischer Narrationen strukturell geschieht: Sie übersehen, wie ALOIS HAHN (2000: 155) zeigt, dass Kommunikation bereits durch *sinnhaftes* und nicht erst durch *logisch sinnvolles* Anschließen weiterläuft. Sie übersehen insbesondere, wie ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER, (1990) beobachten, ein moralisches Moment: Indem die Erzählperson in der biografischen Erzählung im Gegensatz zum Alltag immer weiter reden darf, bis sie schlicht aufhört, wird sie ernst genommen. Biografische Narration operiert also nicht nur in der Zeit- und Sachdimension, sondern auch in der Sozialdimension. Dieses Merkmal des Operierens nicht nur in der Sachdimension, sondern auch in der Sozialdimension und in der Zeitdimension, also in *allen drei* Sinndimensionen, muss bei der Analyse biografischer Narrationen also genau beobachtet werden. Damit werden aber nicht nur die von SCHÜTZE als gelungen bewerteten detaillierten, lebenslaufadäquaten Erzählungen interessant. Vielmehr sind dann auch, wie z.B. bei IRMHILD SAAKE (2006) gezeigt, die dem Lebenslauf asynchronen, bruchstückhaften, abbrechenden Erzählungen, Berichte, Argumentationsgirlanden sowie Reflexionen soziologisch relevant, und zwar sowohl im Hinblick auf Kontexte, in welchen sie hergestellt werden, als auch hinsichtlich der Semantiken, die sie selbst erzeugen.

Im Hinblick auf das, was nicht realisierbar ist, soll auch ein neuerer Beitrag von FRITZ SCHÜTZE (2001) beobachtet werden: Er legt eine Überinterpretation von Interviewtexten nahe, indem er „rätselhafte“, d. h. schwer zu interpretierende Stellen in narrativen Interviews als Repräsentationen „biographischer Schwierigkeiten mit bestimmten Le-

benskonstellationen“ gewertet sehen möchte. Er unterscheidet im Anschluss an Karl Mannheim nicht nur zwischen "Dokument" und "Realität", sondern er stellt anhand seiner Korrelation von schwieriger Lebenssituation und schwierig zu interpretierender Textstelle eine dichotome Typik von *brüchigen* und *normalen* Biografien her (: 8). Allerdings berücksichtigen solche verführerischen Überinterpretationen nicht, dass nicht nur eine Defizienz der Erzähler und ihres Lebens, sondern auch Anderes zu solch varianten Erzählformen führen kann. Außerdem wird ja nachträglich und forschenseits etwas als Schwierigkeit im Leben interpretiert, von dem wir weder wissen, ob es sich objektiv um Schwierigkeiten handelte, noch, wie sie der Erzählende damals erlebte.

Sozialwissenschaftler sind sich also alles andere als einig darüber, was aus biographischen Narrationen heraus- und vor allem hineingelesen werden kann. So zitieren WOLFRAM FISCHER-ROSENTHAL und GABRIELE ROSENTHAL (1997b: 137) einerseits Martijn Osterland (1983), der jede Biografie eine retrospektive Illusion nennt, und Bourdieu (1990: 80; zuerst 1986), der Biografieforschern „Komplizenschaft“ bei der Herstellung eines sozialen Konstrukts vorwirft. Andererseits verweisen sie auf Lutz Niethammer (1990), der diesen Vorwurf zurückweist. So lasten WOLFRAM FISCHER-ROSENTHAL und GABRIELE ROSENTHAL (1997b: 137) schließlich jeder dieser Kritiken an der „Suche nach der „äußeren Welt“ an, sie begeben sich lediglich „auf die andere Seite des Dualismus“, die in „einer einseitigen Suche nach der Innerlichkeit“ bestehe. Die Autoren suchen Abhilfe gegen Inkonsistenzen, indem sie - bei aller Reflexivitätsbetonung - teils normative, teils sich konvenient machende Vorgaben zu Mischkonzepten kombinieren. So wollen sie (1997b: 139f) durch ihre Kombination von phänomenologischer Soziologie mit Objektiver Hermeneutik, ethnomethodologischer und textanalytischer Methode die Subjektproblematik alter soziologischer Theorien vermeiden. Sie bewirken aber gerade als Vertreter Mainstream der Sozialforschung, dass es bei lediglich anthropologisch, phänomenologisch, ethnomethodologisch und linguistisch informierten Methodologien bleibt und gesellschaftstheoretisches Potenzial verschenkt wird.

Wie weniger strikte Koppelungen von Theorie und Methodologie die *Kontingenz* sozialer Herstellung von Tod und Sterben sichtbar machen, soll nun beobachtet werden.

#### *Das Gegenüber als kontingentes Konstrukt*

Bei URSULA STRECKEISEN (1994, 1998, 2001) hingegen ist zugleich eine genaue Benennung von Ausgangstheorien und Methoden einerseits und zunehmende Lockerheit bei der Orientierung an Theorien und Methodologien andererseits zu beobachten:

In *Doing Death* (Dies. 1994) untersucht sie - konstruktivistisch orientiert und unter Anleitung methodischer Elemente aus der Grounded Theory -, den Umgang professioneller Akteure mit Sterbenden und Verstorbenen. Sie ordnet jene Handlungen unterschiedlichen Kontexten zu: Einerseits beobachtet sie, wie die Situation klinischer Behandlung Sterbender bis zuletzt offen gehalten wird. Andererseits untersucht sie die durch Todesgewissheit vereindeutigte Situation der wissenschaftlichen Autopsie und der – durch Professionelle aus dem Hintergrund inszenierten – Bestattung. Sie beobachtet Strategien

der Kommunikation oder aber der Vermeidung von Kommunikation und arbeitet damit ähnlich wie HIRSCHAUER (1996) die (Re-)Konstruktion eines nicht mehr bedrohlichen, weil qua Techniken unansprechbar gemachten Gegenübers einerseits und eines ansprechend-ansprechbaren Gegenübers andererseits heraus.

So kann sie zeigen, wie durch Handlungen beruflicher Akteure der Toterklärte erstens als liebevoll hergerichteter bekannter Verstorbener zum kommunikativen Gegenüber der Krankenschwestern, zweitens als zugedekte, mit Identifikationsnummer versehene Leiche bzw. als Materiallieferant für anatomische Forschung zum Objekt von administrativen und wissenschaftlichen Handlungen, und drittens vorder- und hintergründig als friedlich Verstorbener zum stillen Gegenüber für kontemplative Verabschiedung durch die Angehörigen *sozial* hergestellt wird.

Durch Hinzunahme des historischen Aspekts kann sie in *Vom Kampf gegen den Tod zur Strategie des Offenhaltens* (Dies. 1998) eine Trendwende in der Medizin beobachten: Gerade weil die Ärzte ihre Diagnose vage halten und neben palliativen Maßnahmen auch kurative Mittel wie etwa die Infusion von Flüssigkeit einsetzen, können sie nach STRECKEISEN im Rahmen palliativmedizinischer Behandlung die Option sowohl für das Weiterleben als auch für das Sterben eines infaust erkrankten Patienten offen lassen. Dieser Definitionsverzicht erhalte die ärztliche Handlungsmacht, die nach wie vor nicht auf passives Zulassen des Sterbens, sondern auf aktives Meistern von Aufgaben ausgerichtet sei.

Die Paradoxie, dass damit zwar der Tod nicht mehr der Feind, aber auch nicht der Freund des Krankenhauses sei, da ja nach wie vor gestorben werde, kann sie in *Die Medizin und der Tod* (Dies. 2001) näher entfalten. Indem sie historische und statistische Informationen, weit gefasste Professionstheorie, hermeneutische Suchbewegung, ethnomethodologische Interpretation, einige passende Konzepte qualitativer Sozialforschung, Sequenzanalysen der Objektiven Hermeneutik und sensibilisierende Verfahren der GT in ihr theoretisches und methodisches Konzept einbezieht, kann sie jeweils drei Typen konstruieren, die eine breite Varianz umfassen.

Für den klinischen Bereich ist dies

- erstens der Typ des Korrigierens, personifiziert durch die Krankenschwester, die notwendige invasive oder sonst störende, verletzende Praktiken am Patienten durch Wiedergutmachungsgesten, und -praktiken ungeschehen machen will.
- zweitens der Typ des Methodisierens, der – in Gestalt des Arztes – systematisch nach dem Nutzen einer Maßnahme für den Patienten fragt.
- drittens der Typ des Mimetisierens, der – in Gestalt des palliativ Behandelnden bzw. Pflegenden auf Ausdruck und Gefühl zu achten und widerzuspiegeln und dadurch Handlungen ihre Bedeutung zuzumessen und an Bedeutungszeichen anzuschließen hat. Damit erstellt sie letztlich eine soziologisch schlüssige Typik, die sich aus den drei Ebenen sinnhafter Kommunikation speist:
- Die Typik des Korrigierens, also des sich Anpassens operiert in der Sozialdimension
- die Typik des Methodisierens läuft in der Sachdimension
- die Typik des Mimetisierens passt zu der zeitrelativen (Selbst)-Reflexion.

Aber wie KÄPPELI oder auch NAPIWOTZKI kommt auch STRECKEISEN (2001) nicht auf die Typik von *Kommunikation* und damit von *Texten* zurück. Vielmehr beansprucht auch sie, den *ganzen Menschen* zu erreichen, wenn sie in ihrem Schlussfazit fragt, „ob der altbewährte Mechanismus der modernen Gesellschaft, wonach auf neue Aufgaben mit der Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionen, Organisationen und Berufsrollen reagiert wird, im Falle von Sterben und Tod zum Erfolg führen kann“ (: 297-298). Weit entfernt sie sich von ihrer Konstruktthese, indem sie unter Verweis auf Krankenschwestern, die in unmittelbarer Nähe von Sterbenden feiern und lachen, die Hospizthese des bis-zuletzt-Lebens in ihre These: „Eros steht auf gegen Thanatos“ transponiert. Die Erhaltung der beruflichen Handlungsfähigkeit in jenem Kontext, in welchem mit dem unhintergehbaren Sterben Anderer umgegangen werden müsse, werde – bei allem spezifischen Deuten und gestaltendem Handeln – nur möglich durch die „Fähigkeit zu einer Bewegung gegen den Tod“. (: 197)

Bei aller Verschiedenheit der theoretischen Ausgangspositionen wollen diese Vertreter normativ-reflexiver Soziologieformen also Kontingenz wegarbeiten, indem sie, wie z.B. WOLFRAM FISCHER-ROSENTHAL und GABRIELE ROSENTHAL (1997), dem *ganzen Menschen* einschließlich seiner Vergangenheit in der Biografieforschung „auf die Spur zu kommen versuchen“ (: 149). Wenn wir aber konsequent davon ausgehen, dass eine biografische Narration nur eine gegenwärtige Konstruktion darstellt, die selektiv auf Vergangenes, Erlebtes, aber auch Imaginiertes zugreifen kann, dann können wir nach Möglichkeitsbedingungen fragen, also mit Kontingenz rechnen. Dann müssen wir gar nicht erst nach festen Gründen suchen, aus denen alles so und nicht anders kommen muss, sondern dann wird eine Vielfalt von anderen Möglichkeiten sichtbar, wie sich Dinge auch anders entwickeln könnten.

So muss also nach Positionen ausgeschaut werden, die weniger Gläubigkeit an die Sicherheit von Gegebenheiten voraussetzen. Dies soll nun am Beispiel kritischer Theorien geschehen.

#### *d) Kritische Theorien als Mittel gegen Illusion*

Vertreter und Revisoren der Kritischen Theorie diagnostizieren die moderne Gesellschaft einschließlich der Wissenschaft und damit auch einschließlich der Soziologie als hoch defizient. So versuchen sie, normativ und reflexiv zugleich, auch die eigene Position durch Nachjustierung von Begrifflichkeiten und Sichtbarmachen von Inkonsistenzen des eigenen Faches neu zu programmieren.

Wie auf Defizienzdiagnosen gründende Theorie sich selbst in jene Diagnosen einschließen kann, soll zunächst an dem prominenten Beispiel der Kritischen Theorie HORKHEIMERS und ADORNOs gezeigt werden.



THEODOR ADORNO (1995; zuerst 1957: 199) klärt über Mängel soziologischer Methoden wie z.B. in der Meinungsbefragung auf. Er will durch die Kritische Theorie sowohl einen Allgemeingültigkeit simulierenden Theoriebegriff relativieren als auch den Scheincharakter empirischer Objektivität, welche „die empirischen Mittel selber“ als „Rechtsquelle fürs Urteil über die Sache selbst“ vorgebe, sichtbar machen.

Auch MAX HORKHEIMER (1995; zuerst 1937: 208) legt sowohl einseitig deduktiv schließenden klassischen Theoretikern als auch einseitig induktiv vorgehenden Empirikern die Rezeption der Kritischen Theorie nahe. So reiche es „angesichts der gesellschaftlichen Probleme und des Standes der Wissenschaft“ nicht hin, Soziologie nur „in stetigem Umgang mit dem Material“ zu treiben. Vielmehr müsse auch der Verblendungszusammenhang eines unhistorisch verwendeten Theoriebegriffs, welcher die „Funktion des Wissenschaftsbetriebs“ für die bürgerliche Gesellschaft verschleierte, als „eine verdinglichte, ideologische Kategorie“ aufgedeckt werden (: 211).

Beide Autoren setzen zur Sensibilisierung ihrer Leser für instrumentalisierende Tendenzen an. Sie wählen sensible Themen, indem sie fragen, „Ob nach Auschwitz noch sich leben lasse“ (THEODOR W. ADORNO 1997a ), und wie das „Entweder - Oder [...] je schon zum Schlechten entschieden“ sei (HORKHEIMER/ADORNO 1998; zuerst 1969: 232). So wollen sie gegen die Barbarei der Instrumentalisierung und Zerstörung menschlicher Beziehungen angehen, um ihre Studenten zu neuer Menschlichkeit heranzubilden und insgesamt eine neue Sozialität zu schaffen. Wie diese gegen Verzweiflung ebenso wie gegen Achtlosigkeit gerichtete Kritik das Ausdrucksmittel der Ästhetik wählt, um „das Nichts als Negation von Etwas“ zu fassen und damit die Ungeheuerlichkeit der Vernichtung von Leben sichtbar zu machen, zeigt ein Zitatbeispiel aus THEODOR W. ADORNOs Meditationen zur Metaphysik (1997b; zuerst 1966: 490):

„Fragen ließe sich, von solchen, denen Verzweiflung kein Terminus ist, ob es besser wäre, daß gar nichts sei als etwas. Noch das weigert sich der generellen Antwort. Für einen Menschen im Konzentrationslager wäre, wenn ein rechtzeitig Entkommener irgend darüber urteilen darf, besser, er wäre nicht geboren. Trotzdem verflüchtigte sich vorm Aufleuchten eines Auges [...] das Ideal des Nichts.“

Dieses genaue Hinsehen darauf, wie denn verneint wird, wenn verneint wird, also die Argumentationsfigur der bestimmten Negation, lässt MAX HORKHEIMERs Kritik der instrumentellen Vernunft (1997) ebenso wie THEODOR ADORNOs Negative Dialektik (<sup>9</sup>1997) dem Relativismusvorwurf haarscharf entgehen. So kann ADORNO (<sup>9</sup>1997: 362) das „Sterben heute“ als das Ende der „geschichtlichen Inthronisation des Subjekts als Geist“ und seiner Täuschung, „es sei sich unverlierbar“, aufzeigen. Und MAX HORKHEIMER (1997: 293) kann jene aus höchst pessimistischer negativer Dialektik sich speisende Kritische Theorie als wissenschaftlich lautere und schlüssige Möglichkeit vorstellen, um „die Rettung relativer Wahrheiten aus den Trümmern falscher Absoluta zu versuchen“.

Solche relativen Wahrheiten lassen nach ADORNO (<sup>9</sup>1997) das „Sterben heute“ nicht zum wissenschaftlich – also etwa ethisch oder theologisch - fundierbaren Auftrag des Subjekts, sein Selbst zu erreichen, werden. Ihm bleibe vielmehr nur die Erfahrung von Heterogenität, welche höchstens als vom eigenen Körper verursachter „Unglücksfall“ interpretiert werden könne. Auch das den Glauben an Unsterblichkeit nährenden Interesse der Selbsterhaltung wird als – immer schon interessengeleitet praktizierte - Täuschung enttarnt <sup>7</sup>: Abgelesen wird diese Täuschung nicht nur am Beispiel des Verschwindens der Erfahrbarkeit religiöser Verheißung, „dem Tod den Stachel zu nehmen“, sondern am „gesellschaftlich determinierten Niedergang kontinuierlicher Erfahrung überhaupt“, welchem jedes Individuum ausgesetzt sei. (: 316f)

Jene extrem kritische Theorie, die sogar Kant auf den Kopf stellen will, zeigt also nicht Kontingenz von Gesellschaft im Sinne von Möglichkeitsräumen für Individuen. Vielmehr schreibt sie der Gesellschaft doppelte Tödlichkeit zu, indem sie den Tod zum „ganz Fremden“ und lebende Menschen zu bereits Toten (: 363) macht: Dies funktioniert, indem die Kritische Theorie alle diejenigen, welche den Tod zum notwendigen Übergang oder zum notwendigen Schlusspunkt oder zum möglichen Jenseits werden lassen wollen, darüber aufklärt, dass sie Täuschungen aufsitzen. Und sie ist es, die auch jenen, die ihren Tod als gänzlich unerklärlichen, als das Ganz Andere ihres Lebens auffassen, von vorneherein sagt, dass sie sich nicht über den Tod, sondern über diese todlos-tödliche moderne Gesellschaft definieren.

Die Kritische Theorie ruft insbesondere zu permanenter Skepsis gegenüber allen wissenschaftlichen Wahrheitsansprüchen auf. Speziell der Anspruch, das Wesen der Dinge erklären zu können, wird von ADORNO (1997b; zuerst 1966) als unzeitige falsche Semantik enttarnt:

„Die metaphysischen Kategorien leben, säkularisiert, fort in dem, was dem vulgären höheren Drang die Frage nach dem Sinn des Lebens heißt. Der weltanschauliche Klang des Wortes verurteilt die Frage. Unweigerlich fast gesellt ihr sich die Antwort, der Sinn des Lebens sei der, den der Fragende ihm gibt. [...] Die Antwort ist falsch.“ (: 486)

Adorno lastet der bürgerlichen Gesellschaft an, die Metaphysik als ein die Subjekte sublim determinierendes fatales Machtinstrument zu gebrauchen:

„Auch im Bewußtsein der Subjekte wählt die bürgerliche Gesellschaft lieber den totalen Untergang [...] als daß sie zu Reflexionen sich aufschwänge, die ihre Grundsicht bedrohten. Die metaphysischen Interessen der Menschen bedürften der ungeschmälerten Wahrnehmung ihrer materiellen. Solange diese ihnen verschleiert sind, leben sie unterm Schleier der Maja. Nur wenn, was ist, sich ändern läßt, ist das, was ist, nicht alles“ (: 506-507).

Die solchermaßen Aufgeklärten werden also darauf verpflichtet, die Usurpation von Zwecken durch Mittel geschichtlich – also eben doch mit wissenschaftlichen Mitteln - zu durchschauen, um zu sehen, wie das „Dasein zum universalen Schuldzusammenhang

---

<sup>7</sup> Interessanterweise stellt Adorno hier die Verbindung zu dem Aufklärer der Deutschen und Europäer, Immanuel Kant, her, welcher aber Unsterblichkeit nicht apriorisch, sondern mit dem Selbsterhaltungsinteresse begründet.

wurde“ (: 365). So nehmen diese Forderungen die Gestalt religiöser Erweckungsrufe an, indem sie Individuen schaffen, die aporetisch und somit heil-los überfordert in einer mit transpersonaler Schuld durchsetzten Gesellschaft eingeschlossen sind.

Fragt man nun nach Zusammenhängen solcher Überforderungen mit dem Theoriedesign, dann fällt auf, dass sich diese extrem gesellschafts- und wissenschaftskritische Theorieform bei ihrer Selbstanwendung von sich selbst überholen lassen muss: Weil für sie Aufklärung nur Unterwerfung postulierender Mythos, und Mythos bereits Unterwerfung voraussetzende Aufklärung ist, kann sie nur im nicht-wissenschaftlichen Bereich, z.B. in der Kunst, eigentliches Sein für möglich halten. Auf dem Wege ihrer Selbstanwendung kann diese extrem kritische Theorie, die nur noch auf das Ende gesellschaftskonstituierender Wissenschaft und damit auch aller Soziologie verweist, also nur noch ihre Selbstabschaffung konstatieren.

Dass aber einmal Geschaffenes nicht gänzlich tot gesagt werden kann, wird daran sichtbar, dass andere Varianten kritischer Theorien – wenn auch anders - an sie anschließen. Auf die Variabilität solch kritischer (Gesellschafts-)theorien verweist beispielsweise einerseits die hoch theoretische Universalpragmatik von JÜRGEN HABERMAS, andererseits die theorieabstinente Besserungsforderung ULRICH BECKs.

#### *Modifizierung der Kritik durch das beste Argument*

In seiner moderat kritischen und damit optimistischeren Theorie des kommunikativen Handelns unterscheidet JÜRGEN HABERMAS (1999; zuerst 1981) das mit funktionalistischer Vernunft agierende Gesellschaftssystem einerseits von der mit kommunikativer Vernunft agierenden, jedoch durch die Gesellschaft instrumentalisierten Lebenswelt andererseits. Zwar wird auch hier eine heillose Gesellschaft diagnostiziert, jedoch nicht die alternativlose Usurpation der Lebenswelt durch das kapitalistisch modernisierte Gesellschaftssystem (: 550) verkündet, sondern dessen Heilung in Aussicht gestellt: „Es geht darum, Lebensbereiche, die funktional notwendig auf eine soziale Integration über Werte, Normen und Verständigungsprozesse angewiesen sind, davor zu bewahren, den Systemimperativen der eigendynamisch wachsenden Subsysteme Wirtschaft und Verwaltung zu verfallen und über das Steuerungsmedium Recht auf ein Prinzip der Vergesellschaftung umgestellt zu werden, das für sie dysfunktional ist.“ (: 547) Diese lebensweltliche Kompetenz wird nicht nur postuliert, sondern durch die Implementierung des Verfahrens des gewaltfreien Diskurses in die Gesellschaft für erreichbar erachtet: Jeder Betroffene soll frei von Druck jeglicher Art argumentieren, bis eine konsensuelle Entscheidung nach Maßgabe des besten Arguments gefällt wird.

Gerade aktuell wird bei der Bearbeitung des Sterbehilfe-Themas vielfältig an derartige Theorien kommunikativen Handelns angeschlossen. Von der Notwendigkeit und Erreichbarkeit der Konsensbildung gehen diskursethische, beziehungsethische und transzendental-sprachpragmatische Theorien aus. So will z.B. KARL-OTTO APEL (1979) im Anschluss an Kant mit seiner transzendentalen Sprachpragmatik einerseits den „abs-

traktiven Fehlschluß“ (: 232) vermeiden, der Wissenschaftlichkeit auf bloße Logik verkürze und das verstehende Subjekt nicht berücksichtige. Andererseits will er die „Endlichkeitsthese“ HEIDEGGERS (<sup>17</sup>1993, zuerst 1927: insbes. 260ff), die kein Verstehen des Anderen zulasse <sup>8</sup>, glätten.

Zur Implementierung von Regeln für gewaltfreien Diskurs in interaktive und interdisziplinäre Situationen werden auch konkrete Programme angeboten <sup>9</sup>. Allerdings wird das – immerhin als hierarchiefrei vorgestellte – Modell des gewaltfreien Diskurses zu seiner Geltungsbegründung unreflektiert dem Naturrecht unterstellt, wenn etwa HABERMAS (1987: 64-65) zur Übernahme naturrechtlicher Regeln für Handlungs begründungen rät: „Man sollte, was die praktische Geltung universalistischer Moralprinzipien angeht, auch nicht zu skeptisch sein. Es gibt ja kaum mehr eine Verfassung ohne geschriebenen oder ungeschriebenen Grundrechtsteil [...] es geht nicht um universalistische Rhetorik, sondern um konkrete Handlungen. Die muß man rechtfertigen können“. Nicht thematisiert wird dabei allerdings die bis zum Verfassungsrecht, also zu naturrechtlichen Vorstellungen, reichende Kontingenz positiver Rechtsprechung. Das Ziel jenes Postulats, nämlich „im Ernstfall verhindern (zu) können, daß so etwas wie „Shoah“ wieder passiert“, wäre es aber gerade wert gewesen, „einen universalistischen Kern“ von „konkreten, partikularen, in ganz bestimmten Lebensformen verwurzelten Moralen“ gerade nicht unhinterfragt vorauszusetzen. Dann könnte auch nicht schon einem Symbolhandeln wie der Sprache inhärente Verständigungs- und Verständnisbereitschaft zugeschrieben werden – denn immerhin ist es in den meisten Sprachen auch möglich, NEIN zu sagen. Vielmehr müsste also zumindest auch die jeweils andere Seite der Unterscheidung von Verständnisbereitschaft, nämlich eine Abgrenzungsbestrebung, thematisiert werden. So aber positioniert sich diese Soziologieform als moralischer Bannwall gegen Unrecht, ohne jedoch zu zeigen, wie sie selbst, als Wissenschaft, ihre Ermahnungen verwirklichen kann.

Als weitere Beispiele zwar reflexiver, aber moralisch überfrachteter soziologischer Theorieformen seien Gesellschafts- bzw. Persönlichkeitstheorien genannt, die ebenfalls mit Mängeldiagnosen beginnen. So unterscheidet z.B. ULRICH BECK (1994) auf der

---

<sup>8</sup> APEL (1979) fasst die Menschheit als „unbegrenzte Kommunikationsgemeinschaft endlicher Wesen“ auf, indem der das „einheitliche Sprachapriori“ als diejenige „Instanz“ voraussetzt, die „sowohl das intersubjektiv gültige wie das existenziell bezogene Verständnis von „Tod“ bzw. „Schmerz““ ermögli che. Jene Wesen, also wir alle, seien durch jenes „regulative Prinzip“ des Sprach apriori geradezu gezwungen, „unsere Endlichkeit, und damit die Vereinzelung der Individuation, zu transzendieren“ (:233) und, dem Hegelschen Weltgeist ähnlich, als „transzendentes Subjekt des Verstehens intersubjektiv gültiger Bedeutung“ zu fungieren, durch welches „allein [...] die Bedeutung von Zeichen hinreichend interpretiert und die Wahrheit durch Konsensbildung erreicht werden“ könne (:235).

<sup>9</sup> Beispielsweise veröffentlicht das Hessische Gesundheitsministerium im Rahmen seines *Bericht[s] zur Qualifizierung der bei der Sterbebegleitung hauptamtlich tätigen Personen (2000)* einen Curricularen Baustein „Sterben und Tod“, der kommunikationstheoretisch von anthropologisch unterfütterten input-output-Theorien ausgeht und so gar nicht anders kann, als - neben drei sozialen Ordnungsebenen der Interaktion, der - dort Institution genannten - Ebene der Organisation und der Gesellschaftsebene - noch eine vierte, den anderen *übergeordnete*, Ebene gesellschaftlicher Bestandserhaltung zu postulieren.

einen Seite eine Minderheit von Individuen, die er als sich sozial verantwortende Subjekte vorstellt. Diesen stellt er eine wachsende Mehrheit labil-zerrissener, ichbezogener, sich nur auf sich selbst verpflichtender Individuen gegenüber. In einem zweiten Schritt werden dann jene verantwortungsvoll sich an Normen bindenden Individuen überhaupt nicht weiter berücksichtigt, als gäbe es keine einsatzbereiten Pflegenden, Ärzte, Klinikchefs mehr. Das Interesse Becks gilt nun den ichbezogenen Individuen. Ihnen trägt er auf, die Gesellschaft zu retten, indem sie sich in bürgerschaftlichem Engagement solidarisch gruppieren und sich so „in neuer Weise als selbstbewußte Subjekte ihrer persönlichen, sozialen und politischen Angelegenheiten“ (: 59) erweisen sollen.

Diese Gruppenfähigkeit wird ihnen einerseits selbstverständlich zugesprochen und zwar nicht nur trotz, sondern wegen der Zunahme einander überlagernder „Bildung, Mobilität und Konkurrenzdruck“ (: 48). Jener Druck determiniere sie zwar, aber er privilegiere sie auch, indem er ihnen die Chance zur Übernahme von Verantwortung für die Allgemeinheit biete. Andererseits sollen professionelle Unterstützungskonzepte wie WOLFGANG STARKs (1996) Philosophie des „Empowerments“ die „Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis“ sowohl moderner Sozialpsychologen als auch sich bürgerschaftlich engagierender Laien fördern. Auch nach HEINER KEUPP (2000) soll das für eine „demokratische Wohlfahrts-gesellschaft“ dringend benötigte „soziale Kapital“ (: 98) an privater Handlungskompetenz und Einsatzbereitschaft genutzt und zugleich dem Individuum Anerkennung und persönliche Gestaltungsmöglichkeit zur „subjektive(n) alltägliche(n) Identitätsarbeit“ (: 51) gewährt werden.

Allerdings setzen solche Ermutigungs- und Belohnungskonzepte eine Dürftigkeit subjektiver Identität voraus. Außerdem berücksichtigen sie zu wenig die unterschiedlichen Möglichkeiten der Wechselwirkung von Laien und Experten. Erst dadurch, dass es zu wenig auf seine Bedingungen hin untersucht wird, kann bürgerschaftliches Engagement zugleich zur „Seele der Demokratie“ und zum Garanten für „Selbstbestimmung, Partizipation und soziale Fairness“ idealisiert werden. Aber dafür, dass dieser Zusammenhang von persönlicher Identität und Demokratie dem bürgerschaftlichen Engagement bereits inhärent sei, werden keine Beweise erbracht. Nicht ersichtlich ist nämlich, welche Art von Individuum und welche Art von Gemeinschaft in wessen Interesse damit jeweils geschaffen wird. Vielmehr begründen diese moralischen überladenen Soziologieformen die Geltung ihrer subjekt- und handlungstheoretischen Vorgaben tautologisch: Bürgerschaftliches Engagement ist notwendig, weil es gebraucht (im Sinne von ‚benötigt‘) wird.

Nun ist eine Tautologie logisch zwar immer richtig, sie reicht aber nicht zur Lösung komplexer sozialer Fragen hin. Zu untersuchen ist vielmehr, für wen, in wessen Interesse, hinsichtlich welcher Thematik ein Engagement in bürgerschaftlicher oder professioneller Ausprägung ‚gebraucht‘ wird. Dies gilt insbesondere für den - ähnlich idealisierend kommunizierten - Themenkomplex Sterbehilfe – Sterbebegleitung. Zu fragen ist also nicht nur, ob Sterbehilfe oder Sterbebegleitung gebraucht wird, sondern zugleich, für wen, in wessen Interesse und vor allem, *wie* sie gebraucht wird.

Aber nicht Infragestellungen, sondern Affirmationen liefern jene trotz aller Reflexion eben doch normativistischen Vorkämpfer Bürgerschaftlichen Engagements:

So affirmieren z.B. ULRICH BECK und ELISABETH BECK-GERNSHEIM (1994) jene subjekt- und handlungstheoretisch fundierten Forderungen, indem sie einen allgemeinen Schuldzusammenhang herstellen: Falls ihre Vorgaben nicht verwirklicht, sondern die „letzten Bastionen sozialen und politischen Handelns weggeschmolzen“ werden, stellen sie die Frage, ob dann nicht „die sich individualisierende Gesellschaft versinkt an der Grenze zwischen Krise und Krankheit in politischer Apathie, die nichts ausschließt, auch nicht neue und schleichende Formen einer Modernisierung der Barbarei?“ (: 59)

Alternativen werden nicht in Aussicht gestellt. Es wird aber auch nicht dazu gesagt, welchen konkreten, theoretisch fundierten Beitrag diese Soziologieform über ihre moralischen Postulate hinaus selbst leisten will.

Bis hierher wurden Soziologieformen gezeigt, die Menschen und Gesellschaft in operativen Ursache-Wirkungszusammenhängen strikt gekoppelt sehen. Sobald die Unmöglichkeit gezielter Steuerung der Gesellschaft durch den Menschen und des Menschen durch die Gesellschaft sichtbar wird, postulieren sie daher immer noch mehr Dasselben. Gemeinsam ist diesen – bei allem Willen zu Reflexivität - sich instrumentalisierenden bzw. Andere normierenden Soziologieformen also, dass sie sowohl die Gesellschaft als auch die Menschen kritisieren müssen. Dabei fragen sie zwar nach Leistungen der Beobachteten. Sie unterstellen jedoch ihre eigenen Leistungen, welche sie selbst durch ihre Forschungen, durch ihr Setting, durch ihre Begrifflichkeiten, durch ihre Darstellungsweisen für sich, für andere Sozialsysteme und für die Gesellschaft erbringen, nicht dieser Kritik.

### *Eine neue Kritik*

Eine Variante kritischer Soziologie, die zwar von der klassischen Phänomenologie Plessners ausgeht, jene aber mit Elementen der Luhmannschen Systemtheorie kombiniert und dadurch kritisch, also differenzierend werden lässt, wird von GESA LINDEMANN (z.B. 2002) vorgestellt. Mit dieser Kombination kann sie ein theoretisch leistungsfähiges Forschungskonzept kritischer Phänomenologie schaffen, welches gerade im Hinblick auf das Thema Tod und Sterben mit doppelter Kontingenz rechnet. Sterben und Tod werden dann, wenn nicht auf Sicherheiten gezählt, sondern mit Kontingenz gerechnet wird, hinsichtlich ihrer Möglichkeitsbedingungen interessant. Damit werden die verpönten ‚Grauzonen‘ - unter anderen Bezeichnungen - kommunikabel. So darf z.B. ein Patient als ein in der Intensivstation hergestelltes *Grenzphänomen* sichtbar werden – ähnlich wie bei WERNER SCHNEIDER (1999). Auch er zeigt, wie Ärzte und Juristen entscheiden, wann ein Patient als potenzieller Organspender „so tot wie nötig“ und zugleich „so lebendig wie möglich“ ist. Noch konsequenter weist GESA LINDEMANN (2002) nach, wie im Prozess der Organspende nicht der biologische Ablauf die Grenze

zwischen Leben und Tod bestimmt, sondern wie „Leben und Tod“ zur „sozio-technischen Konstruktion“ wird: Zwar müsse der – medizinische - Grund des Sterbens dokumentiert werden (: 195). Das Wichtige daran sei aber nicht der Grund, sondern dass überhaupt dokumentiert und für eine „stimmige Gestalt“ (: 194) gesorgt werde. Zweifel darüber, wer da nun liegt, ob ein Mensch oder lediglich eine in vitalem Zustand erhaltene Leiche, seien nur „empirisch aufzulösen“ (: 14), indem sie „praktisch“ kleingearbeitet werden (: 270). Ähnlich wie auch ALOIS HAHN und MATTHIAS HOFFMANN (2007) den „Tod und das Sterben als soziales Ereignis“ aufzeigen, kann GESA LINDEMANN (2003) also zeigen, dass z.B. ein Toter entweder wie in Schweden erst *nach* oder wie in der BRD schon *durch* die Ausstellung eines Totenscheines als Toter identifiziert wird. GESA LINDEMANN ist also ganz nahe an dem Befund, dass sich Soziales kommunikativ schafft.

Sie gelangt jedoch nicht zu der Konsequenz, dass Soziales als Kommunikation prozessiert. Der Unfassbarkeit des ganzen Menschen weicht sie aus durch ein Konstrukt: Sie teilt den Menschen in ein „expressives“ und in ein „outopisches nichtexpressives Gegenüber“ (LINDEMANN 2002: 203, 200, 265, 267 u.a.) auf. Sie sagt aber nicht dazu, dass dies *ihr* Konstrukt ist.

Auch hinsichtlich der Gesellschaft räumt sie zwar ein, dass diese weder „von Apparaten her“ noch „vom menschlichen Leben her“ noch gar „vom Gehirn her“ (: 435) aufgebaut sei. Aber die letzte Konsequenz, dass sich Gesellschaft selbst kommunikativ regelt, zieht sie nicht. Da sie aber diese Verselbstständigung von Kommunikation nicht in aller Schärfe in den Blick nimmt, muss sie Mängeldiagnosen nachhängen und ‚der‘ Medizin, ‚dem‘ Recht oder ‚der‘ Ethik die Produktion von Grenzregimes anlasten – schon um selbst ihrem Vorwurf der „Blindheit“ an „Grenzregimes“ (: 435) zu entgehen.

Da nun die Unterscheidungen der bis hierher vorgestellten Soziologieformen auf Funktionalisierung, Normierung oder Moralisierung hinauslaufen, soll nach einer Form Ausschau gehalten werden, die auch die Art ihrer eigenen Unterscheidung mit in den Blick nimmt.

### 1.2.3.3 *Übernehmen, verwerfen, anders anschließen? Selbstreflexive Soziologie*

Einige materiale Ergebnisse der bis hierher vorgestellten Forschungen erfahren eine breite gesellschaftliche Rezeption. Insbesondere die Hospizbewegung postuliert, die Gesellschaft durch Integration aller Menschen aller Lebensalter in eine moderne *Ars moriendi* zu verbessern. An jenen subjektphilosophischen Konzepten kann also nicht vorbeigesehen werden.

Wenn aber nur bewusstes und bereites Sterben als gutes Sterben deklariert wird, und wenn allen Beteiligten, auch den Sterbenden, ein offenes Kommunizieren über den unmittelbar bevorstehenden Tod zugemutet wird, dann stehen freilich andere Verhaltensweisen in der Gefahr, als abweichend interpretiert, womöglich moralisch geächtet, zumindest aber als interventionsbedürftig beurteilt zu werden. Zu fragen ist also, ob und

welche der vorgestellten theoretischen und methodologischen Konzepte übernommen oder verworfen werden sollen, oder ob – möglicherweise anders – an die vorgestellten Soziologien angeschlossen werden kann.

Anleitung zu methodologischer Entscheidung bietet NIKLAS LUHMANN (1997). In seiner *methodologischen Vorbemerkung* zu seiner Beobachtung der Soziologie als Reflexionssystem der Gesellschaft erinnert er daran, wie wissenschaftliche Wahrheit methodisch hergestellt werde: Nur die willkommene, passende Seite einer Form werde kommuniziert und die unpassende unreflektiert verneint, weggelassen oder minimalisiert. Freilich ‚entschuldigt‘ er diese Simplifizierungsstrategie des Wissenschaftssystems mit der allgemeinen Beobachtung, dass jenes „Verhältnis von Einschließung und Ausschließung durch die sozialen Systeme selbst geregelt“ werde (: 37).

Um dies sehen zu können und so der „sozialen Realität gerecht“ zu werden, schlägt LUHMANN einen „differentialistischen Ansatz der Theorie“ vor, der sein Augenmerk auf den „Sinnbegriff“ und auf den „Begriff der Form“ richten solle.

*Den Sinnbegriff* fasst er, ausgehend vom *Begriff des sinnhaft operierenden sozialen Systems*, folgendermaßen auf:

- Erstens *systemrelativ*: Beobachtende Systeme – soziale ebenso wie psychische – unterscheiden Selbst- von Fremdreferenz, wobei die jeweils andere Seite implizit mitlaufe. So könne sinnhaftes Beobachten immer nur perspektivisch funktionieren.
- Zweitens *proto-ontologisch*: Sinn rekurriere auf vergangenen – „bewährten, bekannten Sinn“, oder auf künftigen Sinn, also auf „virtuelle Realität, von der man noch gar nicht wissen kann, ob sie jemals über Beobachtungsoperationen in Systeme (und in welche?) eingespeist werden wird“ (: 47; Klammer im Original). Sinn erzeuge sich so immer aktuell.
- Drittens *differenzlos*,: Sinn stelle dasjenige Medium dar, in welchem soziale Systeme operieren. Einen Nicht-Sinn könne es daher für sie nicht geben.

Sinn kann so als das Medium verstanden werden, in dessen sozialer, sachlicher und zeitlicher Dimension sich soziale Systeme formieren.

*Den Formbegriff* fasst er als „Grenzlinien“ auf, welche die Systeme zwischen sich und ihrer jeweiligen Umwelt selbst ziehen Sie fungieren „als Markierungen einer Differenz, die dazu zwingt, klarzustellen, welche Seite man bezeichnet, das heißt: auf welcher Seite der Form man sich befindet und wo man dementsprechend für weitere Operationen anzusetzen hat. [...] Jede Seite der Form ist die andere Seite der anderen Seite. Keine Seite ist etwas für sich selbst“ (: 60-61). So formiere jedes System seine spezifischen Sinn Grenzen (Bedeutungen) durch sinnhaftes Unterscheiden zwischen sich und seiner Umwelt in jedem Augenblick immer wieder neu.

Dabei könne ein beobachtendes System die beiden Seiten seiner Unterscheidung nicht gleichzeitig sehen, aber nacheinander zur jeweils anderen Seite „kreuzen“ (: 61). Wiederholtes Kreuzen bezeichnet LUHMANN als Wiedereintreten der Form in die Form,



als „re-entry“ (: 46) – wobei nicht Gleiches wiederholt werde, sondern sich jeweils Neues ereigne: „Kreuzen ist kreativ“ (: 61), es produziere den – jeweils systemspezifischen – „Sinn“ (: 46).

LUHMANN setzt also für das Beobachten sozialer Ordnung oder sozialer Welt erstens seine konstruktivistische und differenzierende Theorie *voraus*. Er versteht sie nicht als Endergebnis einer Methode, wie dies die Grounded Theory vorgibt. Er erwartet auch nicht, dass ‚die‘ Wahrheit gefunden oder Objektivität erreicht werden kann, wie dies die Objektive Hermeneutik fordert. Vielmehr zeigt er, wie „alle dort gebrauchten Sinnformen eine andere Seite haben, die einschließt, was sie für den Moment ihres Gebrauchs ausschließen“ (: 38). Damit lässt LUHMANN freilich Funktion nicht, wie normative Soziologen dies tun, „als Sonderfall von Kausalität“ (: 32), sondern umgekehrt Kausalität als einen möglichen Sonderfall von Funktion rangieren.

Mit dieser konstruktivistischen Sicht ist der Weg dafür eröffnet, nicht nur *eine* bestimmte Funktion eines Systems als immer notwendig, richtig oder gut zu sehen. Vielmehr wird der Blick darauf gelenkt, dass Funktionen einander gleichwertig sein können. Wenn Theorie und Methodologie derart lose aneinander gekoppelt werden, dann muss also die methodologische Bewegung des Unterscheidens nicht auf nur eine – gute, richtige - Seite abzielen, sondern sie darf Alternatives, und damit soziale Realität, sichtbar werden lassen. Wissenschaft kann nun selbst zum Gegenstand ihrer Untersuchungen werden, indem eben diese Konvention, „sich selbst mit Hilfe von Konventionen Erfolge und Mißerfolge zu bescheinigen“, nun „als Eigenart des *Gegenstandes* der Forschung in die Forschung“ einbezogen werde (: 41; kursiv: Luhmann).

Dass sich diese *lose* Kopplung äquivalenzfunktionaler Methode an eine konstruktivistische Theorie für die Beobachtung des von moralischen Vorgaben durch- und überzogenen Sterbehilfediskurses besonders eignet, ist an dem Moralbegriff dieser Soziologieform zu sehen. Diesen von NIKLAS LUHMANN (z.B. 1990 in *Paradigm lost*) entwickelten Moralbegriff stellen GEORG KNEER und ARMIN NASSEHI (<sup>4</sup>2000: 179) prägnant vor: „Unter Moral versteht Luhmann eine *besondere Art von Kommunikation*, und zwar ist eine solche Kommunikation moralisch qualifiziert, die mit der Unterscheidung *gut/ schlecht* bzw. *gut/ böse* operiert und dabei menschliche *Achtung* oder *Missachtung* zum Ausdruck bringt.“ Mit diesem formalen Moralbegriff macht sich Soziologie nicht für die Reflexion moralischer Probleme zuständig. Damit ist Soziologie nicht (mehr) gezwungen, selbst moralisch zu kommunizieren, sondern sie kann Formen der Moral unterscheiden, ohne sie moralisch werten zu müssen, also ohne selbst dabei Zeichen der Achtung oder Ächtung von sich zu geben.

Die Sorgen, moralisieren zu sollen, hat also ein Sozialforscher insbesondere dann nicht, wenn er gar nicht erst *den* Menschen als Ganzen erreichen will, sondern wenn er sich schlicht auf die Untersuchung von *Texten* beschränkt. In der Tat wurde diese Konsequenz z.B. bereits bei ARMIN NASSEHIS und GEORG WEBERS (1990) Herangehensweise an Biografien als *an Texte* längst gezogen: Indem sie lediglich *Texte* auf ihre

Weisen sinnhaften Anschließens hin untersuchen, können sie Kontingenz sichtbar machen, ohne den ganzen Menschen tangieren zu müssen.

Diese selbstreflexive Soziologie kann also moralische Probleme der Ethik überlassen. Dennoch kann sie moralische Kommunikation als besondere Kommunikationsform hinsichtlich ihrer Funktion beobachten. Sie kann sehen, was im Rahmen moralischer Kommunikation unter welchen Bedingungen – sozial – geschieht, ohne dabei selbst moralisch kommunizieren, also Achtung bzw. Ächtung erweisen zu müssen.

#### 1.2.4 *Verhältnis von Theorie und Methodologie*

Schon an der frühen systemtheoretischen Arbeit LUHMANNs (1991; zuerst 1969) über einen neu hergestellten Zusammenhang zwischen „Funktionale(r) Methode und Systemtheorie“ kann die Bewegungsrichtung dieser systemtheoretisch informierten Hermeneutik beobachtet werden: Die Auslegung geht vom Forscher aus. Er schafft seine Deutung, er stellt sein Konstrukt her, wenn er

- den Glaubenssatz der wissenschaftlichen Erreichbarkeit von Wirklichkeit kritisch modifizieren und
- weder von strikter Kopplung der Methode an die Theorie noch von strikter Trennbarkeit beider wissenschaftlichen Instrumente ausgehen, sondern beides lose koppeln will,
- und dabei beobachtet, wie mit der sprachlichen Errungenschaft, nicht nur alles behaupten, sondern auch verneinen zu können, umgegangen wird.

Wird die Funktionale Methode also systemtheoretisch fundiert, dann kann sie auch auf Verneinungen sehen, die dann wiederum funktionale Äquivalente sichtbar machen.

Es geht also einer strikt reflexiven Soziologieform, wie ARMIN NASSEHI (2003b: 27-58) sehen lässt, nicht darum, Kontingenz durch das Absehen von Paradoxien zu vernichten, sondern Paradoxien zu entfalten und so Kontingenz sichtbar zu machen. ARMIN NASSEHI ermutigt zur epistemologischen Verunsicherung, weil sich „das Erkenntnisobjekt wissenschaftlicher Erkenntnis stärker dem Erkenntnisprozeß und seinen Methoden als einer außerhalb der Erkenntnis situierten Realität sui generis“ verdanke. Den Lohn dieser epistemologischen Verunsicherung führen ARMIN NASSEHI und IRMHILD SAAKE, (2002) in ihrer - längst zuvor in zahlreichen Vorträgen und Vorlesungen explizierten - Empfehlung zur Methodologie der qualitativen Sozialforschung vor: Jene epistemologische Offenheit biete die Möglichkeit, Kontingenz eben nicht methodisch zu verhindern, sondern zu beobachten.

Strikt reflexiv operierende Autoren versuchen also, die soziologische Thanatologie epistemologisch offen auf neue wissenschaftliche Grundlagen zu stellen: Indem sie in ihrer umfangreichen Grundlagenforschung diese ihre Empfehlung, Kontingenz eben nicht methodisch zu verhindern, sondern zu beobachten, auch auf ihre eigene wissenschaftliche Arbeit anwenden, können sie um die Unerreichbarkeit nicht nur des Todes, nicht nur Sterbender, sondern des ganzen Menschen überhaupt wissen.

So zeigen IRMHILD SAAKE, ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (2002) in ihrem umfangreichen Forschungsprojekt *Todesbilder - Strukturen der Endlichkeitserfahrung in der modernen Gesellschaft*, wie der moderne Tod und wie das moderne Sterben pragmatisch, nämlich sozial, also kommunikativ, analog zur Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Funktionssysteme geschaffen wird.

Strikt selbstreflexiv fungiert dieser Forschungsbericht, indem er schon das eigene Zusammenlesen von Kontexten als *selektive* Herstellung eines Zusammenhangs aufzeigt und folglich ebenso auf die Darstellung von Ursache-Wirkungszusammenhängen wie auf eine Unterscheidung eines guten oder schlimmen Todes, richtiger oder falscher Bezeichnungen von Sterbehilfformen, durchsetzbarer oder nicht durchsetzbarer Formen der Patientenvorsorge verzichtet. Vielmehr will er diejenigen Bedingungen sichtbar machen, unter denen Vereindeutigungsstrategien von Texten des Sterbehilfediskurses möglich werden.

Die methodologische These von SAAKE, NASSEHI und WEBER (2002) lautet demnach, dass der Unterschied zwischen biografischen Narrationen und Experteninterviews für eine funktionale Analyse der Bilder von Sterben und Tod weniger relevant sei als jene „Spezifika der kommunikativen Kontextualisierung des Todes“ (: 248), die in dem gesamten thanatologischen Diskurs analysierbar seien: Nicht eine Logik, die, ausgehend von gerichteter Kausalität, „den Tod als unabhängige Variable führt“, sondern die Beobachtung von Wechselwirkungen lasse den „rekursiven Zusammenhang von Kontexten“ sichtbar werden, die im Hinblick auf den Tod „sowohl abhängige als auch unabhängige Variablen darstellen.“ (: 249) So könnten schließlich „alle Texte [...] hinsichtlich ihres rekursiven Entstehungs-Zusammenhangs als Kontexturen gelesen werden“<sup>10</sup>.

Anhand der narrativ erzeugten Todesbilder und einer Semantik, die Transzendenz als Argument zur Erklärung von Nichterklärbarem aktuell mitführt, weisen diese Autoren die kommunikative, also soziale Erzeugung von Tod und Sterben nach. Dieses soziologische Faktum, dass Tod *und* Sterben gesellschaftlich nur kommuniziert, nicht aber vollzogen werden kann, muss offensichtlich aber immer wieder betont werden: So muss ARMIN NASSEHI (2004) in der lebhaften Diskussion zu seinem Beitrag über *Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses* vor dem NATIONALEN ETHIKRAT (2004: 32-35; 41; 42; 43; 48.) erst daran erinnern, dass während allen Redens, Argumentierens und Moralisierens *über* Tod und Sterben ständig real gestorben wird.

Die These der kommunikativen Herstellung von Tod und Sterben von SAAKE, NASSEHI und WEBER soll in der vorliegenden Arbeit präzisiert werden. Dazu soll die Kommunikation auf organisationellem Ordnungsniveau als hoch potentes Bindeglied zwischen der interaktionellen Ordnungsebene und der Ordnungsebene ausdifferenzierter

---

<sup>10</sup> Mit dem soziologischen Kunstbegriff der Kontextur bezeichnen GEORG WEBER, ARMIN NASSEHI und IRMHILD SAAKE (2004: 249) eine kommunikative Selektionsstrategie – oder besser, weil weniger intentionalistisch, als eine Funktion - systemspezifischer Kommunikation. Sie führe zu (neuen) Kontexten, indem soziale Systeme „ durch ihre jeweils spezifische Art und Weise Kontingenzen zu reduzieren, selbst kontextintern "Kontexturen" erzeugen.“

Funktionssysteme gezeigt werden. IRMHILD SAAKE (2004) selbst parallelisiert in ihrem *Vergleich der „Theorien der Empirie“ bei Niklas Luhmann und Pierre Bourdieu* die dichte Darstellungsweise BOURDIEU e.a. (1997; zuerst 1993) mit LUHMANN'S (1991; zuerst 1969) funktionaler Methode. Indem BOURDIEU e.a. dem Leser selbst Schlussfolgerungen aus ausführlich zitierten und minutiös kontextualisierten „Zeugnissen und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft“ (Untertitel) anheim stellen, fungieren sie gleichermaßen genuin soziologisch wie LUHMANN, der in der Funktion jeder Kommunikation deren sozialen Sinn sieht.

Wenn dies so ist, dann muss eine ausführliche Feldbeobachtung, wie sie im folgenden Abschnitt in Gestalt organisationaler Verlautbarungen zum Sterbehilfethema vorgestellt wird, materialen und theoretischen Zugewinn bringen. Freilich darf nach PIERRE BOURDIEU e.a. (1991) bei dem Versuch, zuzusehen, „[w]ie sich die soziale Welt gewissermaßen selbst konstruiert“ (: 271), der Diskurs auf der organisatorischen Ebene „nicht nur so genommen werden, wie er sich gibt“. Er dürfe also nicht durch „bloßes "Registrieren", sondern müsse als „Konstruktion" ausgewiesen werden. Nur so erliege der Forscher weder der naiven „Illusion einer unmittelbaren Erkenntnis“ noch der wissenschaftlichen „Illusion des absoluten Wissens“ (: 273).

Daher soll dieser organisatorische Diskurs als eine phasisch-sozialräumlich sich wandelnde Herstellung von Entscheidungen konstruiert werden. Dann kann auch gezeigt werden, wie auf dieser Diskurs-Ebene – phasisch-sozialräumlich unterschiedliche – Personen konstituiert werden. Darüber hinaus ist materialer und methodologischer Zugewinn zu erwarten, weil auch biografische Narrationen und Experteninterviews beobachtet werden, die nach IRMHILD SAAKE, ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (2002) hinsichtlich der Kontexturen „Parallelen in der Gesamtauswertung“ (: 249) herstellbar machen.

Die Kommunikation des Sterbehilfekomplexes wird also empirisch untersucht

- in Teil 2 der Arbeit in Form einer Feldbeobachtung, die sich auf das soziale Ordnungsniveau der Organisation (organisationelle Verlautbarungen) konzentriert,
- in Teil 3 in Form der Analyse biographischer Narrationen und themenzentrierter Experteninterviews.

Dabei soll nicht von Einheit, sondern von Differenz ausgegangen werden, so dass Kontingenzen, Alternativen, Möglichkeitsbedingungen auf dem Wege der funktionalen Analyse sichtbar gemacht werden können.

## Teil 2 Der Sterbehilfediskurs in organisationellen Verlautbarungen

Dieser Teil der Arbeit stellt vor, wie der Sterbehilfe-Diskurs auf der sozialen Ordnungsebene der Organisation läuft. Zugleich bietet er eine *thematische* Einführung in den Sterbehilfekomplex. Dazu nehme eine *phasische* Zuordnung des Materials (organisationelle Verlautbarungen) vor, die zeigen soll, wie das Sterbehilfe-Thema emergiert, sich ausdifferenziert, sich als Sterbebegleitung stabilisiert, und wie aus soziologischer Sicht weiter gefragt werden muss.

### 2.1 Bedeutungshistorische Einführung

Die Freistellung der Tötung auf Verlangen eines schwer leidenden Menschen von Strafe wird Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts in Gesuchen von Betroffenen bzw. von Sprechern humanistisch-freidenkerischer Organisationen gefordert.<sup>11</sup> Mit dem Terminus *Sterbehilfe* wird der altgriechische Ausdruck *eu thanatos* neu aufgelegt, allerdings ambivalent gebraucht: Nach sozialgeschichtlichen Recherchen von URSULA BAUMANN (2001: 313-321) lehnen gesetzgebende und Recht sprechende Organisationen jene Anträge auf Sterbehilfe mit der traditionellen religiösen Begründung ab, Leiden sei eine „von Gott auferlegte“ und daher hinzunehmende „Prüfung“. Auch in den öffentlichen Medien finden diese Anliegen kein Interesse. Vielmehr wird der neue Sterbehilfebegriff als bloße verbale Beschönigung der als verwerflich geltenden Euthanasie enttarnt.

Ambivalent wird der Begriff *guter Tod* - *eu thanatos* - schon in der *Antike* gebraucht: Einerseits bezeichnen pragmatisch argumentierende philosophische Gemeinschaften den Suizid als eine Möglichkeit zu freier Selbstbestimmung und als gangbaren Weg zum *guten Tod*.<sup>12</sup> In platonischen bzw. aristotelischen Lehren, welche nach wahrem Sein bzw. den Interessen der politischen Gemeinschaft fragen, hat ein egoistischer Suizid hingegen keinen Raum. Allerdings schlägt PLATON in *Politeia* (6<sup>1941</sup>: 192) eine staatlich gelenkte Zeugung und Aufzucht der künftigen Staatsmitglieder vor, wobei die ausselektierte Gruppe der „Kinder der Schlechten“ und „was von den anderen etwa mißgestaltet zur Welt kommt, [...] in einem unzugänglichen und unbekanntem Ort“ zu „verbergen“ sei „wie es sich gehört“. Diese Formulierung wird vom Herausgeber als „verschleierter Ausdruck für Kindermord“ (: 482) interpretiert.

In *abendländisch-christlicher* Lehre wird nach anfänglicher <sup>Indifferenz</sup> der Suizid und die Euthanasie als Todsünde bezeichnet, insbesondere seit Augustinus den stoisch-antiken

---

<sup>11</sup>Die Strafminderung für Tötung auf Verlangen wurde 1871 dem Reichsstrafgesetzbuch hinzugefügt. Derzeit lautet § 216 StGB Tötung auf Verlangen: (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar.

<sup>12</sup>Epikur (1995) *erklärt explizit*, das Aus-dem-Leben-Gehen sei für einen am Leben Leidenden „machbar, wenn denn sein Beschluss für ihn feststeht“ (: 53). *Implizit legt er den Suizid nahe* mit dem Aphorismus „Der Zwang ist ein Übel; aber es gibt keinen Zwang, unter Zwang zu leben“ (: 65).

Personbegriff<sup>13</sup> christlich überformt<sup>14</sup>. So hat sich im beginnenden christlichen Mittelalter die menschliche Person als zugleich defizientes Naturwesen und unvollkommenes Abbild Gottes an die Weisung der Kirche zu halten, die das menschliche Leben als indisponible Gabe des Schöpfers und den Suizid als Ermordung des gottesebenbildlichen Geschöpfes bewertet<sup>15</sup>.

Eine *neuzeitliche* Wendung des Personbegriffs<sup>16</sup> führt Thomas von Aquin ein, indem er in Anlehnung an Aristoteles dem Naturwesen Mensch zusätzlich Vernunftbegabtheit und folglich auch Selbstverantwortung zuschreibt. Damit gilt der Suizident als ein *sich selbst* in die ewige Verdammnis stürzender Sünder. Geständnis und Bestrafung des Suizidenten können freilich nur im Fall des Misslingens erfolgen. Den erfolgreichen Suizidenten trifft die posthume Verachtung durch ein „schimpfliches Begräbnis“<sup>17</sup>.

Eine Verurteilung des Suizidenten ist auch in bürgerlich-universitären Kontexten beobachtbar: So argumentieren Georg Friedrich Wilhelm Hegel bzw. Gottlieb Fichte, der Selbstmörder zerstöre die staatliche Ordnung durch Rückzug aus sozialen Pflichten bzw. vernichte seine eigene Freiheit. IMMANUEL KANT (zit. in EISLER 1994) argumentiert, der Suizident entkleide sich selbst seiner Ehre<sup>18</sup>. In anderen – allerdings anonym oder posthum veröffentlichten – wissenschaftlichen Arbeiten werden Suizid und Suizident neutral bewertet: DAVID HUME (1980; zuerst posthum 1777) beschreibt in dem Essay *Of Suicide* den Suizid als nicht intrinsisch schlechte, sondern erst infolge *Zuschreibung* abgewertete Tat. In seiner *Untersuchung über die Prinzipien der Moral* (1980; zuerst posthum 1777) analysiert er den *Modus des Moralischen* als eine immer schon beobachtbare *formale Tendenz der Kommunikation unter Anwesenden*, an schwierigen Stellen die Form von Achtungs- und Ächtungserweisen anzunehmen und letztlich in *ästhetische* Urteile zu münden.

<sup>13</sup> Unter vielen anderen analysiert Maximilian Forschner (<sup>2</sup>1995) die stoische als eine historisch wirksame Ethikrichtung. Diese antagonisiere die Person nicht in einen guten seelischen und einen defizienten körperlichen Teil, sondern spreche ihr ein auf naturgegebener Vernünftigkeit gründendes Selbstbewusstsein sowie eine durch Mitgliedschaft in der politischen Gemeinschaft ermöglichte Rolle zu.

<sup>14</sup> Insbesondere in *De Trinitate VII, IX und XV* analogisiert der Kirchenvater Augustinus drei göttlich-personale Ausprägungen desnessmlichen Person: Als erschaffe er den Menschen aee. So schenke Gott dem Menschen über Naturhaftigkeit hinaus den Status der Person, durch welche das – unvollkommene – Abbild seines Bildes göttlicher Dreieinigkeit hindurchtöne: Als göttlicher Vater erschafft er den Menschen nach seinem Bilde, als gehorsamer Sohn Gottes erlöst er ihn und als Heiliger Geist verleiht er ihm Erkenntnis-, Willens- und Liebesfähigkeit, welche am Ende aller Zeit in der unmittelbaren Anschauung und Anbetung Gottes im Chor der Heiligen ihre vollkommene Erfüllung erreichen soll. Die als dreifaches göttliches Gnadengeschenk substanziierte einmalige, unantastbare, unzerstörbare menschliche Person stehe mit Leib und Leben niemandem außer Gott, also auch nicht sich selbst, zur Disposition.

<sup>15</sup> Die *Bibel* thematisiert allerdings Tötung auf Verlangen oder Suizid nicht explizit.

<sup>16</sup> Nach Kurt Flasch (1986 insbesondere: 104-108) schließt Thomas von Aquin an den Personbegriff des Boethius in *Contra Eutychen* 3 Stewart/Rand 84 an, welcher die Person als „rationabilis naturae individua substantia“, also als unteilbare Substanz vernunftbegabter Natur, definiert.

<sup>17</sup> So beschreibt Ursula Baumann (2001) neben der innerkirchlichen die *soziale* (: 37) Bedeutung von Bestattungsregeln, insbesondere des „schimpflichen Begräbnisses“ für Suizidenten (: 49).

<sup>18</sup> Vgl. die Aussage Immanuel Kants, der Suizident mache „sich selbst zum Scheusal“ und könne sich nur noch selbst verachten (Anthr. I. T. § 77 (IV: 192, zitiert von Rudolf Eisler 1994: 491).

Im Zuge der *Aufklärung*<sup>19</sup> wird der Suizident nicht mehr als schwerer Sünder verurteilt, sondern eingepasst in die spezifischen Unterscheidungsweisen der sich etablierenden, der Volksgesundheit sich verpflichtenden klinischen Organisationen<sup>20</sup>. Indem er nun als psychisch Kranker klassifiziert wird, hat sich seine Beurteilung allerdings nur inhaltlich, nicht jedoch strukturell geändert, denn weiterhin wird ihm Defizienz zugeschrieben. Psychiatrische Behandlung gilt nun als Lösung seines Suizidproblems. Allerdings zeigen sich Schwierigkeiten wie z.B. eine hohe Behandlungsresistenz, der Druck einer antipsychiatrischen Selbsthilfebewegung und neue Liberalisierungstendenzen in der Psychiatrie selbst. So können psychiatrische Patienten in symptomfreien Intervallen vorsorglich in medizinische Entscheidungen einbezogen werden.<sup>21</sup> Einige Juristen und Medizinethiker wollen den – auch bei psychisch Kranken für möglich gehaltenen<sup>22</sup> – „frei verantworteten Suizid“<sup>23</sup> respektieren. Auch bei geriatrischen Patienten wollen Psychiater möglichst wenig direktiv vorgehen und Validationsmethoden zur Fremd- und Selbstaufwertung bei dementen Patienten einsetzen, um sie gegen Suizidalität zu immunisieren.

In dieser neuen Ethik des Suizids wird die Suizidalität auch als ein Weg des Kranken interpretiert, Unerträglichkeiten zu bewältigen und sich sein individuelles Dasein zu schaffen<sup>24</sup>. Folglich soll nach einer neuen Ethik der Suizidprophylaxe dem suizidalen Patienten das tiefe liebende Verständnis für seine psychische und/oder physische Krankheitslage, insbesondere für das neben Krankheit ihn bedrängende Leiden am zunehmenden Verlust seiner physischen, psychischen, sozialen Möglichkeiten, zuerkannt

---

<sup>19</sup> Nach Ursula Baumann (2001) wird die durch König Friedrich I. ein Jahr nach der Französischen Revolution vorgenommene Streichung des Selbstmords aus dem Tatbestandskatalog des preußischen Strafrechts dem Einfluss Voltaires zugeschrieben.

<sup>20</sup> In *historisch* ansetzenden Deutungen des Wandels im Umgang mit Suizidenten, Straftätern, Kranken stellen – bei unterschiedlichem Erkenntnisinteresse – sowohl Michel Foucault (1977 und 1999) als auch Ursula Baumann (2001) Zusammenhänge zwischen *Organisationsführung, Strukturierung von Gesellschaft und Individualisierung* her.

<sup>21</sup> Mit dem Argument der Selbstkompetenz psychisch Kranker plädiert u. a. ROSA GEISLINGER (1998) für deren Einbeziehung in Therapieentscheidungen. Dies soll in Form *vorsorglicher* Zustimmung zu möglicherweise im Verlauf der Krankheit notwendig werdenden einschneidenden Therapie- und Sicherheitsmaßnahmen geschehen.

<sup>22</sup> Experten für Psychiatrie wie z.B. KLAUS PETER RIPPE e.a (2005) halten eine Urteilsfähigkeit hinsichtlich eines Suizids auch bei psychischen Störungen für möglich.

<sup>23</sup> Mit der Rechtsfigur der *Zurechnungsfähigkeit* begründen z.B. HANS-LUDWIG SCHREIBER (z.B. 1995), HEINZ SCHÖCH e.a. (1996), und, wie von OLIVER TOLMEIN (2006a) in dem FAZ-Interview *Selbsttötung, selbstbestimmt* zitiert, auch KLAUS KUTZER (2005) die Forderung, einerseits ein Behandlungsgebot für psychisch kranke Suizidenten gesetzlich zu verankern. Andererseits verlangen sie, bei einem wegen *körperlicher* Leiden begangenen ernsthaftem Suizidversuch den Arzt von seiner Verpflichtung zu lebenserhaltender Behandlung zu befreien.

<sup>24</sup> Insbesondere LUDWIG BINSWANGER (<sup>3</sup>1962 und 1992) analysiert Suizidalität analog zum Phänomen des Traums nicht als Wahn, sondern als authentische Ausdrucksform des frei imaginierend sein biografisches Dasein bildenden Patienten. Auch wenn er psychisch krank sei, könne er als ethisch integere Person durch die liebende Zuwendung des Arztes erreicht und verstanden werden.

werden, ohne Behandlungsmöglichkeiten zu vernachlässigen.<sup>25</sup> Dieser von Verdammung oder Abscheu gereinigte Suizidbegriff fungiert nun als Vorreiter für die Einführung des Begriffskomplexes *Sterbehilfe-Sterbebegleitung*.

## 2.2 *Evolution der Sterbehilfe über organisationellen Begriffsgebrauch*

Um die Evolution der Sterbehilfe auf organisationaler Ebene zu zeigen, soll nun der Begriffsgebrauch in Verlautbarungen fachlicher, staatlicher und kirchlicher Organisationen und von NGOs<sup>26</sup> aus den letzten vier Jahrzehnten hinsichtlich seiner Bedingungen beobachtet und in Phasen gruppiert werden. Der Phasenbegriff wird so weit gefasst, dass er sozialräumliche Bedingungen begrifflicher Transformationen einbezieht.

Der *Phase 1: Die reine Sterbehilfe* werden organisationelle Verlautbarungen zugeordnet, welche den Sterbehilfebegriff zur Bezeichnung der von jeglichem Tötungsverdacht freien Hilfe für Sterbende verwenden.

Der *Phase 2: Die ausdifferenzierte Sterbehilfe: Verlorene Unschuld der Sterbehilfe und verschwundene Schuld der Euthanasie* werden Verlautbarungen zugeordnet, in denen der Sterbehilfebegriff ausdifferenziert, Patientenkategorien zugeordnet und dabei konkordant sowie gegenläufig bewertet wird.

Der *Phase 3: Die neue Unschuld in Gestalt der Sterbebegleitung und ihre Absicherung durch das frei und selbstverantwortlich entscheidende Subjekt* werden Verlautbarungen zugeordnet, welche zum ausschließlichen Gebrauch der Begriffe Sterbebegleitung, Palliation und Hospizlichkeit übergehen wollen. Ein Fazit fasst zusammen, was dabei geschieht und wie soziologisch weiter untersucht werden kann.

### 2.2.1 *Phase 1: Die reine Sterbehilfe*

Nicht nur am *Euthanasie-* und *Suizidbegriff* kann ein historischer Wandel beobachtet werden, sondern auch an dem vorwiegend in Deutschland seit Beginn des 19. Jahrhunderts gebrauchten *neuen Begriff der Sterbehilfe*. Wie dieser zunächst insbesondere in staatlichen Organisationen abgelehnte neue *Sterbehilfebegriff* allmählich den Status der Reinheit erhält, soll dieser Abschnitt zeigen.

---

<sup>25</sup> OLIVER TOLMEIN (2006 a) argumentiert im Anschluss an GABRIELE WOLFSLAST und KURT SCHMIDT (2005) dafür, Selbstbestimmung nicht als undifferenzierte Stereotype für ein „Gewährenlassen“ zu interpretieren, sondern Sinn und Maß der Entscheidungsfreiheit „in der konkreten Situation“ zu berücksichtigen.

<sup>26</sup> Der allgemein in sehr unterschiedlichen Bedeutungen gebrauchte Begriff *Non-Government-Organization* NGO soll hier zur Bezeichnung nichtstaatlicher Organisationen verwendet werden, welchen zur Verwirklichung ihrer Interessen, Normen und Werte extern nur die Form des *Appells* zur Verfügung steht.



### Begriffsliste zu Phase 1

Bei dem Versuch, aus den organisationellen Verlautbarungen der Phase 1 eine *Liste* von Sterbehilfe-Formen aufzustellen, wird schnell klar, dass diese nur eine Bezeichnung enthält, nämlich die unkonnotierte oder reine Sterbehilfe.

Tötung auf Verlangen bzw. der assistierte Suizid gelten nicht als Sterbehilfe.

Der Patientenwille ist irrelevant: Er wird dem Patientenwohl untergeordnet.

Ein eigenständiger Begriff der Patientenvorsorge wird in Phase 1 nicht verwendet. Nur gelegentlich ist die Rede von einem Patiententestament, das aber weder begrifflich definiert ist, noch als verbindlich gewertet wird.

### Frage zu Phase 1: Wie gewinnt der Sterbehilfe-Begriff seine Reinheit?

Zur Beantwortung dieser Frage müssen zuerst außer den üblicherweise genannten Anlässen für die Rede von Sterbehilfe wie die demographische Umkehrung der Bevölkerungsstruktur, der medizinisch-technischer Fortschritt und der Werteverlust, noch weitere Anlässe einbezogen werden:

Der Sterbehilfe-Begriff kommt gerade in der Zeit auf, da in erstmals hoch technisch geführten Kriegen menschliches Leben in vorher nicht erlebtem Ausmaß zerstört wird. Darüber hinaus wird unter Verwendung der weltweit längst propagierten, nun ins äußerste Extrem getriebenen Rassismus-Ideologie<sup>27</sup> und des Euthanasievorwandes<sup>28</sup> die Vernichtung von derzeit geschätzten sechs Millionen Menschen durch nationalsozialistische Organisationen geplant, propagiert, perfekt geregelt und – auch unter Mitwirkung von Ärzten – rigoros ausgeführt.<sup>29</sup> Auch nach deren Ende und bis in die Gegenwart wurde und wird weltweit unter der Begründung ethnischer Säuberung, religiöser Bekehrung, Besserung politischer Systeme und vorsorglicher Abwehr möglicher Aggression menschliches Leben in ungeahntem Ausmaß zerstört und ausgelöscht.

Menschliches Leiden kann angesichts der *Massenhaftigkeit* und Brutalität dieser Zerstörung menschlichen Lebens nicht mehr einzig als von *Gott* gesandte und menschliche Intervention verbietende Prüfung erklärt werden. So werden einerseits Kodizes geschaf-

---

<sup>27</sup> Im Nationalsozialismus werden die bereits im 19. Jh. von europäischen und amerikanischen Anthropologen vertretenen Rassismus-Ideologien benutzt. Die Vorsorge dafür, „daß das Blut rein erhalten bleibt, um durch die Bewahrung des besten Menschentums die Möglichkeit einer edleren Entwicklung dieser Wesen zu geben“, propagiert Adolf Hitler (1930: 444, zitiert in: Morlok, Karl<sup>2</sup>1990: 32) als „heiligstes Menschenrecht“ und „heiligste Verpflichtung“.

<sup>28</sup> Das Reichspropagandaministerium stützt sich bei seinen Aufklärungskampagnen über die Humanität der Tötung „Lebensunwerten Lebens“ in Filmen wie „Ich klage an“ (Filmtext in: KARL LUDWIG ROST 1987) und über die Volksschädlichkeit von „Ballastexistenzen“ in Plakataktionen u. a. auf KARL BINDINGS und ALFRED HOCHES (1920) „Nützlichkeit und Wohltat von Sterilisation und Euthanasie“.

<sup>29</sup> KARL MORLOK (<sup>2</sup>1990: 20ff) zeigt z.B. Dokumente über die - nach ihrer Berliner Adresse Tiergartenstraße 4 - als *Aktion T 4* bezeichnete *Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten* zur Vernichtung behinderter und psychisch kranker *deutscher* Menschen. Die Übernahme dieser Verfahren zur massenhaften Vernichtung rassistisch und politisch missliebiger Menschen in Konzentrationslagern ist z.B. von ALEXANDER MITSCHERLICH und FRED MIEHLKE (Hg.) (1979) anhand von Texten der Nürnberger Prozesse dokumentiert.

fen, die, ausgehend von einer *dem Menschen als solchem* innewohnenden Würde, jeder menschlichen Person eine Reihe von Menschenrechten zuerkennen. Dies sind zuvorderst das Recht auf Leben, körperliche und seelische Unversehrtheit sowie ein Selbstentscheidungsrecht. Kodizes sind aber nicht mit Sanktionen bewehrt und daher nicht von Organisationen durchsetzbar. So wird nach dem für Leidensvermeidung und –behebung verantwortlichen Individuum Ausschau gehalten. Dieses neue Individuum soll als Gegenüber, als Du, den Leidenden erreichen und anerkennen, indem es sich die *von jenem selbst* definierten Bedürfnisse angelegen sein lässt<sup>30</sup> und ihm damit nicht nur Schutz, sondern auch Freiheit zuerkennt. Sogar ein Nationalstaat, dessen Bürgern nicht an einer Revolte gegen Unfreiheit gelegen ist<sup>31</sup>, lässt sich nun eine Verfassung verordnen, die jeder Person beides, Lebensschutz und Selbstentscheidung, garantieren soll.<sup>32</sup>

In Verbindung der Berichte über die Vernichtung menschlichen Lebens mit der Kodifizierung von Lebens- und Freiheitsschutz und neuen Kenntnissen über Möglichkeiten der Symptomkontrolle<sup>33</sup> ändert sich die offizielle Redeweise bezüglich der Leiden schwerkranker und sterbender Menschen: Leiden können weder als gottgewollt noch als zumutbare Begleiterscheinung des Sterbeprozesses gewertet werden, sondern sie werden sinnlos. Mit diesem Bedeutungswandel des Leidensbegriffs erhält auch der Begriff *Sterbehilfe* neue Bedeutung.

Gerichtliche, politische, kirchliche und ärztliche Organisationen, die vordem nicht nur das Ansinnen einer Sterbehilfe, sondern auch den Gebrauch des Sterbehilfebegriffs ablehnten, bezeichnen damit nun selbst ärztliche Maßnahmen. So bezeichnet z.B. das Verwaltungsgericht Karlsruhe im Urteil vom 11.12.1987 - 8 K 205/87 -, die „sog. reine Sterbehilfe“ als *erlaubte* „Sterbehilfe im Sinne der Hilfe im Sterben“.

An Beispielen aus kirchlichen und berufsständischen Verlautbarungen soll nun gezeigt werden, wie nun ärztliches Handeln, welches auf das Wohl des Patienten ausgerichtet ist und jegliche Tötungsabsicht ausschließt, schlicht als *Hilfe, Sterbehilfe, eigentliche* oder *reine Sterbehilfe* bezeichnet wird.

---

<sup>30</sup> MARTIN BUBER (1995; zuerst 1923) fordert in *Ich und Du*, nicht von Vorstellungen des Ich, sondern ständig neu vom Anderen auszugehen und so *den Bedarf des Du* wahrzunehmen.

<sup>31</sup> So führt der emigrierte Philosoph JOACHIM SCHUMACHER (1978; zuerst 1937) die Unfähigkeit der deutschen Bürger der Dreißiger Jahre zur Revolution darauf zurück, dass sie Moral nicht von Macht, insbesondere nicht von Macht *in Uniform*, unterscheiden und ruft sie zur „Organisation von Freiheit“ (: 173) auf.

<sup>32</sup> So GG Artikel 2: (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.

<sup>33</sup> Bei Offenheit für Kontingenz fällt z.B. ein Detail aus der Entwicklung der Schmerzbehandlung auf: Nach mündlicher Information durch den Münchner Arzt *Paul Jag* gab es im deutsch-französischen Krieg infolge erstmals hoch technischer Kriegsführung unvorstellbar viele schwer verletzte Invaliden. Nach ihnen als den *Heroen* des Vaterlandes sei das *Heroin* benannt worden, ein Schmerzen hochwirksam stillendes Opiat - Zufallsfund eines pharmazeutischen Betriebes -, welches unter geringen Kosten in großen Mengen hergestellt und von den Verletzten selbst oral eingenommen werden konnte.

Zunächst soll hier anhand eines Vorgriffs gezeigt werden, dass es sich bei den Ausdrücken „*reine Sterbehilfe*“ und „*Hilfe im Sterben*“ um einen phasischen, also unter anderen historischen und sozialräumlichen Bedingungen auch anders möglichen Begriffsgebrauch handelt: Das hier der Phase 2 zugeordnete Urteil des Strafsenats des BGH (1994) stellt nämlich nicht nur *passive* Sterbehilfe bei Sterbenden als erlaubt dar (: 57), sondern bestimmt auch, dass darüber hinausgehende „Sterbehilfe im weiteren Sinne“ bei Patienten, die sich noch nicht in der terminalen Phase befinden, *nicht* ungeprüft als Straftat gewertet werden könne (: 58).

In Phase 1 wird der Sterbehilfebegriff nicht so weit differenziert und präzisiert. Vielmehr wird er inhaltlich *vage und einseitig* gebraucht, so dass Unaussprechbares verdeckt und Inkommunikables aus der Diskussion gehalten werden kann.

So unterzieht z.B. die kirchliche Organisation KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE (1980) in ihrer *Erklärung zur Euthanasie* die Begriffe Euthanasie und Suizid keiner differenzierten Analyse, sondern setzt sie unter Bezugnahme auf das II. Vatikanische Konzil <sup>34</sup> gleich mit „äußerst schwere(m) Verbrechen“ und einer „Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes“ <sup>35</sup>.

Die Erlaubtheit der medizinisch nicht näher explizierten *christlich klugen Hilfe* des Arztes bei sterbenden Patienten begründet sie damit, indem sie erlaubte Mittel wiederum hinreichend *vage* als *verhältnismäßige* Mittel bezeichnet. Darunter *können* dann auch unvermeidliche Unverhältnismäßigkeiten des Aufwandes in Forschung, Lehre und Implementierung *neuer* medizinischer und pflegerischer Möglichkeiten ebenso wie die allmähliche Übernahme *zunächst unverhältnismäßiger* Verfahren in den *gewöhnlichen* medizinischen Alltag einbezogen werden. Auch die Vorbedingung, dass „der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann“, ist medizinisch *vage* gehalten. Daher darf auch *vage* bleiben, wann genau der Arzt „auf weitere Heilversuche“ verzichten darf, „die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten“.

Die Vagheit dieser Bezeichnungen lässt diese *Erlaubnis* zur Hilfe für den Sterbenden nicht von der Kongregation für die Glaubenslehre, sondern von der – *vom Arzt* zu diagnostizierenden und prognostizierenden - körperlichen Verfassung des Patienten selbst ausgehen. Auch die Basispflege bei Sterbenden wird dem Arzt nicht explizit durch die Glaubenskongregation aufgetragen, sondern mit dem generalisierenden Einschub - „[...] ohne daß *man* jedoch die normalen Hilfen unterläßt, die *man* in solchen Fällen einem Kranken schuldet [...]“ (kursiv: E.K.) als *normales* Mittel vorgestellt. Dilemmata hat der Arzt in diesem Normalitätsrahmen dank seines Ethos und seiner Anpassungsfähigkeit an schwierige Situationen bereits bewältigt: „Dann liegt kein Grund vor, daß der Arzt Bedenken haben müßte, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert.“

---

<sup>34</sup> Vatikanische Konzile repräsentieren die Gesamtheit der Bischöfe. Ihre Setzungen haben hohes Gewicht.

<sup>35</sup> Ihre Weisungsmacht bezieht die *Kongregation für die Glaubenslehre* als unmittelbare Nachfolgeorganisation der „Heiligen Inquisition“ laut ihrem aktuellen Internet-Auftritt aus der Funktion, als dem Heiligen Stuhl unmittelbar unterstellte Einrichtung für die Richtigkeit der katholischen Lehre zu sorgen.

Indem sie also den durch die Gestalt des nahenden Todes schon geklärten Körperzustand des Patienten mit hinreichend vager Normalitäts-Semantik bezüglich der Mittel verbindet, kann die Glaubenskongregation dem Arzt breiten Handlungsspielraum zugehen, ohne selbst irgendwelche Verantwortung übernehmen zu müssen.

Auch mit der auf den *psychischen Status* des Patienten bezogenen Unterscheidung *wachen* und *fehlenden Bewusstseins* legt sie einen weit interpretierbaren Rahmen für wirksame Schmerzbehandlung fest. Einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei bewusstlosen Patienten, wie er noch aus der Ansprache von PAPST PIUS XII. (1952/53) gefolgert werden kann, thematisiert sie jedoch nicht. Gerade weil der Vatikan päpstlichen Verlautbarungen *fortwirkende* Geltung beimisst, verweist diese Nichterwähnung päpstlicher Erklärungen, welche den Menschen zum „bloßen Sinnwesen oder zu einem lebenden Automaten“ zu degradieren verbieten, implizit auf eine Missbilligung des Behandlungsverzichts bei bewusstlosen Patienten.

Nur die dritte Unterscheidung *meritorischer* gegenüber *normalen Pflichten der Sterbenden* legt einen *sachlich klaren* Rahmen für erlaubtes und gebotenes ärztliches Handeln fest, und zwar, indem die Unterscheidung von *vorhandenem und fehlendem Bewusstsein* des Patienten *theologisch* expliziert wird. Als Idealbild christlichen Sterbens wird der bewusstseinsklare Christ vorgestellt, der seine Leiden nicht oder nicht völlig dämpfen lässt, sondern im geduldigen Ertragen dem leidenden Christus ähnlich werden und ihm durch Leiden und Tod in die Auferstehung nachfolgen will. Diese heilsgeschichtliche Beschreibung will den Arzt für den Wertekatalog *besonderer* christlicher Patienten sensibilisieren. Aber auch das Heil des *normalen* christlichen Patienten wird ihm nahe gelegt, wenn ihm zwar erlaubt wird, aus menschlicher und christlicher „Klugheit“ schmerzlindernde Medikamente anzuwenden, „auch wenn sich dadurch als Nebenwirkungen Schläfrigkeit und vermindertes Bewußtsein einstellen“. Aber dies ist ihm höchstens in einem Grad erlaubt, welcher dem Patienten noch die Vorbereitung auf den Augenblick der Begegnung mit seinem Schöpfer ermöglicht.

Diese *theologisch* plausibel erscheinende Bedingung der Bewusstseinsklarheit für die im Augenblick des Todes stattfindende Begegnung mit Gott wird allerdings mit der Verwendung eines Zitats aus der Ansprache von PAPST PIUS XII (1957: dort 146) an Anästhesiologen unter *ethischer* Begründung fallen gelassen: Wenn „andere Mittel fehlen und [...] die Erfüllung der *übrigen* religiösen und moralischen Pflichten in keiner Weise verhindert wird“, sei es gestattet, „mit Hilfe narkotischer Medikamente Schmerz und Bewußtsein *auszuschalten*“ (kursiv: E.K.). Vollends permissiv beurteilt PAPST PIUS XII (1957: 146) die Gabe potenter Schmerzmittel bei Patienten, die „[...] sich selbst nicht mehr auszudrücken vermögen“: Man könne „mit Recht voraussetzen, daß sie diese schmerzstillenden Mittel haben möchten und wünschen, sie nach dem Rat der Ärzte zu erhalten.“ Wie diese im Gegensatz zum Behandlungsverzicht wesentlich permissivere Handhabung der Inkaufnahme der Nebenwirkungen möglich wird, zeigt folgender Vergleich:

Die *Euthanasie* wird beschrieben als eine „Handlung oder Unterlassung [...], die ihrer Natur nach oder aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu

beenden“. Drei Kriterien, nämlich *Intention*, *angewandte Methoden* und *Todesfolge*, werden also bei ihrer Verurteilung einbezogen.

Die *Schmerzbehandlung* hingegen wird nur unter den Kriterien der „Intention und der angewandten Methoden“ beurteilt. Indem das Kriterium der Lebensverkürzung bereits durch das Absichtskriterium marginalisiert ist – „man beabsichtigt nur, die Schmerzen wirksam zu lindern“ –, und das für die Schmerzbehandlung indizierte *Mittel* so charakterisiert wird, dass es „von Natur aus [...] den Tod herbeiführt“, können Entscheidungen hinsichtlich der Schmerzkontrolle dem somit zweifach entschuldeten Arzt überlassen werden. Die Glaubenskongregation kann also die *Hilfe des Arztes* als problemlos gestattete darstellen, soweit sich der Arzt *ihren* Vorgaben erstens hinsichtlich der *Intention* - ausschließlich Linderung - zweitens der *Intension* - Naturgegebenheit - und drittens der *Extension* - medizinisch gebotener Behandlungsumfang - flexibel anschließt, und somit alles vermeidet, was seine Maßnahmen als Tötung interpretierbar machen könnte.

Die oberste Wegweiserposition beansprucht die von Papst Johannes Paul II. am 25. März 1995 ausgegebene Enzyklika *Evangelium Vitae*, und zwar nicht nur Mitgliedern, sondern allen Entscheidungsträgern gegenüber. Alle sollen ihren Aufgaben, wenn schon nicht „nach der Lehre der Religion“, so doch zumindest gemäß „den Normen der Moral“ nachgehen. Der Heilige Stuhl bietet also generalisierend *seine* Normen als „die Normen der Moral“ nun „allen Menschen guten Willens“ an und stellt damit diejenigen, die eine andere Perspektive einnehmen, in ein moralisches Abseits. Diese moralische Unterscheidung fungiert als Doppelung und Stärkung einer nicht mehr von allen geglaubte Lehre von Seligen und Verdammten. Kirchliche Weisungen wie das strikte Verbot der Tötung eines *unschuldigen* Menschen – und als Mensch mit vollem Anspruch auf Lebensschutz gilt nach *aktueller* kirchlicher Lehre die befruchtete Eizelle ebenso wie der apallische Patient – können so *in der Immanenz* erklärt und gegenüber *allen* Personen und Organisationen geltend gemacht werden. Nicht nur zu den dereinst Seligen, sondern bereits zu den auf Erden moralisch Gutwilligen kann sich also rechnen, wer diese moralischen Weisungen annimmt.

Die Unverzichtbarkeit der Loyalität wird an diesem sogar auf Nichtmitglieder ausgedehnten Lob sichtbar. Mitglieder hingegen unterstehen zusätzlich einigen Sanktionen: Als Zentralinstanz nicht nur für den Inhalt, sondern auch für die Art der Geltendmachung der von ihr als gültig bestimmten Lehren und Sanktionierungen stellt sich die KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE (1998) dar<sup>36</sup>. Wie jede andere Organisation, deren Mitglieder - und insbesondere deren Amtsträger - sich auf organisationsinterne Normen verpflichten (müssen), verfügt die Kirche über organisationsinterne

---

<sup>36</sup> So ergänzt die KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE (1998) in ihrer „Lehramtlichen Stellungnahme“ die von PAPST JOHANNES PAUL am 18. Mai 1998 verkündete *Affirmation der Professio Fidei*, des klerikalen Gehorsamsgelöbnisses, mit der Maßgabe, die Geltung der Glaubenslehre gründe nicht auf der feierlichen Form einer Verkündung *ex cathedra*, sondern auf ihrer - von der *Glaubenskongregation* hergestellten - Kontinuität.

Reglementierungen wie Ausschluss aus Kirchenmitgliedschaft, Empfang sakramentaler Gnadenmittel und kirchlichem Begräbnis<sup>37</sup>.

Wie die von medizinischem Fortschritt absehbende Unterscheidung gewöhnlicher und außergewöhnlicher Mittel zeigt, operiert die Enzyklika weder in der Zeit- noch in der Sachdimension. Ihr geht es vielmehr um Beziehungen – zwischen Gott und den Menschen, dem Arzt und Patienten, der Kirche und den Mitgliedern sowie zwischen Kirche und Nichtmitgliedern. Da diese kirchlichen Verlautbarungen also vorwiegend in der *sozialen Sinndimension* laufen, braucht der moralische Unterton nicht zu verwundern.

Auch *Sprecher der evangelischen Kirche* können moralisch richtig handelnde, das Leben verantwortlich verwaltende Personen so lange von moralisch falsch handelnden, das grundsätzlich heilige Leben zerstörenden Befürwortern der Euthanasie unterscheiden, wie sie keine Differenzierungen von Krankheitslagen und medizinischen Maßnahmen vornehmen. So hält etwa MANFRED KOCK (2001: 28) in seiner Funktion als Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands EKD den Befürwortern aktiver Sterbehilfe sein „Nein ohne jedes Wenn und Aber“ entgegen. Euthanasie erklärt er nicht nur als verwerflich, sondern auch als unnötig, weil durch richtige Aufklärung über christliche Werte und Möglichkeiten lindernder Behandlung das richtige Meinungsprofil erzielt und richtige Vorsorge für Fragen am Ende des Lebens getroffen werde.

Mit dieser tautologischen Beweisführung positionieren sich beide Großkirchen als Instanzen für richtige Aufklärung über die Unbedingtheit des Lebensschutzes. So wird das Substitutionsgebot „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ bereits in dem hier als Phase 1 benannten sozialräumlichen und zeitlichen Kontext beobachtbar.

Wie die beiden Großkirchen mit diesem Postulat auch in nachfolgenden Phasen eine neue gemeinschaftliche Zuständigkeit bekunden, ist schon am Titel „*Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe*“ der vom EKD und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2003 herausgegebenen *ökumenischen Sammlung Gemeinsame Texte 17* ersichtlich.<sup>38</sup>

Nun soll – im Vorgriff auf Phase 3 - ein Beitrag eines *universitären Moraltheologen* vorgestellt werden. JOHANNES GRÜNDEL (1991) macht „Sterbehilfe“ zum *universellen* Problem, nämlich zu „unser aller Aufgabe“ (: 53). Zugleich *spezifiziert* er Sterbehilfe als ein auf der Beziehung zwischen Arzt und Patient gründendes moralisches „Recht“ des Patienten „auf Sterbebeistand, auf Hilfe beim Sterben - nicht Hilfe zum Sterben“ (: 63). So habe dort, wo „Leben nicht mehr zu retten ist, [...] der Arzt Sterbehilfe zu gewähren“ und den Kranken „in der letzten Phase seines irdischen Lebens zu

---

<sup>37</sup> *Amtsträger* der Kirche können also aufgrund ihrer *gelobten* „Pflicht, den vom kirchlichen Lehramt endgültig vorgelegten Wahrheiten anzuhängen“ unter *keinen* Bedingungen Euthanasie befürworten.

<sup>38</sup> Angesichts des Alleinanspruchs der katholischen Kirche auf das göttliche Mandat der richtigen Lehre und daraus resultierender Uneinigkeit christlicher Kirchen hinsichtlich der *Transzendenz* fungiert die *immanent einheitliche* Behandlung des Themas Sterbehilfe als Möglichkeit zum Schulterschluss und damit zur gegenseitigen Bestärkung aller sich am Thema beteiligenden christlichen Kirchen.

begleiten“. Die bekannte Unterscheidung gewöhnlicher und außergewöhnlicher Mittel wendet der Autor auf intensivmedizinische Behandlung an: Nur als *Sonderbehandlung*, die „eine normale weitere Therapie“ *ermöglichte*, aber nicht als normale „Dauerbehandlung“ sei sie einzusetzen (: 64). Darüber hinaus befürwortet er aufgrund der Bewusstnichtbewusst-Unterscheidung ein „allmähliches Absetzen künstlicher lebenserhaltender Maßnahmen oder [...] Abschalten der Geräte“ (: 63) dort, wo „eine zwischenmenschliche Kommunikation in keiner Weise mehr zu erwarten ist – bei irreversibler Bewußtlosigkeit, vorausgesetzt, daß die Diagnose abgesichert ist.“ (: 62-63) Da lebenserhaltende Maßnahmen mit dem Argument des naturgegebenen Endens zwischenmenschlicher Beziehung als bereits hinfällig gewordene dargestellt werden, bedürfen Ärzte und Pflegenden keiner weiteren Genehmigung, auch keiner moralischen Sanktion. Vielmehr haben sie mit dem Akzeptieren natürlicher Gegebenheiten ihre Pflicht bereits getan. Zu immanenten, durch Naturgegebenheit ja bereits gelösten Fragen gibt der Beitrag also keine Weisungen.

*Theologisch präzise* hingegen wird der „unbegreifliche Tod“ als Tor zur *Transzendenz* erklärt, die in einer geheimnisvollen Zukunft alle Immanenz offen legen werde. Der Tod bringe „nicht nur Zerfall der Leib-Seele-Einheit des Menschen“, sondern trage „den Menschen als ganzen vor Gott als den eigentlichen Urheber allen Lebens“, so dass die „Freiheitsgeschichte eines Menschen“ sich „in der Unmittelbarkeit vor Gott als selige Vollendung oder als Gericht“ erfülle.

Eine *zusammenfassende Gegenüberstellung* dieser Verlautbarungen verweist bei aller inhaltlichen Gemeinsamkeit auf Unterschiede der kommunikativen Struktur:

*Die kirchlichen Verlautbarungen* argumentieren auf der Sach- und Zeitdimension vage. Indem sie die Zustimmenden als Menschen guten Willens moralisch positiv konnotieren, und implizit ein moralisches Verdikt derjenigen Menschen mitführen, die anderer Meinung sind, stellen sie ihre Anschlüsse auf einer moralisch eingefärbten Sinndimension des Sozialen her.

Der *moraltheologisch* argumentierende *Lehrstuhlinhaber* hingegen erteilt nicht *Moralzuschreibungen*, sondern referiert differenziert *über* Moral, indem er beziehungsethische Unterscheidungen im Hinblick auf die moralische *Relevanz von Situationen* trifft. So muss er nicht Aussagen über Heil und Verdammnis mit immanenter Moralität doppeln. Vielmehr kann er sowohl von Loyalitätsvorgaben absehen als auch seine - tendenziell aufscheinenden - Aspirationen einer *innerweltlichen* Steuerung durch *christliche* Sterbehilfe immer wieder klug zurücknehmen, indem er, theologisch präzise bleibend und damit weiterhin auf der Sachdimension argumentierend, den gesamten göttlichen Heilsplan als verborgen und erst in der *Transzendenz* sich offenbarend darstellt.

Dieser Vergleich der kirchlichen und der moraltheologischen Verlautbarungen zeigt erstens, wie jede dieser Institutionen sich konstituiert, indem sie zwar auf den drei Sinndimensionen operiert, aber ihre Eigenwerte dadurch schafft, dass sie ihre Anschlüsse vorwiegend auf einer dieser Sinndimensionen herstellt. Sichtbar wird insbesondere, wie

eine Organisation ihren Bestand festigt, indem sie die für sie typische Erstunterscheidung - hier von Immanenz und Transzendenz – beim Prekärwerden durch eine Zweitunterscheidung – hier von moralisch Guten und implizit von moralisch Schlechten – doppelt. Ein Zweites wird an der Abstraktionsfähigkeit des Moraltheologen sichtbar: Wenn sich eine Glaubensgemeinschaft so weit ausdifferenziert, dass sie eine eigenständige Theologie entwickelt, dann kann – auch auf religiösem Gebiet – *sachlich* argumentiert werden. Dieser Differenzierungsgrad verweist bereits auf Phase 3.

Wie der Sterbehilfebegriff hingegen in Phase 1 seine Unschuld durch sachliche Vagheit und soziale Ausrichtung erhält, wird auch am Beispiel berufsständischer Verlautbarungen ersichtlich: In den *Richtlinien zur Sterbehilfe* will die BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1979)<sup>39</sup> als Dachorganisation der Selbstverwaltung des Ärztestandes ihre Mitglieder zur Leistung ärztlicher Sterbehilfe bis zum Todeseintritt<sup>40</sup> verpflichten. In ihren Rahmenfestlegungen für „bestmögliche Hilfe“ unterscheidet sie zwei Situationen:

„Während des Lebens“ erklärt sie die Heilbehandlung eindeutig zur ärztlichen Pflicht. „Beim Sterbenden“ dagegen bleibt sie in ihren Anweisungen. vage: Der Sterbensbeginn wird lediglich folgendermaßen beschrieben: „[...] wenn die elementaren körperlichen Lebensfunktionen erheblich beeinträchtigt sind oder völlig ausfallen“. Das *Fortschreiten des Sterbeprozesses* wird sogar primär anhand *subjektphilosophischer*, also nicht-medizinischer Begriffe – und zwar ex negativo - definiert: „Sind diese Lebensgrundlagen derart betroffen, daß jegliche Fähigkeit entfällt, *Subjekt* oder Träger eigener Handlungen zu sein, d. h. sein *Leben selbst zu bestimmen*, und steht der Tod wegen lebensgefährdender Komplikationen bevor, so ist dem Arzt ein breiter Ermessensspielraum für sein Handeln zuzugestehen“ (kursiv: E.K.). Damit sagt die BÄK dem Arzt zwar nichts Neues. Aber sie stellt sich mit dieser tautologischen Argumentationsform, das Prinzip der Selbstbestimmung sei dann, wenn es mangels einer substanziellen Basis unerfüllbar sei, nicht erfüllbar, selbst als eine *immer Gültiges* verlautbarende Organisation vor.

Im Gegensatz zu diesen Vagheiten soll exemplarisch auf einen kontrastierenden Fachbeitrag des Ernährungsmediziners GÜNTER OLLENSCHLÄGER (2001: 236-242) verwiesen werden. Er fragt nämlich nicht nur, ob Aussicht auf Genesung oder zumindest minimal selbst gestaltbares Leben bestehe. Vielmehr fragt er auch, ob infaust und irreversibel erkrankte Patienten von derartigen Substitutionen hinsichtlich ihres Befindens profitieren, *oder* ob und wann ein Patient in keiner Weise von Substitution profi-

<sup>39</sup> Öffentlich positioniert sich der Vorstand der BÄK ab den Neunziger Jahren in Pressemeldungen als moralische Institution, indem er z.B. am 17.05.2002 einer „von Staats wegen gewollten Tötung ausweglos kranker und lebensmüder Menschen“ in den Niederlanden und Belgien sein Plädoyer für den „rückhaltlose(n) Schutz chronisch kranker und pflegebedürftiger Patienten“ gegenüberstellt. Allerdings delegiert er die Verwirklichung dieses Patientenschutzes als „ärztliche Aufgabe und Verpflichtung“ an die Mitglieder.

<sup>40</sup> Das Ausweichen von Ärzten vor Sterbenden wird häufig, wie z.B. von JOHANNES GRÜNDEL (<sup>2</sup>1984) gezeigt, als ein von der Antike bis in die Moderne in vielen Kulturen anzutreffendes Bemühen um die Reinhaltung des Arztberufs von allem, was nicht der Heilung dient, interpretiert.



tiert. Der hier in den Blick genommene Text operiert medizinisch, also in der Sachdimension.

Im Gegensatz zu solch sachlicher Argumentation zeigen die BÄK-Richtlinien (1979) nicht nur in medizinischer, sondern auch in ethischer Hinsicht pauschalisierende Vagheit: Zwar wollen sie dem Willen des wohl aufgeklärten entscheidungsfähigen Patienten Priorität zuerkennen, kennzeichnen ihn aber dann, wenn er nicht dem ärztlichen Rat entspricht, schlicht als unvernünftig. Das Wohl des entscheidungsunfähigen Patienten wird ausschließlich im Zusammenhang mit lebenserhaltenden Maßnahmen genannt. Eine differenzierte Thematisierung der lebensverlängernden Funktion substitutiver Behandlung, die vom Patienten vorsorglich auch hätte abgelehnt werden können, wird nicht vorgenommen. Mit Sätzen wie „Diese Richtlinien können dem Arzt seine Entscheidung nicht abnehmen, sollen sie ihm aber nach Möglichkeit erleichtern“<sup>41</sup>, wird die Verantwortung den Beratern selbst überlassen. Die BÄK-Richtlinien (1979) postulieren also mit ihrem Operieren auf der Sozialdimension eine Arztperson, die, eingebunden in die Vielschichtigkeit aktueller Krankheitsverläufe und in die Normen ärztlicher Standesgemeinschaft, hoch flexibel wie die Nabe im Rad funktioniert, so dass die Dinge so laufen können, wie sie laufen.<sup>42</sup> Die Organisation selbst hingegen gerät weder anlässlich neuer medizinischer und neurowissenschaftlicher Erkenntnisse noch durch unerwartete Gerichtsurteile oder durch neue ethische Dilemmata in die Lage, irgendwann Falsches geraten zu haben, solange sie derart funktionierende Mitglieder erzeugt.

#### Beantwortung der Frage zu Phase 1: Reinheit der Sterbehilfe durch Ethos

Wie exemplarisch an Gerichtsurteilen, Weisungen der großen christlichen Kirchen und den ersten von der Bundesärztekammer Deutschland verfassten Richtlinien zur Sterbehilfe gezeigt, gewinnt der Sterbehilfebegriff seine Unschuld dort, wo er *vage*, *moral-lastig* und *unproblematisch* kommuniziert wird.

Ihre *sachlich vage* Begrifflichkeit erlaubt diesen Organisationen, den unkonnotierten Sterbehilfebegriff auch bei der Anwendung auf nicht sterbende Patienten von jedem Tötungsverdacht frei zu halten.

Organisationen verstärken in dieser ersten Phase die Unschuld des Sterbehilfebegriffs aber noch zusätzlich auf unterschiedliche Weise: Einerseits verfügen sie über die Einrichtung der Mitgliedschaft: Sie können also Mitglieder mit Ausschluss sanktionieren. Andererseits schaffen sie, indem sie *moralisch* kommunizieren, achtbare bzw. ächtenswerte Personen.

Jene der Phase 1 zugeordneten Verlautbarungen fungieren sozial: Sie schaffen reibungslos funktionierende moralisch achtenswerte Arzt-, Patienten-, Rechts- oder Glaubens-

---

<sup>41</sup> So wie die hier zitierten BÄK-Richtlinien (1979) enden die meisten Verlautbarungen von Organisationen, welche eine Beratung zu Fragen am Ende des Lebens bieten, mit der Ablehnung von Haftung.

<sup>42</sup> Mit dem Nabe-Rad-Beispiel im Sinne moderner Epikie beziehe ich mich auf die Moralthologen JOHANNES GRÜNDEL (<sup>2</sup>1984: 17) bzw. GÜNTER VIRT (2000: 633), die in solcher Tugendhaltung die Möglichkeit sehen, starr gewordene Normvorgaben der jeweiligen Sachlage anzupassen.

gemeinschaftspersonen mit eher unbeachtlichen individuellen Wünschen, die ihrerseits jene Organisationen als vorbildlich, sicher und moralisch untadelig beratende Institutionen erscheinen lassen. Die gezeigten Kontrastbeispiele des moraltheologischen (GRÜNDEL) bzw. des medizinischen *Fachbeitrags* (OLLENSCHLÄGER) hingegen relativieren den Sterbehilfebegriff unter Verweis auf die Transzendenz bzw. differenzieren ihn nach sachlichen Kriterien. Damit verweisen sie auf eine einsetzende Transformation des Sterbehilfebegriffs, welche hier der Phase 2 zugeordnet wird.

### 2.2.2 *Phase 2: Die ausdifferenzierte Sterbehilfe - Verlorene Unschuld der Sterbehilfe und verschwundene Schuld der Euthanasie*

Der Phase 2 werden hier solche organisationellen Verlautbarungen zugeordnet, die – etwa ab Mitte der Achtziger Jahre - einen nicht nur ausdifferenzierten, sondern auch unterschiedlich bewerteten<sup>43</sup> Begriffsgebrauch zum Thema Sterbehilfe pflegen. Die daraus erstellte Begriffsliste der Phase 2 ist nur auf technische Terme<sup>44</sup> beschränkt, fungiert also nicht als Minimalkonsens.

#### Begriffsliste zu Phase 2

Als *Euthanasie*, *aktive* bzw. *direkte aktive Sterbehilfe*, *Lebensbeendigung auf Verlangen* wird die absichtliche Verursachung des Todes unter Anwendung tödlicher Mittel durch eine andere Person, meist den behandelnden Arzt, auf ausdrückliches, wohlüberlegtes, aktuell oder vorsorglich geäußertes Verlangen des Verfügenden mit dem Ziel der Beendigung unerträglicher Leiden bei hoffnungslosem Krankheitsverlauf bezeichnet.

*Beihilfe zur Selbsttötung*, *Suizidbeihilfe*, *(ärztlich) assistierter Suizid* wird definiert als von einem hoffnungslos erkrankten schwer leidenden Patienten erbetene Unterstützung bei seiner freiwilligen Selbsttötung durch eine Helferperson, welche tödliche Mittel besorgt und/oder bereitstellt, worauf der Suizident in eigener Tatherrschaft die ausschlaggebende Suizidhandlung selbst durchführt, wobei die eventuell bis zum Todeseintritt anwesende Helferperson auf die Einleitung von Rettungsmaßnahmen verzichtet.

Der Begriff *ärztlich assistierter Tod* wird als Sammelbezeichnung für Euthanasie und ärztliche Suizidassistenz verwendet. Zwar gelten auch in Phase 2 die aktive Sterbehilfe und bis auf seltene Ausnahmen auch die Suizidbeihilfe in allen Staaten als verbo-

---

<sup>43</sup> Nach dem Euthanasie-Report des STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS *CDBI* (2003) und der internationalen Dokumentation *Sterbehilfe* von ALBIN ESER und HANS-GEORG KOCH (1991) fallen Verurteilungen bei Lebensbeendigung auf Verlangen seit den Siebziger Jahren auch in denjenigen Staaten sehr milde aus, deren Strafgesetze wie z.B. in Frankreich *jede* Tötung mit hohen Strafen bedrohen, oder die, wie z.B. in Großbritannien bis zur Inkraftsetzung des Suicide Act 1961 (UK), auch den Suizidversuch sanktionieren.

<sup>44</sup> Diese Definitionen stellen Zusammenfassungen der Begrifflichkeit so zahlreicher Verlautbarungen dar, dass hier zunächst auf Literaturhinweise verzichtet wird.

ten<sup>45</sup>. Sie sind aber in einigen Staaten unter gesetzlichen Kautelen von Strafe frei gestellt.

Passive Sterbehilfe wird definiert als das *Weglassen* bzw. *Abbrechen* kurativer und substitutiver, in diesem Zusammenhang häufig als *lebensverlängernd* bezeichneter Maßnahmen bei einem infaust und irreversibel erkrankten Patienten, wenn dies dessen aktuell oder vorsorglich geäußertem Willen entspricht.

Passive Sterbehilfe im weiteren Sinn beim nicht unmittelbar im Sterben liegenden, aber infaust erkrankten entscheidungsunfähigen Patienten gilt zunächst als erlaubt, wenn an die *Feststellung seines mutmaßlichen Willens besonders strenge Maßstäbe* angelegt werden<sup>46</sup>.

Als indirekte Sterbehilfe, indirekte aktive, aktive indirekte Sterbehilfe wird Schmerz- und Symptomkontrolle bezeichnet, die bei irreversibler Erkrankung mit aktuellem Einverständnis des entscheidungsfähigen Patienten bzw. unter Annahme der Zustimmung des entscheidungsunfähigen Patienten vorgenommen werden darf, wenn bei bekannter lebensverkürzender Wirkung dafür notwendiger Mittel nur die Symptomkontrolle, nicht aber die Lebensverkürzung beabsichtigt wird.<sup>47</sup>

Terminale Sedierung wird eine bis zum Eintritt des Todes fortgesetzte Dauersedierung eines infaust und irreversibel erkrankten Patienten genannt, dessen Krankheits-symptome nicht mehr anders kontrollierbar sind.

Die Begriffe indirekte, indirekte aktive Sterbehilfe, sowie passive Sterbehilfe und passive Sterbehilfe im weiteren Sinn werden zwar in Gerichtsurteilen zur Bezeichnung zulässiger Sterbehilfeformen verwendet. Aber mit wenigen ausländischen Ausnahmen sind sie bislang nicht gesetzlich verankert. In englischsprachlichen Verlautbarungen ist nicht von Sterbehilfeformen, sondern von *Maßnahmen am Endes des Lebens* in Form von Behandlungsabbruch, Behandlungsverzicht oder potenter Symptomkontrolle die Rede.<sup>48</sup> Diese Maßnahmen gelten als erlaubt und als geboten, wenn sie medizinisch indiziert, *nicht mit Tötungs-, sondern mit Linderungsabsicht* verbunden sind und dem aktuell bzw. vorsorglich geäußerten Patientenwillen entsprechen. Die Einwilligung entscheidungsunfähiger Patienten in medizinisch indizierte indirekte Sterbehilfe wird meist als selbstverständlich vorausgesetzt.

---

<sup>45</sup> Suizidbeihilfe ist in zahlreichen Staaten explizit verboten. In der BRD bildet der Suizid und damit auch die Suizidbeihilfe keinen Straftatbestand. Aber der Arzt untersteht, sobald der Suizident ohnmächtig wird, nach § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) der Garantenpflicht.

<sup>46</sup> So nach dem Kemptener Urteil des BGHSt 40,257 (1994). Ein Teil der Juristen schreibt jedoch erstens einer einmal erlassenen und nicht zurückgenommenen Verfügung fortlaufende Geltung zu. Zweitens sieht er den Sinn einer Patientenverfügung gerade darin, dass Verfügende nicht nur einen ohnehin tödlichen Krankheitsverlauf hinnehmen, sondern die eigene Krankheitsbehandlung selbst steuern wollen. Daher wird die Forderung erhoben, die Reichweite des Instruments der Patientenverfügung gesetzlich zu regeln.

<sup>47</sup> Im Bericht der ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE (1999) an das eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement ist von indirekter aktiver Sterbehilfe und von aktiver direkter Sterbehilfe die Rede, so dass die deutsche mit Verbot und Erlaubtheit korrelierende Aktiv-Passiv-Unterscheidung dort nicht funktioniert.

<sup>48</sup> Über diesen Zugriff auf medizinische Maßnahmenbeschreibungen gibt der Euthanasie-Report des STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS CDBI (2003) einen Einblick.

Obwohl die Themen *Palliation*, *Hospiz* sowie *Patientenverfügung* noch eigens behandelt werden, sollen zur thematischen Einführung bereits an dieser Stelle einige Begriffe aus diesem Komplex vorgestellt werden:

*Palliativmedizin* und *Palliative Care* werden ärztliche bzw. pflegerische Maßnahmen am Ende des Lebens genannt, welche nicht auf die Heilung, sondern auf die Linderung (Kontrolle) von Krankheitssymptomen abzielen.

Als *Patientenwille* wird die aktuelle oder vorsorglich bekundete oder mutmaßliche (Nicht-)zustimmung zu ärztlichen Behandlungsmaßnahmen bezeichnet.

In Phase 2 wird der *vorsorglich im entscheidungsfähigen wohl aufgeklärten Zustand geäußerte Wille* auch *im entscheidungsunfähigen Zustand des Patienten für beachtlich und somit maßgeblich für ärztliche Entscheidungen* gehalten.

Der *mutmaßliche Patientenwille* wird aus Indizien für den - nicht hinreichend sicher oder vollständig dokumentierten - individuellen Patientenwillen konstruiert. Er muss von einem persönlich bevollmächtigten Vertreter oder einem gerichtlich bestellten Betreuer, bei Dissens mit dem Arzt auch unter Mitwirkung des Vormundschaftsrichters, unter Anlegung strenger Maßstäbe eruiert werden.

Kann *kein Patientenwille* eruiert werden, so darf nicht nach individuellen Wertvorstellungen der Beteiligten, sondern nur nach *allgemeinen Wertvorstellungen*, bei Zweifeln nur zugunsten der Lebenserhaltung des Patienten, entschieden werden.

Als *Patientenvorsorge* werden Willensäußerungen bezeichnet, die der Verfügende im entscheidungsfähigen Zustand für den Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit vorsorglich schriftlich niedergelegt hat. Die meisten angebotenen Modelle bestehen aus einer *Patientenverfügung* mit Vorgaben zur (Nicht-)behandlung, einer *Vorsorgevollmacht* zur höchstpersönlichen Bestellung des/(der) *Gesundheitsbevollmächtigten* und einer *Betreuungsverfügung*.

Eine Patientenverfügung kann auch durch mündliche Willenskundgebung vor Zeugen oder durch Videoaufnahmen dokumentiert werden.

Bevollmächtigte müssen nach § 1904 II BGB schriftlich vom Vollmachtgeber bestellt werden.

Diese gegenüber Phase 1 stark verlängerte Liste zeigt, wie der zuvor *reine* Hilfebegriff nun in Phase 2 differenzierte und sogar gegenläufige Bedingungen für die Ausübung erlaubter Sterbehilfeformen mit sich führt. So ist zu fragen:

*Frage zu Phase 2: Wie verliert der Sterbehilfebegriff seine Unschuld, der Euthanasiebegriff seine Schuldbeladenheit?*

Dieser Frage wird anhand der Beobachtung organisationeller Verlautbarungen aus der BRD und der Kontrollgesetze einiger weiterer Staaten<sup>49</sup> nachgegangen.

---

<sup>49</sup> Hier wird statt dem in rechtsvergleichenden oder soziodemographischen Untersuchungen verwendeten *Länder*-Begriff der *Staats*-Begriff angewendet, da gesetzliche und bevölkerungspolitische Regelungen in der Moderne nicht regional, sondern *politisch* konstituiert werden.

### 2.2.2.1 *Begriffsgebrauch in Verlautbarungen aus Organisationen in der BRD*

Die Ausdifferenzierung der in der Begriffsliste aufgeführten Sterbehilfeformen ist an nach und nach ergehenden Gerichtsurteilen wie etwa den folgenden Entscheidungen des BGH beobachtbar:

Als „indirekte Sterbehilfe“ beschreibt der BGH (1996) in seinem Dolantin-Urteil ärztliche Maßnahmen zur Schmerzreduktion, bei deren Anwendung der Tod eines infaust erkrankten Patienten wissentlich, aber ohne Tötungsvorsatz in Kauf genommen wird. Der BGH folgt damit erstens ähnlich lautenden BGH-Urteilen sowie dem Beschluss des 56. Deutschen Juristentages, der die potente Schmerzbehandlung bei infaust und irreversibel verlaufenden Erkrankungen auch unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung erlaubt sehen will, wenn kein *Tötungsvorsatz* vorliegt. Zweitens spricht der BGH (1986) unter Bezugnahme auf Gutachten moderner Schmerzforscher, welche die antagonistische Wirkung starker Schmerzen auf eine sonst tödliche Schmerzmitteldosis belegen, der potenten Symptomkontrolle gerade keine zwingende *Todesursächlichkeit* zu. Indem er somit *Todesursächlichkeit* und *Tötungsvorsatz* als in gerichtlichen Verfahren getrennt beurteilbare Fragen vorstellt und den *Tötungsvorsatz* als Hauptkriterium für *verbotenes* ärztliches Handeln wertet, begründet der BGH (1996) die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe.

Die „sog. passive Sterbehilfe“ ist nach dem Kemptener Urteil des BGH (1994) bei einer Prognose *zulässig*, nach der „das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird [...]“. Damit wird der Sterbehilfebegriff gegenüber dem Begriff der *reinen* Sterbehilfe, wie er in den der Phase 1 zugeordneten vage gehaltenen Verlautbarungen gebraucht wird, präzisiert. Diese neue Genauigkeit gewinnt der BGH mit Hilfe einer tautologischen und damit unwiderlegbaren Argumentation: Er bezeichnet nämlich in einem Nachsatz nicht erst die Prognose, sondern etwas zeitlich Davorliegendes als entscheidend: „Ist eine derartige Prognose - insbesondere das Merkmal der unmittelbaren Todesnähe – gegeben, so hat der Sterbevorgang bereits eingesetzt“. Nicht erst die Zuschreibung des Arztes, sondern die schon vor ihrer Beschreibung gegebene Tatsache beseitigt jeden Zweifel. *Sie* erlaubt, auf „lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung [...]“ zu verzichten (: 57; Unterstreichung im Text).

„Sterbehilfe im weiteren Sinne“ hingegen nennt der BGH im gleichen Urteil den Abbruch künstlicher Nahrungszufuhr bei einer entscheidungsunfähigen Patientin, bei welcher „der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat“. Er wertet diesen Behandlungsverzicht bei „entsprechendem Patientenwillen als Ausdruck seiner allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)“ (: 56-57; Klammer in BGH 1994) nicht von vornherein als Straftat, sondern als „ausnahmsweise [...] zulässig“. Damit überrundet der BGH die BÄK-Richtlinie von 1993,

welche entgegen früherer Vagheit den Eintritt des *unmittelbaren* Sterbeprozesses als Voraussetzung für die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs oder –verzichts bei entscheidungsunfähigen Patienten fordert.

Allerdings begründet nicht der BGH (1994) selbst die Zulässigkeit dieser erweiterten Sterbehilfe, sondern er stellt mit dem Satz „(e)ntscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken“ einen Patienten als Entscheidungsträger vor, der seine individuelle Entscheidung längst getroffen hat und über „frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen [...], seine religiöse Überzeugung, seine persönlichen Wertvorstellungen“ kundtut und konsistent durchhält.

Zugleich setzt der Text damit eine Arztperson voraus, die neben medizinischen Kriterien insbesondere jene inhaltlichen und persönlichkeits-strukturellen Kriterien nicht etwa konstruieren, sondern als bereits vorliegende „feststellen“ und bei Fehlen „konkrete(r) Umstände“ auf „Kriterien, [...], die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen“, zurückgreifen „kann und muss“.

Dass es aber mit der Konstruktion dieser Personen noch nicht um den subjektiven Patientenwillen, sondern um objektive Werte gehen soll, wird daran klar, dass der BGH sowohl die Existenz der konsistenten Patientenperson als auch die der investigativ und ethisch-intuitiv potenten Arzt-, Pfleger-, Betreuer- oder Richterperson als gegeben voraussetzt. Die Vielzahl und wechselnde Gestalt der in dieser Phase entstehenden beratenden und schulenden Organisationen wie z.B. universitäre und nichtuniversitäre medizinethische Arbeitsgemeinschaften, Akademien und Lehrbetriebe, welche ihre Curricula, Tagungen, Diskussionsforen – auch im Internet – anbieten, verweist erstens darauf, dass diese sich von ihrer Subjektivität lösenden, objektiv urteilenden Personen erst noch gebildet werden müssen. Zweitens ist eine hohe Varianz dieser Angebote und Vorgaben sichtbar. Dies erlaubt, den *Inhalt* der in dem genannten Urteil geforderten allgemeinen Wertvorstellungen als *kontingentes* Ergebnis einer unter jeweils spezifischen sozial-räumlichen Bedingungen laufenden Kommunikation zu bezeichnen. Dilemmata dieser Personkonzepte erörtert der BGH (1994) allerdings nicht. Vielmehr spricht er den beteiligten Personen nicht nur die Pflicht, sondern auch die Fähigkeit zu, ihr defizitäres subjektives Wertempfinden von „allgemeinen Wertvorstellungen“ unterscheiden, letztere richtig erkennen und befolgen zu wollen und zu können, wenn er mit dem Gestus des letzten Wortes bestimmt: „Im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.“ (: 56)

Gerade weil diese Argumentationsfigur der *allgemeinen* Wertvorstellungen ihre Vorannahmen nicht thematisiert, kann sie wie eine immer schon gegebene Setzung, wie ein Schlussstein den Spannungsbogen von Lebensschutz und Lebenswert problemlos verbinden. Eingesetzt in Unterscheidungen erstens von *direkten* und *indirekten* sowie *aktiven* und *passiven Maßnahmen*, zweitens von Kategorien sterbender und nicht sterbender, aber infaust erkrankter Patienten, drittens von entscheidungsfähigen und entscheidungsunfähigen Willensgebern und viertens von aktuell, vorsorglich, mutmaßlich oder

überhaupt nicht geäußertem Patientenwillen, fängt er den Druck jeglichen Zweifels auf: Jeder, auch der Patient, soll immer schon wissen und wollen, was dann zu tun ist.

Als solcher Schlussstein erhält der Begriff des *Patientenwillens* neues Gewicht und neue Form:

*Neues Gewicht* erhält der Patientenwille als Rechtfertigungsgrund *für den Arzt*, der einen Behandlungsverzicht bei einem nicht im Sterben liegenden entscheidungsunfähigen Kranken für medizinisch sinnvoll hält. *Neue Form* erhält er, indem nun nicht nur situationsgerechte Angaben, sondern auch ein *persönlicher*, auf Religionszugehörigkeit und Weltbild fußender Wertekatalog erforderlich wird. Obwohl lange im Voraus geäußert, soll dieser Katalog auch im akuten Zustand der Entscheidungsunfähigkeit durchhalten und dort, wo er nicht als persönlicher Wille eruiert werden kann, mit allgemeinen Wertvorstellungen konform gehen.

Diese Konfirmierung der *allgemeinen Wertvorstellungen* löst zwar nicht das Problem *rechtlicher* Unsicherheit. Aber ein anderes Problem wird damit gelöst: Mit dieser Forderung positioniert sich der BGH selbst als eine Organisation, welche nicht nur Recht spricht, sondern auch einer *sozialen* Ordnung, in welcher Autonomie *und* Lebensschutz Raum finden müssen, ihren Fortbestand sichert.

Auch die Bundesärztekammer Deutschland BÄK kommt immer weniger umhin, auf die neue Gewichtung und Formgebung des Patientenwillens zu reagieren. So will sie die Ärzte nicht mehr, wie in ihren Richtlinien von 1979, auf paternalistische Entscheidungen verpflichten, sondern auf die Relevanz der *Aufgeklärtheit* des Patientenwillens aufmerksam machen. In ihren *Empfehlungen zu § 1a der Berufsordnung* (1990) führt sie detailliert in die ärztliche „Aufklärungspflicht auf dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes“ ein.<sup>50</sup> Demnach muss jeder Arzt – außer in lebensbedrohlichen Notfällen - vor der Durchführung jeder diagnostischen, therapeutischen, präventiven sowie im Rahmen medizinischer Forschung angelegten Maßnahme das Einverständnis des Patienten einholen. Dies ist nur wirksam, wenn er den Patienten durch einen dokumentierten Aufklärungsprozess geführt hat. Dabei soll er den Patienten „im persönlichen Gespräch“ in „behutsamer und verständlicher Weise“ in der *Diagnoseaufklärung* auf die Einwilligung in den Therapievorschlag vorbereiten, in der *Verlaufsaufklärung* über Behandlungsmöglichkeiten informieren und ihm in der *Risikoaufklärung* die „sicheren und möglichen Folgen der geplanten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme“ aufzeigen, die einerseits als typisches Risiko, andererseits „diesem besonderen Patienten“ als spezifisches Risiko „erheblich“ sind. Erst dieser Aufklärungsprozess befähigt einen Patienten zu relevanten Entscheidungen.

Der somit beachtlich gemachte Wille eines entscheidungsfähigen Patienten erscheint freilich hoch interpretierungsbedürftig, wenn der „auch aus ärztlicher Sicht vernünfti-

---

<sup>50</sup> Ein ärztlicher Eingriff kann nach § 223 ff StGB als Körperverletzung bestraft werden. Mit Einwilligung des Patienten bleibt diese gemäß § 228 StGB straffrei. Zivilrechtlich können geschädigte Patienten einen Arzt nach § 823ff BGB insbesondere dann mit Erfolgsaussicht auf Schadenersatz verklagen, wenn er keine Risikoaufklärung geleistet hat. Neuerdings obliegt die Beweislast für geleistete Aufklärung dem Arzt.

ge“, „in der Regel in der Einwilligung in den ärztlichen Heileingriff“ bestehende Patientenwille als *das* Ziel dieser ärztlichen Aufklärung genannt wird. Auch nach den nachfolgenden BÄK-Richtlinien sollen Ärzte solchen Patienten, die eine indizierte Behandlung ablehnen, „helfen, ihre Entscheidung zu überwinden“ (1993)<sup>51</sup>, oder zumindest „zu überdenken“ (1997)<sup>52</sup>.

Indem die BÄK nicht die *Zustimmung*, wohl aber den in Form der *Ablehnung* geäußerten Willen eines Patienten als revisionsbedürftig beurteilt, stellt sie auch noch in ihrem Richtlinienentwurf (1997) das mit Lebenserhaltung tendenziell gleich gestellte *Patientenwohl* in den Vordergrund ärztlicher Pflicht.

Aber schließlich reagiert die BÄK auf die in in- und ausländischen Gerichtsentscheidungen und Richtlinien<sup>53</sup> vorgenommenen Neubewertungen der ausdifferenzierten Sterbehilfeformen, indem sie der Patientenverfügung in ihren *Grundsätzen* (1998) stärkeres Gewicht geben will. Allerdings ist darin von Sterbehilfe oder gar von Sterbehilfe im weiteren Sinn keine Rede. Vielmehr tritt die BÄK mit neuer Begrifflichkeit in eine dritte Phase ein, die nur noch eines kennt: Die ärztliche *Sterbebegleitung*.

Diese scheinbar unproblematisch durch rechtliche und berufsständische Organisationen hindurch gleich laufende Bewertung der ausdifferenzierten Sterbehilfeformen, lehnt *aktive Sterbehilfe* und *assistierten Suizid* ab. *Indirekte, passive* sowie *passive Sterbehilfe im weiteren Sinn* stellt sie bei Zustimmung des Patienten als erlaubte, ja sogar gebotene Sterbehilfeformen dar. Allerdings erfährt sie Widerspruch in Verlautbarungen von NGOs, interdisziplinären Arbeitskreisen sowie in rechtlichen, rechtsphilosophischen und medizinethischen Fachbeiträgen, von welchen hier einige exemplarisch gezeigt werden:

Die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG macht in ihrer Pressemitteilung vom 12.06.2002 „Aktive Lebenshilfe statt aktive Sterbehilfe“, in welcher sie eine groß angelegte Plakataktion ankündigt, nicht nur ihre strikte Ablehnung der aktiven Sterbehilfe deutlich. Vielmehr hebt bereits der Titel die Konkordanz der Wertung *schlecht/gut* mit dem *Aktiv/Passiv-Antagonismus* auf: Generalisierend, nämlich unter Berufung auf „die“ uninformiert, ängstlich und dysfunktional handelnden Ärzte und „die“ beratungs- und schutzbedürftigen Bürger werden *sämtliche* Sterbehilfeformen als lebensgefährlich dargestellt. Die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG bietet *ihre* Lösung dieses durch *ihre* Generalisierungen konstruierten Problems an, indem sie sich und ihre Mitarbeiter als „die“ mutig und kompetent um das Selbstbestimmungsrecht und den Lebensschutz von

---

<sup>51</sup> BÄK (1993): Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung und Kommentar.

<sup>52</sup> BÄK (1997): Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung.

<sup>53</sup> Die BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK stellt insbesondere die Richtlinien der SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN SAMW (1995) zum Thema Sterbehilfe als ein für sie wichtiges Vorbild heraus.



jedermann *und jeder Frau* <sup>54</sup> kämpfenden „Patientenschützer mit Sitz in Dortmund“ vorstellt. Über die Argumentationskette, wonach „Ärzte“ einen „Begriffs-Wirrwarr“ erzeugen, welcher Umfrageergebnisse über den Wunsch nach Legalisierung der Euthanasie verfälsche und die Patienten nicht ihre Selbstbestimmung, sondern den Tod finden lasse, beansprucht der Text das Argument der *Selbstbestimmung* ausschließlich für *sein* „Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe“-Programm, in welchem er den Leser ohne weitere Differenzierungen gleich vor die Wahl zwischen Leben und Tod stellt, oder genauer: vor die Wahl zwischen *seiner* Beratung und dem Tod.

Der *Umfang* der als *klar, anschaulich und umfassend*“ angekündigten Aufklärung im Plakattext über „*die Begriffe aktive, indirekte und passive Sterbehilfe*“ besteht in Kurzdefinitionen der jeweiligen Sterbehilfeform. An die Stelle von Klarheit jedoch tritt undifferenziert eingesetztes Zahlenmaterial aus niederländischer Untersuchungen und die Warnung, sich „(n)icht ohne hospizliche Begleitung und palliativmedizinische und –pflegerische Versorgung“ auf passive oder indirekte Sterbehilfe einzulassen.

*Aktive Sterbehilfe* definiert der Plakattext als ohne und mit „Zustimmung“ <sup>55</sup> verbotenes „(b)ewusstes, aktives (ärztliches) Eingreifen zur Beendigung des Lebens“ aus dem „Motiv, durch Töten Leiden (zu) beenden“. Das „Ziel“ der „Herbeiführung des Todesintritts“ werde „beispielsweise durch Gift oder Plastiksack“ erreicht. Gewarnt wird also nicht nur vor Unwiderruflichkeit, Missbrauchsgefahr, Dammbuchgefahr und Komplikationen aktiver Sterbehilfe. Vielmehr wird die Methode – „durch Gift oder Plastiksack“ – ohne weitere Klarstellung, dass gerade diese *nicht* von den zitierten niederländischen Ärzten eingesetzt werden will, mit der nach wie vor wunden Stelle niederländischer Euthanasiepraxis – „Von jährlich 4000 Fällen sind 1000 ohne Zustimmung“ wirkungsvoll verknüpft.

Auch die Begriffe *passive* und *indirekte Sterbehilfe* sind mit einseitigem Verweis auf *niederländische* Forschungsergebnisse verbunden, ohne dass das Fehlen von Forschungen *dieser Art* in der BRD eingeräumt wird. <sup>56</sup> Nicht eine *umfassende*, sondern *ihre perspektivische* Aufklärung bietet die Organisation damit an.

Die als „europaweit einzigartige Plakat-Aktion“ <sup>57</sup> angekündigte Verteilung von „160.000 Plakate(n)“ ergeht nach dem Verteiler aber nicht vorrangig an die aufzuklärenden Ärzte, sondern an die Öffentlichkeit. In diesem Öffentlichkeitsrahmen stellt diese Organisation *ihren* Aufweis nicht nur beispielhafter Aufklärungskompetenz vor. Vielmehr weist sie höchste gesellschaftliche Akzeptanz nach, indem sie die Namen

---

<sup>54</sup> Dies wird durch das Plakatbild einer wirkungsvoll konstruierten Interaktionssituation zwischen einer betagten Frau und einer ihr offensichtlich liebevoll zugewandten Helferin nahegelegt.

<sup>55</sup> Mit der Wahl des Ausdrucks „Zustimmung“ anstelle des in Gerichtsurteilen und Gesetzestexten gewählten Ausdrucks „Verlangen“ wird hier implizit vorausgesetzt, dass der Vorschlag einer Lebensbeendigung eher von anderer Seite kommt und nicht vom Patienten ausgeht.

<sup>56</sup> Vgl. nur die vom Ethikausschuss im Deutschen Ärztinnenbund initiierte NOLTE-Studie (2004), die Ärztinnen lediglich nach ihrer *persönlichen Einstellung* zu den einzelnen Sterbehilfeformen fragt, nicht aber, wie die niederländische Rammelinkstudie; die *Ausführung* aktiver, passiver oder indirekter Sterbehilfe thematisiert.

<sup>57</sup> DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG: Pressemitteilung 12.06.2002, dritter Abschnitt.

„hochrangiger Repräsentanten“ der Landesregierung, der Kirche und der Dachorganisationen aller deutschen ärztlichen Standesorganisationen als Mitglieder anführt.

Diese Selbstbeschreibung der DGHS als vorbildliche, gesellschaftlich hochstehende Patientenschützer-Organisation und insbesondere als „Sprachrohr der Schwerstkranken und Sterbenden“ wird also einerseits durch hoch *selektiven* Zugriff auf der Sachebene, andererseits durch eingängige Semantik auf der Sozialebene erzeugt. Mit ihrer Strategie, das Bild einer Welt von Guten und Schlechten zu schaffen, positioniert sich die Organisation selbst als richtungsweisende, weil hoch moralische Institution.

Ganz entgegen der Deutschen Hospiz Stiftung werden die ausdifferenzierten Sterbehilfeformen, insbesondere der assistierte Suizid, in Verlautbarungen der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben DGHS und weiterer humanistischer Vereinigungen<sup>58</sup> gewertet. Nicht ein gesetzliches Verbot, sondern die *gesetzliche Regelung* der *Suizidbeihilfe* wird z.B. von der DGHS gefordert. Dass diese Forderung als solche – entgegen der Meinung von Euthanasiegegnern – gerade *nicht* rechtlich verurteilt wird, zeigt ein Blick auf den Werdegang dieser Organisation: Zwar gerät die DGHS öffentlich in Misskredit, nachdem bekannt wird, dass ihr erster Präsident eine Broschüre mit Anleitungen zum Suizid und Zyankali zu stark überhöhtem Preis an Vereinsmitglieder verkauft hat. Nicht die DGHS, sondern der Präsident wird 1992 strafrechtlich belangt, und zwar nicht wegen Suizidbeihilfe, sondern wegen Bereicherung. Mit der Entscheidung, die leitende Funktion an Personen mit medizinisch-psychiatrischer bzw. rechtlicher Expertise zu übertragen, hält sie ihren Status einer Patientenschutzorganisation.

Ausdrücklich *gegen* ein Gewähren lassen psychisch erkrankter suizidaler Patienten wendet sich der nachfolgende Präsident und klinische Psychiater HERMANN POHLMEIER (z.B. 1996). Unter Verweis auf Ergebnisse seiner Suizidforschung fordert er die Behandlung von Suizidalität, insbesondere in Form der Suizidprophylaxe<sup>59</sup>. Zwar fordert die DGHS nach wie vor die gesetzliche Regelung des assistierten Suizids, da dieser nach HERMANN POHLMEIER (1995: 116) gegenüber der „traurige(n) Praxis“ insbesondere der passiven Sterbehilfe die weniger schmerzhaft, weil kürzer dauernde Form einer *Tötung* darstelle. Aber *psychisch erkrankte* suizidale Patienten sollen nach der DGHS als immer behandlungspflichtig von der Möglichkeit des assistierten Suizids ausgeschlossen bleiben.

Nach einem weiteren Jahrzehnt will KURT SCHOBER (2003), der neue Präsident der DGHS, die „Freitod-Information“ (: 3) ganz in den Hintergrund stellen und die *Vermeidung* von Suiziden als eine der zentralen Aufgaben der DGHS betonen. Der *prophylak-*

<sup>58</sup> Unter den drei aktuell in der BRD organisierten humanistischen Vereinigungen vertritt die DGHS ebenso wie der Humanistische Verband Deutschlands HVD eine weit gefasste, auch die Suizidbeihilfe einschließende Version der Patientenvorsorge. Die Humanistische Union HU fordert zusätzlich die Liberalisierung des § 216 StGB (Tötung auf Verlangen).

<sup>59</sup> Wohl sei nach HERMANN POHLMEIER e. a. (1996) der „Theorie-Praxis-Transfer“ der Suizidprophylaxe „schwierig“ (: 30), schon weil eine „totale Überwachung“ suizidaler Patienten „unzulässig“, da „schädlich“ für ihre Genesung (: 90) sei. Aber unter Rückgriff auf „Ergebnisse empirischer Suizidforschung“ (: 34 ff) stellt er die Freiverantwortlichkeit psychisch erkrankter Patienten hinsichtlich ihrer Suizidalität in Frage.

*tische Suizid* sei Folge fehlender gesetzlicher Regelung der Suizidbeihilfe und fehlender Aufklärung dysfunktional handelnder Ärzte sowie fremdbestimmter Bürger über „die selbstverantwortliche Vorsorge vor allem mit Patientenverfügung und Patienten-Schutzbrief“ (: 3)<sup>60</sup>. Wer allerdings in einem von Organisationen angebotenen Schutzbrief geschützt wird, wird noch bei der näheren Analyse von *Vorsorgemodellen* zu zeigen sein.

*Interdisziplinäre Arbeitskreise* – insbesondere aus Rechts- und Medizinexperten fordern ebenfalls eine neue Bewertung der aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe in der BRD. So schlägt zuerst JÜRGEN BAUMANN mit weiteren Professoren (1986) im „*Alternativentwurf Sterbehilfe*“ (*AE-Sterbehilfe*) Präzisierungen und Erweiterungen von §§ 214 ff StGB zur gesetzlichen Regelung der indirekten und passiven Sterbehilfe vor. Bei „aktive(r) Beteiligung“ an einem „frei verantwortliche(n) Suizid“ (: 32) soll ein Arzt *ausdrücklich* von Strafe frei gestellt sein. Zwar wird dieser Entwurf häufig zitiert, aber seine parlamentarische Behandlung ist auf unbestimmte Zeit vertagt.

Weitere *interdisziplinäre* Gruppen wie die ARBEITSGRUPPE „STERBEN UND TOD“ der *Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Göttingen (2003)* schlagen hinsichtlich des gesetzlichen Regelungsbedarfs der passiven und indirekten Sterbehilfe vor, den § 216 StGB in strafbaren Totschlag und in bedingt straffreie passive bzw. indirekte Sterbehilfe zu differenzieren. Damit wird zwar indirekte und passive Sterbehilfe implizit in den Zusammenhang mit Tötung gestellt. Euthanasie und Suizidassistenten wird jedoch nicht explizit behandelt. „So konzidiert“ die genannte Arbeitsgruppe lediglich in einem Halbsatz, „dass insbesondere hinsichtlich der Frage des (ggf. ärztlich) assistierten Suizids grundsätzliche, gesetzliche Klarstellungen zu erwägen sind.“ (: 7)

So wird zunächst nur von NGOs, universitären Arbeitskreisen und einzelnen Rechtsexperten eine gesetzliche Regelung von *Sterbehilfeformen* vorgeschlagen. Die meisten organisationellen Verlautbarungen richten sich in den gesetzlichen Gegebenheiten der BRD ein, ohne Änderungen zu verlangen. Dabei zeigen manche Statements einen Eifer politischer Korrektheit, der weder das Fehlen von Studien der Art, wie sie in den Niederlanden durchgeführt wurden, noch die moralische Aufladung der gegenläufigen Bewertungen der ausdifferenzierten Sterbehilfe-Begriffe in den Blick nimmt.

Wie politische Korrektheit oder Nicht-Korrektheit und damit die Kommunikabilität oder Nichtkommunikabilität des Euthanasiebegriffs in Zusammenhang mit Organisationszugehörigkeit gebracht werden kann, zeigen einerseits NORBERT HOERSTERS Beiträge (z.B. 1998, 2000 und 2002): Nach intensiver Auseinandersetzung mit rechtsethischen Aspekten der Sterbehilfe und aktiver Mitarbeit im *Interdisziplinären Arbeitskreis Thanatologie* des psychologischen Instituts der Universität Mainz entschließt sich der Autor nach seinen Angaben dazu, eine universitäre Organisation zu verlassen, von der er sich vergeblich Unterstützung gegen nichtwissenschaftliche Anwürfe Dritter erwartet hatte. Seine These lautet, Euthanasie bedürfe ebenso wie die Suizidbeihilfe der

---

<sup>60</sup> Als Beleg wird in der Erstversion die Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahr 2001 genannt.

*gesetzlichen* Regelung. Er begründet sie mit der Befürchtung, dass Ärzte, gleich ob als Euthanasiegegner oder –befürworter, angesichts der „objektiven Illegalität bei eventueller Straflosigkeit“ der Suizidassistenten „extrem verunsichert“ seien und sich daher generell zu „einer kriterienfreien und eben deshalb für den Patienten gefährlichen Ad-hoc-Praktizierung von Sterbehilfe“ verleiten lassen könnten (1998: 184).

NORBERT HOERSTER hält Normalitätsunterstellungen für fragwürdig, den Personbegriff für irreführend, die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe für unklar, die einseitige Anwendung des Dammbrechargumentes auf aktive Sterbehilfe für willkürlich und fordert daher, dass *nichtmetaphysisch* nach einem *empirisch* feststellbaren (2002: 142), an künftiges Erleben gebundenen „Überlebensinteresse“ (: 137) gefragt werden müsse. Erst jenes verleihe dem „sozialen Instrument Lebensrecht“ (: 136) die Qualität der Kontinuität – etwa bei Schlaf und Bewusstlosigkeit (: 139). So verlangt er zwar die Freigabe der durch den Arzt auszuführenden Euthanasie, steht aber – z.B. entgegen DIETER BIRNBACHER (z.B. 1990) – der aktuellen Gesetzeslage, welche die Suizidassistenten nicht explizit verbietet, skeptisch gegenüber.

Eine solche Argumentation ist an deutschen Universitäten wenig vertreten. Offensichtlich passt erstens eine Ablehnung der Euthanasie bei gleichzeitiger Duldung des assistierten Suizids zur öffentlichen Ordnung, widerspricht sie doch nicht der Gesetzeslage in der Bundesrepublik Deutschland. Zweitens ist anscheinend eine metaphysische Argumentation eher erwünscht als eine empirisch gestützte Sichtweise. So lehnt DIETER BIRNBACHER (1990) zwar das gegen die Anerkennung des Suizids gerichtete augustinische, auf Offenbarung und Dekalog gestützte Argument, ein Suizident töte mit der Tötung der eigenen Person einen Menschen<sup>61</sup>, ebenso ab wie die Lehre des Thomas von Aquin,<sup>62</sup> wonach das menschliche Leben als ein Vernunft und Erfahrung einschließendes Gottesgeschenk nicht zur eigenmächtigen Disposition stehe. Auch Varianten wie das Eigentums-, Dankbarkeits-, Wachtposten- und Verpflichtungsargument übernimmt er nicht. Er unterscheidet nicht theologisch und will den Menschen nicht als „unter der Vorsorge eines gütigen Herrn“ stehend und somit „sträflich“ handelnd darstellen, „wenn er sich den Absichten desselben widersetzt“<sup>63</sup>. Er will nicht die Immanenz-Transzendenz-Unterscheidung übernehmen, sondern auf die – weit verbreitete – Denkfigur des kränklichen archaischen Gottes verzichten. Gerade indem er mit dem Satz „Wenn der Mensch in Situationen gerät, die ihn am Leben verzweifeln lassen, warum sollte er diese *von Gott gewährte* Möglichkeit nicht nutzen?“ (: 398; kursiv: E.K.) ausschließlich an das Verfügungsrecht-Argument DAVID HUMES (1983; zuerst anonym 1777) anzuschließen vorgibt, verwendet er unversehens doch das *metaphysische* Argument göttlichen Gewährens, ohne dazuzusagen, dass genau diese Wendung seine Forderung politisch korrekt werden lässt.

---

<sup>61</sup> DIETER BIRNBACHER (1990: 396) zitiert dazu AUGUSTINUS: Gottesstaat, Buch I, Kap. 20.

<sup>62</sup> THOMAS VON AQUIN: S th.: II, II, q.64, art.5, zitiert von DIETER BIRNBACHER (1990: 397).

<sup>63</sup> Diese Variante zitiert DIETER BIRNBACHER (1990: 398) aus KANT: Vorlesung, S. 193.

Von denjenigen Autoren, die sich hingegen auch der Frage stellen, wo der Sterbehilfebegriff wie kommuniziert werden kann, sei JOCHEN VOLLMANN (2000) angeführt. Nach seinen Analysen werde zwar eine *gesetzliche* Ausnahmeregelung für Tötung auf Verlangen in extremen Fällen weithin nicht für notwendig gehalten - „pro Jahr werden nur wenige Fälle verhandelt“ (: 40). Aber er zitiert z.B. bei dem Rechtsexperten HANS LUDWIG SCHREIBER (1995: 130) genannte Hinweise auf eine erhebliche Dunkelziffer: „[...] (V)iele Fälle von Tötung auf Verlangen geschehen im privaten Rahmen und werden weder der Öffentlichkeit noch der Justiz bekannt“. Die Reihe der Entscheidungen des BGH, welche keine „Erweiterung des ärztlichen Ermessensspielraums bei der Sterbehilfe“ sehen lasse, interpretiert JOCHEN VOLLMANN (2000) als Indiz dafür, dass eine Behebung der von Experten konstatierten Lückenhaftigkeit der deutschen Gesetzgebung nicht zu erwarten sei. Er erklärt seine Vermutung damit, dass gerade in Deutschland eine „freie, öffentliche Diskussion über Euthanasie“ wegen des Missbrauchs des Euthanasiebegriffs „im nationalsoz. Deutschland erschwert“ sei (: 40).

*Zusammengefasst* zeigt die Beobachtung der vorgestellten Texte, dass sich Organisationen im Verlauf der Phase 2 dadurch konstituieren, dass sie einerseits Sterbehilfe in aktive, passive und indirekte Formen ausdifferenzieren und nach ihrer Organisationslogik nicht nur als erlaubt/verboten/geboten, sondern auch als achtenswert/ächtenswert beurteilen, wobei ihnen alles das als (politisch) korrekt gilt, was sie nicht als Tötung bezeichnen müssen. Wie die Begriffe Euthanasie und/oder Suizidbeihilfe ihre Schuldlastigkeit verlieren, wird nun anhand einiger Gesetze weiterer Staaten <sup>64</sup> zur Kontrolle von Euthanasie und/oder Suizidassistentz gezeigt.

So soll nun eine andere Bewertung von Euthanasie und Suizidassistentz anhand der Ziele, Kautelen, Legiferierungsvorgänge und Akzeptanz von Gesetzen zur Kontrolle der Euthanasie- und/oder Suizidbeihilfe <sup>65</sup> vorgestellt werden.

#### 2.2.2.2 *Begriffsgebrauch in Kontrollgesetzen weiterer Staaten*

##### A) *Kontrollierte Tötungsheilbehandlung:*

###### *RIGHT OF TERMINALLY ILL ACT 1995 (NT)*

Mit dem RIGHT OF TERMINALLY ILL ACT 1995 (NT), *kurz* RTI ACT 1995 (NT), regelt die gesetzgebende Versammlung des *Northern Territory (NT)*, eines mit staatsähnlichem Status ausgestatteten Bezirks des *Commonwealth of Australia (Cth)*, die Euthanasie bzw. Tötung auf Verlangen. Dieses Kontrollgesetz ist so *konstruiert*, dass auf Verlangen eines tödlich erkrankten Patienten ausgeführte ärztliche Suizidassistentz ein-

<sup>64</sup> Auch hier geht es nicht um Ländervergleich, sondern um den lediglich exemplarischen Aufweis, wie und unter welchen Bedingungen diese Begriffe gewertet werden können.

<sup>65</sup> Diese Gesetze werden hier kurz als (Euthanasie-)kontrollgesetze bezeichnet.

schließlich der Verabreichung bzw. Injektion einer tödlichen Substanz unter Kautelen mit ärztlicher Behandlung rechtlich gleich gesetzt wird<sup>66</sup>.

Als Ziele stellt das Gesetzes die Ermöglichung humanen Sterbens in Extremfällen, rechtliche Absicherung von Ärzten und Verhinderung von Missbrauch durch Kontrolle von Suizidassistenten und Tötung auf Verlangen vor.

Inhaltliche Kautelen verlangen das Vorliegen unerträglicher Leiden bei aussichtsloser Krankheit sowie Freiwilligkeit und Wohlüberlegtheit der dem Arzt in wiederholten eingehenden Gesprächen gestellten Bitte des Patienten um Sterbehilfe. Weitere Fachärzte, auch Palliativmediziner, sind zur medizinischen Abklärung des Krankheitszustandes und zur Aufklärung des Patienten über Behandlungsalternativen hinzuzuziehen.

Formale Kautelen wie Volljährigkeit und beglaubigte schriftliche Niederlegung des Sterbewunsches müssen erfüllt sein. Der Verfügende kann Vertrauensperson(en) vorsorglich als seine(n) Vertreter bevollmächtigen.

Ein Arzt, der nicht in der Muttersprache eines den Aborigines-Gruppen<sup>67</sup> angehörenden Patienten kommunizieren kann, darf nur Suizidassistent leisten oder als Konsiliararzt hinzugezogen werden, wenn ein zertifizierter Übersetzer zur Verfügung steht.

Eine Verfahrens-Kautel enthält Meldevorschriften, welche den beteiligten Personen bei Einhaltung der Sorgfaltskriterien letztlich Anonymisierung zusichern.

Dem Arzt ist die jederzeitige oder grundsätzliche Ablehnung von Suizidassistenten und Tötung auf Verlangen frei gestellt.

Im Verlauf dieses Gesetzgebungsverfahrens<sup>68</sup> legt der amtierende Premierminister Marshall Perron dem Parlament des Nordterritoriums am 22.02.1995 die *Rights for the Terminally Ill Bill*, abgekürzt *RTI Bill 1995 (NT)*, einen Gesetzentwurf über die Rechte tödlich Kranker, in Form einer privaten Eingabe vor<sup>69</sup>. Am gleichen Tag beruft das Parlament das *SELECT COMMITTEE on Euthanasia (NT)* ein. Dieses will dem mit hohem „potential for social change“ einhergehenden Euthanasiethema zu einer „more informed debate“ verhelfen. Während der nächsten vierzehn Monate sammelt, transkribiert, analysiert es 1100 schriftliche Eingaben und mehrtägige u. a. in abgelegenen Aborigines-

---

<sup>66</sup> RIT Act 1995: 16: 2 definiert Euthanasie als legale medizinische Behandlung: „Assistance given in accordance with this Act by a medical practitioner or by a health care provider on the instructions of a medical practitioner is taken to be medical treatment for the purposes of the law“.

<sup>67</sup> Bezüglich des Aborigines-Begriffs sei aus dem zahlreichen Schrifttum die Beschreibung der TECHNIKERKASSE (2006) herausgegriffen: Demnach seien die verschiedensprachigen Nachkommen der vor 40.000 Jahren aus dem asiatischen Raum eingewanderten *Ureinwohner* in Rahmen der Kolonialisierung Australiens vorwiegend durch Einwanderer des Commonwealth jahrhundertlang diskriminiert worden, so dass ihr Bevölkerungsanteil nur noch 1 % ausmache. Erst neuerdings werde das „Volk“ der Aborigines als „eigenständige und wertvolle Kulturnation wahrgenommen“, welche „die älteste, ungebrochene Kultur der Welt“ besitze.

<sup>68</sup> Diese Verlaufsskizze folgt u. a. dem ausführlichen Bericht des SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE (1997: z.B. Abschnitt 2.7 ff) sowie dem *Bills Digest 45 1996-97 zur Euthanasia Laws Bill 1996 des COMMONWEALTH OF AUSTRALIA (1996)*.

<sup>69</sup> Aufgrund dieser Eingabeform sollten die Mitglieder der gesetzgebenden Versammlung bei der Abstimmung ihren individuellen Ansichten folgen können.

Gruppen durchgeführte Anhörungen und stellt dem Parlament die Ergebnisse in dem Bericht *The Right of the Individual or the Common Good?* (1995) vor.

In diesem *Ergebnisbericht* weist das Komitee divergierende Positionen nach: Einerseits sei die grundsätzliche *Heiligkeit des Lebens*, andererseits die Thematisierbarkeit von *Lebensqualität* vertreten. Die *Absichtlichkeit*, mit welcher bei potenter Schmerzkontrolle und/oder Behandlungsverzicht der Tod des Patienten herbeigeführt wird, und die Veränderung des *Arzt-Patient-Verhältnisses* durch die neue Aufgabe des Arztes, sich für oder gegen Gewährung von Suizidassistenz bzw. Euthanasie entscheiden zu müssen, werde unterschiedlich beurteilt. Besonders betont werde zwar die Gefahr eines *Slippery Slope*. Diese Gefahr des Abrutschens auf eine moralisch schiefe Ebene werde damit begründet, dass eine gesetzliche Regelung freiwilliger Euthanasie das Lebensrecht der verletzlichsten Gesellschaftsmitglieder, insbesondere der Minderheiten-Gruppen der Aborigines, gefährde. Zwar kritisiert das SELECT COMMITTEE das Fehlen empirischer Belege für solche Behauptungen.<sup>70</sup> Aber eine *Empfehlung* für oder gegen die RTI Bill 1995 (NT) gibt es nicht ab, und zwar nicht etwa wegen der Fülle einander definitiv und argumentativ widersprechender Aussagen, sondern weil es dazu *nicht autorisiert* sei.

Die Bill wird entsprechend dem Rat des SELECT COMMITTEES nachgebessert, mehrmals im Parlament diskutiert und im Zusammenhang mit weiteren Gesetzesänderungen als NORTHERN TERRITORY RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT 1995 - RTI ACT 1995 (NT) am 25.05.1996 von der gesetzgebenden Versammlung des Parlaments mit 15 zu 10 Stimmen verabschiedet.

Während einer etwa einjährigen Karenzzeit werden Programme zur Implementierung des Gesetzes im Gesundheits- und Bildungssystem des Nordterritoriums entwickelt und Untersuchungen zur rechtlichen Validität des RTI ACTs 1995 (NT) angestellt. Die Implementierungsprogramme umfassen u. a. die Ausbildung aller künftig an Euthanasie Beteiligten und spezifische Aufklärung für Aborigines. Damit reagiert das Parlament auf die im SELECT COMMITTEE ON EUTHANASIA (NT) zitierten Bedenken, der RTI ACT 1995 (NT) könne Aborigines in Angst vor nichtfreiwilliger Euthanasie versetzen und damit von jeder notwendigen stationären Behandlung abhalten<sup>71</sup>.

Am 16.06.1995 wird der RTI ACT 1995 (NT) vom Administrator des Nordterritoriums bestätigt und zum 01.07. 1996 in Kraft gesetzt<sup>72</sup>.

Die Akzeptanz des RTI ACT 1995 (NT) fällt unterschiedlich aus. Bereits während des Legiferierungsprozesses wird der Gesetzentwurf in Australien und weltweit kontrovers

<sup>70</sup> So zitiert das SELECT COMMITTEE eine der Eingaben gegen den RTI ACT 1995 (NT): "The aim was to reassure those, particularly remote Aboriginal communities, who were said to fear, *incorrectly*, that they were at some risk of involuntary euthanasia by going to public health facilities" (Abschnitt 2.2; kursiv: E.K.).

<sup>71</sup> Neben *Bedenken* insbesondere kirchlicher Bill-Gegner zitiert das SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE (1997) (*Cth*) auch Berichte, die der Genozidangst-These widersprechen: "One member [of the Aboriginal Education Reference Group] relayed information from a remote Aboriginal community that they wanted to hear the 'full' story about euthanasia, not just the Church story" (: 5. 23).

<sup>72</sup> In: *Government Gazette*, No. S15 vom 13.06.1996.

diskutiert: Einerseits wird er auch in deutschen Veröffentlichungen – etwa in DORNBERG (1997: 54-55) als Beispiel für einen differenzierten und höchstmöglich abgesicherten Mittelweg vorgeführt, der es in einem nicht mehr durch Palliative Care kontrollierbaren Extremfall erlaube, die Sterbehilfe in Form von Euthanasie oder Suizidassistenz weiterzuführen. Andererseits wird er als Angriff auf individuelle Sicherheit, soziale Ordnung, menschliche und göttliche Werte interpretiert und durch Proteste, Gesetzesvorlagen und Anrufung des obersten Gerichtshofs des Nordterritoriums bekämpft – zunächst ohne Erfolg. So lehnt der Gerichtshof den Antrag auf Festigung der Unveräußerlichkeit von Grundrechten mit der Begründung ab, dies obläge dem *Gesetzgeber*, und der RTI ACT 1995 (NT) stelle bereits ein valides *Gesetz* des Nordterritoriums dar<sup>73</sup>. Doch nach einem *Regierungswechsel* im australischen *Commonwealth* verliert der RTI ACT 1995 (NT) durch den EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) seine Geltung:

*B) Gestaltbare und nicht gestaltbare Lebensverkürzung:  
EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth)*

Der EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) des australischen Commonwealth legt einerseits fest, dass die Euthanasie generell nicht, und schon gar nicht durch die Regierung des Nordterritoriums, gesetzlich gestaltbar sei. Andererseits erlaubt er der Regierung des Nordterritoriums, ärztliche Handlungen am Lebensende, auch wenn sie mit nicht beabsichtigter Todesfolge einhergehen, gesetzlich zu regeln.

Das Gesetz ist so *konstruiert*, dass es dem Nordterritorium und zwei weiteren australischen Territorien durch Abänderung bestehender Gesetze in einem ersten Schritt die gesetzgeberische Kompetenz im Bereich von Euthanasie, Suizidbeihilfe und Mitleidstötung abspricht. In einem zweiten Schritt erteilt das Gesetz diesen Territorien die Erlaubnis zu gesetzlicher Gestaltung eines Bereichs, welcher Schmerzbehandlung, Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung, Palliative Care, vorsorglichen Patientenwillen sowie Suizidversuch umfasst<sup>74</sup>.

Damit soll das *Ziel* des Gesetzes erreicht werden, durch Außerkraftsetzung des RTI ACT 1995 (NT), der ja nicht nur von den Bürgern des Nordterritoriums, sondern von allen Australiern anwendbar sei, *allen* australischen Bürgern Sicherheit zu verschaffen. Darüber hinaus solle das Gesetz nach außen „den Ethos, das Sozialgefüge, den internationalen Rang und das internationale Ansehen Australiens“ wahren. Außerdem solle das Nordterritorium, welches sich durch Vorkehrungen des RTI ACT 1995 (NT) vor missbräuchlicher Euthanasie sicher wähne, dauerhaft davor bewahrt werden, „das Unmögliche zu versuchen.“<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Die Entscheidung des obersten Gerichtshofs, der RTI ACT 1995 (NT) sei rechtlich valide, ist in dem Bericht des SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEES (1997: 2.23) zitiert.

<sup>74</sup> Das Gesetz definiert diese Begriffe nicht, sondern es verlangt, sie *laut ihren Bezeichnungen* zu verwenden.

<sup>75</sup> So u. a. zitiert in: SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE (1997: 3.12 und 9.5; übersetzt von E.K.).



Als einzige Kautel für den Bereich *erlaubter* Gesetzgebung legt der EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) mit dem Halbsatz - „so long as those laws do not permit the intentional killing of the patient“ – fest, dass jede *Formulierung* zu vermeiden sei, welche als Erlaubnis absichtlicher Tötung interpretiert werden könnte.

Das Gesetzgebungsverfahren findet in einem Drittel der Zeit statt, die für die Legiferierung des RTI ACT 1995 (NT) aufgewendet worden war. Am 09. 09.1996 wird die *Euthanasia Laws Bill 1996 (Cth)*, ein Entwurf des angestrebten Gesetzes, von Kevin Andrews MP als private Eingabe in das Repräsentantenhaus eingeführt, diskutiert, vervollständigt, vom *Parlament* am 09.12.1996 verabschiedet und am 12.12.1996 dem Senat vorgelegt. Dieser beauftragt das sich am 07.12.1996 formierende *Senate Selection of Bills Committee (Cth)* mit der Sammlung von Eingaben und Anhörungen zur Bill.

Nach öffentlichem Aufruf gehen – unter entsprechenden Aktionen der Gegner des RTI ACT 1995 (NT) - über 12 000 Stellungnahmen aus ganz Australien und Übersee beim SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE (Cth) ein. Das Komitee erarbeitet den Bericht *Consideration of Legislation Referred to the Committee Euthanasia Laws Bill 1996 (1997)*, dessen Hauptteil in der Darstellung der Eingaben und der Mitschrift *eines* Redebeitrags aus den in *zentralen* Städten durchgeführten mehrtägigen Anhörungen besteht. Zusätzlich enthält der Bericht Beschreibungen des *RTI ACT 1995 (NT)*, der *Euthanasia Laws Bill 1996 (Cth)*, eine Stellungnahme *des Scrutiny of Bills Committees (Cth)* (eines ständigen Komitees zur Prüfung von Gesetzesanträgen), Ergebnisse australischer und überseeischer Studien sowie einen Überblick über den Stand der Gesetzgebung in anderen Staaten zu aktiver und passiver bzw. indirekter Sterbehilfe. Anhang 1 enthält eine *vom Sekretariat* des Komitees erstellte Statistik, wonach die *Euthanasia Laws Bill 1996 (Cth)* mit neunzig zu sechs Prozent befürwortet werde. Allerdings wird angemerkt, dass nur die Anzahl der eingereichten *Dokumente*, nicht aber die der *Unterschriften* verglichen wird, so dass z.B. eine mehr als zweitausend Unterschriften enthaltende *gegen* die Bill gerichtete Eingabe nur als eine Stimme zählt. Anhang 2 enthält kritische Stellungnahmen einiger Komiteemitglieder zu Methode und Ergebnissen des Berichts.

Als Ziel des Berichts gibt das Komitee erstens die Klärung der Frage an, ob das Commonwealth die gesetzgebende Kraft hat, ein von einem Territorium erlassenes Gesetz unwirksam zu machen. Zweitens will es die konstitutionellen, rechtlichen und sozialpolitischen Auswirkungen sowie die Erwünschtheit der Legiferierung der *Euthanasia Laws Bill 1996 (Cth)* untersuchen.

In *Bills Digest 4 (1996)* der *Parliamentary Library (Cth)* wird vor allem kritisiert, dass die Mitglieder der gesetzgebenden Versammlungen keine entscheidungsleitenden Hinweise erhalten, da schon der *Gesetzestext* auf Begriffsbestimmungen und Nennung relevanter Kriterien verzichte. Auch vom *Senate Standing Committee for the Scrutiny of Bills (Cth)* (1996) kommt keine rechtliche Klärung. Zwar wird eingeräumt, die *Euthanasia Laws Bill 1996 (Cth)* diskriminiere die Einwohner von Territorien, indem sie sich

über ein auf demokratischem Weg erlassenes Gesetz hinwegsetze, aber Entscheidungen über die Bill seien „Sache des Senats“.

Auch das SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE (*Cth*) (1997) stellt sich nicht der Frage nach konstitutionellen, rechtlichen und sozialpolitischen *Auswirkungen* sowie der *Erwünschtheit* der Bill. Es merkt lediglich an, dass die gleichen Argumente – *Unverletzlichkeit der menschlichen Person, Verlässlichkeit der Arzt-Patient-Beziehung, Diskriminierung* – gleichermaßen für wie gegen die Bill vorgebracht werden. Auf Unterschiede in der Art der jeweiligen Beweisführung geht das Komitee nicht ein. Es thematisiert nicht, dass z.B. von Vertretern der Bill keine empirischen Belege für die These folgenreicher Euthanasie-Angst der Aborigines vorgelegt werden, von Vertretern des RTI ACT 1995 (NT) jedoch empirisch nachgewiesen wird, dass eine längst bestehende Aversion von Aborigines gegen Klinikaufenthalte durch das Gesetzgebungsverfahren zur Einführung des RTI ACT 1995 (NT) nicht zugenommen habe<sup>76</sup>, Zwar weist das Komitee das *Genozidangst-Argument* deshalb als unzutreffend zurück, weil das Commonwealth keine rigorosen Umerziehungs- und Missionsierungsmaßnahmen, keine Enteignungen von Aborigines und keine Zwangsadoptionen ihrer Kinder (mehr) vornehme. Aber die Erwartung von Aborigines-Führern und NGOs an die weißen Politiker, nicht nur „sorry“ zu sagen, sondern den vollen Umfang kränkenden Unrechts an den vielgestaltigen Aborigines-Gruppen *zuzugeben*<sup>77</sup>, thematisiert das Komitee ebenfalls nicht. Vielmehr gibt es *unkommentiert* die Befürchtung wieder, die in der Aborigines-Kosmologie ausschließlich als Auswirkung böser Zaubermächte erklärbar Euthanasie könne in diesem Erdteil nicht eingeführt werden, ohne dass der böse Zauber zurückschlage (5.68 und 5.69).

Hier verwendet *das Komitee* einen Mythos als Argument gegen Aufklärungswünsche von Aborigines. Nach diesem Mythos könne es ausschließlich zwei Todesursachen geben: Einerseits das *ritualisierte* Sterben hochbetagter Aborigines-Mitglieder, die sich nach eingehender Unterredung mit den Stammesangehörigen in die Natur zurückziehen und nach etwa zweiwöchigem Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht ruhig sterben. Jeder andere Todesfall sei durch Hexerei verursacht und müsse durch *Payback*, also Vergeltung, gesühnt werden. Indem *das Komitee* allen Aborigines diesen Glauben zuschreibt, nimmt es *selbst* - zunächst zurückgewiesene – Diskriminierungen wieder neu auf.

Zwar werden neben diesen *Genocide*-, *Sorcery*- und *Payback* -Theorien auch *Missionierungs*-Theorien vorgestellt: Angesichts der Zugehörigkeit von zwei Dritteln der Aborigines zu christlichen Religionsgemeinschaften bzw. Missionsstationen – sei eine Ablehnung der Euthanasie nicht nur mit spezifischer Aborigines-Kultur, sondern auch mit kirchlicher Beeinflussung oder als Mischung von beidem erklärbar (: 5.48). Aber die Möglichkeit, dass eine Gesellschaft der Weißen genau mit dem Verbot einer gesetzlichen Euthanasieregelung einen wenig kostenträchtigen Rahmen für den Antritt des Beweises dafür schafft, dass *Schwarze* – hier die Aborigines - *nicht* diskriminiert werden, bleibt unthematisiert. Indem das Komitee das Kultur-Argument nicht als *mögliche* und

<sup>76</sup> Entsprechende Ergebnisse sind in Anhang 3 des Berichts dargestellt.

<sup>77</sup> Nach URS WÄLTERLI (2005: 2f) sei diese Erwartung bislang nicht erfüllt worden.

*gelegene*, sondern als *zwingende* Begründung für die Geltung *politischer* Entscheidungen in den Blick nimmt, sieht es freilich an der eigenen Funktion des Erzeugens und Verschwindenlassens von Ambivalenzen vorbei.

So begründet das Komitee seine Entscheidung, keine explizite Empfehlung auszusprechen, nicht mit der von ihm selbst mit erzeugten *Ambivalenz* für und gegen die Bill vorgestellter Argumente, sondern es zieht sich mit dem *formalen* Argument zurück, die Entscheidung über die *privat eingegebene Bill* sei "subject to a 'conscience vote'" (9.24 – Conclusion). Damit nimmt es die bewährte Ratgeberposition ein und überlässt das Votum dem Gewissen der Senatoren.

Eine kritische Diskussion des Berichts oder gar eine Nachbesserung des Gesetzes findet nicht statt. Bericht und Bill werden am 06.03.1997 dem Senat vorgelegt, der die Bill am 25.03.1997 verabschiedet. Bereits am 27.03.1997 tritt der EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) mit Zustimmung des Attorney Generals als dem Vertreter der Königin von England in Kraft. Gemäß *Schedule 1* des EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth), 1997) veröffentlicht die Regierung des Nordterritoriums den RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT AS IN FORCE AT 10 DECEMBER 1997 (NT) und versieht ihn selbst mit dem Zusatz: "The RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT 1995 has no force or effect as a law of the Territory".

Die Akzeptanz des EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) divergiert: *Begrüßt* wird er von den Kirchen und der medizinischen Standesorganisation Australian Medical Association AMA. Beide weisen eine gesetzliche Regelung der Euthanasie strikt als unethisch zurück. Unter der Annahme, nicht nur Euthanasie, sondern bereits Kommunikation darüber sei Missbrauch, wird das Euthanasiethema durch rechtliche Detailregelungen inkommunikabel gemacht.<sup>78</sup>

Über Verbreitungsmedien erfolgt eine vehemente Ablehnung oder aber Forderung der gesetzlichen Regelung der Euthanasie<sup>79</sup>. *Differenzierte* Beiträge erscheinen hingegen in fachlichen Medien. Sie konfrontieren die *Annahme*, nach Außerkraftsetzung des RTI ACT 1995 (NT) sinke die Anzahl der Fälle, in welchen aktive, passive bzw. indirekte Sterbehilfe *ohne Einwilligung des Patienten* vorgenommen werde, mit gegenteiligen Ergebnissen *empirischer* Forschung<sup>80</sup>: THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA MJA (1997) berichtet über Ergebnisse einer von HELGA KUHSE e. a. (1997) nach Inkraftsetzung des EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) durchgeführten Studie: "In 30% of all Australian deaths, a medical end-of-life decision was made with the exp-

<sup>78</sup> Nach ÄRZTEBLATT (2006) stellt der australische Commonwealth am 06.01.2006 in Reaktion auf im Internet veröffentlichte Selbsttötungsrezepte das „Kommunizieren über Methoden der aktiven Sterbehilfe per Telefon, E-Mail, Fax oder Internet“ unter hohe Geldstrafen.

<sup>79</sup> Weltweit wird z.B. der australische Arzt Philipp Nitschke, der Suizidbeihilfe öffentlich gemacht hat, in Medienbeiträgen gepriesen oder verdammt.

<sup>80</sup> PHILIP BETHGE (1997) zitiert aus Befragungen, dass „ohne eindeutige Gesetzgebung [...] zwei Prozent der Patienten durch aktive Sterbehilfe ums Leben“ kommen, wobei es „[...] sehr unwahrscheinlich (sei), daß Ärzte für aktive Sterbehilfe bestraft werden“ [...] Schließlich wolle die Regierung kein Aufsehen erregen“.

licit intention of ending the patient's life, of which 4% were in response to a direct request from the patient.“ Auch Psychiater wie z.B. C. J. RYAN (1998) in *Pulling up the runaway: the effect of new evidence on euthanasia's slippery slope* führen Ergebnisse empirischer Studien an, die das Missbrauchs-Argument nicht bestätigen.

Kritisiert wird der EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) auch von einigen Komiteemitgliedern: Er sei ebenso wie der Komiteebericht nicht als Ergebnis konsensueller Entscheidungen, sondern schlicht unter Zeitdruck zum Abschluss gebracht worden. Kurz nach Inkrafttreten des EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) werden neue Gesetzentwürfe zur Regelung der Euthanasie in australischen Substaaten eingereicht <sup>81</sup>, doch bislang ist keine Änderung erfolgt.

C) *Kontrollierte ärztliche Suizidassistenz:*

*OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT von 1994 bzw. 1997*

Der DEATH WITH DIGNITY ACT (DWD Act) des amerikanischen Bundesstaates Oregon legt in Verbindung mit den Melderegeln in *Reporting Requirements of the Oregon DEATH WITH DIGNITY ACT* <sup>82</sup> fest, unter welchen Bedingungen ein Arzt einem Patienten, der sein Leben selbst zu beenden verlangt, assistieren darf. Gesetz und Meldeverfahren sind so *konstruiert*, dass Personen und Organisationen dagegen immunisiert werden, allein aufgrund der Teilnahme an einem gemäß DWD-Act und seinen Ausführungsbestimmungen erfolgten Suizid irgendwelchen Benachteiligungen oder straf-, zivil-, und haftungsrechtlichen sowie disziplinarischen Sanktionen unterworfen zu werden. Zugleich wird unter Verweis auf hohe Bestrafung von *unkontrolliertem* Suizid, Suizidbeihilfe, Mitleidstötung oder Tötung eines Menschen <sup>83</sup> betont, das Gesetz konstituiere weder lebensbeendende Handlungen noch lebensbeendend handelnde Personen. <sup>84</sup>

Als *Ziel* des Gesetzes soll dem Patienten ein Sterben in Würde ermöglicht, beteiligten Personen oder Organisationen Benachteiligung erspart, Missbrauch vermieden und die bestehende Rechtsordnung, die jeglicher ungesetzlichen Tötungshandlung den *Rechtsstatus* versagt, gewahrt werden.

Die *inhaltlichen, formalen* und *verfahrensmäßigen Kautelen*, die der Arzt noch vor Verschreibung des tödlichen Medikaments erfüllen muss, verlangen, dass er sich von der

---

<sup>81</sup> PHILIP BETHGE (1997) zitiert diese Gesetzentwürfe der Teilstaaten South Australia und Victoria, die als australische Bundesstaaten nicht dem EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) unterliegen.

<sup>82</sup> Die vom OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES DHS, PUBLIC HEALTH, DIVISION 9 erlassenen REPORTING REQUIREMENTS OF THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT sind, wie alle *Oregon Administrative Rules OARS*, vom Staatssekretariat Oregons im Internet zugänglich gemacht.

<sup>83</sup> Mit dem einen *Hochverrat* bezeichnenden Begriff *felony* werden diese Straftaten benannt, was die Höhe der vorgesehenen Strafen illustriert.

<sup>84</sup> Dieses zweifache Dementi wird in *OREGON DVD ACT revised, 127.880 § 3.14 Construction of Act* abgegeben: “Nothing in ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to authorize a physician or any other person to end a patient’s life by lethal injection, mercy killing or active euthanasia. Actions taken in accordance with ORS 127.800 to 127.897 shall not, for any purpose, constitute suicide, assisted suicide, mercy killing or homicide, under the law.

Volljährigkeit und oregonischen Staatsbürgerschaft des Patienten vergewissert. Unter Hinzuziehung eines Konsiliararztes und, bei Verdacht auf psychische Erkrankung, mindestens eines weiteren Facharztes muss die Krankheit als unheilbar und innerhalb des nächsten halben Jahres zum Tod führend diagnostiziert und prognostiziert sein. Der Arzt muss für eine *nichtdirektive* Aufklärung des Patienten über Diagnose, Prognose und Behandlungsalternativen – evtl. unter Hinzuziehung eines Palliativmediziners – sorgen. Er muss die Entscheidungsfähigkeit des Patienten und die Wohlüberlegtheit seines mindestens zweimal mündlich geäußerten und einmal schriftlich unter Zeugen dokumentierten Sterbewunsches feststellen<sup>85</sup>, zwischen Willensäußerungen und Verschreibung des Medikaments eine vorgeschriebene Karenzzeit einhalten und den Patienten ausdrücklich mehrfach – auch bei Überreichung des Rezepts – darauf hinweisen, dass er sein Verlangen in jeder Form widerrufen kann.<sup>86</sup>

Dem Arzt selbst ist freigestellt, eine dem DWD Act entsprechende Verschreibung abzulehnen. Er soll aber dann die relevanten Eintragungen der Krankenakte an einen anderen vom Patienten konsultierten Arzt übersenden.

Innerhalb von sieben Werktagen nach Verordnung eines tödlichen Medikaments muss der Arzt nach Vorschrift des OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES DHS unter Beifügung von Nachweisdokumenten Meldung an das staatliche Registratorzentrum, eine Unterabteilung des DHS, erstatten. Das DHS muss alle Meldungen sammeln, statistisch auswerten und in kommentierten Jahresberichten veröffentlichen. Durch Anonymisierung aller Identifikationsdaten muss es *Vertraulichkeit* und *Haftungsausschluss* für alle Beteiligten gewährleisten.

Der *Verlauf* dieses Gesetzgebungsverfahrens beginnt mit der *Oregon Ballot Measure 16, der Volksabstimmung* am 08.11.1994<sup>87</sup>. Also längst vor der Formulierung der RTI Bill des Nordterritoriums Australien<sup>88</sup> wird mit knappem 51-zu-49-Prozent-Ergebnis der OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT verabschiedet. Um beim Obersten Gerichtshof anhängige Verfahren in Sachen assistierten Suizids nicht zu beeinflussen, wird die Inkraftsetzung aufgeschoben. Inzwischen wird als konkurrierende Version die *Ore-*

---

<sup>85</sup> Das im DWD-ACT unter 127.897 §6.01. vorgegebene Musterformular *Request for Medication to end my Life in an Humane and Dignified Manner* sieht neben Angaben zur Person drei durch zwei Zeugen unterschrieben zu bestätigende Floskeln vor. Mit der Schutzfloskel versichert der Patient seine Volljährigkeit, psychische Gesundheit, Aufgeklärtheit über Wirkung und Risiken des erbetenen tödlichen Medikaments bzw. alternativer Behandlung, und seine Kenntnis von der jederzeitigen Annullierbarkeit seines Begehrens und der konsiliarisch bestätigten Diagnose infauster Erkrankung. Mit der Autonomie-Floskel bestätigt er, sein Ersuchen freiwillig, vorbehaltlos und unter Übernahme der vollen moralischen Verantwortung zu stellen. Mit der Anforderungs-Floskel „I request that my attending physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner“ setzt er das Verfahren in Gang.

<sup>86</sup> Das OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES, OFFICE OF DISEASE PREVENTION (2006: 4) berichtet in seinem EITGHTH ANNUAL REPORT von 38 Todesfällen bei 64 ausgestellten Rezepten.

<sup>87</sup> Über seine Mitwirkung berichtet z.B. das DEATH WITH DIGNITY NATIONAL CENTER (2001-2006).

<sup>88</sup> Das Argument von Euthanasiegegnern, der RTI ACT stelle ein abwegiges, weil auf der Welt einmaliges Phänomen dar, beantwortet denn auch das SENATE LEGAL AND CONSTITUTIONAL LEGISLATION COMMITTEE (Cth) (1997: 180) mit Verweis auf die Gesetzgebung Oregons.

gon *Ballot Measure 51* vom 04.11.1997 vorgelegt, aber sie wird mit 40 zu 60 Prozent abgelehnt. Das so zum zweiten Mal bekräftigte Gesetz wird nun gemäß der *Ballot Measure 16* als THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT - OREGON REVISED STATUTES in Kraft gesetzt.

Die Akzeptanz des Gesetzes fällt unterschiedlich aus. Zustimmung erhält es von Wissenschaftlern und NGOs. Abgelehnt wird es von den Kirchen und - seit dem Regierungswechsel in den USA 2001 - von der republikanischen Regierung. Versuche, nach dem DWD-Act handelnden Ärzten die Konzession zur Verordnung von Betäubungsmitteln abzuerkennen, um dem OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT die materiale Grundlage zu entziehen, wurden zwar u. a. vom Supreme Court in Washington abgelehnt. Aber angesichts der im Rahmen der Nachfolgeregelung sich ändernden Zusammensetzung des Supreme Court *oder* möglicher permissiver Gesetzgebung in weiteren amerikanischen Bundesländern bleibt die Zukunft des OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT offen.

D) *Kontrollierte Lebensbeendigung auf Verlangen –*

*Niederlande: GESETZ ZUR KONTROLLE DER LEBENSBEENDIGUNG AUF VERLANGEN UND DER HILFE BEI DER SELBSTTÖTUNG (2002)*

*Belgien: GESETZ BEZÜGLICH DER EUTHANASIE (2002)*

In den Niederlanden und danach in Belgien wird im Jahr 2002 mit halbjährigem Abstand jeweils ein Euthanasiekontrollgesetz erlassen. Beide Gesetze sind so konstruiert, dass sie einen Arzt nach Durchführung von Euthanasie bzw. Suizidassistenz mit einem Strafausschließungsgrund versehen. Dazu werden Straf- und weitere Gesetze um inhaltliche und formale Kautelen erweitert. Bei deren Einhaltung ist der Arzt nicht nur, wie durch Gerichtsentscheidungen längst etabliert, von Strafe, sondern bereits von staatsanwaltschaftlicher Verfolgung frei gestellt.

Ziel der beiden Euthanasiekontrollgesetze ist, die im Rahmen des jeweiligen Kontrollgesetzes an Euthanasie bzw. Suizidassistenz Beteiligten vor Benachteiligung zu schützen, Missbrauch zu vermeiden und eine gesellschaftliche Ordnung, die jeder unkontrollierten Tötung bzw. Suizidbeihilfe den Rechtstatus versagt, aufrecht zu erhalten.

Inhaltliche und formale Kautelen sowie Verfahrensregeln werden nun am Beispiel des niederländischen Kontrollgesetzes vorgestellt:

Inhaltliche Kautelen bestehen aus einem Katalog von Sorgfaltsbedingungen. Demnach muss der Arzt davon „überzeugt“ sein, dass

- „der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat“ und
- sein Zustand „aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist“, dass er
- den Patienten über dessen „Situation und über dessen Aussichten aufgeklärt hat,

- „gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt“,
- „mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den [...] genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat“ und
- „bei der Lebensbeendigung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist“.

Formale Kautelen sind bezüglich des *Melde- und Kontrollverfahrens* festgelegt. Nach Leistung von Lebensbeendigung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe muss ein Arzt dem Leichenbeschauer anstelle eines Totenscheins unverzüglich die „Mitteilung“ der Todesursache in einem vom Bundesministerium vorformulierten „begründeten Bericht“ über die „Einhaltung der [...] Sorgfaltskriterien“<sup>89</sup> zustellen. Nach Leistung von Euthanasie bei einem entscheidungsunfähigen Patienten muss der Arzt zusätzlich ein frei formuliertes *schriftliches Dokument* beifügen, in welchem der Patient seine Bitte um Euthanasie vorsorglich niedergelegt hat.

Die Ergänzung des StGB (NL) lautet dementsprechend: „Die in Absatz 1 genannte Handlung (Suizidbeihilfe oder Lebensbeendigung auf Verlangen; E.K.) ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten Sorgfaltskriterien eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat“<sup>90</sup>. Damit erhält die bereits 1998 erfolgte *Änderung des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen* unmittelbare strafrechtliche Relevanz.

*Der Leichenbeschauer* muss die *vollständige* Euthanasiemeldung eines Arztes unverzüglich zusammen mit den vom Arzt erhaltenen Dokumenten an die zuständige Regionale Kontrollkommission<sup>91</sup> senden. Bei Verdacht auf eine außerhalb des Kontrollverfahrens vorgenommene Lebensbeendigung bzw. Suizidbeihilfe muss er den zuständigen Staatsanwalt informieren.

Die fünf *regionalen Kontrollkommissionen* müssen dem Gesundheitsminister und dem Justizminister alljährlich einen gemeinsamen Jahresbericht mit anonymisierten Darstellungen abgeschlossener oder weitergeleiteter Fälle, Statistiken und Verbesserungsvorschlägen vorlegen, der veröffentlicht wird. Das Neue an diesen regionalen Kontrollkommissionen ist, dass jede mit *einfacher* Stimmenmehrheit *endgültig* entscheidet, ob sie das Kontrollverfahren mit Mitteilung ihrer Beurteilung an den Arzt beendet oder das Verfahren unter zusätzlicher Befragung des Arztes und weiteren Nachforschungen wie-

---

<sup>89</sup> Das vorformulierte Muster für den Meldebericht NL MODEL REPORT ist vom *Ministerium für Bundesangelegenheiten* in <http://www.minbuza.nl/> unter den Suchbegriffen *Muster Meldebericht* zugänglich.

<sup>90</sup> Art.1 293 Abs. 1 des niederländischen STGB bedroht eine Lebensbeendigung auf Verlangen mit der Höchststrafe von zwölf Jahren. Art. 294 Abschn. 1 bedroht die vorsätzliche Anstiftung, Abschn. 2 die vorsätzliche Hilfe und Beschaffung der Mittel zur Selbsttötung mit der Höchststrafe von drei Jahren Gefängnis.

<sup>91</sup> Die größte ärztliche Standesorganisation der Niederlande, die Königlich Niederländische Medizinische Gesellschaft KNMG, richtete seit 1994 Kommissionen zur Kontrolle der Erfüllung von Sorgfaltskriterien bei Lebensbeendigung und Suizidassistenz ein. Sie werden im Jahr 1998 durch Erweiterung des *Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen* gesetzlich fundiert, können aber einen gemeldeten Fall noch nicht *selbstständig* abschließen.

derholt, oder ob sie das *Kollegium der Generalstaatsanwälte*<sup>92</sup> und die *Regionale Gesundheitsinspektion* von zweifelhaften Fällen in Kenntnis setzt, die dann „selbstständig und nach ihren eigenen Regeln verfahren“<sup>93</sup>.

Im ersten Fall kann ein Arzt damit rechnen, innerhalb von sechs Wochen nach Eingang seiner Meldung beim Leichenbeschauer von staatsanwaltschaftlicher Verfolgung und sonstigen Sanktionen frei zu sein.

Im zweiten Fall sind wenige *nochmals* durch die REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN *geprüfte Fälle* in den bisherigen Jahresberichten als ordnungsgemäß anerkannt: Nach dem *Jahresbericht 2003* der REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE 2004 war die medizinische Aussichtslosigkeit und die „für den behandelnden Arzt (mit normalem Einfühlungsvermögen) und in der Folge auch für die Kommission nachvollziehbar[e]“ Unerträglichkeit des Zustandes für den Patienten entscheidungsleitend (: 12; runde Klammer dort).

Fälle einer dritten Art, die disziplinarische Sanktionen und staatsanwaltschaftliche Verfolgung eines Arztes nach sich ziehen, kommen nach den Jahresberichten z.B. von 2003 und 2004 äußerst selten vor. Bislang wurde den Kriterien medizinischer Aussichtslosigkeit und/oder nachvollziehbarer Unerträglichkeit der Situation für den Patienten stärkeres Gewicht beigemessen als dem Kriterium der Freiwilligkeit.

Möglich ist diese Verfahrensweise, weil das *niederländische* Prozessrecht – anders als z.B. das *deutsche* – gerade *nicht* die Ahndung einer *jeden Anzeige* verlangt. Vielmehr wird unter historisch entwickelten demokratischen Bedingungen *pragmatisch* darüber entschieden, wann eine permissive Handhabung gesetzlicher Vorschriften als gesellschaftlich *erwünscht* gilt. So können einerseits Gesetze bestehen bleiben, andererseits kontraproduktive Kriminalisierungen angesichts situativer Änderungen vermieden werden<sup>94</sup>.

Der *Verlauf* der Legiferierung des niederländischen Kontrollgesetzes steht im Zusammenhang mit sich längst abzeichnenden Änderungen der Bezeichnung und Beurteilung ärztlicher Handlungen am Lebensende: Sporadisch in den Fünfziger und Sechziger Jahren, dann immer häufiger werden Krankheitskategorien mit strafbefreienden Sorgfaltsbedingungen korreliert. Damit kommen in geringerem Maße metaphysische und in gesteigertem Maße sachliche Werte zur Diskussion:

Der Heiligkeit des Lebens spricht zwar z.B. die Synode der Reformierten Niederländischen Kirche ersten Rang zu, auch wenn sie passive Sterbehilfe und indirekte Sterbehilfe mit lebensverkürzender Nebenwirkung als erlaubt darstellt. Diese prinzipielle Ableh-

<sup>92</sup> Ein Fall, in welchem die *Kontrollkommission* Mängel feststellt, wird also nicht dem *zuständigen* Staatsanwalt, sondern dem *Kollegium der Generalstaatsanwälte* übergeben. Dieses entscheidet dann darüber, ob ein Euthanasiefall staatsanwaltschaftlich verfolgt werden soll oder nicht.

<sup>93</sup> Zitate: Vom niederländischen Außenministerium veröffentlichte deutsche Übersetzung des Gesetzes.

<sup>94</sup> Diese Pragmatik in der *Handhabung* rechtlicher Bestimmungen beschreibt u. a. ECKHARD W. MEHRING (2003). Sie wird vielfach, so z.B. bei WILLEM BREEVELD (2001), als Ergebnis einer historischen Entwicklung erklärt, in welcher weltoffene niederländische Handelsherren einerseits und asketische religiöse Gruppen andererseits so viel gegenseitige Duldung aufbrachten, dass sich soziale Nischen mit hoher Vielfalt von Lebensstilen bildeten.



nung von Euthanasie und Suizidassistenten teilen zunächst alle ärztlichen Standesorganisationen, Behinderten-, Patienten-NGOs sowie die Mehrheit des Parlaments. Aber die Königlich Niederländische Medizinische Gesellschaft KNMG gibt bereits ein Jahr nach Gründung ihrer *Arbeitsgruppe Medizinische Ethik* (1970), die unter Mitarbeit von Paul Sporken und Evert van Leeuwen eine eigenständige, die Patientenautonomie ebenso wie die medizinische Sorgfalt umfassende medizinische Ethik konzipieren will, einen *KNMG Standpunt* (1971) heraus, wo sie *medizinisch sorgfältigem Handeln* den Vorrang zuspricht. Darin bezeichnet sie einen Schwangerschaftsabbruch als gerechtfertigt, wenn er als äußerste Alternative und unter der Bedingung vorgenommen wird, dass die Entscheidung *durch mindestens zwei Ärzte* gefällt wird.

Die *Autonomie* dessen, der getötet wird, steht jedoch weder im *KNMG Standpunt* (1971) im Vordergrund noch im *KNMG Standpunt* (1973), wo der „Tod als Nebeneffekt von Schmerzbehebung“ gerechtfertigt wird. Auch im *KNMG Standpunt* (1975), wo sie den „*absichtlichen* Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung (passive Euthanasie) bei einem hoffnungslos kranken Patienten in der Sterbensphase auf Wunsch des Betroffenen“ sogar als Pflicht des Arztes bezeichnet, stellt die KNMG den Patientenwillen lediglich gleichwertig neben die medizinischen Kriterien. Damit schließt sie an Vorschläge von *Staats- und Ethikkommissionen* an, welche die Aufstellung von Wertekatalogen als den pluralistischen Einstellungen der Handelnden unangemessen und rechtsstaatlich nicht vertretbar ablehnen und statt dessen die Aufstellung *praktischer* Anhaltspunkte zur Lösung situativer Fragen vorschlagen.<sup>95</sup>

Weder von Lebensschutz noch von Patienten-Autonomie ist die Rede, wenn die KNMG im *Standpunt* (1978) den *absichtlichen* Verzicht des Arztes auf eine medizinisch sinnlose Behandlung ausdrücklich nicht als Euthanasie bezeichnet, und den Arzt nicht verpflichtet, zu solchem Behandlungsverzicht die Zustimmung des Patienten einzuholen. Damit lässt die KNMG einen breiten Spielraum für ärztliche Entscheidung offen, der dann relevant wird, wenn Meinungsverschiedenheiten um den Euthanasiebegriff und um die Meldepflichtigkeit ärztlicher Maßnahmen auftauchen.<sup>96</sup>

Der Umstand, dass dieser breite Spielraum gut mit der oben beschriebenen Permissivität des niederländischen Prozessrechts zusammenpasst, verweist zum wiederholten Mal auf

---

<sup>95</sup> Die Argumentation der auf Vorschlag des *gezondheidsraats* im September 1970 einberufenen *Commissie Medische Ethiek*, die genannten *Richtlinien der KNMG (standpunt 1971 bis 1978)* und der *Rapport van de Staatscommissie Euthanasie* (1985) sind in DONALD VAN TOL (2005: 54, 55, 62, 81) dargestellt; Übersetzung der Zitate: E.K.

<sup>96</sup> Der Sozialrechtler DONALD VAN TOL (2005) interpretiert den Unterschied zwischen der Anzahl der Euthanasie-meldungen zur Anzahl der im Rahmen umfangreicher empirischer Studien – anonym – angegebenen Euthanasie-handlungen als Zeichen der Defizienz ärztlichen Rechtsbewusstseins. VAN LEEUWEN und KIMSMA (2000) hingegen beobachten, dass Ärzte erstens durch die sechswöchige Wartezeit bis zum Eintreffen der Nachricht der Kontrollkommission der „Ungewissheit, ob alle gesetzlichen Kriterien erfüllt sind“, ausgesetzt seien, zweitens die Euthanasie „nicht als Verbrechen, sondern als Ausdruck der Sorge um den Patienten“ empfänden und drittens zivilen Ungehorsam leisteten, weil sie Sterben als „eine Sache zwischen Arzt und Patient“ auffassten (: 85). Aus dem klassischen Auftrag der Schadensvermeidung und einem intuitiven Schluss von Können auf Sollen sei bei niederländischen Ärzten eine *moralische Wahrnehmung* beobachtbar, welche ihnen in seltenen Fällen „bei Kenntnis der Sachlage“ die Euthanasie als „gerechtfertigt“ und nachvollziehbar“ (: 84) erscheinen lasse.

historische und sozialräumliche Bedingungen, unter welchen ärztliche Maßnahmen am Lebensende nicht nur unterschiedlich benannt, sondern auch gegenläufig bewertet werden. Die geforderten pragmatischen Anhaltspunkte können also als *organisations- und zeitabhängige Setzungen* bezeichnet werden, die sich somit auch *organisations- und zeitabhängig ändern* können: So wie in neuen medizinethischen Richtlinien ärztlicher Standesorganisationen schon mit der Erlaubnis der Hinnahme des Todes durch Schmerzbekämpfung ein *bedingungsloser Höchstwert des Lebens* gar nicht erst Eingang findet, wird auch das Kriterium der *Freiwilligkeit* dort fallengelassen, wo die Hilfspflicht des Arztes auch in der Vermeidung *sinnloser* Behandlung und Leiden bestehen kann. Dann aber können sowohl Heiligkeit des Lebens als auch Freiwilligkeit nicht als unbedingt *notwendige*, sondern eher als *gelegene* Kriterien gelesen werden, welche die Legalisierung der Euthanasie bzw. deren Ablehnung in der Öffentlichkeit plausibel machen.

Auch nach gerichtlichen Entscheidungen zur Euthanasie wie z.B. im bei HANS-JOSEPH SCHOLTEN (1991: 473ff) zitierten dritten Urteilsleitsatz des BEZIRKSGERICHTES LEEUWARDEN (1973), ist es „nicht erforderlich, dass die Sterbephase nach ärztlichem Urteil schon begonnen oder sich angekündigt hat“. Entgegen der Meinung des hinzugezogenen Gesundheitsinspektors verzichtet das Gericht ausdrücklich auf das Kriterium der unmittelbaren Todesnähe. Es argumentiert nicht mit dem absoluten Wert des Lebens, sondern es setzt das Leidensmoment und die korrekte Ausführung durch den Arzt als Entschuldungsgründe fest.

Eine Werte-Vergessenheit könnte auch der *Niederländischen Vereinigung für freiwillige Euthanasie NVVE* andiagnostiziert werden. Diese NGO formierte sich zur Unterstützung der angeklagten Ärztin Postma. Innerhalb einiger Jahre schlossen sich hunderttausend Mitglieder an. Wie weitere NGOs fungiert sie als Forum zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch sowie als rechtliche und ethische Beraterin der Mitglieder und aller am Thema Interessierten. Ihre Forderungen plausibilisiert sie mit am Leidenskriterium ausgerichteten Falldarstellungen. Auch die KNMG schließt sich in *Standpunt 1973* der starken Gewichtung der Kriterien *Leiden* und *ärztliche Sorgfalt* des Postma-Urteils an, Sie wertet eine Schmerzbehandlung mit *beabsichtigter* Todesfolge dann als hinnehmbar, wenn ein zweiter Arzt zur Beurteilung eingeschaltet wurde.<sup>97</sup>

Auch den vorgestellten NGOs und Standesorganisationen geht es um Werte, allerdings nicht – absolut - um ein metaphysisches Leben-an-sich, sondern – situational - um die Lebbarkeit, Tragbarkeit und zumindest minimale Gestaltbarkeit<sup>98</sup> des Lebens für den Betroffenen.

Um situationsgerechtes, sachlich richtiges Handeln geht es auch in Gerichtsurteilen, die schließlich zu einer Legiferierung der Euthanasie führen. Zwar rechtfertigt der HOGE RAAD (1984) eine milde Beurteilung von Euthanasie durch das Bezirksgericht Alk-

---

<sup>97</sup> Auf diesen Aspekt verweist u. a. CHRIS DOCKER (1996) in seiner Notiz *Euthanasie in Holland (Introduction)*.

<sup>98</sup> Der Arzt und Medizinethiker Erich Loewy bringt in seinen Beiträgen in der Medizinethik-Liste der Universität Bochum das Verfügbarkeitsargument ein, indem er menschliches Leben nicht nur als ein *Am-Leben-Sein*, sondern auch als ein *Sein-Leben-Haben* bezeichnet.

maar mit dem rechtlichen Argument des außergesetzlichen Notstandes: Nach Artikel 40 StGB (NL) ist „[n]icht strafbar [...], wer eine Tat begeht, zu der er durch einen übermächtigen Einfluss gedrängt wird.“ Aber die *Anwendung* dieses Entschuldungsgrundes rechtfertigt der HOGE RAAD damit, dass der Arzt medizinisch verantwortlich gehandelt habe. Er honoriert also eine Arztperson, die sich gerade nicht von einem „übermächtigen Einfluss“ drängen lässt, sondern angesichts unerträglicher Leiden medizinisch sorgfältig, also sachlich angemessen handelt.

Offiziell gemacht wird das Euthanasiethema durch die KNMG (1984). Sie formuliert entsprechend den ergangenen Gerichtsurteilen einen *Katalog von Sorgfaltskriterien*. In Absprache mit den Strafverfolgungsbehörden stellt sie Ärzten nach Leistung von Euthanasie bzw. Suizidassistentz eine Strafbefreiung unter der Voraussetzung in Aussicht, dass sie die Todesursache und die Erfüllung des Katalogs dieser Sorgfaltskriterien an hierfür eingerichteten Meldestellen der KNMG mitteilen.

Etwa gleichzeitig nimmt die Staatskommission Euthanasie (1985) eine Kategorisierung medizinischen Handelns am Lebensende vor. Als nicht kontrollbedürftig bezeichnet sie den „Verzicht auf bzw. die Einstellung“ a) „*lebensverlängernder Behandlung auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen des Patienten*“, b) *lebensverlängernder Behandlung in Fällen, wo sie nach herrschender medizinischer Meinung sinnlos ist*“, c) die *„Nichtbehandlung einer hinzukommenden Erkrankung bei einem nach herrschender medizinischer Meinung irreversibel bewusstlosen Patienten“* und d) *eine Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenfolge einer Behandlung, die dazu notwendig ist, um in unmittelbarer Folge ernsthafte Leiden eines Patienten zu lindern*“. Zugleich erhebt sie die zunächst als *„absichtliche Beendigung des Lebens einer anderen Person auf deren Verlangen“* weit definierte Euthanasie zu einer *kontrollbedürftigen* Kategorie ärztlichen Handelns, welche einem Arzt bei *extern* kontrollierter Einhaltung gewisser Sorgfaltskriterien straflos zuzugestehen sei.<sup>99</sup>

Innerhalb der darauf folgenden siebzehn Jahre werden diese strafbefreienden Sorgfaltskriterien durch weitere Gerichtsurteile gefestigt, erweitert und modifiziert:

So erweitert der HOGE RAAD im Chabot-Urteil (1994) den Kriterienkatalog um psychische Erkrankung.

Dagegen attestiert der HOGE RAAD (1998) im Fall Brongersma dem Hausarzt, der seinem unter Altersbeschwerden und Vereinsamung, nicht aber an tödlicher körperlicher oder psychischer Krankheit leidenden Patienten nach mehreren Suizidversuchen auf dessen mehrmaliges dokumentiertes Verlangen hin beim Suizid assistiert, zwar sorgfältiges Handeln und stellt ihn straflos, verweigert ihm aber den Freispruch. Diese Entscheidung kommentiert der Generalstaatsanwalt damit, dass der Notstandsparagraf bei einem Arzt auf einen nicht „medizinisch klassifizierbar(en)“ Zustand wie „Leiden

---

<sup>99</sup> Diese Euthanasie-Definition und Kategorien von Sterbehilfeformen aus *Rapport van de Staatscommissie Euthanasie* (1985: 43), s' *Gravenhage. Staatsdrukkerij* sind zitiert in: VAN TOL (2005: 53).

am Leben-an-sich“ nicht anwendbar sei, „- auch wenn die Kriterien der Unerträglichkeit und Aussichtslosigkeit erfüllt sind“. <sup>100</sup>

Zur Entwicklung des letztendlichen Gesetzestextes tragen neben Erfahrungen aus den oben genannten Kontrollstellen der KNMG insbesondere die Ergebnisse umfangreicher, wiederholter und immer weiter spezifizierter empirischer Studien über die medizinische Praxis am Ende des Lebens bei. <sup>101</sup> Begleitet von zahlreichen und für niederländische Verhältnisse ungewohnt heftigen öffentlichen Diskussionen entstehen verschiedene Gesetzentwürfe, die je nach parteipolitischer Zusammensetzung im Parlament *behandelt* oder aber *vertagt* werden.

*Nach Regierungsumbildung* im Sitzungsjahr 2000-2001 wird der Entwurf des Kontrollgesetzes nach Vorlage durch Justiz- und Gesundheitsminister im Parlament und unter Teilnahme der Öffentlichkeit diskutiert, mehrfach geändert und am 28.11.2000 vom Parlament verabschiedet. Am 12.04.2001 wird das Gesetz von Königin Beatrix verkündet, am 26.04.2001 im Staatsblatt veröffentlicht und gemäß Artikel 23 auf königlichen Beschluss am 01.04.2002 in Kraft gesetzt.

*Widersprüche zwischen dem niederländischen und dem belgischen Kontrollgesetz* scheinen sich auf den ersten Blick hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Exaktheit zu ergeben:

Während das Kontrollgesetz (NL) nicht nur Euthanasie, sondern auch ärztliche Suizidassistentz regelt, ist im Kontrollgesetz (Belg: Kapitel 1 Artikel 2) ausschließlich die Rede von Euthanasie. „L'Euthanasie“ bzw. „Sterbehilfe“ <sup>102</sup> ist definiert „als durch einen Dritten vorgenommene Handlung, durch welche vorsätzlich das Leben einer Person auf deren Verlangen hin beendet wird.“ So können beide Kontrollgesetze lediglich hinsichtlich der gesetzlichen Regelung der Euthanasie verglichen werden.

Besonders exakt scheinen die *formalen Kautelen des belgischen Kontrollgesetzes* festgelegt zu sein. So wird z.B. der Meldevorgang unter Vorgabe zahlreicher Formschriften stark reglementiert. Auch für die Zusammensetzung der laut belgischem Kontrollgesetz einzigen zentralen Kontrollkommission wird eine höhere Anzahl höher qualifizierter Mitglieder (Professoren), ihre genauere Abgrenzung gegen mögliche Abhängigkeiten (nicht Inhaber politischer Ämter), sowie stärkere Polykontextualität der Zusammensetzung (ähnliche Anzahl männlicher bzw. weiblicher sowie belgisch- bzw. franzö-

---

<sup>100</sup> Dieses ins Deutsche übersetzte Zitat aus SCHALKEN, T.M. ADVOCAAT-GENERAL (2003); Tijdschrift voor Gezondheidsrecht Nr.3/2003: 237 ist dem in *NiederlandeNet* (2004a) veröffentlichten Dossier *Urteil des Hoge Raad im Fall Brongersma* entnommen.

<sup>101</sup> Ausgehend von dem staatlich angeordneten, nach dem Leiter der Kommission, Staatsanwalt J. Rimmelink, so genannten Rimmelink-Report konzipieren VAN DER MAAS e. a. (1991) quantitativ-qualitative Studien und führen sie mehrmals von 1995 an in methodisch weiterentwickelter Form in den Niederlanden und z.B. unter ONWUTEA-KA-PHILIPSEN (2003) in europäischen Nachbarländern durch. Die Ergebnisse werden einerseits dahingehend interpretiert, dass ein erheblicher Teil der Ärzte die gesetzlichen und standesrechtlichen Vorschriften nicht einhält. Andererseits zeigt sich, dass seit Einführung der Kontrollgesetze mehr Euthanasiefälle *offen gelegt* wurden.

<sup>102</sup> In der o.a. nicht autorisierten deutschen Textausgabe wird der französische Ausdruck „l'Euthanasie“ mit dem Wort „Sterbehilfe“ übersetzt.

sischsprachiger Mitglieder) vorgeschrieben. Diese Genauigkeit der formalen Kautelen und die unmittelbare Einsetzung der Mitglieder der Kontrollkommission durch den Justizminister scheint die Gerichte noch entbehrlicher und die Regelung der Euthanasie zur Staatsangelegenheit zu machen. Aber gerade der belgische Arzt kann angesichts des hohen Anteils von Medizinern in der interdisziplinären Kontrollkommission und der Hürde der *Zweidrittelmehrheit* vor Weiterleitung eines unklaren Falls an die Staatsanwaltschaft mit mehr Sicherheit vor staatsanwaltschaftlicher Verfolgung rechnen als ein Arztkollege in den Niederlanden<sup>103</sup>.

Hinsichtlich der *inhaltlichen Kautelen* wird dem belgischen Kontrollgesetz gegenüber dem niederländischen häufig eine weiter gehende Liberalität zugeschrieben<sup>104</sup>. So scheint das belgische Gesetz in seiner Reichweite das niederländische zu übertreffen, indem es das Sterbehilfeverlangen von psychisch kranken Patienten sowie von Patienten, deren „Ableben offenkundig nicht in einem kurzfristigen Zeitraum eintreten wird“, *ausdrücklich* thematisiert. Aber diese scheinbaren Erweiterungen werden einerseits durch strengere Verfahrensregeln des niederländischen Gesetzes relativiert. So werden durch die Vorschrift, einen dritten „psychiatrischen oder in jener Krankheit spezialisierten Mediziner“ hinzuzuziehen und festgelegte Wartezeiten einzuhalten, die Konsistenz und Dauerhaftigkeit des Sterbehilfeverlangens mehrfach geprüft und Alternativen erwogen. Andererseits können sich psychisch Kranke in den Niederlanden auf das Kontrollgesetz (NL: Kapitel II, Artikel 2, 2 b)) berufen, welches mit der Kautel „dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist“ den Leidensbegriff gerade nicht in Kategorien einteilt, sondern vage und damit weit auslegbar anwendet. Nicht das belgische, aber das niederländische Kontrollgesetz erlaubt eine Lebensbeendigung auf Verlangen bereits bei Zwölfjährigen mit *Zustimmung* der Eltern, sowie bei Sechzehnjährigen unter bloßer *Einbeziehung* der Eltern in die Entscheidung. Das belgische Euthanasiegesetz hingegen bezieht sich nur auf Erwachsene, aber – und hier gleichen sich beide Gesetze wieder an – auch auf Personen, die *als erwachsen erklärt* wurden.

Für die Beachtlichkeit eines Sterbehilfeverlangens setzt das belgische Kontrollgesetz eine explizit geregelte Schriftform voraus (Artikel 3 §4 und 4 §1- 2): Das Verlangen muss selbst verfasst, datiert, unterschrieben, bei der „vorweggenommenen Erklärung“ zusätzlich von zwei Zeugen mit Unterschrift bestätigt, spätestens nach 5 Jahren erneuert und in einem staatlichen Zentralregister erfasst sein. Das niederländische Kontrollgesetz hingegen fordert die Schriftform nur für den Fall, dass der Patient „nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern“ (Kapitel II Artikel 2,2).

---

<sup>103</sup> Die niederländischen, nicht jedoch die belgischen Kontrollkommissionen führen in ihren Jahresberichten einige Fallmeldungen an die Staatsanwaltschaft an.

<sup>104</sup> Nicht nur in der entsetzten Reaktion der BÄK-Pressemitteilung vom 29.05.2002, wo die belgische als „zutiefst menschenverachtende Gesetzgebung“ bewertet wird, sondern auch im Rahmen neutraler Berichterstattung wie z.B. von THOMAS A. FRIEDRICH (2002) in der *Ärzte Zeitung* wird das belgische Kontrollgesetz als „das bisher liberalste Sterbehilfegesetz der Welt“ eingestuft, ohne dass die Funktion der Vagheit des niederländischen bzw. der scheinbaren Exaktheit des belgischen Gesetzes thematisiert wird. .

Nach belgischem Kontrollgesetz muss sich der Arzt bei Entscheidungsunfähigkeit des Patienten zusätzlich mit Betreuungs- und Kontaktpersonen und insbesondere mit vom Patienten bevollmächtigten Vertrauenspersonen über den Inhalt der vorweggenommenen Erklärung *verständigen*. Das niederländische Kontrollgesetz hingegen thematisiert diese Konsensforderung nicht explizit, sondern setzt sie angesichts der Stellung des Hausarztes implizit voraus, der als langjähriger, erfahrener und programmatisch geschulter <sup>105</sup> Ansprechpartner der ganzen Familie fungiert.

Wie die *Genauigkeit* und *explizite* Formulierung des belgischen Gesetzes sogar Sicherheitskriterien schlicht wegfallen lässt, die im vage formulierten niederländischen Gesetz erhalten bleiben, zeigen z.B. folgende Bestimmungen: *Explizit verlangt* das belgische Kontrollgesetz im Fall eines bewusstlosen Patienten die Feststellung der Unheilbarkeit der Leiden und der Unumkehrbarkeit der Bewusstlosigkeit „nach aktuellem Stand der Wissenschaft“. Indem es so für den Fall irreversibler Bewusstlosigkeit den *Leidensbegriff* mit dem Begriff der *Krankheit* synonym setzt, kann es auf das – weithin als *subjektiv* beargwöhnte - Kriterium der Unerträglichkeit verzichten. Arzt und Kontrollkommission sind der Frage enthoben, ob ein irreversibel bewusstloser Patient leidet.

Im niederländischen Gesetz hingegen bleibt durch den vagen Hinweis „Die in Absatz 1 genannten Sorgfaltskriterien finden sinngemäß Anwendung“ das Kriterium der *Unerträglichkeit* erhalten. Dies macht eine Lebensbeendigung bei irreversibel bewusstlosen Patienten besonders begründungsbedürftig, wie Empfehlungen der REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE (2004) im Jahresbericht 2003 (: 13) zeigen. Demnach soll ein Arzt seinem Patienten „keine bedingungslosen Zusagen machen“, weil in „vielen Fällen [...] ein natürlicher Tod abgewartet werden“ könne. Andererseits wird mit dem Satz „Durch rechtzeitige Aufklärung des Patienten und seiner Familie und durch klare Vereinbarungen können Pattsituationen vermieden werden“ die Möglichkeit der Durchführung einer Lebensbeendigung bei Vorliegen einer vorsorglichen Verfügung offen gehalten.

Seinen *Geltungsbereich* setzt das belgische Kontrollgesetz (Artikel 1) durch Verweis auf „Artikel 78 der Verfassung“ <sup>106</sup> schlicht fest. Das niederländische Kontrollgesetz hingegen beansprucht *soziale* Anschlussfähigkeit, indem es in der Präambel die Einführung eines Strafausschlussgrundes als „wünschenswert“ ankündigt.

Beide Kontrollgesetze fungieren also trotz ihrer Unterschiede äquivalent: In beiden Kontrollgesetzen bleibt *es der Entscheidung des behandelnden* Arztes überlassen, ob er eine Lebensbeendigung bzw. Suizidbeihilfe auf Verlangen leistet oder nicht. Das belgi-

---

<sup>105</sup> Eine Steigerung der Meldebereitschaft gerade unter den *Hausärzten* führt der koordinierende Vorsitzende der REGIONALEN KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE, R.P. DE VALK-VAN MARWIJK KOOY (2004: 2) darauf zurück, dass „Sterbehilfe meist von einem Hausarzt geleistet“ wird, der sich „seit der Einführung des SCEN-Projekts [...]“ durch speziell ausgebildete Konsiliarärzte zu Fragen der Euthanasie und der Palliativmedizin beraten lassen kann.

<sup>106</sup> Art. 78 der belgischen Verfassung legt lediglich *Sachbereiche* der Gesetzgebung fest. Die Präambel des niederländischen Kontrollgesetzes operiert dagegen in der *Sozialdimension*, wo die belgische Königin das Gesetz mit dem Argument, diese Regelung sei „erwünscht“, begründet.

sche Kontrollgesetz legt in Artikel 14 explizit fest, dass weder ein aktuell geäußertes noch ein vorsorglich schriftlich niedergelegtes Sterbeverlangen eines Patienten für den Arzt verbindlich ist. Implizit hat im niederländischen Kontrollgesetz nach Artikel 2, Absatz 2 sowie nach Artikel 16 *die Meinung des Arztes* nicht nur gegenüber dem Wunsch des Patienten, sondern auch gegenüber grundsätzlichen Einstellungen der Mitglieder der Kontrollkommission Vorrang. Damit haben *beratende* Ärzte oder gar Ethik-konsilien keine Weisungsfunktion.

Das Neue sowohl an dem exakten belgischen wie an dem pragmatischen niederländischen Kontrollgesetz ist also, dass die Asymmetrie der Fachkompetenz von Ärzten und Patienten rechtlich festgeschrieben wird. Nicht nur zeitlich und hinsichtlich des gesetzgebenden Verfahrens, sondern auch hinsichtlich ihrer Funktion ist also eine starke Nähe der beiden Kontrollgesetze zu beobachten: Beide autorisieren einen Arzt zu *strafbefreierender* Selbstanzeige einer Euthanasiehandlung unter der Bedingung, dass *er selbst* einem außergerichtlichen multidisziplinären, im Wesentlichen mit *Ärzten* besetzten Kontroll- und Prüfungsgremium *sachlich* nachvollziehbar macht, den vorgeschriebenen Katalog von Sorgfaltskriterien erfüllt zu haben. Folglich kann weder die Explizitheit des belgischen noch die Vagheit des niederländischen Kontrollgesetzes als Begründung dafür dienen, dem einen oder dem anderen Gesetz die Herstellung eines höheren oder niedrigeren Grades an sozialer Ordnung zuzusprechen.

Eine hohe *Akzeptanz* der Kontrollgesetze (NL und Belg) bei der inländischen Bevölkerung wird in den genannten Studien festgestellt. Einige NGOs und einige religiöse Gemeinschaften bringen nach wie vor ihre Ablehnung der Kontrollgesetze zum Ausdruck. Aus dem Ausland werden die Kontrollgesetze teils stark kritisiert, teils als beispielhaft bezeichnet. Die Kritik bezieht sich nicht auf den Vorgang des gesetzgebenden Verfahrens, auch nicht auf Kautelen. Kritisiert wird vielmehr erstens, dass Euthanasie und Suizidbeihilfe überhaupt thematisiert und rechtlich behandelt werden und zweitens, dass die Kontrollgesetze nicht im erwarteten Maß befolgt werden.

Dem zweiten Kritikpunkt gehen staatliche Organisationen in den Niederlanden nach, indem sie erstens die Fortschreibung und Erweiterung bisheriger Forschungsaufträge anordnen. Zweitens lassen sich Justiz- und Gesundheitsminister die ausgearbeiteten und mit Verbesserungsvorschlägen versehenen Jahresberichte der Kontrollkommissionen vorlegen. Allerdings werden dort die wenigen Fälle, welche auf eine Nichtbefolgung der Kontrollgesetze hinweisen, mit dem Leidenskriterium relativiert. An dieser Relativierung wird eine – ihrerseits tolerierte - Aufweichung des festgelegten Katalogs der Sorgfaltskriterien sichtbar. Auch die *Tötung von schwer geschädigten Neugeborenen*, die nach den Kontrollgesetzen (zunächst noch) nicht von staatsanwaltschaftlicher Verfolgung frei gestellt ist, wird nicht nur in Gerichtsurteilen permissiv gehandhabt, sondern bleibt Thema in immer wiederkehrenden Anfragen von Parlamentariern, Beiträgen von Experten, Richtlinien der KNMG sowie Eingaben von NGOs, bis sie im Jahr 2006 erlaubt wird. Ein langfristiger Bestand des vollen Katalogs der Sorgfaltskriterien kann also nicht als gesichert bezeichnet werden.

### *Zusammenfassung und Ausblick*

Die *Konstruktion* sämtlicher hier vorgestellter Kontrollgesetze beruht auf der Kategorisierung von Patienten und auf der Ausformulierung von Sorgfaltskriterien. Hier kann also nicht die Rede davon sein, dass Ärzte von einer liberal vorpreschenden Justiz dominiert würden. Einzige Ausnahme bildet der EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth), welcher ausschließlich mit dem Argument der Rechtskompetenz des Commonwealth begründet wird.

Das *Hauptziel* der Kontrollgesetze, soziale Ordnung zu wahren, soll durch ihre Immunsierung gegen Missbrauchs-, Irrtums- oder Täuschungsvorbehalte erreicht werden:

*Erstens* soll jede Tötung eines unschuldigen Menschen, auch auf Verlangen, *grundsätzlich* verboten bleiben. Auch eine als medizinische Ausnahme gewertete Euthanasie soll also Domäne des Rechts *bleiben*.

*Zweitens* wird der Begriff Euthanasie bzw. Suizidbeihilfe ausschließlich im Rahmen eines staatlichen Kontrollverfahrens und nur auf ärztliche Maßnahmen anwendbar. Damit wird eine überzeugende Darstellung des Arztes, sich bei der Leistung von Euthanasie oder Suizidassistenz im *innerpsychischen Zustand übermächtigen Einflusses* befunden zu haben, entbehrlich.

*Drittens* kann der hier verwendete Euthanasiebegriff als das Ergebnis eines Zusammenspiels politischer, gesetzgebender, Recht sprechender, wissenschaftlicher, kirchlicher, berufsständischer Organisationen interpretiert werden, von denen jede in ihren *eigenen* Verlautbarungen mit ihren organisationseigenen Mitteln auf Entscheidungen der anderen Organisationen reagiert. So werden etwa politische Parteien sichtbar, die immer schon wissen, dass es um Mehrheitsfähigkeit ihrer Forderungen geht. Sichtbar werden Entscheidungen gesetzgebender und rechtsprechender Organisationen, die immer schon wissen, dass sie situational angepasste Entscheidungen zur Herstellung öffentlicher Ordnung fällen müssen. Sichtbar werden ärztliche Standesorganisationen, die zwar immer schon Euthanasie ablehnen, aber, wie DONALD VAN TOL (2005: 55) die KNMG (1984) zitiert, *auch* in den Blick nehmen, „dat „euthanasie wordt toegepast“ in „de medische praktijk“. Nicht weil sie Euthanasie *befürworte*, sondern angesichts ihrer *Anwendung* in der medizinischen Praxis will sie das Ihre dazu tun, eine annehmbare Regelung erreichbar werden zu lassen.

Die Entwicklung der hier vorgestellten Kontrollgesetze erscheint zwar auf den ersten Blick als konsistente und konsenterte Kategorisierung ärztlicher Handlungen und Sorgfaltskriterien. Bei näherem Hinsehen auf die Entscheidungen, welche zu dem jeweiligen Kontrollgesetz führen, wird – nachträglich - ihre Kontingenz sichtbar: Unter anderen historischen und sozialräumlichen Bedingungen kann die Duldung oder Nicht-Duldung einer Praxis, die mehr vom Leidenskriterium und noch mehr von ärztlicher Kompetenz als von der Autonomie des Patienten ausgeht, nämlich anders ausfallen. Vorschläge wie die Analogisierung des Schwangerschaftsabbruchs auf schwerst beschädigte Neugeborene, die *terminale Pille* für Alte, Euthanasie für *sozial* Leidende oder der Gnadentod



für Demenzkranke lassen das immer wieder abgewehrte Missbrauchsargument in einer neuen, ökonomischen Dimension auftauchen, die alles Reden von *Sorgfalt* auf einen Euphemismus zu reduzieren droht. Auch der Befund der hier genannten Studienergebnisse, wonach sich Ärzte nicht immer an die Kontrollgesetze halten, muss nicht darauf hinauslaufen, dass diese Ärzte nicht sorgfältig behandeln, keine Kenntnis von Palliativmedizin und Palliative Care haben und sich selbstherrlich-paternalistisch über den Willen der Patienten hinwegsetzen. Solche Zuweisungen *suchen* Schuldige, die sie selbst erst *erzeugen*. Beobachtet man nämlich, welche Personen und Organisationen mit der Begrifflichkeit jener der Phase 2 zugeordneten Verlautbarungen geschaffen werden, dann muss eine Antwort auf die Frage nach Schuldigen und Unschuldigen höchst komplex ausfallen:

Beantwortung der Frage zu Phase 2: Verlust der Unschuld durch Differenzierung

Organisationelle Verlautbarungen zur Sterbehilfe, die hier der Phase 2, also der Normativitätsphase zugeordnet sind, differenzieren die Sterbehilfe in eine erste Gruppe erlaubter *passiver, im weiteren Sinne passiver, indirekter, indirekt aktiver* Sterbehilfe und in eine zweite Gruppe immer verbotener, aber in bestimmten Staaten und auch dort nur unter bestimmten Kautelen von Strafverfolgung befreiter aktiver Sterbehilfe, also Euthanasie und/oder assistierten Suizids.

Der ersten Gruppe von Sterbehilfeformen wird jedoch ihre Unschuld dadurch genommen, dass sie als interpretationsbedürftig dargestellt werden. Dies läuft darauf hinaus, dass in jedem Einzelfall nicht nur rechtliche, sondern auch ethische Überlegungen angestellt werden müssen, die – jeweils nach organisationseigener Logik – den Leerbegriff der Würde mit situativen oder absoluten Wertvorstellungen füllen.

Der zweiten Gruppe wird im Rahmen der Kontrollgesetze einerseits ihre Schuldlosigkeit genommen, andererseits erfahren Personen, die nach den Kontrollgesetzen handeln, Beschuldigungen und moralische Ächtung.

Der *alltägliche* Begriffsgebrauch wird also durch diese Gegenläufigkeit der Bewertung der Sterbehilfeformen obsolet. Die z.B. im EUTHANASIA LAWS ACT 1997 Nr. 17 (Cth) gegebene Anweisung, diese Begriffe so zu verstehen, wie sie gebraucht werden, kann angesichts des schon im Alltag *divergent* praktizierten Begriffsgebrauchs nicht funktionieren:

- *Obsolet* wird die Annahme einer *dauerhaften Konsistenz* der ausdifferenzierten Sterbehilfebegriffe, wenn empirisch sichtbar wird, wie *jede* Sterbehilfeform als gute und heilbringende aber auch als schlechte, verderbliche Maßnahme bewertet werden kann.
- *Obsolet* werden Begriffe wie Würde oder Freiwilligkeit, da sie mit konträren Inhalten gefüllt werden können. So wird der Begriff der *Freiwilligkeit* schließlich als Sorgfalts-

kriterium fallen gelassen<sup>107</sup>, und der *Würde*-Term wird gleichermaßen als Geltungsbe-gründung für wie gegen eine rechtliche Regelung der Euthanasie verwendet.

- *Obsolet* wird auch die *Kombination* der Begriffe *Euthanasie* und *Nation*. Zwar taucht das *Völkermord* implizierende „In Deutschland“-Argument in zahlreichen Verlautbarungen von Organisationen auf, die sich als Euthanasiegegner eine besonders achtbare Position zuschreiben<sup>108</sup>. Es taucht auch auf, wenn nach HOPPE (2000) das geplante niederländische Kontrollgesetz als Beispiel für eine auch in Deutschland latent vorhandenen Gefahr interpretiert wird, oder wenn HENKE, R./MITRENGA/ MONTGOMERY (2001) die Ärzte auffordern, sich „in unserem Land“ „aktiv gegen jede Euthanasiebestrebungen einzusetzen“. So wird aber das Prinzip des Lebensschutzes nicht begründet, sondern über den Vorwurf nationalsozialistischer Euthanasiepraxis *usurpiert*.

Eine *wissenschaftliche* Beobachtung *der Funktion* dieses Begriffsgebrauchs erfordert daher eine eigene Terminologie, welche diese Begriffe, wenn überhaupt, nur als technische Terme verwendet und auf Moralzuweisungen verzichtet. Wenn sie sachlich bleibt, dann kann eine wissenschaftliche Beobachtung des bis hierher gezeigten Sterbehilfediskurses folgende Zwischenresultate erbringen:

*Erstens* wird die *Begrifflichkeit der ausdifferenzierten Sterbehilfeformen* durch gegenläufige Wertung und jeweils einseitigen Gebrauch nicht weniger missverständlich, nicht weniger missbrauchsanfällig, nicht weniger einem Wertewandel unterworfen und nicht weniger perspektivisch als dies zuvor dem *reinen* Sterbehilfebegriff widerfahren war, sondern sie wird ebenfalls *obsolet*.

*Zweitens* wird mit der Ausdifferenzierung und gegenläufigem Wertung der Sterbehilfebegriffe zwar nicht das Sterbehilfe-Problem, statt dessen aber ein anderes Problem gelöst, nämlich die *Selbstkonstitution von Organisationen*, die sich aufgrund der Selbstzuschreibung eigener Moralität als kompetente, sichere und integere Institutionen darstellen.

*Drittens* geht diese Selbstkonstitution von Organisationen mit der Schaffung *verantwortlicher Personen* einher: So wird eine medizinisch kompetente *Arztperson* erzeugt, deren Entscheidung es - bei aller Einbeziehung von Patienten und Beteiligten - überlassen bleibt, die *Unerträglichkeit* des Leidenszustandes, die *Freiwilligkeit* und *Überlegtheit* des Verlangens des Patienten sowie *Behandlungsalternativen* so einzuschätzen, dass sie ihre Entscheidung nach außen – etwa gegenüber einer Kontrollkommission - plausibel machen kann. Diese Arztperson kann nicht nur an das gebunden sein, was *der Patient* will, sondern insbesondere an das, was aus *ihrer fachlichen Überzeugung für*

---

<sup>107</sup> So verweist z.B. die Forschungsgruppe um BREGIE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN e. a. (2003) auf die von 1990 bis 2001 fast gleichbleibende Anzahl von etwa 900 Fällen, in welchen niederländische Ärzte lebensbeendende Maßnahmen, potente Schmerztherapie und Behandlungsverzicht bei zustimmungsunfähigen Patienten *ohne* Vorliegen einer vorsorglichen Zustimmung angeben.

<sup>108</sup> EGGERT BELEITES (1998: A-2365) begründet die Thematisierung von Wachkomapatienten in den BÄK-Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung damit, „zu dokumentieren, dass *in Deutschland*“ Bewusstlosigkeit keine Indikation für Behandlungsabbruch sei (kursiv: E.K.).

*den Patienten das Beste* ist. Durch *gesetzliche* Verankerungen von Patientenkategorien, Sorgfaltskriterien und Kontrollverfahren wird ärztlicher Paternalismus also nicht aufgehoben, sondern bestärkt. Dabei zieht die Schärfung von Bestimmungen die Notwendigkeit weiterer Interpretation nach sich. Der Arzt muss also, wenn er *medizinisch* redlich entscheiden will, *asymmetrisch* entscheiden – und dies wird ihm auch in Phase 2 nach wie vor abverlangt.

Zugleich wird eine *Patientenperson* vorausgesetzt, die einerseits aktuell bzw. vorsorglich selbstverantwortlich entscheidet. Andererseits wird die Autonomie dieser Patientenperson eingeschränkt durch Regelungen und Nicht-Regelungen etwa der Euthanasie. Im Hinblick auf ihre gesamte Patientenvorsorge wird die Patientenperson beargwöhnt durch die immer mitlaufenden Verdachtsmomente der Nicht-Ernsthaftigkeit, des Fehlens relevanten medizinischen Wissens und des sozialen Drucks, unter welchen die Vorausverfügung entstanden sein könnte.

Zusätzlich werden *Experten* z.B. in Gestalt der Mitglieder von Kontrollkommissionen konstituiert, die sich anhand vorgelegter Dokumente und angeforderter Auskünfte ein unabhängiges und zugleich konsensuelles Urteil bilden müssen.

Die oben dargestellten Obsoleszenzen der ausdifferenzierten Sterbehilfe-Begriffe erlauben also, wie auch zuvor der reine Sterbehilfebegriff, keine gemeinsame Sprachregelung (mehr). Es ist keine oberste Instanz in Sicht, die eine ethisch immer richtige oder wissenschaftlich immer wahre Liste ausdifferenzierter Sterbehilfeformen vorschreiben könnte.

So soll nun eine dritte Weise, mit dem Begriffskomplex Sterbehilfe-Sterbebegleitung umzugehen, beobachtet werden. Organisationelle Verlautbarung dieser dritten Art werden hier der Phase 3 zugeordnet.

### 2.2.3 *Phase 3: Die neue Unschuld in Gestalt der Sterbebegleitung und ihre Absicherung durch das reflexive Subjekt*

Für die Zuordnung zu Phase 3 wird hier nach Verlautbarungen von Organisationen ausgeschaut, die zur Bezeichnung all dessen, was an unheilbar kranken und/oder dem Sterben nahen Patienten getan werden soll und darf, überhaupt nicht mehr den Begriff *Sterbehilfe*, sondern ausschließlich die Begriffe *Sterbebegleitung*, *Palliativmedizin*, *Palliativpflege (Palliative Care)* und *Hospizlichkeit* gebrauchen und diese Unschuld durch das sich selbst reflektierende und verantwortende Subjekt absichern.

Sollte beobachtet werden können, dass diese Begrifflichkeit der Phase 3 im Gegensatz zu den ausdifferenzierten Sterbehilfeformen der Phase 2 vom Vorwurf der Perspektivität, der Missverständlichkeit, der Missbrauchsgefahr frei gehalten und so eindeutig gewertet wird, dass den mit diesen Begriffen bezeichneten Handlungen und Einstellungen ein für alle Beteiligten nie da gewesener Grad an Sicherheit garantiert werden kann, dann wäre die Maxime „Sterbebegleitung statt Tötung auf Verlangen!“<sup>109</sup> nicht nur die

---

<sup>109</sup> Mit diesem Titel ist der von der Mehrheit der anwesenden Ärzte bewilligte Antrag von JÖRG-DIETRICH HOPPE, des Präsidenten der BÄK (2001) auf dem 104. Ärztetag in Ludwigshafen versehen.

konkurrenzlose Totallösung *aller* Fragen am Ende des Lebens. Vielmehr könnte dann Sterbebegleitung auch als Anleitung zu sich vervollkommnender Lebensführung fungieren, so dass das *begleitete* Sterben *alle* Beteiligten notwendig den Höhepunkt ihres Reifungsprozess erreichen ließe. Sollten aber Zweifel auftreten, dann könnte die Begrifflichkeit der Phase 3 nicht als besser oder richtiger als die der Phase 1 oder 2 gewertet werden. Dann könnte es nicht um die *Richtigkeit* sondern um die *Ansprüche* von Begriffen und um sozialräumliche und historische Bedingungen gehen, unter welchen solche Ansprüche evolvieren.

Der - noch weiterhin zu beweisenden - These dieser Arbeit von der Vielfalt und dem Alternativenreichtum des Sterbehilfekomplexes fällt also die Aufgabe zu, das Postulat „Sterbebegleitung statt Tötung auf Verlangen!“ als einen Topos sichtbar zu machen, welcher in einer dritten Phase des Gebrauchs der Sterbehilfe-/begleitungsbegrifflichkeit dergestalt evoluiert, dass er ausschließlich den Gebrauch der Begriffe *Sterbebegleitung*, *Palliativmedizin* und *Hospizlichkeit* erlaubt.

Bevor dargestellt werden kann, wie diese Begrifflichkeit selegiert und stabilisiert wird, müssen die der Phase 3 zugeordneten Begriffe aufgelistet werden.

### Begriffsliste zu Phase 3

Palliativmedizin und Palliativpflege oder Palliative Care werden erstens als ein *Prinzip* postuliert, welches alle in das Gesundheitswesen eingebundenen Personen in Schulungen erlernen, verinnerlichen und in ihrer Praxis anwenden sollen.

Zweitens werden damit moderne Fachgebiete der Forschung, Lehre und medizinisch-pflegerischen Praxis bezeichnet, in deren Bereich todkranke Patienten angesichts der Unvorhersehbarkeit der Situationen und der hohen Komplexität ihrer Symptome angemessen behandelt werden sollen.

Als stationäre bzw. teilstationäre Palliativstationen werden klinische Fachabteilungen bezeichnet, die durch Interdisziplinarität der Ärzte und Therapeuten, hohen Personalschlüssel der Pflegenden, sowie Innen- und Außenvernetzung des gesamten Teams ihre todkranken Patienten pflegerisch und medikamentös so versorgen und einstellen sollen, dass diese in möglichst symptomfreiem Zustand in häusliche oder Heim-Pflege entlassen werden können.

Keinen Zugang zu Palliativstationen haben pflegebedürftige Patienten, deren Zustand sich durch medizinische Intervention nicht mehr verbessern lässt und/oder sich – auch auf niedrigstem Mobilitäts- und/oder Bewusstseinsniveau – stabilisiert hat

Ambulante Palliativdienste stellen erstens palliativmedizinisch geschultes Fachpersonal – z.B. *Brückenschwestern* - zur Verfügung. Jene eruieren bei häuslich oder in Pflegeheimen versorgten Patienten die notwendigen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Maßnahmen und setzen sich durch Vernetzung mit pflegerischem Fachpersonal, Fachärzten und ehrenamtlichen Helfern für deren Durchführung ein. Aus

ihrer reichen Erfahrung bieten sie auch allen mit der Versorgung dieser Patienten befassten Personen konsiliarische Gespräche und spezifische Anleitungen an.

Ambulante Palliativdienste in Form multidisziplinärer ambulanter Teams leisten vor Ort Symptomkontrolle und psychosoziale Betreuung.

Konsiliarische Palliativdienste mit interdisziplinärem Fachpersonal sind in Kliniken angesiedelt und stehen ständig klinikintern sowie extern Rat suchenden Ärzten, Pflegenden, Angehörigen und Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung. Konsiliarischen Dienst leisten auch Palliativteams, wo, wie z.B. auf der Münchner *Palliativstation der Barmherzigen Brüder des Johannes von Gott*, Tag und Nacht eine Expertenperson für interne und externe Ratsuchende ansprechbar ist.

Die palliativmedizinische Aus- und Fortbildung niedergelassener und klinischer Ärzte sowie Kranken-, Kinder- und Altenpfleger wird zwar weithin gefordert, aber derzeit erst in Form einzelner unterschiedlich stark koordinierter Modellprojekte durchgeführt.

Eine flächendeckende Versorgung der außerhalb dieser ersten Palliativzentren lebenden *Landbevölkerung* ist derzeit nicht gewährleistet. Als erschwerend wird neben der Kostenfrage die Struktur des Gesundheitswesens der BRD genannt – man denke nur an die Divergenz der Multimorbidität sterbenskranker Menschen und des als Qualitätssicherung dargestellten *Disease Managements*, welches derzeit einer Klinik die Abrechnung bei den Krankenkassen nur für *ein* Krankheitsbild und nur für einen *festgelegten Zeitraum* erlaubt.

Als Hospizbewegung wird ein in sich höchst unterschiedliches Gesamt aus Initiativen bezeichnet, welche im Anschluss an das von CECILY SAUNDERS gegründete Christopher`s Hospice und an die weltweit verbreiteten Vorträge und Bücher von ELISABETH KÜBLER-ROSS die Propagierung und Förderung hospizlicher Einrichtungen betreiben. Der Begriff Hospizlichkeit umfasst Forderungen, die von der Bereitstellung finanzieller Mittel für flächendeckenden Betrieb stationärer und ambulanter Hospizdienste, umfassende und spezifische Ausbildung von Hospizpflegern und ehrenamtlichen Helfern sowie Verbreitung und Vernetzung hospizlichen Wissens im gesamten Gesundheitssystem bis hin zur Aufstellung höchst anspruchsvoller Personkonzepte reichen. Zu diesem Zweck starten fachliche und staatliche Organisationen sowie NGOs öffentliche Aufklärungsaktionen, legen Eingaben und Gesetzesentwürfe mit Vorschlägen zur Implementierung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung im Gesundheitswesen vor, rufen zu ideellem, ehrenamtlichem und/oder finanziellem Engagement auf und sammeln Spenden zur Verwirklichung dieser Aufgaben.

Stationäre Hospize bieten die Pflege tödlich erkrankter *Gäste* an, deren Versorgung aus pflegerischen und/oder psychosozialen Gründen nicht (mehr) im häuslichen Rahmen oder in Altenpflegestationen geleistet werden kann. Meist ist (noch) die medizinische Versorgung durch den Hausarzt des jeweiligen Gastes oder durch einen hauseigenen oder externen niedergelassenen, manchmal palliativmedizinisch fortgebildeten Fach- oder Allgemeinarzt vorgesehen. Dies setzt voraus, dass jene Ärzte ihre Haus-

bzw. Heimbesuche angemessen vergütet bekommen. Es gibt auch Hospize, die ausschließlich pflegerische, aber keine medizinische Betreuung vorsehen.

Als ambulante Hospizdienste werden von palliativmedizinisch und palliativpflegerisch informiertem Personal geleitete Einrichtungen bezeichnet. Das z.B. aus Sozialpädagogen, examinierten Krankenschwestern, teils auch Theologen bestehende Personal wirbt auch ehrenamtliche Hospizhelfer an, wählt sie aus, berät sie, sorgt für ihre Fortbildung und setzt sie zur psychosozialen Begleitung schwerstkranker und sterbender Personen und ihrer Angehörigen ein.

Trauerbegleitung wird als ein Bestandteil der Sterbebegleitung angeboten, und zwar von geschulten Experten oder Laien sowie von Selbsthilfegruppen, die unter Eigenregie und/oder mit Hilfe von Experten den Hinterbliebenen helfen wollen, in gemeinsamen Aktionen, Gesprächen, gemeinsamem Schweigen und vielfältigen weiteren Riten, in einer angemessenen Zeit ihre Trauer zu leben und danach in den Alltag zurückzukehren.

Zur Patientenvorsorge wird in Phase 1 zwar von ansatzweisen, aber undifferenzierten und in Phase 2 zwar von differenzierten, aber nicht mit verbindlicher Wirkung einhergehenden Formen berichtet. Die in Phase 2 beklagte Wirkungslosigkeit der von unterschiedlichsten Organisationen angebotenen Flut von Vorsorgemodellen wird auf die Missverständlichkeit und Missbrauchsanfälligkeit der ausdifferenzierten, aber gegenläufig gewerteten Sterbehilfebegriffe zurückgeführt. Um dem entgegenzusteuern, schlagen in Phase 3 rechtliche, standesrechtliche, medizinethische und politische Organisationen erstens vor, erlaubte oder noch zu erlaubende Maßnahmen am Ende des Lebens nicht mehr als *Sterbehilfe*, sondern nur noch als *Sterbebegleitung* zu bezeichnen. Zweitens werten auch traditionell eingestellte Organisationen nicht mehr, wie in Phase 1 und 2, geltendes Recht als hinreichend. Vielmehr fordern nun nahezu alle Organisationen die gesetzliche Regelung der Patientenvorsorge.

Außer den inzwischen gebräuchlichen Elementen der Patientenvorsorge, nämlich Patientenverfügung, Bestellung des/der persönlichen Gesundheitsbevollmächtigten und Betreuungsverfügung, wird zusätzlich die wertanamnestisch unterstützte Aufstellung eines persönlichen Wertekatalogs empfohlen. Gemäß Gesetzesvorschlag des 66. DEUTSCHEN JURISTENTAGES DJT (2006b) soll eine vorsorglich für den Fall eintretender Entscheidungsunfähigkeit verfasste Patientenverfügung den (Nicht)Behandlungswillen des Patienten für *konkrete* ärztliche Maßnahmen enthalten.

Eine Betreuungsverfügung muss schriftlich abgefasst sein. Ebenfalls schriftlich muss die Bevollmächtigung des persönlichen Vertreters für Fragen des Aufenthalts und Freiheitseinschränkender Maßnahmen niedergelegt sein.

Als klinische Ethikkomitees, Ethikkonsilien oder Berater, etwa als Anbieter ethischer Wertanamnese stellen sich Organisationen vor, deren dafür eigens abgestelltes oder ad hoc zusammengestelltes Personal medizinethisch und häufig auch rechtlich, theologisch und psychologisch ausgebildet bzw. informiert ist.

- Klinische Ethikkomitees bearbeiten grundsätzliche und aktuelle bioethische Fragen z.B. der Allokation oder der Forschung am Patienten.

- Klinische Ethikkommissionen werden aktuell einberufen, wenn z.B. hinsichtlich der Behandlungsmaßnahmen bei einem entscheidungsunfähigen Patienten über juristische und medizinische Fragen hinaus auch ethische Fragen anstehen. Im Idealfall werden diese Fragen mit dem Behandlungsteam, den Pflegenden, dem Betreuer bzw. Gesundheitsbevollmächtigten und den Angehörigen gemeinsam erörtert.

Engagierte niedergelassene (Haus- bzw. Fach-)ärzte versuchen von sich aus, alle Beteiligten zu vernetzen, wenn komplexe medizinische, ethische, rechtliche und psychologische Fragen anstehen. Nötigenfalls ziehen sie bewährte Experten hinzu. Von Krankenkassen wird diese Vernetzungsleistung nicht honoriert.

- Ethische Wertanamnesen werden als Anleitungen in Broschürenform angeboten. Anhand von Fallbeispielen soll der Leser selbst herausfinden, welche Entscheidung – z.B. für oder gegen einen Verzicht auf künstliche Ernährung bei irreversiblen Koma - ihm gemäß und welche Rangfolge der Werte für ihn relevant ist. Die hier vorgestellten Beratungsinstitutionen bilden Foren, auf welchen, ausgehend von der Sach- und Rechtslage, ethische Aspekte Raum erhalten sollen. Sie verlangsamen also den Entscheidungsprozess, indem sie die Komplexität eines Falles sichtbar machen. Zugleich liefern sie den Entscheidungsträgern Argumente, anhand derer sich jene letztendlich für eine ihnen adäquate Lösung entscheiden können sollen. Allerdings übernehmen die Beratungsinstitutionen selbst keine Verantwortung für Folgen oder Folgenlosigkeit ihrer Beratung.

*Zusammenfassend* legt diese Begriffsliste die Hypothese von der mehrschichtigen kommunikativen Erzeugung der nachhaltigen Unschuld des Sterbebegleitungsbegriffs nahe: Schon ihre Länge gegenüber den Begriffslisten zu Phase 1 und 2 lässt eine neue Vielfalt von Maßnahmen, Entscheidungen und Lösungsansätzen aufscheinen. Eingeengt wird diese Vielfalt durch Subsumierung aller erlaubten und gebotenen Maßnahmen am Ende des Lebens unter dem Begleitungsbegriff. Diese Hypothese soll anhand der folgenden Frage expliziert werden:

Frage zu Phase 3: *Wie und um welchen Preis halten die Begleitungs-, Palliations- und Hospizlichkeitsbegriffe ihre Unschuld?*

Die Beantwortung dieser Frage erfordert sachliche Vorarbeit. Dazu wird zunächst die *Emergenz* der Sterbebegleitungs-Begrifflichkeit nachvollziehbar gemacht. Anschließend wird die *selektive Einschränkung* des Gebrauchs auf die gesellschaftlich erwünschten Begriffe *Palliation*, *Hospizlichkeit* und *Sterbebegleitung* vorgeführt. Dann wird gezeigt, wie diese Begrifflichkeit anhand eines neuen Personkonzepts *stabil* gehalten werden will, so dass schließlich die *Beantwortung der Frage zu Phase 3* erfolgen kann.

### 2.2.3.1 *Emergenz einer neuen Unschuld: Geschichten von Protagonistinnen und die Organisation der neuen Sterbebegleitung*

#### 2.2.3.1.1 *Protagonistinnen der neuen Sterbebegleitung*

Mitte des vorigen Jahrhunderts führen zwei Autorinnen neue Konzepte zur schmerztherapeutischen und psychologischen Schulung von Ärzten, Pflegenden und Angehörigen und zur Aufklärung verzagter Schwerkranker und Sterbender vor. Angesichts der Entwürdigung todkranker Patienten durch unzureichende Schmerzbehandlung, Vernachlässigung und Ausübung von Zwang wollen sie „nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben“ geben, wie unter vielen anderen CLAUDIA BAU-SEWEIN e. a. (2000: 5) den Ausspruch von C. Saunders zitiert.

Die Engländerin CECILY SAUNDERS nimmt nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester ein Medizinstudium, die Ausbildung zur Ärztin und 1967 die Gründung des St. Christopher's Hospice nahe London auf sich, um das Prinzip des *informed consent*, also der Behandlung nur mit Zustimmung des aufgeklärten Patienten <sup>110</sup>, effizient durchzusetzen. Ihr Hospiz gilt als moderne Neuauflage des mittelalterlichen Hospizes, eines klösterlichen Gästehauses zur Beherbergung, Pflege und geistlichen Betreuung kranker, verletzter und sterbender Kreuzfahrer, Pilger und Bedürftiger, die nach der christlichen Regel der Barmherzigkeit eine Rastmöglichkeit auf ihrem Weg in die jenseitige Welt <sup>111</sup> erhalten sollten. <sup>112</sup> Das moderne Hospiz soll nach CECILY SAUNDERS (1993: 114f) eine „sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden“ und „Begleitung im Schmerz“ durch Linderung quälender Symptome und durch Verzicht auf nur noch belastende Maßnahmen gewähren. Der „totale Schmerz“, das Gesamtkörperlichen, psychischen, sozialen und geistig-geistlichen Schmerzes, werde so weit gemildert, dass Sterbende bis zuletzt ein sinnerfülltes Leben führen können. Gerade der als Versagens- und Vergeblichkeitsangst auftretende „geistige[.] Schmerz“ sei durch die Übung des *Vergebens* überwindbar.

Als moderne Neuerungen fordert CECILY SAUNDERS (1991: 50) zusammen mit der erfahrenen Pflege-Expertin MARY BAINES erstens die Anwendung von *Opiaten* und in extremen Fällen von Schmerzmittelresistenz die Anwendung der *terminalen Sedierung*, einer bis zum Todeseintritt aufrecht zu erhaltenden Daueranästhesie (1993: 114). Zweitens integriert sie psychologische, soziale und seelsorgerliche Interventionen in den *auf die Wünsche des Kranken* abgestimmten Behandlungsplan.

---

<sup>110</sup> In seiner Untersuchung über den „Maßstab für die ärztliche Aufklärung im amerikanischen, englischen und deutschen Recht“ führt noch Jahrzehnte später ARMIN HAUSCHILD (1994: 17) unter Rückgriff auf den Hastings Center Report von Grubb/Schwarz (1985: 19f) gerade England als ein Land an, „wo die doctrine of informed consent' – wenn überhaupt – erst allmählich zu Leben erwacht“.

<sup>111</sup> Schon CECILY SAUNDERS' (1999) Buchtitel „Brücke in eine andere Welt“ verweist auf den *spirituellen* Anspruch der Hospizidee, die Begleiter nicht nur befähigen will, Wortwahl und Bilderwelt von *Sterbenden* zu verstehen, sondern diese Semantik selbst zu gebrauchen.

<sup>112</sup> Nach WIKIPEDIA (2006) wurden bereits im 19.Jh. moderne Hospize gegründet. Aber offensichtlich leitet nicht schon die Gründung, sondern erst ihre breite Rezeption den Paradigmenwechsel ein.



Drittens will sie durch *umfassende Information und offenen Austausch unter allen Beteiligten* eine Atmosphäre der Akzeptanz schaffen (u. a. 1991: 64).

Die aus der Schweiz stammende, in den USA arbeitende Psychiaterin ELISABETH KÜBLER-ROSS stellt über ärztliche Kunst, pflegerisches Geschick und soziale Kompetenz hinaus eine besondere psychologische Einfühlsamkeit und spirituelle Führungskompetenz als spezifische Merkmale der Sterbebegleitung vor. Aus ihren Interviews mit Sterbenden (1971: 62ff) konstruiert sie *Sterbephasen*, die sie als Zustände des Nicht-wahrhabenwollens, der Isolierung, des Zorns, des Verhandeln, der Depression und schließlich der friedvollen Annahme des Todes darstellt. Dieser mehrstufig nacheinander, wiederholt und in wechselnder Reihenfolge ablaufende Prozess werde durch „besondere“, durch Glauben, Hoffnung und Humor ausgezeichnete „Formen der Kommunikation“ (<sup>2</sup>1975: 43 ff) gefördert. Eine Ablehnung von Kommunikation interpretiert sie als behandlungsbedürftige Zustände der Angst, Depression, Verlassenheit und Inakzeptanz von Altern und Krankheit (<sup>4</sup>1984: 41). Um die Phasen des Sterbeprozesses in Gang zu halten, sollen *alle* Beteiligten umfassend über den Krankheitsstatus informiert sein und in einem Klima von Wohlwollen und Fürsorge ihre Emotionen ausagieren dürfen.

In *Reif werden zum Tode* (2003) interpretiert sie den Sterbeprozess in eindrucksvollen Falldarstellungen als die höchste Stufe lebenslangen Reifens. *Ihr* Bild überwältigender Schönheit des Sterbens, das sie in ihren Berichten von *ihren* kreativ inszenierten Begegnungen mit Sterbenden <sup>113</sup>, tranceartigen Zuständen und Wundererscheinungen (1997) zeichnet, soll der Leser nachvollziehen, um „den Wunsch nach Selbstbestimmung aufzugeben und auf seinen natürlichen Tod zu warten.“ (<sup>2</sup>1975: 61) Allerdings legt sie als Beweis für die Tragkraft *dieser* hospizlichen Begleitung *ihr* Erleben übernatürlicher Phänomene vor.

Setzungen wie: „*ich* unterscheide hier bewußt zwischen dem Recht des Kranken, seinen eigenen Tod zu sterben, also eine zusätzliche künstliche Verlängerung der Lebenszeit abzulehnen, und dem eigentlichen Selbstmord“ thematisiert sie nicht *als ihre* *Setzung* und enthebt sie dadurch weiterer Begründung (<sup>2</sup>1975: 61; kursiv: E.K.). So kann sie jeweils ausschließlich *einem* Wert der Gegensatzpaare *Mitgefühl/Gleichgültigkeit* oder *eigener Tod/Selbstmord* das Qualitätsmerkmal entweder der *Hospizlichkeit* oder aber der *gesellschaftlichen Kälte* zuschreiben und somit allen Menschen das „Recht“ absprechen, das „Leben abzukürzen, wie sinnlos es uns auch immer erscheinen mag.“ (<sup>2</sup>1975: 75)

Die Möglichkeit der *Ablehnung* thematisiert sie zwar hinsichtlich eines „zwangsernährten Patienten“, dessen Familie sie rät, sie könne „jederzeit eine Konsultation verlangen“, „ihn auch in eine andere Klinik oder nach Hause bringen lassen“ oder „mit dem behandelnden Arzt so [...] sprechen, daß er die vom Kranken und seinen Angehörigen getroffene Entscheidung akzeptieren kann.“ (<sup>4</sup>1984: 86) Aber die Möglichkeit, dass ein Ster-

---

<sup>113</sup> MAL WARSHAW (Hg.) (1997) zeigt in dem Fotoband *Working it through* mit Text von ELISABETH KÜBLER-ROSS Inszenierungen außergewöhnlicher Bandbreite, die die Erfüllung emotionaler Bedürfnisse Sterbender durch vorhehaltlose Zuwendung der Begleiterin zeigen sollen.

bender diese *ihre* Form von Hospizlichkeit nicht in Anspruch nehmen wollen könnte, nimmt sie nirgendwo in den Blick.

*Ein zusammenfassender Vergleich* der Konzepte beider Protagonistinnen zeigt *Unterschiede* hinsichtlich propagierter Mittel und ihrer wissenschaftlichen Absicherung. CECILY SAUNDERS will Schmerzforschung und systematische Konzeption einer im Pflegealltag funktionierenden, unterschiedliche Fähigkeiten von Experten und Laien einbindenden, auf die Wünsche der Sterbenden hörenden Palliativmedizin und Palliativpflege verbinden und wechselseitig steigern.

ELISABETH KÜBLER-ROSS hingegen will zunächst den Klinikalltag und Pflegesituationen erneuern, indem sie die Begleitenden für die persönlichen Wertvorstellungen und Neigungen der Sterbenden sensibilisiert. In ihren letzten Bänden fordert sie willentliche Hingabe an die Schönheit des Sterbens und bietet *ihre* mystisch-prophetischen Tagträume als Mittel gegen alle Ängste und Beschwernisse des Sterbens an.

*Ähnlich* sind die Konzepte in der *Zielsetzung*, gleichzeitig Schutz und Autonomie des Gastes durch *ganzheitliche* Behandlung und Pflege zu wahren. Der – ohnehin nur durch äußeren und inneren Druck und Zwang erzeugte - Wunsch nach Suizid oder Euthanasie sei durch Palliation und hospizliche Begleitung zum Verschwinden zu bringen. Beide Autorinnen fordern hospizliche Begleitung nicht nur in Form von Behandlungs- und Pflegekonzepten, sondern als Resultat einer von Kindheit an geübten Selbstvervollkommnung durch die moderne *Ars moriendi*.<sup>114</sup>

Der Blick auf das implizite Mitlaufen der Defizienz alles Nichthospizlichen zeigt, dass gutes Sterben freilich längst nicht gewährleistet ist. Er verweist aber auch darauf, wie sich nicht erst mit der Einlösung, sondern bereits an der Aufstellung dieser Postulate *vorbildliche* Organisationen konstituieren.

#### 2.2.3.1.2 Vom geächteten „Sterbehaus“ zur hoch geachteten Organisation

Palliation und Hospizlichkeit werden zwar häufig in einem Atemzug genannt. Die Entstehung hospizlicher und palliativer Einrichtungen lässt sich aber nicht in Form einer geradlinigen gemeinsamen Entwicklung darstellen. Vielmehr ist eine Vielzahl von Einzelinitiativen beobachtbar, die von öffentlichkeitswirksam operierenden, eine neue Sterbenskultur fordernden, missionierenden NGOs<sup>115</sup> bis hin zu neu nach dem Vorbild des St. Christopher's Hospice errichteten Kranken- und Pflegestationen reichen.

---

<sup>114</sup> Christliche Liturgien tradieren die *Ars moriendi*, indem in protestantischen Gottesdiensten die Abkündigung von Sterbefällen mit Psalm 90,12 aus der Lutherbibel endet: „Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“ Die Beisetzungsliturgie beider Großkirchen sieht ein Gebet für denjenigen der Teilnehmer vor, der als nächster sterben wird.

<sup>115</sup> Der Rechtsanwalt WESLEY J. SMITH (1997) schildert mit humorvoll-teilnehmenden Worten, wie er einen langjährigen Aktenfall, die an Tetraplegie leidende Klientin Sally, erstmals persönlich aufsucht und zum Begleiter konvertiert: „I came away from that experience a better man, unalterably convinced of two things: Sally had bad taste in music“ - er hatte ihr einen kitschigen Schlager vorgesungen - „and she was fully and completely a human being,

MONIKA MÜLLER und MARTINA KERN (2002) beobachten gegenseitige Kritik medizinischer und hospizlicher Einrichtungen: Palliativmediziner werfen Hospizen vor, Schmerzen nur „wegstreichen“ zu wollen. Hospizorganisationen lasten den Palliativstationen an, langzeitkranke demente Patienten auszuschließen. Zur Überwindung Ressourcen verschwendender Konkurrenz regen die Autorinnen ein gezieltes Stufenprogramm sowohl zur *universellen* Nutzung der Breitenstruktur der Hospizlichkeitssemantik als auch zur *spezifischen* Versorgungsoptimierung durch palliativmedizinische Behandlung an. Dieses Beispiel verweist auf die *Kontingenz* der Entwicklung von Hospizlichkeit und Palliativmedizin: Eine wissenschaftliche Studie kann zwar, aber muss nicht eine öffentliche Meinungsbildung nach sich ziehen. Zwar kann es so sein, dass sich die wegen ihres Ungleichgewichts von spiritueller und psychosozialer Vernetzung und mangelhafter Durchsetzung medizinischer Versorgung der Patienten kritisierten Hospize gerade durch den Konkurrenten Palliativmedizin zu Verbesserungen veranlasst sehen, und dass Hospizgeschichten als breitenwirksame Werbung für palliativmedizinische Einrichtungen fungieren. Aber dies muss nicht der Fall sein. Somit wird die Emergenz von Palliation und Hospizlichkeit weniger als Ergebnis gezielter Planung sichtbar, sondern als Ergebnis zeit- und sozialräumlich unterschiedlich genutzter Möglichkeitsbedingungen.

Auf *Kontingenz* im Sinne des Zugriffs auf *gelegene* Möglichkeiten verweist der Bericht des FACHBEIRATs HOSPIZ DES DIAKONISCHEN WERKES DER EKD (1997: 25): Danach lasten anfangs beide christlichen Großkirchen den neuen „Sterbehäusern“ eine „Ghettoisierung“ Todkranker an, welche einem *richtigem* Sterben *in der Familie* widerspreche. Doch das Argument, Palliation und hospizliche Begleitung taue als potentes Substitut jeglichen Wunsches nach aktiver Sterbehilfe oder Suizidassistentz, erweist sich für die Kirchen als anschlussfähig. So machen sie die Hospizlichkeit – z.B. in der gemeinsamen Erklärung des SEKRETARIATs DER DEUTSCHEN BISCHOFSSKONFERENZ/RAT DER EV-LUTH. KIRCHE IN DEUTSCHLAND EKD (2003 zuerst 1989) *Gott ist ein Freund des Lebens* – zu *ihrem* Argument. Und um zu zeigen, dass sie nicht nur fordern, sondern immer schon „etwas tun wollen“<sup>116</sup>, fördern sie *kircheneigene Sterbebegleitung*. Christliche Orden und religiöse Gemeinschaften schaffen nun teils in Zusammenarbeit mit privaten, kommunalen und staatlichen Trägern neue stationäre, teilstationäre und ambulante medizinische, pflegerische, vernetzende Sterbebegleitungsdienste. Kirchen erheben über Sterberiten hinaus den Aspekt der Spiritualität in Form *seelsorgerlicher Begleitung* zu ihrer Domäne, etwa indem der Vatikan auf Problemlösungsversprechen esoterischer Organisationen durch Einrichtung eines päpstlichen Lehrstuhls für «Nichtkonventionelle Religionen und Spiritualitäten»

---

worthy of the same love, care and respect as all of us.“ (: 38). Als „anti-euthanasia activist“ erkenne er: Behinderte „have so much power to improve lives.“ (: 246).

<sup>116</sup> So kündigt die Regionalbischöfin Breit-Keßler auf dem SZ FORUM WISSEN (2006) an, dass sie eine aktuell eingegangene größere Spende zur Gründung eines christlichen Hospizes verwenden werde.

<sup>117</sup> reagiert. Ein Netzwerksbeispiel soll nun zeigen, wie diese neue Einmütigkeit zum Thema Sterbebegleitung weitergetragen, aber auch begrenzt wird.

### *Netzwerke neuer Einmütigkeit und ihre Grenzen*

Wie säkulare und kirchliche Organisationen in den neunziger Jahren unter Gebrauch der Begriffe *Palliation*, *Hospizlichkeit* und *Begleitung* rege Kontakte herstellen, kann am Beispiel des Münchner Raumes beobachtet werden.<sup>118</sup> Die zunächst *Johannes-Hospiz* genannte, später zur Klarstellung ihrer Funktion in *Palliativstation der Barmherzigen Brüder des Johannes von Gott* umbenannte Station wurde 1991 im Krankenhaus der *Barmherzigen Brüder in München* zur adäquaten, insbesondere lindernden Behandlung von im Endstadium befindlichen Krebs- und Aidspatienten eingerichtet. Von Anfang an pflegt ihr Personal die Verbindung mit einer sich dezidiert als säkular bezeichnenden Organisation, dem etwa gleichzeitig gegründeten *Christophorus Hospiz Verein*. Die Hospizschwestern des Christophorus Hospiz Vereins und an die Palliativstation der Barmherzigen Brüder des Johannes von Gott räumlich angegliederte *Brückenschwestern* der Caritas stellen die Kontinuität der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen (Weiter-)behandlung derjenigen Patienten her, die nach stationärem Aufenthalt zu Hause oder in Heimen weitergepflegt werden. Außerdem vernetzt der zunächst nur ambulant und vermittelnd tätige Christophorus Hospiz Verein häuslich zu pflegende Patienten bei Bedarf mit weltlichen ebenso wie mit kirchlichen Pflegevereinen. Damit wird eine sonst im Gesundheitssystem der BRD unübliche Verbindung zwischen stationärer Klinik und häuslicher Pflege und Behandlung hergestellt. Weitere Palliativstationen und Hospize werden Anfang der 1990er Jahre gegründet.

Diese neue Einmütigkeit zwischen weltlichen und kirchlichen Trägern von Hospizlichkeit und Palliativmedizin, klassischer und palliativer Pflege sowie professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern wird auch von Spezialeinrichtungen der beiden christlichen Großkirchen angestrebt. So stellt die Innere Mission München, eine Unterorganisation der evangelischen Diakonie, im Rahmen ihres von 2001 bis 2003 laufenden Projekts *Gestaltung und Implementierung von palliativmedizinischen und hospizlichen Prinzipien in den Alten- und Pflegeheimen* einen für alle Einrichtungen der Altenpflege konzipierten, von der BAYERISCHEN STIFTUNG HOSPIZ (2002) herausgegebenen Leitfaden *Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim* zur Diskussion. Diese Organisation spricht hier zwar den „Ehrenamtlichen“ als gerade nicht ständig verfügbaren, lebensweltlich-kreativen Mitarbeitern eine paradigmatische Relevanz im Blick auf die Unvor-

---

<sup>117</sup> Anspruch auf die *wahre* Beurteilung spiritueller Richtungen erhebt der sich als „Stimme des Papstes und der Weltkirche“ bezeichnende RADIO VATICAN (05/05/2006), indem er in seiner Meldung über die Errichtung eines neuen Lehrstuhls für «Nichtkonventionelle Religionen und Spiritualitäten» mit Worten des ersten Gastprofessors, des deutschen Religionshistorikers und Dominikanerpaters MICHAEL FUSS, einen „religionswissenschaftliche(n) Zugang“ auf „New-Age-Bewegungen“ und weitere „konfliktträchtige Orientierungen *abseits* der etablierten Glaubensrichtungen“ ankündigt. (kursiv: E.K.).

<sup>118</sup> Ich wähle als Beispiel die Münchner Verhältnisse, die ich seit 1985 als Leiterin von Selbsthilfegruppen für „Frauen nach Brustkrebs“ kennen lernen darf.

hersehbarkeit und Vielfalt von Situationen des Sterbeprozesses zu. Gleichzeitig zählt sie aber diese Ressource, und zwar einerseits durch Achtungserweis - „Es ist eine Ehre für unser Haus, dass Sie bei uns mitarbeiten“ und andererseits durch eine strikte Arbeitsbeschreibung: Jede Tätigkeit müsse „nach Gabe und Bedürfnis“ in „Abstimmung“ mit dem „System „Heim““ erfolgen. Dass „Neues gewagt und systematisiert“ werden, als „erprobtes Erfahrungswissen in die Hospizbewegung“ zurückfließen und „Lernen keine Einbahnstraße“ bleiben solle, bedeutet, dass sich klassische Altenpflege nicht von Vorstellungen *der Ehrenamtlichen* dominieren lässt. Jene erhalten vielmehr ihre Daseinsberechtigung als *professionalisierte Laien*, die „immer schon“ diesem „System“ *dienen* (: 13).

Der Leitfaden erfüllt seine Funktion, die Organisation zu stärken und als spezifisches System zu erhalten, indem er Ehrenamtliche nicht nur in den *hierarchischen* Modus von „top->down“ - Entscheidungen“ mit entlastendem „Spielraum im besten Sinne des Wortes“ einweist (: 14). Vielmehr kommuniziert er *basal* einseitig, wenn er zwar Ehrenamtliche als „Konkurrenz und Entlastung zugleich“ darstellt, aber die Konkurrenz „im offenen Dialog“ so gestaltet sehen will, dass sie *im Sinn der Organisation* als „sinnvoll erlebt“ (: 13) werden könne. Ehrenamtliche Mitarbeiter sind zwar willkommen, aber Entscheidungen werden von der Organisation gefällt; nur bei ihr liegt „Steuerung und Mandat“ (: 14) für Hospizlichkeit und Palliativpflege.<sup>119</sup> Dem Leitfaden genügt es also nicht, dass Kommunikation schlicht weitergeht, indem sie *sinnhaft* anschließt, sondern er verlangt, dass sie *sinnvoll* anschließt, und zwar *nach Vorgaben der Organisation*. Die Einmütigkeit hinsichtlich der Implementierung von Hospizlichkeit und Palliation findet also ihre Grenzen in den Entscheidungen, Unterscheidungen, Begrifflichkeiten, Eigenwerten *der jeweiligen Organisation*.

Die *Kontingenz* dieser neuen Einmütigkeit ist auch beobachtbar an Darstellungen einer die Hospiz- und Palliativszene in Personalunion vertretenden Sprecherin der *Akademie des Christophorus Hospiz Vereins München*. In dem Sendetext des BAYRISCHEN RUNDFUNKS (29.11.2003) *In Würde sterben: Moderne Palliativmedizin* berichtet Bernadette Fittkau-Tönnemann rückblickend: „Palliativmedizin und Hospizbewegung in Deutschland haben sich aus der gleichen Grundidee heraus entwickelt, nämlich Menschen mit unheilbarer Erkrankung zu betreuen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Palliativmedizin wie auch die Hospizbewegung begannen in Deutschland Anfang der 80er Jahre. Es hat dann noch bis Anfang der 90er Jahre gedauert, bis sich die Palliativmedizin und die Hospizbewegung gefunden haben.“ (: 1-2) Sie verweist auf die *gesellschaftliche Anerkennung* von Hospizlichkeit und Palliation und somit auch der Akademie. So zitiert sie Regelungen in Sozialgesetzbuch V, wonach sich Krankenkassen seit 1998 an den Kosten stationärer, später auch (teil-)ambulanter Behandlung in Palliativ-

---

<sup>119</sup> Zu dieser Weisung passt auch ein im Organ der Akademie für Ethik in der Medizin von BETTINA SCHÖNSEIFERT und CLEMENS EICKHOFF (1996: 214) veröffentlichtes Ergebnis: Ein Teil der befragten Ärzte halte bei besonderen Problemen wie dem Behandlungsabbruch neben Erfahrung, Gewissen, Teamkonsens, strafrechtlichen Vorschriften und klinischen Ethik-Kommissionen auch „anleitende Hausregeln“ für hilfreich.

stationen *und* stationären Hospizen beteiligen und seit 2002 auch die Kosten der hauptamtlichen Koordination ehrenamtlicher ambulanter Hospizhelfer mittragen. Sie kann auf über 75 Palliativstationen, 100 stationäre Hospize und 900 Hospizvereine verweisen und ihre Organisation als *universitäre* Einrichtung vorstellen. Als Leiterin der nun als *Christophorus-Akademie am IZP* dem *Interdisziplinären Palliativmedizinischen Zentrum IZP am Klinikum Großhadern der LMU München* angeschlossenen Akademie beantwortet sie die Interviewfrage nach dem Umgang mit Euthanasie mit *wissenschaftlichen* Argumenten: Weil es *lebensverlängernde Maßnahmen* gebe, könne dann, wenn ein Patient hartnäckig nach Lebensbeendigung verlange, an eben diesen *lebensverlängernden* Maßnahmen wie an „Schrauben“ gedreht werden (: 7). Freilich verlangt sie auch, dass dazu mit dem Patienten über die Möglichkeiten des Verzichts auf Reanimation, Beatmung, Infektbekämpfung, Ernährung geredet und das Ergebnis schriftlich in Form einer *Patientenverfügung* dokumentiert werden müsse. Mit diesem Rat setzt sie allerdings eine ganz bestimmte Moralität voraus: Sie rechnet mit Ärzten, Pflegenden und Patienten, die sich nach bestehenden Möglichkeiten richten, situativ angemessen reagieren und so die hoch flexible Funktion der Nabe übernehmen, welche das Rad der palliativmedizinischen und hospizlichen Organisation in jeder Situation so laufen lässt, wie es läuft - in konkurrenzloser Geltung der Sterbebegleitung und unter Ausschluss der Thematisierung von Anderem.

Das *IPZ* selbst stellt sich als palliativmedizinisch und interdisziplinär ausgerichtete klinisch-universitäre Organisation vor. Wohl vernetzt zeigt es sich mit bisherigen kirchlichen und weltlichen, stationären und ambulanten, hospizlichen bzw. palliativmedizinischen Einrichtungen. *Seinerseits* will es die Etablierung der Palliativmedizin als universitäres Spezialfach *interdisziplinär* fördern, indem es die zuvor nichtuniversitäre Akademie für Palliativmedizin nun als *universitäre* Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Ärzte und Pflegepersonal einsetzt. Dem zur gleichen Zeit an der Medizinischen Fakultät der LMU München eingeführten Prüfungsfach Palliativmedizin stellt es Ärzte und Therapeuten zur Verfügung. Selbst greift es nicht nur auf wissenschaftliches, sondern auch auf vorwissenschaftliches Erfahrungswissen zu, wenn es sein Fortbildungspersonal auch aus den bisherigen kirchlichen und weltlichen, stationären und ambulanten, palliativmedizinischen und hospizlichen Einrichtungen rekrutiert.

Diese vielfachen Vernetzungen funktionieren allerdings nicht lückenlos. So können Fachspezialisten in der organisationellen Konstellation einer Palliativstation ihre Erfahrungen *nicht so lange Zeit* mit einzelnen Sterbenden und vor allem *nicht so häufig mit hochbetagten, an Demenz leidenden Patienten* sammeln wie mancher Hausarzt. Wenn dieser seine langjährigen Patienten auch noch im Pflegeheim über viele Jahre hinweg weiter medizinisch versorgt, kann er um viele Probleme wissen, die in einer den Langzeitpflegefällen nicht zugänglichen Palliativstation nicht auftauchen. Will er nun seine Erfahrungen an solche universitäre Organisationen weitergeben, so findet er sich vor die Bedingung gestellt; zuerst als *Palliativ-Student* in dieser neuen Organisation Zugang zu suchen. Geringes Wissen von Palliativspezialisten über Probleme bei Demenz- oder

Alzheimerpatienten, deren Krankheit und Sterben sich in einem vieljährigen Prozess vollzieht, kann also in Verbindung mit der Selbstkonstitution neuer selbstbewusster Palliativorganisationen *wie zufällig* unrevidiert bleiben, wenn solche nicht als *palliativmedizinisch* etikettierten Gelegenheiten ungenutzt verstreichen. Andererseits können, ähnlich den z.B. vom Christophorus Hospiz Verein oder von der Christophorus Akademie für *Pflegende* eingerichteten Aus- und Fortbildungsprogrammen, solche Konzepte auch für *Palliativmediziner* nicht nur in Kursen, sondern vor allem in *Pflegeheimpraktika* angeboten werden.

Dass das lehrende und anleitende Personal *selbst* erst aus- und weitergebildet werden muss, dass klinikinterne Standards zur Verwirklichung palliativmedizinischer und hospizlicher Erkenntnisse erst *geschaffen* werden müssen, zeigt auch die Entstehung von Suborganisationen. So muss der neu geschaffene *konsiliarische Dienst des IPZ* mit *traditionell* ausgebildeten eigenen Experten und von anderen Einrichtungen ausgeliehenen Experten das Problem mangelnder Wissens- und Personal-Ressourcen lösen.

Wie Palliation und Hospizlichkeit nicht nur geplant und wohl gesteuert entsteht, sondern auch aufgrund organisationsinterner Probleme genutzt wird, kann an der *Vorgeschichte des IZP* gezeigt werden. Nicht so sehr der Wille, eine Palliativstation unter anderen zu schaffen, um Lücken in der Versorgung in der Bevölkerung zu schließen, sondern die *Lösung eines organisationseigenen Problems* wird mit Blick auf die Gründungsgeschichte sichtbar: Angesichts von schweren und auch tödlichen Nebenwirkungen einer gegen die sonst tödlichen Leukämien und Lymphome eingesetzten Hochdosis-Chemotherapie mit Stammzelltransplantation werben die leitenden Ärzte für den Bau einer Palliativstation mit Lehrereinrichtung im gleichen Klinikum. Damit soll die äußerst komplexe Behandlung und Pflege derjenigen Patienten, die die Nebenwirkungen dieser Heilmaßnahmen nicht überstehen, durch ein Maß an Zuwendung gewährleistet werden, welches im Alltag der Klinik oder eines Pflegeheimes nicht möglich sei. Für die personelle Ausstattung sowie die Bereitstellung aller zu ihrem Betreiben notwendigen finanziellen, organisatorischen und wissenschaftlichen Grundlagen suchen die Initiatoren die Unterstützung von Staat, Kommune und Sponsoren. Das IZP muss dazu eine hohe Breitenwirkung entfalten, etwa durch eine klinikeigene Zeitschrift, öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen wie Benefizkonzerte, thematisch ansprechend gestaltete Foren für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Auch das *universitäre IZP* zeigt sich also weniger als *gezielt* geplante, sondern eher als vielschichtig emergierende Organisation, die letztlich auf jede Möglichkeit zugreift, sich für palliativmedizinische Behandlung, Forschung und Lehre als *zuständig zu erklären*.

Dass neue Zuständigkeiten immer erst auf organisationeller Ebene *geschaffen* werden (müssen), zeigt z.B. auch die neue universitäre Einrichtung des *Masterstudiengangs Medizinethik*. Er ist zunächst nur sporadisch verbreitet – z.B. zunächst nur an der *Fernuniversität Hagen*, ab dem Wintersemester 2008/2009 auch am *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz* angesiedelt. Elitär ist dieses Angebot nach der Selbstdarstellung der Johannes-Gutenberg-Universität

Mainz <sup>120</sup> insofern, als es nur Hochschulabsolventen offensteht, die eine zweijährige Berufspraxis in einem der Bereiche medizinische Versorgung, Gesundheitswesen, Versicherungswesens, Medizinrecht vorweisen.

So wird z.B. die Medizinethik, ähnlich wie z.B. die Palliativmedizin, zu einem interdisziplinär vernetzten *Subsystem*, welches an Elemente der Ethik, der Medizin, der Verwaltung und des Rechts auf spezifische Weise anschließt. Solche Subsysteme können Themen einerseits hoch komplex kommunizieren, andererseits – gerade dank ihrer jeweils streng limitierten Zugangsmöglichkeiten - ihre ureigensten Semantiken entwickeln.

*Erste Ergebnisse zur Emergenz der neuen Sterbebegleitung* sollen nun aus diesem organisationskonstituierenden Moment der *Zuständigkeit* abgeleitet werden, auch wenn damit auf die Darstellung zahlreicher weiterer Details schon aus dem Münchner Raum <sup>121</sup> und gar erst anderer Kommunen und Bundesländer verzichtet wird.

Die *Implementierung* von Palliation und Hospizlichkeit kann als ein Prozess bezeichnet werden, der unter sozialräumlichen und zeitlichen Bedingungen initiiert und in Gang gehalten wird, welche von Organisationen als gelegen ergriffen bzw. selbst hergestellt werden. *Organisationen* erweisen sich damit als Folien, auf welchen Palliation, Hospizlichkeit und Begleitung als *konkurrenzlos gut* sichtbar gemacht, anderes hingegen unsichtbar gehalten werden kann.

Nicht so sehr Planung und Steuerung sind also beobachtbar, sondern zeit- und situationsabhängiger *Sprachgebrauch*, der Bedingungen schafft und nutzt, unter denen neue Organisationen emergieren. *Wie* dies geschieht, soll nun an der Bedarfs-Semantik der neuen Hospizlichkeit gezeigt werden.

### *Geschichten vom Bedarf der neuen Sterbebegleitung*

Das allseits ausgegebene Postulat, *Palliation, Hospizlichkeit und Begleitung* müsse nicht nur in das *Gesundheitswesen*, sondern auch in die *Gesellschaft* und in *jeden Menschen* implementiert werden, gilt auf den ersten Blick als unwidersprochen. Bei näherem Hinsehen darauf, welche Organisationen welche Postulate hinsichtlich der Bedarfsdeckung ausgeben, sind allerdings Unterschiede auszumachen:

Organisationen, die selbst palliativmedizinische Dienste anbieten, *spezifizieren* ihre Bedarfspostulate. So bezeichnen palliativmedizinischen Experten die *stationäre palliativmedizinische* Versorgung der Bevölkerung im Münchner Raum als inzwischen nahezu hinreichend. Sie erklären diesen Sättigungsgrad u. a. mit der verhältnismäßig kurzen

---

<sup>120</sup> Aktuell abrufbar unter: [http://www.uni-](http://www.uni-mainz.de/FB/Medizin/Medhist/lehre/masterstudiengang_medizinethik/index.php)

mainz.de/FB/Medizin/Medhist/lehre/masterstudiengang\_medizinethik/index.php

<sup>121</sup> Organisationen mit psychotherapeutischen, kunst- und musiktherapeutischen und psychoanalytischen Konzepten zur Betreuung Sterbender, welche z.B. in Veranstaltungen des Netzwerks *PsychoSoziale Onkologie München N-PSOM* laufend vorgestellt werden, sind hier ebenso wenig genannt wie die in zunehmender Anzahl entstehenden neuen Betreuungsvereine, Pflegevereine bzw. ambulanten Hospize und Selbsthilfegruppen.



Verweildauer der Patienten, die ja ausschließlich zur Neueinstellung schwieriger Symptomkontrolle, nicht jedoch zur Langzeitpflege aufgenommen werden. Als weiter *verbesserungsbedürftig* bezeichnen sie hingegen die *ambulante palliativmedizinische* Versorgung insbesondere der ländlichen Bevölkerung. Mit Hilfe der oben bereits genannten palliativpflegerisch ausgebildeten weltlichen und kirchlichen Brückenschwestern und organisationaler Vernetzung ehrenamtlicher Hospizhelferinnen wollen diejenigen Organisationen, die *tätige Dienste* anbieten, diesem Mangel abhelfen.

Im Gegensatz zu solch differenzierten Bedarfsdiagnosen palliativmedizinischer Experten prangern insbesondere jene Organisationen, die diese tätigen Dienste selbst nicht leisten, *generell* eine mangelnde Bedarfsdeckung an. Die undifferenzierte Generalisierung dieses Vorwurfs lässt also einen Bedarf emergieren, der seiner Undifferenziertheit wegen *undeckbar* ist.

Diese Generalisierungstendenz undifferenzierter Bedarfs-Semantik kann exemplarisch an Beiträgen der angesehenen *Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. BAG Hospiz* gezeigt werden. In den ersten Beiträgen *Hospiz Adressen* und *Hospiz International*, die auch noch im Juni 2006 im Internet zugänglich sind, werden Adressen von Organisationen zur Förderung von Palliation, Hospizlichkeit und Begleitung in der BRD und weltweit von Australien bis Weißrussland aufgeführt. Dabei fehlt unter den ausländischen Adressen u. a. der Hinweis auf niederländische palliativmedizinische und palliativpflegerische Programme und Organisationen zur flächendeckenden Versorgung der niederländischen Bevölkerung. So wird freilich der in Hospiz-, Kirchen- und auch politischen Kreisen der BRD oft erhobene Vorwurf, das niederländische *Gesetz zur Lebensbeendigung auf Verlangen* diene gerade der Entlastung des niederländischen Gesundheitssystems *durch schnelle Entsorgung Pflegebedürftiger*, weder reflektiert noch korrigiert.

Andererseits wird sogar in dem Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION (2005: 49-52): *Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit* das von BIRGIT JASPERS und THOMAS SCHINDLER erstellte Gutachten *Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten* mehrmals ausführlich zitiert. Demnach sei die palliativmedizinische und hospizliche Versorgung in den Niederlanden als „unterschiedlich organisierte, stark vernetzte, zahlenmäßig bedarfsgerechte Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten“ garantiert. Sie sei verteilt auf fünf Institutionen, und zwar auf „High Care“ in „Spezialstationen oder –hospize(n)“ für eher kurzzeitige „optimierte Symptomkontrolle“, auf „Low Care“, eine „Dauerpflege in von Ehrenamtlichen familienartig geführten Häusern [...] für Schwerstkranke, die [...] vorwiegend aus sozialen Gründen Versorgung von Dritten brauchen“, auf private und kirchliche „Hospize [...] für Dauerpflege Schwerstkranker und Sterbender“ und auf „häusliche Pflege“ bis hin zu zeitlich begrenzten bzw. auf Dauer gestellten „Organisationen zur Garantie der Qualität und Vernetzung hospizlicher und palliativmedizinischer Angebote.“ So sei „aufgrund der regionalen Vernetzung der Patienten“ und durch und

durch großzügige staatliche Förderung die flächendeckende Versorgung Sterbender ebenso gewährleistet wie „der weitere Ausbau von Forschung und Lehre.“

Im zweiten Beispiel der BAG HOSPIZ e.V. (2004) (BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ Stand: Juni 2006) werden zwar mehr als 1400 Hospizadressen in der BRD veröffentlicht, aber am Ende wird eingeräumt, keine Leistungsprofile und erst recht keine Qualitätsangaben der angegebenen Adressen liefern zu können. Der Nutzer der Liste erfährt also nicht, ob die unter fantasievollen Bezeichnungen präsentierten Hospizvereine eine kostenlose Beratung und/oder Begleitung oder aber kommerzielle Pflege- oder Beratungsdienste anbieten oder ob es sich um eine Spenden sammelnde NGO handelt. Dies ändert sich auch nicht schon dadurch, dass in dem oben eingeführten Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION (2005: 161) zum Stand der Hospizarbeit angemerkt wird: „Die BAG Hospiz arbeitet laufend unter Leitung von Thomas Schindler“, also eines der Autoren des auch über die Niederlande ausführlich berichtenden Gutachtens, „am Ausbau der Erhebung hospizspezifischer Daten.“

Schon die hohe Zahl der angeführten Initiativen zeigt, wie sich Organisationen besondere Bedeutung beimessen können, indem sie in ihren Selbstbeschreibungen den Hospizlichkeitsbegriff anwenden, und wie diese Selbstzuschreibung ungeprüft in Fremdbeschreibungen (hier seitens der BAG) übernommen wird. Gerade jene Organisationen, die Hospizlichkeit und Palliation als die ausschließlichen Möglichkeiten zur Beantwortung von Wünschen Sterbender propagieren, ohne diese Dienste selbst praktisch zu leisten, konstituieren sich so als für erfolgreiche Bedarfsdeckung sorgende Organisationen, ohne dazuzusagen, dass sie, die Achtbarkeit von Hospizlichkeit und Begleitung und die Unthematisierbarkeit bis Verächtlichkeit von Anderem repräsentierend, diesen undeckbaren Bedarf erst schaffen.

Diese Beobachtung der *sozialen* Funktion einer Bedarfs-Semantik legt die Frage nahe, ob eine ganze *Nation* als mörderisch bezeichnet werden kann, wenn *staatliche Organisationen* in Gestalt von Parlamenten und Kammern eine Euthanasieregelung schaffen und damit ein *Nebeneinander* von Euthanasie und Palliativmedizin-, -pflege und Hospizlichkeit so lange zulassen, bis dies möglicherweise von einer Nachfolgeregierung aufgehoben wird. Auffallend ist nämlich, dass der Genozid-Vorwurf *Nationen* trifft, und zwar *auf Dauer*. So bleibt die ganze deutsche *Nation* nicht nur als nationalsozialistische, sondern auch als gegenwärtige *generell*, also zeitunabhängig, eine des Genozids schuldige *Täternation*. Vor der gleichen Gefahr sieht sich die australische *Nation*. Dieser Gefahr wird, wie anhand der Entscheidung des Commonwealth gezeigt, durch Tabuisierung von *Anderem* – hier einer gesetzlichen Regelung der Euthanasie – begegnet.

Es müsste also soziologisch geklärt werden, ob Deutschland *als immerwährend sich präsentierende Nation* oder als *staatliche Organisation* handlungs- und damit auch entschuldungsfähig ist. Wenn diese Frage auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden kann, so soll hier zumindest auf die Anfälligkeit des Nationbegriffs für *generelle* positive und negative Moraluweisungen aufmerksam gemacht werden.

*Zusammenfassend* kann die der Phase 3 zugeordnete neue Begrifflichkeit der *Sterbebegleitung* als eine in einer nie da gewesenen Variationsbreite aus Geschichten von Protagonistinnen und Begrifflichkeiten und aus an sie anschließenden organisationellen Netzwerken emergierende Zuständigkeits- und Bedarfssemantik sichtbar gemacht werden. Wie diese neu *emergierte* Begleitungsbegrifflichkeit *ausselektiert* und *stabilisiert* wird, soll in den nächsten Abschnitten gezeigt werden.

### 2.2.3.2 *Unschuld der Sterbebegleitung durch selektiven Begriffsgebrauch*

Um zu zeigen, *wie* der Sterbebegleitungsbegriff seine Unschuld erhält, wird seine Selektivität und Stabilität untersucht.

#### 2.2.3.2.1 *Begleitung: Ausschließlichkeit, Zuständigkeit und Konsens?*

Dieser Abschnitt zeigt an Beispielen organisationeller Verlautbarungen, wie der Sterbebegleitungsbegriff einerseits durch *Ausschließlichkeit*, *Ausweitungen* und *Eingrenzungen* seines Gebrauchs seine *Unschuld erhält*, wie sein genau dadurch drohendes *Prekärwerden* andererseits durch *Zuständigkeitsansprüche* übertönt und durch *Konsensunterstellungen* unsichtbar gemacht wird.

#### *Die prekäre Unschuld des alles subsumierenden Begleitungsbegriffs und die neue Unschuld der Euthanasie*

Als neutrale Beobachter auftretende Organisationen machen auf den neuen Trend der *Vermeidung des Sterbehilfebegriffs* aufmerksam. So ergibt z.B. der vom Europarat herausgegebene Bericht des STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI) (2003) über 34 europäische Staaten und die USA, dass die in *allen* Staaten grundsätzlich verbotene aktive Sterbehilfe in den meisten Gesetzestexten als *Mord*, *Totschlag* oder *Tötung auf Verlangen* bezeichnet werde. Der Ausdruck *Sterbehilfe* und die Konnotationen *aktiv*, *passiv*, *direkt*, *indirekt* werden nicht verwendet. Stattdessen kommen unter der Bezeichnung *Palliativmedizin* subsumierte konkrete medizinische Begriffe wie *indizierte Schmerzlinderung*, *Symptomkontrolle*, *indizierter Behandlungsverzicht* zur Anwendung. Dieser Bericht macht auf den ersten Blick den Vorrang einer *medizinischen* Sprache sichtbar: Sie entschuldete medizinische Maßnahmen mit dem *Indikations-Argument*. Bei näherem Hinsehen fällt auf, dass – außer bei Staaten mit gesetzlicher Regelung von Euthanasie und/oder ärztlich assistiertem Suizid - von keinen Alternativen, oder besser: von keinen Nachfolgemeasures zu nicht mehr greifender Symptomkontrolle die Rede ist. Organisationen, die ausschließlich den Begleitungsbegriff verwenden wollen, kommen vielmehr nicht umhin, den Begleitungsbegriff auszuweiten, so dass er auch Maßnahmen umfasst, die zuvor als prekär galten.

Nicht vermieden, sondern *gebraucht* wird, wie bereits ausführlich gezeigt, der *Euthanasie* begriff neben den Begriffen Palliation und Hospizlichkeit in Verlautbarungen niederländischer, belgischer, zeitweise auch australischer Organisationen. Allerdings sind auch dort Tendenzen hin zum ausschließlichen Gebrauch der Begriffe Palliation, Hospizlichkeit, Begleitung zu beobachten. Darauf verweist nicht nur die in Phase 2 beschriebene Aufhebung des Euthanasiegesetzes des australischen Nordterritoriums, welches eine Lebensverkürzung nicht durch Euthanasie, sondern nur im Rahmen der Palliativmedizin gestaltbar machen will. Auch in den *Niederlanden*, wo der Begriff Palliativmedizin von dem Begriff Euthanasie – zumindest auf den ersten Blick – *ausdrücklich* unterschieden und *beides* thematisiert wird, bahnt sich eine Tendenz hin zum ausschließlichen Gebrauch eines alles unter sich subsumierenden Begleitungs- und Linderungsbegriffs an. Schon anhand der bereits vorgeführten hohen Bewertung des *Leidenskriteriums* und der noch höheren Bewertung der ärztlichen Kompetenz in Gerichtsurteilen und in Analysen der Jahresberichte der Kontrollkommissionen wird sichtbar, wie dem entscheidungsunfähigen Patienten ein *selbstverständliches* Einverständnis mit lebensverkürzender Schmerzbehandlung, also von dem Endergebnis her gesehen einer „Tötungsheilbehandlung“<sup>122</sup>, zugeschrieben wird.

Zusätzlich zu dieser *faktischen* ist eine *begriffliche* Entschuldung ärztlicher Tötungsheilbehandlungen durch ihre Subsumtion unter den Palliationsbegriff beobachtbar, etwa an dem vom MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT – NL (Hg.) (2003) herausgegebenen Bericht *Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands*. Interessanterweise bettet der Bericht diese begriffliche Entschuldung tief in eine Beschreibung der flächendeckenden *palliativmedizinischen* Versorgung der niederländischen Bevölkerung ein. Er stellt staatlich unterstützte in einander greifende Programme zur Implementierung von Palliativpflege in bestehende Pflegeorganisationen, zur Herstellung lokaler Palliativeinrichtungen und zur Bildung eines systematischen Netzwerks vor. Die gemäß dem Programm *ZonMW Palliative Care in the Terminal Phase* geschaffenen *Palliative Care Departments* (: 15f) fungieren als *Zentren* für die Weiterentwicklung, Erforschung, Lehre und Verbreitung von Palliativmedizin und Palliativpflege. Der *Hospice Care Integration Project Group* obliegt die Implementierung von Hospizlichkeit in *herkömmliche* Pflegeeinrichtungen (: 18f) *vor Ort*. Staatlich unterstützte *systematische* Forschung, Kontrolle und Dokumentation soll die Qualität dieser flächendeckend implementierten und vernetzten palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und hospizlichen Versorgung der Bevölkerung ständig verbessern.

In seinem Resümee verbindet der Bericht dann Euthanasie und Sterbebegleitung: Mit ihrer Euthanasiepolitik fördere die Regierung sowohl die *Transparenz von Entscheidungen für möglichst hohe Schmerzfreiheit* als auch die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit *palliativmedizinischen und hospizlichen Einrichtungen*. So werde für jeden, der in den Niederlanden lebe oder/und arbeite, „a wide range of *palliative*

---

<sup>122</sup> Dieser Neologismus, der auf die im RTI ACT 1995 (NT) vorgenommene Gleichsetzung ärztlicher Suizidassistentz bzw. Euthanasie mit ärztlicher *Heilbehandlung* zurückgreift, wird in zahlreichen Veröffentlichungen ohne Quellenangabe verwendet, so dass sein Schöpfer unbekannt ist.

services available“ (: 31; kursiv: E.K.). Unter dem Dach des Terms der *palliative services* werden also nicht nur die als *Palliativmedizin und Hospizlichkeit*, sondern auch die als *Euthanasie* benannten Maßnahmen in Verbindung gebracht.

Auch in MARGRIT LEUTHOLDS (2000) Bericht über den einleitenden Vortrag, den der niederländische Arzt, Medizinethiker und Protagonist des SCEN -Programms<sup>123</sup> GERRIT KIMSMA auf dem Symposium «Sterbehilfe» der SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN SAMW hielt, oder in der empirischen Studie der UNIVERSITÄT MAASTRICHT (2002) zur Rolle des Pflegepersonals bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende, oder in thematischen Dossiers von NiederlandeNet<sup>124</sup> wird die Rolle von Arzt und Pflegenden angesichts eines Sterbewunsches leidender Patienten im Hinblick *sowohl* auf Euthanasie *als auch* auf palliativmedizinische Behandlung und Pflege erörtert. Besonders dürfte an solchen Selbst- und Fremdbeschreibungen interessieren, dass nicht nur die palliativmedizinische und hospizliche Versorgung sterbender Menschen, sondern die gesamte Versorgung *aller*, auch betagter und langzeitpflegebedürftiger Patienten, in dem vielschichtig ausgebauten Gesundheitssystem der Niederlande als gewährleistet vorgestellt wird<sup>125</sup>.

Auch Beiträge aus der BRD fordern rechtzeitige und adäquate palliativmedizinische Maßnahmen nicht nur für Sterbende, sondern für *alle*, insbesondere für in der vorterminalen Phase befindliche Patienten. Palliation wird – etwa in Referaten des 4. Kongresses der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (2002) - nicht nur als Spezialgebiet, sondern als *medizinisches Prinzip* vorgestellt, das unter universeller und zugleich spezifischer Anwendung *allen* an Symptomen leidenden Patienten zugute kommen müsse. Die Hemmnisse ihrer flächendeckenden Implementierung wie etwa eine restriktive Regulierung der Opiatverschreibung oder unzutreffende Bedenken von Ärzten, sie könnten Sterbende süchtig machen, seien durch Aufklärung überwindbar. Allerdings geben auch diese Experten zu, dass die genannten Maßnahmen nur bei etwa 95 Prozent der Patienten zur Symptomkontrolle ausreichen. Für Patienten mit schmerzmittelresistenter Erkrankung bleibe die *zeitweise Sedierung*, bei infaust erkrankten Patienten die *terminale Sedierung* als letztes Mittel.

---

<sup>123</sup> Nach *NiederlandeNet* (o. J.) stehen den Hausärzten gemäß dem Programm *Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland SCEN* sowohl palliativmedizinisch als auch in Fragen der Euthanasie ausgebildete *SCEN-Ärzte* zur Beratung zur Verfügung. Der SCEN-Arzt soll dann, wenn eine Lebensbeendigung in Betracht gezogen wird, *zuerst* die Ausschöpfung palliativmedizinischer Behandlung fördern. Im Vergleich dazu verlangte das oben erörterte australische Kontrollgesetz während seiner Geltung die Hinzuziehung eines Palliativmediziners nur in Zweifelsfällen.

<sup>124</sup> *NiederlandeNet* (2004 b) stellt „die niederländische Praxis des Handelns am Lebensende“ vor als „selbstverständliche Einbettung“ von Palliation und Hospizlichkeit in „erste Hospize und so genannte *Bijna-thuis-huizen* (Fast-(wie)-Zuhause-Häuser) bereits in den 70er Jahren“. Ihr Status als längst praktizierter „integraler Bestandteil“ in den „seit Jahrzehnten bestehenden Versorgungsstrukturen“ habe bewirkt, „dass die Verwendung des Begriffes „Palliativ“ in „Palliativversorgung“, „Palliativstation“, „Palliativmedizin“ etc. über viele Jahren hinweg nicht üblich war“.

<sup>125</sup> Der britische Hausarzt Dr. med. FRIEDRICH HANSEN (2003) stellt das niederländische Gesundheitssystem hinsichtlich seiner effizienten und zugleich kostensparenden Vernetzung von Familie, Hausarzt, Apotheker und der dadurch frei werdenden Ressourcen für flächendeckende fachärztliche, klinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung als vorbildlich heraus.

Angesichts solch kompetenter Information stellt sich allerdings die Frage neu, wie immer noch die *begriffliche* und *rechtliche Verunsicherung* der Ärzte als wesentliches Hemmnis der erfolgreichen Implementierung der Palliation in das Gesundheitssystem angeführt werden kann. Anscheinend kann der Palliativ-Begriff *selbst* nicht unbeschränkt als ein *pallium*, also als ein Mantel fungieren, der den leisesten Verdacht auf Unerlaubtheit ärztlicher Maßnahmen unsichtbar zu machen vermöchte. So erinnern wir uns zwar, wie die Leiterin einer Akademie für Palliativmedizin und Palliativpflege „kein Problem“ mit der Beschränkung auf lindernde Maßnahmen zu haben angibt. Präkär wird jedoch der Palliationsbegriff, wenn er entschuldende Funktion auch im Hinblick auf die *terminale Sedierung* eines *noch nicht unmittelbar im Sterben liegenden Patienten* übernehmen soll. Zwar will dem *Leben* des Patienten die Chance gegeben werden, da dieser jederzeit wieder aufgeweckt werden könne. Aber welcher Arzt würde dies auch *tun*, wenn er bei einem infaust erkrankten Patienten mit dem Wiederauftreten der gleichen Schmerzzustände zu rechnen hätte? Der Patient, der wohl aufgeklärt in eine *terminale Sedierung* einwilligt, weiß vielmehr, dass er sich damit vom Leben verabschiedet.

Der Palliations- bzw. Sterbebegleitungs-Begriff muss also Ausweitungen verkraften und zugleich seine Unschuld bewahren, ohne dass es eine allen anderen Organisationen übergeordnete, mit Sanktionsmöglichkeiten ausgestattete Organisation gibt, die Bedeutung und Umfang dieses Begriffs festlegen könnte. Wie also allein durch den *Gebrauch* des Begriffsrahmens *Palliation, Hospizlichkeit und Sterbebegleitung* die *Maßnahme* der terminalen Sedierung gerechtfertigt wird, möge folgendes Beispiel zeigen: Der Justiziar einer hospizlichen NGO erklärt auf meine telefonische Anfrage zwar, der Gebrauch der Bezeichnung „Terminale Sedierung“ solle vermieden werden, um die Ärzte nicht auf falsche Gedanken zu bringen. Aber er fährt fort, dass er in der *Durchführung* dieser Maßnahme kein Problem sehe: Da auch die Betreuung der Patienten in der *vorterminalen Phase* zur *Palliativmedizin* gehöre, sei dann, wenn der *Palliativarzt* eine terminale Sedierung für das letzte Mittel halte, auch die terminale Sedierung eines noch nicht in der eigentlichen Sterbephase befindlichen Patienten eine *palliativmedizinische* Maßnahme. An der Tautologie dieser Argumentation ist sehr eindrucksvoll die Hauptfunktion des Gebrauchs von Begriffen wie *Palliation, Hospizlichkeit* und *Begleitung* zu sehen, nämlich ihre Funktion, die *Durchführung* von Maßnahmen, die unter anderer *Bezeichnung* inkommunikabel werden, *semantisch zu heilen*.

Wie versucht wird, auch die *Suizidbeihilfe* durch die Aufdehnung des Begleitungsbegriffs diskutabel zu machen, zeigt die Diktion etwa des Generalsekretärs der schweizerischen Sterbehilfeorganisation *Dignitas*, A. MINELLI (2006): Mit Sätzen wie „wir lassen niemanden allein“ identifiziert er die Suizidassistenz als *Freitodbegleitung*. In der Schweiz wird tatsächlich nicht Suizidbegleitung<sup>126</sup>, auch nicht der Sterbetourismus in die Schweiz, sondern nur eigennützige Bereicherung durch Suizidbegleitung geahndet.

---

<sup>126</sup> So erlaubt der Kanton Zürich Sterbehelfern, Einwohner von Alten- und Pflegeheimen zu besuchen.

Auch Fachorganisationen in der BRD tendieren nun in Phase 3 dahin, die Suizidassistenz unter den Begleitungs begriff zu subsumieren. Während noch in Phase 2 eine Legalisierung der Suizidassistenz nicht nur in kirchlichen und berufsständischen Verlautbarungen, sondern auch in den Entscheidungen der Juristentage sowie in den Arbeitsberichten aus Enquete-Kommissionen und Nationalem Ethikrat abgelehnt, und eine Lesung des *Alternativentwurfs Sterbehilfe*, kurz *AE-Sterbehilfe* (JÜRGEN BAUMANN 1989) immer wieder vertagt wird, werden nun andere Vorschläge kommunikabel.

Zunächst schlägt der NATIONALE ETHIKRAT (2006) vor, „die eingeführte, aber missverständliche und teilweise irreführende Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben“ und statt dessen „Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, *die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken*“, anhand der Begriffe „Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen“ sachlich richtig, also „angemessen“ zu beschreiben und zu unterscheiden. (: 28; kursiv: E.K.). Wie bereits der Jargon<sup>127</sup> der *Palliation* und *Begleitung* den assistierten Suizid *faktisch* diskutabel macht, kann auch anhand der Thesen im Gutachten des Rechtswissenschaftlers TORSTEN VERREL (2006: § 5) zum 66. DEUTSCHEN JURISTENTAG DJT gezeigt werden. Unter Verweis auf den von ihm mitverfassten und in Nachfolge des *Alternativentwurfs Sterbehilfe* (1989) erstellten *Alternativentwurf Sterbebegleitung AE-StB* (SCHÖCH, HEINZ/VERREL, TORSTEN e. a. 2005) fordert er die ausdrückliche Legalisierung der Suizidassistenz als eine *Form der Sterbebegleitung*. „Tötungsdelikte“ werden „durch Vorschriften über erlaubte Formen der Behandlungsbegrenzung und der Leidensminderung“ präzisiert bzw. relativiert, indem sie den ummantelnden Schutz des Palliationsbegriffs erhalten. Der 66. DEUTSCHE JURISTENTAG (2006b) fordert u. a. die Freistellung des Arztes und sonstiger Garanten von strafbedrohter Hinderungs- und Rettungspflicht bei Suizid, wenn eine „ausdrückliche oder sich aus den Umständen ergebende, ernstliche, nicht von einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruhende Entscheidung“ vorliege. Nicht nur eine neue Begleitungsterminologie, sondern auch explizite gesetzliche Regelungen palliativmedizinischer Maßnahmen sollen der Unsicherheit der Ärzte bezüglich der „Straflosigkeit *todesursächlicher Sterbebegleitung*“ abhelfen (: 25; kursiv E.K.) – und damit wird Begleitung obsolet, da ihr nun Todesursächlichkeit *offen* zugeschrieben wird. Zwar sind nun – bis auf Euthanasie<sup>128</sup> – alle in früheren Phasen strittigen ärztlichen Maßnahmen am Ende des Lebens unter dem Begriffs-Cluster von Palliativmedizin und Sterbebegleitung vereint, aber der Begleitungs begriff wird seiner Weite wegen obsolet.

---

<sup>127</sup> Der Ausdruck *Jargon* soll hier nicht pejorativ verwendet werden, sondern auf die Vereinnahmung dieser Begriffe verweisen, wenn sie ohne nähere Spezifikation als Widerreden verbietende Terme eingesetzt werden.

<sup>128</sup> Auf Anträge zur Legalisierung der Euthanasie zu verzichten, rät z.B. TORSTEN VERREL (2006) aus Sachgründen, nämlich einerseits wegen Missbrauchsgefahr und andererseits aufgrund der Möglichkeit, in Einzelfällen nach der Notstandsregelung StGB § 34 von Strafe abzusehen.

Der *Euthanasie*begriff verliert sozusagen durch *Ausschluss* aus dem *ausschließlich* gebrauchten *Sterbebegleitungs*begriff seinen Status als Gegenstand von Anträgen zu Gesetzesänderungen. Zugleich wird er nun auch in der BRD offen thematisiert: Während in Phase 2 die Euthanasie noch mit Mord gleichgesetzt und Euthanasie leistende Ärzte noch als Henker bezeichnet werden, erfährt die Euthanasie in Phase 3 geradezu eine Ehrenrettung, u. a. von medizinethischer Seite etwa durch JOCHEN VOLLMANN (2000) oder von ärztlicher Seite, z.B. von EBERHARD KLASCHIK (1999). Beide befürworten Euthanasie nicht, aber fordern, wie EBERHARD KLASCHIK (1999: 276-282) einen angemessenen Stil, wenn gegen Euthanasie plädiert werde. Das bedeute, den "fundamentalen Gegensatz" zwischen den *heimtückischen* Ermordungen kranker und behinderter Menschen im Nationalsozialismus und der Euthanasie, die den *Sterbewunsch* des Patienten voraussetze, anzuerkennen.

Der *unschuldige Begleitungs- und Palliations*begriff andererseits kann *begriffliche und rechtliche Verunsicherungen* nicht ganz vermeiden, wie kritische Fachbeiträge zeigen. Nicht nur die Todesursächlichkeit, sondern auch das Leidensmoment etwa eines Behandlungsverzichts wird offengelegt. So argumentiert der Neurologe MARTIN KLEIN (2002) z.B. gegen das der aquinischen Theologie entnommene Prinzip der Doppelwirkung: Dieses werde häufig zur Rechtfertigung einer Schmerzbehandlung verwendet, welche eine Beschleunigung des Todeseintritts zwar nicht beabsichtige, aber wissentlich in Kauf nehme. Zur Rechtfertigung einer terminalen Sedierung könne dieses Prinzip aber nach KLEIN nicht eingesetzt werden. Wenn nämlich dem katholischen *Erwachsenenkatechismus* folgend „das Beste getan“, also die tödlichen Nebenwirkungen einer hoch dosierten Morphinbehandlung (Sauerstoffmangel und Austrocknung) durch Beatmung und künstliche Flüssigkeitszufuhr behandelt werden, dann sei der Todeseintritt nicht unvermeidlich. Terminale Sedierung, die unter Verzicht auf Substitution durchgeführt werde, sei also als „Variante der aktiven Sterbehilfe“ (: 416) zu bezeichnen.

Bei so genannten Wachkomapatienten, also an *persistent vegetative Syndrome* PVS leidenden Kranken plädiert MARTIN KLEIN (1999) auch im Fall der Irreversibilität gegen den Behandlungsverzicht. Nach aktuellem neurologischem Kenntnisstand können bei diesen Patienten, wenn überhaupt, nur noch die für Missempfindungen zuständigen Hirnregionen aktiv sein. Ein Verzicht auf Substitution könne also *negative* Empfindungen beim Kranken auslösen. Da keine Gewissheit über Leiden und den emotionalen Zustand des Patienten bestehe, weil mimische Zeichen als lediglich leer laufende, neuronale Reaktionen keine Interpretation der Emotionalität ermöglichen, beurteilt er eine „Änderung des § 216 bei Anerkennung des [...] Autonomieprinzips unter bestimmten Vorbedingungen“ als „gerechtfertigt, gerade um die Beendigung des Lebens nicht qualvoll werden zu lassen.“ (: 75)

Unter den von MARTIN KLEIN aufgestellten Sorgfaltsbedingungen nimmt das „ausdrückliche beziehungsweise mutmaßliche Interesse“ des *Patienten* Priorität ein. Mit dem Satz, dieses dürfe „keinem vernünftigen Zweifel unterliegen“, oszilliert er zwar zwischen den Prinzipien der Patientenautonomie und des Lebensschutzes. Da er sicher



ist, dass kein über diese Zusammenhänge *aufgeklärter* Arzt seinem Patienten eine „Beendigung des Lebens“ *durch Behandlungsabbruch* zumuten wolle, bei dem er die Auslösung qualvoller Empfindungen annehmen müsste, schließt er mit dem Argument der *Menschlichkeit*: Nicht unsichtbar, sondern *anschlussfähig* machen will er die Euthanasie als *Alternative* der palliativmedizinischen Maßnahme des Behandlungsabbruchs.

Ebenfalls mit Sachargumenten – etwa dem „Wer sonst“– Argument medizinischer Kompetenz für größtmögliche Komplikations- und Schmerzfreiheit begründet der Rechtsphilosoph NORBERT HOERSTER (2002) z.B. in seinem Essay *Menschenrecht auf Leben und Tötungsverbot* die Forderung, dass Tötung auf Verlangen nur vom Arzt geleistet werden dürfe (: 148). Aber weder die konsequente Anwendung z.B. des Prinzips der Doppelwirkung noch neurowissenschaftliche Erkenntnisse oder das Kompetenzargument, reichen hin, den Begleitungs-begriff um Euthanasie zu erweitern. Vielmehr wird auch hier neben Sachgründen das – moralische - Humanitätsargument gebraucht: Ein Patient, der bei „unkompensierbarem Schmerz“ (: 146) unter Verweigerung der Euthanasie auf die Möglichkeit der Suizidassistenten verwiesen werde, stehe vor einer inhumanen Zumutung. Daher sei die Suizidbeihilfe gesetzlich zu verbieten und die Tötung auf Verlangen für Extremfälle gesetzlich zu erlauben.

Weder seine Sachargumente noch seine Moralargumente kann NORBERT HOERSTER in einer Ringvorlesung vortragen. So muss er seine Situation reflektieren: Er muss überlegen, was es *für ihn* bedeutet, sich *noch länger* ohne Rückhalt seiner Universität undifferenzierten Anwürfen von Euthanasiegegnern auszusetzen <sup>129</sup>.

Der *Themenkomplex Sterbebegleitung* wird durch solche Kämpfe allerdings nicht begrifflich gefestigt. Vielmehr wird *jede* dieser Begleitungsformen, von Suizidbegleitung bis zu Behandlungsverzicht, neuerdings begründungs- und regelungsbedürftig.

Das Neue an Phase 3 ist also, dass zunächst auf der Sachebene und der Sozialebene oszilliert wird, die Herstellung von Anschlüssen aber (selbst)reflexiv, also auf der *Zeitebene* erfolgt, Dies kann auch an der folgenden neuen Konstellation aufgezeigt werden: In Phase 3 wird die Suizidbeihilfe in der BRD nicht nur, wie bislang vorwiegend von Juristen, humanistischen Patientenorganisationen und einigen Psychiatern und Medizinethikern thematisiert. Vielmehr diskutieren nun auch *Palliativmediziner die Suizidbeihilfe* ausdrücklich. Auf dem SZ FORUM WISSEN (2006) zum Thema Palliation berichtet z.B. GIAN DOMENICO BORASIO von einem Patienten, der im Rahmen einer erfolgreichen Hochdosis-Chemotherapie mit Stammzelltransplantation unsäglich schmerzhaft Nebenwirkungen erlitten und nach seiner Entlassung zuhause Suizid begangen habe. BORASIO reflektiert seine Rolle als Palliativmediziner: Im Medizinsystem habe der Patient nicht folgenlos über seine Suizidalität kommunizieren können (drohende Zwangseinweisung in die Psychiatrie), daher sei deren Bearbeitung auf der Krankenstation nicht möglich gewesen. Ein Schutz des Arztes vor Strafverfolgung und der Verzicht auf die berufsständische Ächtung eines nicht intervenierenden, sondern

---

<sup>129</sup> Derartige Anlässe für konsequenzreiche (Selbst)-reflexion – hier mit der Entscheidung zur Niederlegung der Professur - schildert NORBERT HOERSTER (1998) bereits in seinem Nachwort zu *Sterbehilfe im säkularen Staat*.

beim Suizidenten ausharrenden Arztes könne hingegen im klinischen Bereich zur Eröffnung *mehrerer* Alternativen und gerade zu der Ermöglichung eines anderen Ausgangs führen.

Wie differenziert *je nach Publikum und Profession*, also auf der *Sozial- und Sachebene*, in dieser Phase 3 operiert wird, zeigen die Thesen des gleichen Palliativmediziners, der als Referent auf dem 66. DEUTSCHEN JURISTENTAG DJT (2006 a) auftritt: Dort vertritt er die - hippokratische - Prämisse, dass Ärzte *nicht* zur Suizidassistenten zur Verfügung stehen. Andererseits wird erstmals auf dem gleichen Juristentag ein von juristischer, also *zuständiger* Seite gestellter Antrag auf die gesetzliche Aussetzung der Garantenpflicht in bestimmten Fällen des „frei verantworteten Bilanzsuizid(s)“ erörtert *und beschlossen*: Nach dem gutachterlichen Vorschlag von TORSTEN VERREL (2006), die „Mitwirkung am freiverantwortlichen Suizid“ *ebenso* wie „Behandlungsbegrenzungen (vormals sog. passive Sterbehilfe)“ und „leidensmindernde Behandlung (vormals sog. indirekte Sterbehilfe)“ als „zulässige Maßnahmen mit dem Begriff Sterbebegleitung zu kennzeichnen“, scheint die Suizidbeihilfe unter den Voraussetzungen *nachvollziehbarer* Unerträglichkeit von Leiden und *nachvollziehbarer* Freiverantwortlichkeit als *konsensfähige* Form der Sterbebegleitung auf. Wie der erweiterte oder begrenzte Gebrauch des Begleitungsbegriffs durch Zuständigkeiten kreiert und modifiziert wird und seinerseits Zuständigkeiten kreiert, soll nun gezeigt werden.

#### *Der durch Zuständigkeitsansprüche konfirmierte Begleitungsbegriff*

Zuständigkeit für Sterbebegleitung beansprucht z.B. die BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1998 und 2004) als berufsrechtlich sanktionsbewehrte Standesorganisation. So legt sie in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* die ärztliche Sterbebegleitung als „Aufgabe und Verpflichtung“ ihrer Mitglieder; der deutschen Ärzte, fest. Ein Arzt solle weder passiv zuwarten noch den Sterbeprozess aktiv beschleunigen, sondern den Patienten mit seinem Einverständnis in Form von menschlicher Zuwendung, obligatorischer Basisbetreuung und palliativmedizinischen Maßnahmen behandeln bis zuletzt. Beim sterbenden Patienten soll diese Behandlung auf Linderung und Basisbetreuung beschränkt sein. Aber auch bei nicht unmittelbar im Sterben liegenden, infaust erkrankten Patienten soll der Arzt im Einverständnis mit dem Patienten von kurativer und substitutiver zu lindernder Behandlung übergehen, wenn Heilungsversuche keine Besserung bringen, sondern den Sterbeprozess nur noch hinauszögern.

Im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten muss der Arzt den Patientenwillen anhand einer Patientenverfügung und/oder der Maßgaben eines vom Patienten vorsorglich bevollmächtigten persönlichen Vertreters in Gesundheitsfragen feststellen.

Fehlen Anhaltspunkte für einen individuellen Willen, so dürfe nicht nach individuellen Wertvorstellungen *beteiligter Personen*, sondern nur nach *allgemeinen Wertvorstellungen* – und im Zweifel nur für *lebenserhaltende* Behandlung - entschieden werden.

*Begleiten* bedeutet für einen Arzt also immer ein *Behandeln*, und zwar bis zuletzt.

*Sachlich* wird der Begleitungs-begriff nicht spezifiziert, sondern *generalisiert*. Weder bei der Verpflichtung des Arztes auf die Basisversorgung des Patienten noch bei der darin enthaltenen, wiederum generell postulierten, aber nicht spezifisch beschriebenen Beschränkung auf das „Stillen von Hunger und Durst“ wird thematisiert, ob und wie in diesem Kontext eine verlässliche Feststellung der *Empfindungen* des entscheidungsunfähigen Patienten durchgeführt werden soll. Es wird auch nicht dazugesagt, dass der Arzt den *point of no return*<sup>130</sup> selbst *festlegen* muss, wenn er den Übergang von der kurativen zur palliativen Behandlung mit der Irreversibilität des Krankheitsverlaufs begründet. Die Richtlinie umhüllt vielmehr diesen Term des *Übergangs* von kurativer zu palliativer Behandlung durch Verweis auf die *Krankheitsbedingtheit* mit der intrinsischen Unschuld des Natürlichen. Genau damit befreit sie die Ärzte von jeglichem Verdacht der Lebensverkürzung. Lebenserhaltende Maßnahmen einschließlich voller künstlicher Volumensubstitution muss der Arzt, wenn sie nach seiner medizinischen Überzeugung „nicht indiziert“, weil „sinnlos“ sind, also gar nicht erst anordnen oder weiterführen<sup>131</sup>.

Die zur Problemlösung präsentierte Form des – zugleich naturgegebenen und vom Arzt festzulegenden - *Übergangs* von kurativer zu palliativmedizinischer Behandlung schafft allerdings ein neues Problem:

Die Frage medizinischer Entscheidungen am Lebensende kann nicht mehr wie in der Phase 1 unproblematisch gelöst werden, indem der Arzt asymmetrisch gemäß einem hippokratisch in der ärztlichen Bruderschaft sicher verankerten und dem *Lebenswillen* gleich gesetzten *Patientenwohl* entscheidet. Der Arzt kann auch nicht, wie in Phase 2, allein auf der Sachebene nach objektiven medizinischen Kriterien entscheiden. Vielmehr verlagern die BÄK-Grundsätze (1998) ihr Anschlussangebot nun auf höchst voraussetzungs-volle Weise in die *Zeitebene*, indem sie es dem Arzt überlassen, in Einklang mit dem Patientenwillen die Indikation für jenen Übergang von kurativer auf palliativmedizinische Behandlung sowohl in der terminalen als auch in der vorterminalen Krankheitsphase zu stellen.

Voraussetzungsvoll wird diese Direktive schon im Fall eines *entscheidungsfähigen* Patienten: Indem nicht nur der Patient den Arzt verstehen und Compliance zeigen, sondern auch der Arzt den Wunsch des Patienten verstehen und seinerseits Compliance mit dem

---

<sup>130</sup> Das Erkennen des in internistischer Sprache oft zitierten *points of no return* an der *Dynamik* der Symptome wird u. a. von EBERHARD KLASCHIK und FRIEDEMANN NAUCK (2002: 239) für den Übergang von kurativer und substitutiver hin zu *potent* lindernder Behandlung vorausgesetzt. Dazu gehöre dann auch der Verzicht auf Flüssigkeitssubstitution, um die Bildung von Ödemen in Hirn, Lunge, Bauchraum und Extremitäten zu vermeiden. Beklagt wird auch hier der Mangel an Aus- und Fortbildungsangeboten für Ärzte und Studenten, und – bei sonst in einigen Städten mit 25 bis 50 Betten pro Million Einwohner ausreichender Versorgung der Bevölkerung – der Mangel an Palliativbetten in Universitätskliniken (: 238).

<sup>131</sup> Dazu passt die Beobachtung, dass Kliniken im Aufnahmebogen folgenden Indikationspassus vorsehen: Der den als Notfall Eingelieferten diagnostizierende Arzt kann unter dem Punkt „Maximalbehandlung“ die Maßnahmen *Reanimation, Beatmung und Dialyse* entweder unter „ja“ oder „nein“ ankreuzen.

Patienten zeigen soll, wird zugleich Asymmetrie und Symmetrie zwischen Arzt und Patient erwartet. Diese Erwartung steigert sich im Fall des *entscheidungsunfähigen* hoffnungslos erkrankten, aber noch nicht im Sterben liegenden Patienten, wenn bei Fehlen einer Patientenverfügung oder eines vorsorglich ermächtigten persönlichen Vertreters die Ausschau nach Hinweisen auf die *individuellen Wertmaßstäbe des Patienten* und bei deren Fehlen die Ausrichtung an *allgemeinen Wertmaßstäben* verlangt wird. Wie voraussetzungsvoll diese Direktive ist, zeigt sich daran, dass auf die Komplexität und Wandelbarkeit solch individueller Wertvorstellungen in unterschiedlichen Ligaturen wie Familien, Alters-, Interessen-, Religions-, Berufsgruppen und in unterschiedlichen historischen Epochen ebenso wenig wie auf die Komplexität jener – undefinierten – allgemeinen Wertmaßstäbe eingegangen wird. Zwar beteuert EGGERT BELEITES (1998) in seinem *Wegweiser für ärztliches Handeln*, dass nun im Gegensatz zu früheren BÄK-Richtlinien der Patientenwille stärker respektiert werde. Aber es bleibt den Ärzten überlassen, herauszufinden, *wie* sie im Einzelfall dem ausgesprochenen oder unausgesprochenen Wunsch des Patienten nachkommen. So erzeugt die zur Problemlösung präsentierte Form des Übergangs von kurativer zu palliativmedizinischer Behandlung ein neues Problem, nämlich einen Dauerbedarf an Ärzten, die für eine *gelingende* ärztliche Sterbebegleitung zur Verfügung zu stehen haben, ohne dass die Organisation, welche diese Verpflichtungen ausspricht, den Ärzten spezifische Anleitungen gibt oder gar selbst Verantwortung übernimmt. Somit behebt auch der Begriff *ärztliche Sterbebegleitung* keine rechtlichen, ethischen oder medizinischen Probleme, aber er hebt den moralischen Status der diese Richtlinien setzenden Organisation BÄK. Nicht indem die BÄK die Problematik von Fragen am Ende des Lebens *löst*, sondern indem sie sich von Phase zu Phase immer wieder neu für diese Probleme *zuständig* erklärt, präsentiert sie sich als hoch moralische Institution, die als deutsche nicht nur ihren eigenen Weg gehen, sondern europaweit als Vorbild fungieren will.

Auch der *Bundesgerichtshof BGH (2003)* macht sich nun zuständig für das Thema, indem er sich den Fragen der *Zuständigkeit des Arztes* und der *Geltung des Patientenwillens* öffnet. Was der Arzt nicht verordnet, weil es nicht bzw. nicht mehr indiziert ist, kann nach Satz b) dieses Urteils sowohl angesichts eines sterbenden wie eines noch nicht im Sterben liegenden Patienten gar nicht erst zum Streitpunkt werden: „Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird - sei es daß sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist.“

Nur dann, wenn eine vom Arzt für *indiziert* gehaltene Behandlung eines nicht unmittelbar im Sterben liegenden Patienten von einem gesetzlich bestellten Betreuer oder Gesundheitsbevollmächtigten *abgelehnt* wird, will der BGH rechtliche Mittel eingesetzt sehen. Die verbreitete Meinung, dass „im Vorfeld der Sterbephase“ *jede* Zustimmung des Betreuers oder Bevollmächtigten zu einem Behandlungsverzicht vom Vormundschaftsrichter genehmigt werden müsse, reduziert der BGH also auf diesen *Streitfall*. Zur Überraschung der BÄK, einiger Juristen und Rechtswissenschaftler sowie zahlrei-

cher Medizinethiker, Betreuer sowie Berater von Betreuern<sup>132</sup> lehnt der BGH (2003) eine Analogie zu § 1904 BGB<sup>133</sup> ab und macht in Satz b) seiner Begründung die *Amtsrichter* dafür *zuständig*, über einen Behandlungsabbruch *zu entscheiden*: „Die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts ergibt sich nicht aus einer analogen Anwendung des § 1904 BGB, sondern aus einem unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts.“ Im Klartext heißt das: Die Entscheidung des Amtsrichters wird benötigt, weil sie benötigt wird. Indem sich der BGH aber *inhaltlich* weder zu diesem Bedürfnis noch zu dessen Unabweisbarkeit näher äußert, sondern lediglich *gesetzlichen* Regelungsbedarf anmahnt, wird die Frage neuerdings relevant, wie Ärzte mehr begriffliche und rechtliche Sicherheit bei palliativmedizinischen Maßnahmen erreichen können, ohne eine Todesursächlichkeit solcher Behandlung *dementieren* und ohne ein bloßes Lindern *beteuern* zu müssen. Auszuschauen ist also nach einer Begriffswahl, die ärztliche Entscheidungen *sozial* anschlussfähig macht.

### *Die durch Konsensunterstellungen verdeckte Obsoleszenz des Begleitungsbegriffs*

Seine soziale Anschlussfähigkeit erreicht ein *Palliativmediziner* nicht nur dadurch, dass er sich als medizinisch und organisatorisch *zuständiger* und somit an fachspezifischen Leitlinien ausrichtender Arzt, unterrichtender und forschender Universitätsprofessor und/oder Leiter *interdisziplinärer* Teams vorstellt. Seine Entscheidungen werden vielmehr in Verbindung mit dem Gebrauch der Begriffe *Hospizlichkeit*, *Palliativmedizin und -pflege*, *Begleitung* akzeptiert. Dabei wird der Konsens darüber vorausgesetzt, dass jene Hospizlichkeit und Begleitung gelingt, indem sie den ganzen Menschen erreicht.

Zur näheren Beobachtung dieses Konsenspostulats soll hier ein Einschub erfolgen: Dass es nämlich nicht nur um Konsens und Gelingen gehen muss, sondern auch Dissens und Scheitern zu neuen Wegen führen kann, zeigen schon NGOs der Hospizbewegung<sup>134</sup>. Auch die Formierung von Selbsthilfegruppen kann beginnen, indem sich zunächst nicht hinreichend beraten und behandelt fühlende Laien zusammenschließen. Aus solchen von Laien privat oder auch mit Hilfe von Kontaktstellen verabredeten Treffen heraus wurden in den letzten Jahrzehnten allein in der BRD nach und nach tausende von Selbsthilfegruppen zur gegenseitigen Unterstützung in Gesundheits-, Sozial-, Migrantenfragen gegründet. Kooperation mit Experten, z.B. Ärzten, wurde gesucht und Erfahrungsaustausch über sachliche und strukturelle Fragen koordiniert. Selbsthilfe wurde als Betätigungsfeld forschender, unterstützender, für die Bedürfnisse von Selbsthilfegrup-

<sup>132</sup> Diese Überraschung drückt in erster Reaktion ein Experte für Medizinethik und Listenadministrator des Forums der Ruhr-Universität Bochum für Betreuer aus, indem er sich selbst als hilflos bezeichnet, wenn man sich rechtlich nicht an § 1904 BGB orientieren könne.

<sup>133</sup> Deren Strittigkeit wird z.B. von WOLFGANG PUTZ e. a. (2002) schon daran gezeigt, dass viele Vormundschaftsgerichte eine Zuständigkeit für Entscheidungen am Ende des Lebens als unzumutbar ablehnen.

<sup>134</sup> Die Organisationsgeschichte der NGO *OMEGA* beginnt damit, dass zwei Mitglieder im Dissens ihre Mitgliedschaft in der für gesetzliche Erlaubnis der Euthanasie plädierenden NGO *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben DGHS* niederlegen und die für Sterbebegleitung plädierende NGO *OMEGA* gründen.

pen plädierender Fachexperten aufgegriffen. Von Laien und Experten wurde die Selbsthilfgruppenarbeit für Kommunen, Bundesländer und Bund als gemeinschaftsstiftender und kostensparender Faktor interessant gemacht. Inzwischen gibt es kommunal, länder- und bundesseits sowie von nichtprivaten Krankenkassen finanzierte Kontakt- und Koordinationsstellen, die beginnenden und laufenden Selbsthilfgruppen materielle und strukturelle Unterstützung anbieten. Dass unter diesen Bedingungen sowohl neue Selbsthilfgruppen als auch kurz- und langfristig angelegte Basis- und Themenkurse, Supervisionsgruppen und Empowerment-Schulungen emergieren, verwundert nun längst nicht mehr.

Was aber verwundern sollte, ist die Rolle der Laien: Wie u. a. CLAUDIA APPELSON-RIEG und EVA KOPPEHELE (2002: 176-178) beobachten, bleibt - bei aller Unterstützung durch Facheinrichtungen - die Entscheidungskompetenz immer bei der Gruppe, also den Laien. Diese legen jeweils selbst fest, ob und welcher Art fachliche Leitlinien als Orientierungshilfen genutzt werden, welche Gruppenregeln explizit formuliert werden, und wie gegenseitig stützender Zusammenhalt hergestellt werden soll. *Inhaltlich* können Selbsthilfgruppen alle Themen, auch das der Sterbe- und Trauerbegleitung, zu ihrer Domäne machen. Indem sie an schweren Erkrankungen leidende, auf den Tod zugehende Mitglieder und deren Angehörige nicht allein lassen, sondern, neben unmittelbarer tätiger Hilfe und psychosozial unterstützenden Settings, auch Verbindungen zu *zuständigen* Experten herstellen, machen sie sich für diese *zuständig*.

Das hier eingeschobene Selbsthilfebeispiel zeigt also *strukturelle* Ähnlichkeiten zwischen Laien- und Professionsorganisationen:

Erstens zeigt sich, wie jedes Mitglied schon durch seine *Mitgliedschaft*, *Anwesenheit* und *Mitarbeit* die Gruppe mitkonstituiert. Selbsthilfgruppen formieren sich also wie professionelle Organisationen durch *Ein- und Ausschluss von Mitgliedern*, wobei es ähnlich wie bei NGOs dem Entschluss des Mitglieds überlassen bleibt, zu einer Gruppe gehören oder austreten zu wollen.

Zweitens lassen sich jene gleichen Voraussetzungen, die oben für professionell geleitete Laienhilfe gefordert werden, nämlich die Ausrichtung an Leitlinien, die Formulierung interner Regeln und die Herstellung eines Zusammenhalts, auch für Selbsthilfgruppen finden.

Drittens aber – und hier unterscheidet sich der Selbsthilfebereich von einigen anderen der hier gezeigten Organisationen stark - muss dieser Zusammenhalt nicht mit einem Konsensgebot erkaufte werden, sondern er kann seine Fundierung gerade aus der Thematisierung von Dissens gewinnen. Mitglieder können ohne gravierende Folgen *Dissens* immer neu thematisieren. Sie können auch beschließen, ein bestimmtes Thema aus der Diskussion herauszuhalten. Gerade durch solche Nein-Stellungnahmen können Mitglieder die Kommunikation am Laufen halten. Sie können aber auch die Gruppe verlassen und in neuer Formation am Thema *ihres* Interesses weiter arbeiten, oder dauernd oder zeitweise aus der Selbsthilfeszene aussteigen. So können sich im Selbsthilfebereich aus

scheinbar misslungenen Gruppen besonders leicht neue, höchst unterschiedlich ausgerichtete, funktionierende Gruppen formieren.

Anders funktionieren hingegen fachliche oder kommunale und staatliche Organisationen, die Sterbebegleitung zu ihrer Domäne machen, indem sie das *Gelingen* ihrer Konzepte postulieren. Wie sie dabei Mitgliedschaften gestalten und weitere Suborganisationen ausdifferenzieren, konnte schon an der Einberufung der *Enquete-Kommissionen* durch den Bundesrat bzw. an der Gründung des *Nationalen Ethikrates* durch die Bundesregierung nachverfolgt werden. Beide Organisationen begeben sich dabei in einen Wettlauf um das gleiche Ziel, ein *menschenwürdiges Leben bis zuletzt* zu ermöglichen. Zwar schlagen sie dazu unterschiedliche Mittel vor, wenn Mitglieder des Nationalen Ethikrates (2006) nach SAMIR RABBATTA (2006) mehrheitlich „ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung berufsrechtlich zulassen“ wollen, die Enquete-Kommission dies jedoch verboten sehen will. Aber beide gehen vom *Gelingen*, nicht aber von der Möglichkeit des *Misslingens* der von *ihnen* propagierten Form von Sterbebegleitung aus.

Das oben angeführte Beispiel des Palliativmediziners und seiner Folgerungen aus dem Suizid seines Patienten gibt jedoch nun – fast plötzlich - dem oben bei Selbsthilfegruppen gezeigten Effekt des Scheiterns Raum. Nicht nur *mehr Desselben* wird gefordert, sondern bislang Unkonsentiertes wird thematisiert. Es ereignet sich etwas, das in Phase 2 noch undenkbar war: In Phase 3 wird die Vorstellung einer Duldung des Suizids durch Sprecher solcher Organisationen möglich, deren Existenzberechtigung bislang gerade in der Ablehnung nicht nur der Euthanasie, sondern auch der Suizidbeihilfe gesehen wurde.

Wie fragil solche Ausweitungen den *Begleitungs*begriff werden lassen, zeigt sich an entsprechenden Reparaturstrategien:

In dem von K. FORSTER und D. STEINKOHL (2006) moderierten SZ-Interview *Wir sprechen vom Zulassen des Sterbens – Ein Arzt und eine Anwältin diskutieren über Sterbehilfe, Patientenverfügung und die Notwendigkeit des Dialogs mit den Angehörigen* wird die Interviewerfrage: „Es kommt also auf den Willen des Patienten an?“ gestellt. Sowohl die Sprecherin einer auf das Thema Patientenvorsorge spezialisierten Rechtsanwaltspraxis als auch der oben eingeführte Palliativmediziner und Sprecher eines Palliativlehrstuhls bejahen diese Frage zwar einmütig. Fachliche Nuancen lassen aber Grenzen dieser Einmütigkeit sichtbar werden: Für den Fall, dass „die Hoffnung auf eine Besserung“ so gering sei, „dass der Patientenwille der weiteren Therapie entgegensteht“, ist für die Rechtsanwältin die *rechtliche* Pflicht des Arztes klar: „Dann muss der Arzt die lebenserhaltende Therapie beenden“. Der Palliativmediziner hingegen argumentiert *als Arzt*, wenn er die Komplexität solcher Behandlungsbeendigung thematisiert: „Es ist *für einen Arzt* schwer, etwas zu beenden, was er begonnen hat. Er muss etwas tun *mit der sicheren Folge, dass der Patient stirbt*. Auch wenn es aus juristischer Sicht ein gebotenes Unterlassen ist.“ (kursiv: E.K.)

Dass sich der Palliativmediziner nicht allein auf das *rechtliche* Geboten sein eines Behandlungsabbruchs berufen kann, sondern insbesondere an sein berufsständisches Ethos gebunden sieht, zeigt sein semantischer Heilversuch: Er kann nämlich sein ärztliches Ethos der Zuständigkeit für *kurative* Behandlung *irrelevant* werden lassen, indem er sich - sozusagen als *Neuaufgabe* des klassisch-väterlichen (Haus-)arztes - nun als *ärztlicher Anwalt* für die „Interessen des Patienten“ *umfassend*, also nicht nur für Leben und Gesundheit, sondern auch für die Verwirklichung des Willens des Patienten, *zuständig* macht: „Es wäre schön, wenn wir Ärzte uns wieder an unsere primäre Aufgabe erinnern: die Interessen des Patienten zu vertreten. Ein Patient sollte keinen Rechtsanwalt brauchen, weil der Arzt sein Anwalt ist.“ Indem er hier ausschließlich den Begleitungs-begriff verwendet, erreicht der Arzt den Dauerstatus der Zuständigkeit für den *ganzen* Patienten.

Dieses ärztliche Statement lässt die Interviewsituation nicht zu einer Konkurrenzsituation zwischen den Professionen werden, wie das Statement der Rechtsanwältin zeigt: „Für die Zukunft wünsche ich mir, dass Menschen ihrem Willen entsprechend sterben können, ohne Anwalt und ohne Vormundschaftsgericht.“ Allerdings hat sie ihren Status bereits gefunden, indem sie gerade nicht, wie früher, nur Streitfälle über komatöse Patienten vor Gericht durchfechten, sondern bereits *im Vorfeld beratend* tätig sein will. An dem gemeinsamen Vorhaben, sich gerade nicht vor Gericht sehen, sondern Konsens herstellen zu wollen, formieren sich Eigenwert und Eigenlogik der Rechtsanwaltspraxis bzw. der palliativmedizinischen Organisation, wenn auch auf verschiedenen Wegen: Die Rechtsanwältin verweist auf die Akzeptanz des „von uns (d. h. der Rechtsanwaltskanzlei) entwickelte(n) Round-Table-Gespräch(s)“, welches sie z.B. im Pflegeheim mit allen Beteiligten durchführe, um *rechtliche* Klarheit zu schaffen. Der Palliativmediziner hingegen hofft, eine neue „bessere Kommunikationskultur“ dadurch herzustellen, dass sich die Beteiligten von der *ärztlichen* „Entscheidung auf der Basis einer fehlenden Indikation zur Therapie“ überzeugen lassen. Der Satz „Das entlastet die Angehörigen sehr, denn sie haben nicht den Eindruck, über Leben und Tod des Patienten selbst entscheiden zu müssen“ verweist auf die *medizinische* Zuständigkeit des Arztes, der seinerseits zusätzlich durch den *Patientenwillen* entlastet ist.

*Konsens* wird in dem hier gezeigten Interview-Beispiel also erreicht, indem - neben nach wie vor unabweisbaren Zuständigkeiten - zusätzlich auf den Patientenwillen, also auf etwas *Drittes* rekurriert wird. Die *rechtliche* und die *ärztliche* Entscheidung geht also davon aus, dass der Patient erreicht werden kann. So soll nun untersucht werden, wie Organisationen die Sterbebegleitung programmieren, um den Patienten zu erreichen, und was bei der Installation solcher Programme geschieht.

#### 2.2.3.2.2 Begleitung: Qualifikations- und/oder Ehrbegriff einer Elite?

Gerade *in Deutschland* soll einerseits eine beispielhafte Praxis im Umgang mit sterbenden, schwerkranken und langzeitpflegebedürftigen Menschen geübt werden. Zugleich sammelt sich andererseits eine Flut von Beiträgen an, die in der BRD eine Unterversor-



gung der Bevölkerung mit palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Einrichtungen feststellen, gravierende Mängel in Alten- und Pflegeheimen ermitteln und die Unbezahlbarkeit fachlicher Unterstützung der nach dem Qualitätsbericht des STATISTISCHEN BUNDESAMTS (2007) zu ca.70% ihre Schwerkranken zuhause pflegenden Angehörigen beklagen<sup>135</sup>.

An einigen Beispielen wird nun einerseits gezeigt, wie Programme zur *Implementierung* der Sterbebegleitung in das Gesundheitssystem und zur *Integration* der Palliativmedizin und Palliativpflege in bestehende Einrichtungen aufgestellt werden. Andererseits wird danach gefragt, in wessen Interesse solche Programme operieren, die als Appelle zur Selbststeuerung und zur Moralität ausschließlicher Begleitung ausgegeben werden

### *Programme zur Implementierung von Palliative Care und Hospizlichkeit*

Programme zur *Implementierung von Palliative Care und Hospizlichkeit* in das bundesdeutsche Gesundheitssystem werden am Beispiel des BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUM für Arbeit und Sozialordnung etc.(2006) vorgeführt: Mit der Gründung des *Fachbeirates Hospiz Bayern* im Jahr 1998 und der Einberufung des *Expertenkreises Palliativmedizin und Hospizarbeit* im Jahr 2003 fügt das Ministerium der Anzahl der bislang von unterschiedlichen Organisationen in BRD und Ausland initiierten Arbeitskreise weitere hinzu. In der „gemeinsamen Erklärung zur Hospizarbeit in Bayern“, beschlossen von Mitgliedern des Fachbeirates Hospiz Bayern, nämlich Vertretern der Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassenverbände und Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern, der Bayerischen Bezirke und des Bayerischen Hospizverbandes, wird die Exzellenz des interdisziplinären Expertenkreises mit der Aufgabe herausgefordert, für ein vom Bayerischen Sozialministerium zur „Betreuung Schwerstkranker und Sterbender“ geplantes „abgestuftes und vernetztes Versorgungssystem“ ein „sektorenübergreifendes Konzept“ herzustellen.

Dennoch wird weiterhin eine mangelhafte palliativmedizinische und hospizliche Versorgung der Bevölkerung, insbesondere außerhalb der Ballungsgebiete, beklagt. So kritisiert unter vielen anderen z.B. OLIVER TOLMEIN (2006a), die Abteilung öffentliches Recht des Deutschen Juristentages, „die zuständig wäre für die leistungsrechtliche Absicherung eines selbstbestimmten Sterbens“, habe sich auch auf dem 66. Deutschen Juristentag „mit dem Thema "Sterbebegleitung" noch gar nicht befaßt“. Die Förderung des Aufbaues palliativmedizinischer und –pflegerischer Strukturen wird also als Notwendigkeit herausgestellt, in Arbeitskreisen behandelt, aber nicht mit Sanktionen irgendwelcher Art bewehrt. Vielmehr beschränken sich Ministerien auf die Bildung von Ausschüssen sowie kurzzeitige Anreizfinanzierung. Aber ein anderes Problem wird gelöst: Indem sich Ministerien auf die Notwendigkeit flächendeckender Versorgung und auf die Exzellenz von Interdisziplinarität und Netzwerkbildung berufen, immer weitere

---

<sup>135</sup> Als kleines Beispiel sei nur eine Notiz in der SZ Nr. 106 vom 9. Mai 2007 S. 3 angeführt, wonach Familien in geschätzten 100 000 Fällen wegen der Unbezahlbarkeit professioneller häuslicher Pflege auf die Anstellung schwarz arbeitender osteuropäischer Billigkräfte angewiesen seien.

Unterorganisationen gründen und die von jenen ausgearbeiteten Richtlinien und Konzepte als die ihren veröffentlichen, können sie ihre eigene Exzellenz herausstellen.

### *Integration von Sterbebegleitung in bestehende Organisationen*

Rechtspolitisch wird die Integration von Sterbebegleitung in bestehende Organisationen in der BRD derzeit nicht thematisiert. Vielmehr zeichnen die Ansprüche, die z.B. das GESETZ ÜBER DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (2003) an das zukünftige Pflegepersonal stellt, ein Bild professioneller Exzellenz, das nichts zu wünschen übrig lässt. So ist es gemäß § 3 (1) Ziel der Ausbildung, „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten“ zu vermitteln. Diese Pflege sei „unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten“. Feststellung des Bedarfs, Evaluation, Dokumentation, Qualitätsentwicklung der Pflege, Weitergabe von pflegerischem Wissen und Fertigkeiten an die Kranken und ihre Bezugspersonen sowie „Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes“ seien eigenständig auszuführen. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit seien „multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.“

Allerdings werden palliativmedizinische Maßnahmen *explizit* nur im Zusammenhang mit *kurativer* Behandlung genannt. Sterbende kommen im Text des Krankenpflegegesetzes nicht vor. Nur nach dem GESETZ ÜBER DIE BERUFE IN DER ALTENPFLEGE von 2000 mit Änderung von 2002 und 2003 soll die Ausbildung gemäß § 3 die „umfassende Begleitung Sterbender“ einbeziehen.

Theoretische und methodologische *Probleme* der Integration von Hospizlichkeit und Palliativmedizin bzw. -pflege in bestehende Einrichtungen, vor allem in die Ausbildung von Kranken-, Kinder- und Altenpflegepersonal, werden hingegen z.B. in der Skriptenreihe der von der Hessischen Landesregierung einberufenen ARBEITSGRUPPE „VERBESSERUNG DER STERBEbegLEITUNG“ erörtert. In ihrem Skript „Qualifizierung der bei der Sterbebegleitung hauptamtlich tätigen Personen“ (2000: 4f) stellt eine Unterarbeitsgruppe die Ausbildungsgänge als *jeweils spezifisch* verbesserungsbedürftig dar. Zugleich fordert sie die *interdisziplinäre, berufsübergreifende* Gestaltung der Sterbebegleitungsfortbildung und bietet dazu ein 60-stündiges *Curriculum* „Sterben, Tod und Trauer (2000) sowie *Inhaltliche Ergänzungen* (2003a) und *Didaktische Grundlagen* (2003b) an. In der Zusammenfassung zur Skriptenreihe hält es die Sprecherin des Hessischen Sozialministeriums für „denkbar“, zur gesellschaftlichen Implementierung der Sterbebegleitung „zeitweilig gemeinsamen Unterricht betroffener Ausbildungsgänge“ durch „Lehrkräfte(.) unterschiedlicher Disziplin“ zu gestalten, „Sterbebegleitungsseminare für Mediziner, Psychologen und Theologen“ an Hochschulen einzurichten,

„ein gemeinsames Seminarangebot für die Studiengänge der Sozialen Arbeit und der Pflege“ an Fachhochschulen oder „ein gemeinsames Unterrichtsangebot“ in der Alten- und Krankenpflegeausbildung einzurichten. Diese Forderungen folgen der Beobachtung, dass an pflegewissenschaftlichen und -praktischen Studiengängen „Themen zu Sterben, Sterbebegleitung und Tod [...] zwar Berücksichtigung (finden), [...] aber – im Gegensatz zu der Hessischen Weiterbildungsordnung für Pflegeberufe – nicht in den Studien- und Prüfungsordnungen der Pflegestudiengänge aufgeführt“ seien. Das Thema werde zwar „in den Vorlesungen, Übungen und Praktika angesprochen und behandelt“, aber „für ein Medizinstudium bis zur Approbation“ seien „lediglich sechs Stunden“ vorgesehen (2000: 8).

Dem soll entgegengesteuert werden, indem die Lernenden einen anspruchsvollen „Transformationsprozess“ von Alltagshandeln über Wissenschaftlichkeit zu konkretem Handeln in speziellen Situationen durchlaufen, um den Sinn jeder einzelnen Situation erkennen zu können (2003b: 33). Allerdings verweist der Umstand, dass die gezeigten Curricula den Pflegefachschulen lediglich empfohlen und die neuen Lehrinhalte von dem *bisherigen* Lehrpersonal vermittelt werden sollen, auf die Kontingenz der Umsetzung auch aufwändigster Konzepte. Da auch die auserlesensten Modelle von der einzelnen Organisation nur mit *deren* jeweiligen organisationseigenen Mitteln und in *deren* jeweils organisationseigener Logik umgesetzt werden können, ist es nicht verwunderlich, wenn die Diskussion um die Verbesserung der Sterbebegleitung immer weiter läuft. Interessant daran ist, *wie* das geschieht:

### *Programme oder Appelle?*

Solange das Thema *Sterbebegleitung* medizinisch, pflegerisch, rechtlich kommuniziert wird, wird es auf der *Sachebene* abgehandelt. Da die Integration der Sterbebegleitung in bestehende Einrichtungen aber fachübergreifend *organisiert* werden muss, kommt z.B. die organisationsspezifische Funktion des *Zeitmanagements* zum Tragen. Doch damit nicht genug: Indem Organisationen der Eigenlogik ihres jeweiligen Trägers folgen, wird das Thema auf der Sozialebene behandelt. So fordert der Sprecher der *Hessischen Landesärztereinigung* in dem Bericht „Verbesserung der Sterbebegleitung“ der ARBEITSGRUPPE DER HESSISCHEN LANDESREGIERUNG (2000) die Ableistung von Famulaturen und klinischem Studium *auf Palliativstationen* (: 9f). Der Sprecher des *Diakonischen Werks* in Kurhessen (: 18f) hingegen begründet in dem gleichen Bericht die „Notwendigkeit einer *speziellen* Ausbildung in diesem Bereich“ zunächst mit der Erwartungshaltung der „Gemeindeglieder“, die bislang nicht erfüllt werde, weil „die Gemeindepfarrer und –pfarrerinnen gerade für diese Aufgabe nicht gezielt ausgebildet sind“, Er rät den *Kirchenämtern* zur Einrichtung eines Ausbildungsprogramms für Sterbebegleitung, welches „*Maßstäbe setzt* für die Aufnahme dieses wichtigen Ausbildungsinhaltes in den anderen relevanten Berufsgruppen“ (: 19; kursiv: E.K.). Noch *bevor* der Kuchen gebacken ist, wird also der Anspruch auf das größte Stück, nämlich auf die Anerkennung des eigenen Konzepts bzw. des eigenen Wertekanons durch andere -

als Konkurrenten begriffene - Organisationen erhoben. Die vorgeschlagene Interdisziplinarität und berufsübergreifende Ausbildung, wonach sich Klinikärzte an den Weiterbildungsordnungen von Pflegepersonal oder Theologen an den Ausbildungsordnungen der Ärzte ausrichten sollen, oder wonach sich alle diese Experten an den Erfahrungen der Hausärzte oder gar der pflegenden Angehöriger orientieren sollen, kommt offensichtlich an Grenzen: Jede Organisation will *ihre* jeweils spezifisch entwickelten Unterscheidungsweisen und Begrifflichkeiten als beispielhaft präsentieren.

Wie sich Organisationen nicht anhand sachlicher Programme, sondern durch Appelle an die neue Pflegegeneration konstituieren, wird nun gezeigt.

*Nicht als Programm, sondern als Aufruf zur Selbststeuerung* fungieren die in der Reihe "Verbesserung der Sterbebegleitung" vom Landesamt Hessen zum *curricularen Baustein* herausgegebenen *Inhaltliche(n) Ergänzungen* (2003a) und *Didaktische(n) Grundlagen* (2003b). Sie werden ihrerseits ergänzt durch eine von ELISABETH TERNO (2003) autorisierte *Handreichung*: Sie enthält Grundlagenthesen zur Aus- und Fortbildung von Krankenpflegepersonal und ehrenamtlichen Helfern in Sterbebegleitung, welche als methodische Regeln formuliert sind.

Diese Regeln gründen auf Theorien solcher Psychologen und Soziologen, die ihrerseits Bildung als Hinführen zum Besseren und den zu Bildenden als zwar defizientes, aber besserungsfähiges *Subjekt* ansehen. Die vorgestellten Grundthesen setzen das *Gelingen* von hospizlicher Sterbebegleitung als Folge richtiger *Steuerung* der zu Bildenden durch *richtig gesteuerte Lehrende* voraus.

In diesem Konzept muss freilich mangelndes Einverständnis und Widerspruch als Verstoß gegen die dort aufgestellten Regeln und damit als interventionsbedürftige Defizienz der Lernenden diagnostiziert werden. Nicht erwogen wird allerdings, ob Didaktik als ein Teil der *Erziehungswissenschaft* überhaupt mehr sein kann als ein *Reden über das Lernen* - und ob *wirkliches Lernen*, entgegen der Forderung der Autorin, gerade nicht „nach Regeln geplant“ (: 28) und *organisiert* werden kann, sondern als innerpsychischer Prozess nach ganz anderen Regeln abläuft, die sich nicht auf jenes bipolare Kommunikationsmodell beschränken lassen.

Dieses Konzept geht obendrein immer mit der Prämisse des *Gelingens* einher, indem es voraussetzt, dass sich die Lehrenden selbst richtig steuern, um die Lernenden richtig steuern zu können, damit diese dann in der Arbeitssituation den Schwerkranken oder den Sterbenden erreichen können. Es wird aber nicht gefragt, ob in der sozialen Situation der Interaktion, um die es sowohl bei der didaktischen Intervention als auch bei der pflegerischen Situation geht, der Andere als ganzer Mensch so sichtbar wird, wie er *ist*, oder ob er lediglich als Person, als Zuschreibungscollage von Selbst- und Fremd-Erwartungen und Erwartungserwartungen *konstituiert* wird. Was aber auf der organisationalen Ebene geregelt werden *könnte*, nämlich Bedingungen für ein Gelingen der gesellschaftlichen Implementierung der Sterbebegleitung durch Klärung der Verbindlichkeiten zur Lehrplangestaltung, der Vorbildung der Lehrenden, des Bedarfs an hospizlich

ausgebildetem Pflegepersonal, bleibt unter der Begründung der Nichtzuständigkeit offen.

Der Begriffskomplex *Palliation, Hospizlichkeit* und *Sterbebegleitung* muss also als ein historisch und sozialräumlich bedingtes, kontingentes *Konstrukt* bezeichnet werden. Dieses Konstrukt ist durch Einmütigkeit unter Zuständigen darüber charakterisiert, dass ausschließlich von Sterbebegleitung die Rede ist und dass alles, was unter diesem weiten Mantel nicht platzierbar ist, im Hintergrund zu bleiben hat. Einmütigkeit herrscht auch darüber, dass die gesellschaftliche, gesundheitspolitische und fachliche Implementierung und Integration von Palliation, Hospizlichkeit und Sterbebegleitung *gefordert* werden muss. Der Sterbebegleitungsdiskurs stellt also seinen eigenen Kontext selbst her:

#### *Aufruf zur Moralität ausschließlicher Begleitung*

Besonders deutlich ist die Herstellung des Kontextes, in welchem ausschließlich die Sterbebegleitung gefordert und als moralische Leistung mit Achtung belohnt wird, am Gebrauch des Euthanasiebegriffs ersichtlich. Noch *in Phase 2* bemühen sich Organisationen, die Obsoleszenz der ausdifferenzierten Sterbehilfebegriffe zu überwinden, indem sie einen kategorialen Unterschied zwischen aktiver Sterbehilfe mit *gewollter* Lebensbeendigung einerseits und passiver bzw. indirekter Sterbehilfe mit *unbeabsichtigter* Nebenfolge eines beschleunigten Todeseintritts andererseits herstellen<sup>136</sup>. Die hier der Phase 3 zugeordneten Beiträge gehen nun - trotz Ablehnung der Euthanasie - auf Argumente von *Kritikern* jener Unterscheidungsstrategie ein: JOCHEN VOLLMANN (2000) sieht z.B. bei Autoren, die nicht Aktiv-Passiv-Formen, sondern *Motivationen* von *Aussagen über* Motivationen unterscheiden, *sachliche* Argumente, denen er folgen könne. So lässt er moralische Aspirationen im Hintergrund. Allerdings ist *sein Lob* solcher Sachlichkeit – und damit eben doch *moralische* Kommunikation - unüberhörbar. Auch hinsichtlich der *Zeitebene* kommen Organisationen gar nicht umhin, beim Gebrauch des unschuldigen Begleitungsbegriffs auf eine *moralische* Semantik zuzugreifen. Zwar operieren sie organisationsadäquat auf einer ersten analytischen Ebene unterscheidbarer Zeitmarken, wenn sie Aufgaben durch Terminsetzung, durch Vorrang des Dringlichen, durch Delegation bearbeiten. Ein synthetischer Zeitbegriff wird hingegen benötigt, wenn ausschließlich der *Sterbebegleitungs*begriff verwendet wird. Dann ist nämlich nicht mehr von einer Folge aufeinander rekurrierender *organisationeller Entscheidungen* die Rede, sondern von *Handlungen*, welche der *Motivation* des *verantwortlichen Subjekts* zugerechnet werden. Dass jenes Subjekt nicht vorgefunden wird, sondern dass ihm die Gestalt des selbst entscheidenden Patienten oder die Gestalt des sich jenem *anwaltschaftlich verantwortlich* machenden Arztes durch entsprechende Po-

---

<sup>136</sup> In ihrer Plakataktion „*Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe*“ stellt z.B. die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (2002) die Varianten des Sterbehilfe-Begriffs unter Rückgriff auf niederländische Studien als problematisch dar und postuliert bei jedem Einsatz der so bezeichneten Maßnahmen: „*Nicht ohne hospizliche Beratung*“ – für welche sie sich selbst anbietet.

stulate *gegeben* wird, wird nicht dazugesagt. Bei genauem Hinsehen wird aber z.B. bei Sätzen wie ‚*der Arzt ist der Anwalt des Patienten*‘ klar, dass die Kommunikation auf die Sozialdimension überschwenkt, sobald die Kompetenz des Arztes auf den ‚ganzen Menschen‘ erweitert wird. Offensichtlich reichen in einem interdisziplinären Kontext, welcher eine *offene* Konkurrenz von Fakultäten verbietet, Sach- und Zeitgründe zur organisationellen Entscheidungsrechtfertigung nicht hin. Die Kommunikation operiert auf der Sozialebene, indem Achtung erwiesen und dafür gesorgt wird, dass es *im Bereich der Sterbebegleitung* nichts zu ächten gibt. So stellen organisationelle Verlautbarungen in Phase 3 ihre Anschlüsse also im Medium der Moral her.

Die neue Verpflichtung der Ärzte, Gesundheitsbevollmächtigte, Betreuer, Vormundschaftsrichter, palliativ Pflegende, Hospizhelfer, Angehörige sind in Phase 3 verpflichtet, als Anwälte für den *ganzen* Sterbenden und Schwerstkranken zu fungieren. Zwar ist durch diese Verpflichtung, den ganzen Patienten und dessen Interessen vertreten zu sollen, die Lebenserhaltung nicht mehr selbstverständliches Gebot. Aber es scheint kein Grund zur Sorge vor Missbrauch zu bestehen: Dafür, dass alles mit rechten Dingen zugehe, bürgt der Rahmen von Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizlichkeit. Innerhalb dieses Rahmens hat der Arzt aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Perspektive eine erhebliche Bandbreite von Entscheidungsmöglichkeiten einschließlich der terminalen Sedierung. Künftig kann dies – etwa nach dem Gesetze vorbereitenden 66. DEUTSCHEN JURISTENTAG DJT (2006) – auch bei der ärztlichen Suizidbegleitung möglich sein.

Die hohe Variabilität dieser *ärztlichen Begleitung* mag in der Tat den Wunsch eines Patienten nach aktiver Sterbehilfe dann hingefällig werden lassen, wenn ihm *nachvollziehbar* versichert wird, dass er schlimmstenfalls bis zum Todeseintritt in eine Dauersedierung versetzt werden könne.

Freilich dürften dann *erstens* Bedenken, es werde gerade *nicht* „das Beste“ getan, wenn der sedierte Patient *nicht* gleichzeitig z.B. künstlich ernährt und beatmet werde, keine Rolle spielen.

*Zweitens* müssten dann Geschichten über Wünsche von Patienten, die einer solchen Alternative dennoch aktive Sterbehilfe vorziehen möchten <sup>137</sup>, unthematisiert bleiben.

*Drittens* könnte dann die *unsanfte* Seite von Palliation, Hospizlichkeit und Begleitung nicht thematisiert werden. Wenn etwa eine Expertin in dem oben eingeführten Interview des BAYERISCHEN RUNDFUNKS (2003: 7) rät, einem hartnäckig nachfragenden Schwerstkranken zu erklären, aktive Sterbehilfe könne zwar nicht geleistet werden, aber es gebe hinreichend viele „Schrauben“ wie z.B. mehrfaches Organversagen oder zusätzliche Infektionen, an welchen gedreht werden könne, dann müssen Patient und Arzt auf jenes Organversagen oder auf die nächste Lungenentzündung hoffen. Ob eine nicht antibiotisch behandelte Lungenentzündung ein beschwerdefreies und friedliches Sterben

---

<sup>137</sup> JOHANNES BOCKES (2003), Autor des Films *Isoldes letzter Sommer* und einer der Begleiter der an amyotropher Lateralsklerose leidenden Suizidentin, berichtet, sie habe ihre Einweisung in ein Hospiz abgelehnt, weil sie nicht von ihrem Sterbewunsch abgebracht werden wollte.

ermöglicht, wird dabei nicht thematisiert. Auch der Rat, für den Fall des Eintritts der Entscheidungsunfähigkeit eine schriftliche Patientenverfügung mit genauer Spezifizierung aller möglichen interventionspflichtigen Krankheitslagen<sup>138</sup> abzufassen, verlangt vom Patienten und vom Arzt, im Vorhinein auch die Fülle solcher Details in ihren Konsequenzen durchzusprechen, von welchen der Patient noch gar keine Kenntnis hat. Damit werden ihm weitere belastende Szenarien vor Augen gestellt.

*Viertens* wird dann, wenn als konkurrenzlos gut all das gilt, was mit dem Term *Begleitung* bezeichnet wird,<sup>139</sup> auch Suizidbeihilfe als *Form der Sterbebegleitung* kommunikel. Damit wird Sterbehilfe überhaupt nicht mehr *bestimmt* negiert, sondern das Thema nur noch durch *unbestimmte Negation*, also durch schlichtes Übergehen, bearbeitet.

Organisationen bzw. deren Sprecher können so einen semantischen Kontext herstellen, in welchem Sterben und Tod nicht nur als ein ureigenster, unbeeinflussbarer, das Leben beendender Bevorstand akzeptiert wird, sondern als letzter und äußerster, dem Leben wesensmäßig einbegriffener Höhepunkt und Reifungsgrad begrüßt und genutzt werden soll. Mit dieser Semantik der Re-Integration des von der säkularen Welt verdrängten Todes in das Leben werden Sterben und Tod als *die* modernen Lebenswerte eingeführt. Vor allem können sich Organisationen, die jene *Lebenswerte* propagieren, als moralisch vorbildlich präsentieren.

Die Semantik einer nach CHALMERS C. CLARK und GERRIT KIMSMA (2003) als *Freundesdienst* erbetenen und geleisteten absichtlichen Herbeiführung des Todes eines Patienten entwickelt aber ebenfalls Selbstheilungskräfte, indem sie moralisch operiert: Mit dem Satz, der Patient dürfe vom Arzt nichts verlangen, was dessen Gewissen widerstehe, weil der Freund dem Freund nichts Schlechtes tue, wird ein Argument aristotelischer Tugend vorgebracht.

*Zusammenfassend* ist also zu beobachten, dass in Phase 3 ein Begriffsgebrauch erfolgt, welcher Euthanasie und Begleitung definitorisch ununterscheidbar macht.

Wie es dazu kommt, wird im nächsten Abschnitt anhand der Bedingungen gezeigt, welche diesen weiten Sterbebegleitungsbegriff ermöglichen.

### 2.2.3.3 Konstituentien der unschuldigen Sterbebegleitung

*Erstens* ermöglicht die Ausschließlichkeit des Gebrauchs der Begriffe *Begleitung*, *Hospizlichkeit* und *Palliation* den vielfältig sich ausdifferenzierenden Sterbebegleitungs-Organisationen eine *semantische* Einmütigkeit.

*Zweitens* begründen jene Organisationen durch ihren Zuständigkeitsanspruch die Notwendigkeit *ihres* jeweiligen Konzepts. Daher kann *keine* Organisation auf Dauer als oberste Instanz für eine allgemein anerkannte Bestimmung des Begleitungsbegriffs fungieren.

---

<sup>138</sup> Mit dieser Forderung wird vorrangig die Ärzteschaft geschützt, denn die zum Zeitpunkt der Radiosendung gesetzlich nicht festgelegte Patientenverfügung setzt *keine* Schriftform voraus.

<sup>139</sup> So lassen humanistische Organisationen ihr vormalig gegen passive und indirekte Sterbehilfe gebrauchtes Argument der Heuchelei in Bezug auf den Begriff der Palliativmedizin fallen.

*Drittens* wird durch Steuerungsvorgaben die Herstellung von Neuem suggeriert. Aber was hier als neues Begleitungswissen und -können in bestehenden und/oder sich neu bildenden ausbildenden und Dienste leistenden Organisationen Eingang sucht, erweist sich als ein frei schwebendes Konstrukt, welches nicht an sich richtig und gut ist, sondern sich *bewähren muss*.

*Viertens* pflegen Organisationen mit dem Gebrauch des unschuldigen Begleitungsbegriffs eine im Medium der Moral - laufende Semantik. Zuvor anders – etwa als Suizidbeihilfe – Bezeichnetes wird nun als begleiteter Suizid kommunikabel. Aber damit ist der Sterbebegleitungs begriff neuen Instabilitäten ausgesetzt. Moralzuweisungen sind der Preis der neuen Unschuld des Sterbebegleitungs begriffs.

Im folgenden Abschnitt wird gezeigt, wie Organisationen die Argumentationsfigur des *Neuen Menschen* gebrauchen, um jene fragile Unschuld des Sterbebegleitungs begriffs neu zu stabilisieren.

### 2.3 *Unschuldige Sterbebegleitung und Neuer Mensch*

Am Beispiel von Varianten der Patientenvorsorge in der BRD wird nun gezeigt, wie Organisationen vom Sterbehilfebegriff zum Begleitungs begriff übergehen, Beteiligte wie Verfügende als Garanten für die Unschuld der Sterbebegleitung fungieren lassen. und über diese unschuldige Sterbebegleitung die eigene Integrität stabilisieren.

#### 2.3.1 *Unschuld der Sterbebegleitung durch Patientenvorsorge*

Patientenvorsorgemuster für den Fall der Entscheidungs unfähigkeit bieten in der BRD kirchliche, staatliche, kommunale, berufsständische, fachliche Organisationen und NGOs an. Nach Arnd T. May (2006) gibt es mehr als 200 verschiedene Varianten. Sie sind meist in Formularform gehalten und in eine *Patientenverfügung*, eine *Bevollmächtigung von Vertretern in Gesundheits- und weiteren Angelegenheiten* und eine *Betreuungsverfügung* unterteilt. Empfohlen wird, eine Patientenverfügung mit der – unbedingt schriftlichen - Bevollmächtigung von Vertretern für Entscheidungen über Gesundheitsfragen, therapeutisch begründete freiheits entziehende Maßnahmen und den Aufenthaltsort des Betroffenen zu kombinieren. Ein Teil der Rechtsexperten empfiehlt, vorrangig eine solche Vertrauensperson (schriftlich) zu bevollmächtigen, die aus der Kenntnis der Wertvorstellungen des Vollmachtgebers auch unabhängig von einer Patientenverfügung stellvertretende Entscheidungen in Gesundheitsfragen fällen kann.

Um sicherzustellen, dass ein Arzt oder Vormundschaftsrichter von der Existenz einer Verfügung und/oder eines Bevollmächtigten Kenntnis erlangt, werden die Vollmachtgeber aufgefordert, eine in Scheckkartenform gestaltete Karte mit entsprechenden Angaben bei den persönlichen Ausweispapieren mitzuführen. Einige Organisationen bieten ihre Registrierungseinrichtungen an. Allerdings geschieht dies auch unter missverständlichen Bezeichnungen. So stellt „die“ von der Deutschen Hospiz Stiftung angebotene „Bundeszentrale“ eben nicht die von einem Bundesministerium beaufsichtigte und au-



tomatisch mit Ärzten und Vormundschaftsrichtern vernetzte, sondern lediglich eine *organisationseigene* Registrierungsmöglichkeit dar. Derzeit bewährt sich am ehesten die über [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de) erreichbare maßvoll kostenpflichtige Registrierung von Patientenverfügungen und Vollmachterteilungen (*Zentrales Vollmachtregister der Bundesnotarkammer*). Auf dieses gemäß § 78a ff BnotO seit 01.03.2005 angelegte und vom Bundesminister für Justiz beaufsichtigte Register können Vormundschaftsgerichte jederzeit, also auch in Eilfällen, online zugreifen und bevollmächtigte und/oder als Betreuer vorgeschlagene Vertrauenspersonen unverzüglich als Betreuer einsetzen.

*Abbildung 1* zeigt eine Übersicht über unterschiedliche Begrifflichkeiten, Reichweiten, formale und inhaltliche Empfehlungen, Anforderungen an die beteiligten Personen und Bewertungen des Patientenwillens. Der Gruppe A)) sind *paternalistische Varianten*, der Gruppe B)) *Varianten der objektiven Normativität* und der Gruppe C)) sind *Varianten des Individuums als Normgeber* zugeordnet.

*Abbildung 1: Varianten der Anforderung an Vorsorgemodelle (Stand: 02.03.07)*

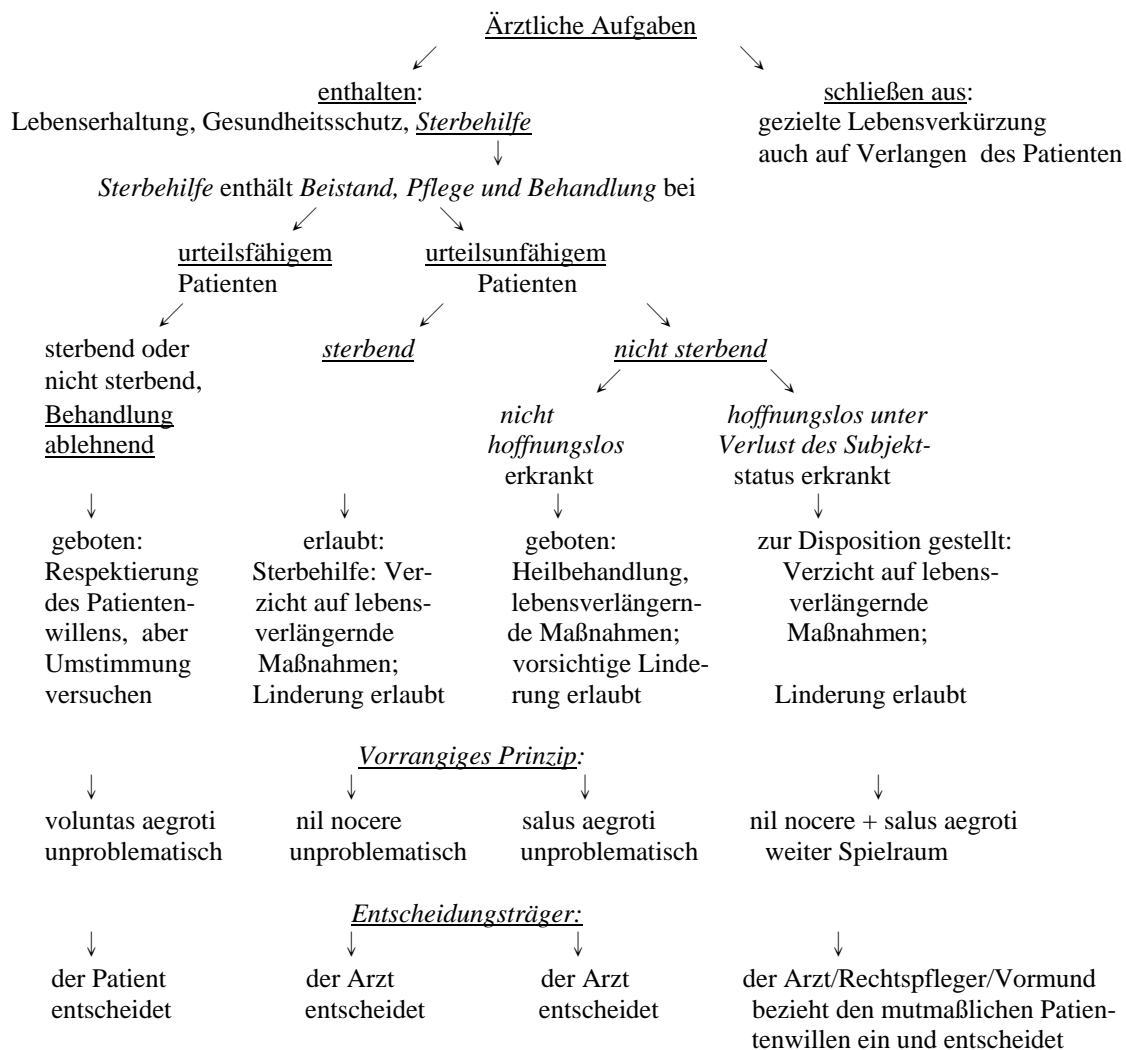
	A)) paternalistisch	B)) Enge/weite Normativität B1), B2), B3)	C)) Individuum als Normgeber
Was will erreicht werden?	der gute Tod des Sterbenden	Recht auf würdiges Sterben	Beachtung des subjektiven Willens des Individuums
Bezeichnung und Reichweite der erwünschten/abgelehnten Interventionen	reine Sterbehilfe als normale ärztlich-pflegerische Hilfe bei Sterbenden und Todkranken	erlaubte, ge-/verbotene aktive/indirekte/passive Sterbehilfe bei Sterbenden, bedingt/nicht erlaubt bei Schwerkranken	Sterbebegleitung, Palliativmedizin, Hospizlichkeit in der terminalen <i>und</i> vorterminalen Phase
Ausschluss	Suizidbeihilfe u./oder Tötung auf Verlangen	Suizidbeihilfe u./oder Tötung auf Verlangen	Tötung auf Verlangen
Rolle des Verfügenden	hilfsbedürftig	aufgeklärte, vernünftige, mündige, verlässliche Person	für sich selbst verantwortlich
Anforderung an die Beteiligten	berufsständisch-ethische Haltung; helfen und nicht schaden	Handeln gemäß medizinisch, ethisch, rechtlich, Ge-/Verbotenem	interdisziplinär kompetenter, flexibler Anwalt des subjektiven Patientenwillens
Formale und inhaltliche Anforderungen und Empfehlungen	keine oder unvollständige oder einseitige Modelle; vage Empfehlungen	Bestimmung von Situationen und bejahen/abgelehnten Maßnahmen; mit/ohne Schriftform; regelmäßige Erneuerung	gewichteter Katalog subjektiver Werte und authentische Beschreibung der eigenen Wertvorstellungen gewinnt gegenüber den Formalien an Bedeutung
Rechtlicher medizinischer/moralischer Status der Verfügung	unbeachtlich unnötig weites Konzept: gelobt/beargwöhnt	eng/weit bindend eng/weit relevant Versuch des Verzichts auf Moraluweisungen	positiv bindend individuelle Wertrangliste bindet die moralische Bewertung bleibt dem Individuum überlassen
Welches Problem wird gelöst?	konstitutiv für den moralischen Status der Organisationen und ihrer Sprecher	konstitutiv für den sachlichen Status von Organisationen und ihrer Sprecher	konstitutiv für das sich gegenwärtig je neu in die Zukunft entwerfende Subjekt
Gesetzliche Regelung fordern:	humanistische NGOs und einzelne Rechtsexperten	NGOs, interdisziplinäre Arbeitsgruppen	fast alle mit dem Thema befassten Organisationen

### A)) Paternalistische Variante der Vorsorgemodelle

„Verbindlich ist die frühere Erklärung schon deshalb nicht, weil sie zu jeder Zeit rückgängig gemacht werden kann [...]“ (BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1979): Richtlinien zur ärztlichen Sterbehilfe).

Der paternalistischen Variante A)) der Vorsorgemodelle sind hier Verfügungsmodelle zugeordnet, die sich dadurch auszeichnen, den guten Tod im Rahmen des berufsständischen Ethos durch Gewähren von Hilfe und Vermeiden von Schaden als reine Sterbehilfe zu ermöglichen. Dies wird durch Einschub der Abbildung 2 verdeutlicht:

Abbildung 2: Patientenkategorien und Handlungsanweisungen -Richtlinien für die Sterbehilfe der BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1979)



Nach diesem Beispiel der BÄK-Richtlinien von 1979 kann ausschließlich der entscheidungsfähige Patient seinem Selbstbestimmungsrecht Geltung verschaffen, indem er durch Nichteinwilligung in ärztliche Behandlungsvorschläge den Behandlungsvertrag beendet. Über die Behandlung entscheidungsunfähiger Patienten entscheidet hingegen der Arzt *lege artis*. Dies bedeutet im paternalistischen Kontext, nicht nach dem Grund-

satz *voluntas aegroti*, also nach einem vorausverfügten Patientenwillen, sondern nach dem durch die Regel des *nil nocere* präzisierten hippokratischen Prinzip des *salus aegroti, also des Patientenwohls*, zu entscheiden. Bei Sterbenden darf der Arzt auf eine - ohnehin nicht indizierte - lebenserhaltende Behandlung verzichten und lindernde Maßnahmen anwenden. Zwar schwerst, aber nicht hoffnungslos erkrankte Patienten muss er – gemäß jenem ärztlichen Selbstverständnis und unter Rekurs auf die rechtliche Bestimmung der *Geschäftsführung ohne Auftrag* - einer Heilbehandlung unterziehen, die seiner Diagnose und Prognose entspricht, und lindernde Mittel vorsichtig anwenden. Bei hoffnungslos irreversibel erkrankten Patienten, die ihre Kommunikationsfähigkeit und damit nach BÄK ihren Subjektstatus verloren haben, darf er auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichten. Zwar soll er dabei den z.B. durch eigene Beobachtung oder von einem evtl. bestellten Vormund oder rechtlichen Pfleger oder vom Pflegepersonal eruierten mutmaßlichen Patientenwillen als Indiz berücksichtigen, aber die Entscheidung bleibt seinem ärztlichen Ermessen überlassen. Von einer *beachtlichen Patientenverfügung* ist hier also nicht die Rede, erst recht nicht von Versuchen ihrer objektiver Normierung.

In diesem paternalistischen Kontext muss es nicht verwundern, dass sich erste Verfügungsmodelle, die den Anspruch auf Beachtlichkeit erheben und zudem nicht nur die Sterbephase, sondern auch vorterminale Krankheitsphasen oder gar Suizidassistenten einbeziehen, wie erratische Blöcke ausnehmen.

Dieser Umschwung von paternalistischen auf liberale Vorsorgemodelle wird in der BRD von WILHELM UHLENBRUCK (1978) eingeleitet. Unter Verweis auf amerikanische Vorsorgeinstrumente veröffentlicht der Sozialrechtler ein *Patiententestament mit Vorsorgevollmacht* als Rechtsinstrument zur Durchsetzung des vorsorglich geäußerten Patientenwillens.

Des Weiteren merkt LUDWIG MINELLI (2006), der frühere Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, welche die gesetzliche Regelung der Suizidassistenten fordert, in seinem online veröffentlichten Verfügungsformular an, bereits im Jahr 1981 „die erste Patientenverfügung in Deutschland“ als das „Original“ vorgestellt zu haben, welchem „(a)lle heute sonst vorhandenen Patientenverfügungen (auch die der Schweiz und Österreichs)“ lediglich „nachgemacht“ seien (Klammer im Text).

In jenen beiden Mustern wird die Möglichkeit der *Vorausverfügung* gerade für den Fall des Eintritts der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten vertreten und ihre *Fortgeltung* sowohl bezüglich der terminalen wie auch der vorterminalen Phase verlangt.

In Gegenreaktion auf derart weit konzipierte Modelle veröffentlichen berufsständische und kirchliche Organisationen ihrerseits Verfügungsmuster, welche die Reichweite der vorsorglichen Patientenverfügung auf die Phase des Sterbens und der Todesnähe eingrenzen und darüber hinausgehende Bestimmungen als bloßes Indiz für einen mutmaßlichen Patientenwillen werten. Als Beispiel dafür, wie das geschieht, soll die von dem SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/RAT DER EV-

LUTH. KIRCHE IN DEUTSCHLAND EKD (<sup>1</sup>1999 und <sup>2</sup>2003) gemeinsam in zwei Auflagen herausgegebene Christliche Patientenverfügung betrachtet werden:

In Konkordanz mit der Erklärung der KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE (1980) zur Euthanasie sind in der Christlichen Patientenverfügung die ärztlichen Pflichten hinreichend vage interpretiert, so dass dem Arzt ein weiter Spielraum zur Behandlung Sterbender und Todkranker bleibt. Er muss am besten wissen, was für den Patienten gut ist. Dies kann der umfassend, auch religiös, informierte und gebildete Arzt dank seiner hippokratischen Tugend, dem Patienten nützen und nicht schaden zu wollen, dank seiner Zugehörigkeit zur ärztlichen Bruderschaft, dank seiner Erfahrung und Flexibilität im beruflichen Alltag und dank seines Verständnisses für religiöse Bedürfnisse seiner Patienten. Das Instrument der *Patientenverfügung* erweist sich so als überflüssig. Zusätzlich verliert dieses Rechtsinstrument in der Erstausgabe der *Christlichen Patientenverfügung* (<sup>1</sup>1999) seine rechtliche Relevanz: Dort wird nämlich zwar in der Einführung gesagt, dass die Beschreibung der „konkrete(n) Behandlungssituation“ (: 15) ein notwendiger Verfügungsbestandteil sei, aber im zu unterschreibenden Verfügungsformular selbst wird diese Beschreibung weder genannt, noch ist dafür Raum vorgesehen (: 23).

Insbesondere wird in der Einführung die Möglichkeit in Aussicht gestellt, lebensverlängernde Maßnahmen auch für die *vorterminal* Phase abzulehnen. Im Verfügungsformular jedoch wird auch diese Möglichkeit gar nicht erst genannt – ein Hinweis darauf, dass eine solche Verfügung von den Kirchen für gefährlich gehalten wird (: 23).

Wie sich diese Strategie, einerseits zu versprechen: „Sie sind dabei — Wenn andere für Sie entscheiden müssen“ (: 6), andererseits das Instrument der Patientenverfügung unnötig, rechtlich irrelevant oder gar gefährlich erscheinen zu lassen, nicht auf Dauer bewährt, zeigen Reaktionen auf die Erstausgabe der Christlichen Patientenverfügung:

Kritik übt die EVANGELISCH-LUTHERISCHE LANDESKIRCHE IN THÜRINGEN, KAMMER FÜR SOZIALETHIK (2000) in ihrer *Stellungnahme zur Christlichen Patientenverfügung*. Formale und inhaltliche Mängel stellt sie an der Erstversion der ökumenischen Christlichen Patientenverfügung fest. So schränke sie die Darstellungsmöglichkeit für individuelle Wünsche und Werte auf die Terminalphase ein, mache aber weder diese Einschränkung noch deren rechtliche Folgen explizit. Vielmehr suggeriere sie ein angesichts „1,7 Minuten pro Visite“ ideologisiertes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, ohne Hinweise auf Hospize und Palliativmedizin zu geben. Damit verfehle die *Christliche Patientenverfügung* (1999) ihr vorgegebenes Ziel, die Würde des Sterbenden und infaust Erkrankten zu sichern.

Auch die EVANGELISCH-LUTHERISCHE LANDESKIRCHE IN BAYERN (2002), die bereits 1995 eine Vorgängerversion der Christlichen Patientenverfügung veröffentlicht hatte, rät in ihrer *Handreichung* dringend, alle nach dem Muster der Christlichen Patientenverfügung (1999) erstellten Verfügungen anhand der laufend aktualisierten

Vorsorge-Broschüre des Bayerischen Staatsministerium der Justiz, erhältlich unter [www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de) unter *Service – Vorsorge*, zu revidieren.

Das Zentrum für Medizinische Ethik ZME an der Ruhr-Universität Bochum und zahlreiche weitere Organisationen bestätigen diese Kritik, die aber auch wiederum in sich kontrovers abläuft. So will die Kammer für Sozialethik der EVANGELISCH-LUTHERISCHEN LANDESKIRCHE IN THÜRINGEN (2000: 17) anders als die Organisation BioSkop e. V. (2003) den Patientenverfügungen gerade nicht generell den „Gewinn von Sicherheit, Autonomie und Freiheit“ absprechen und ihnen „eine gefährliche Gewöhnung an Lebens(un)wert-Analysen“ anlasten. Sie will vielmehr pauschalen Abwertungen von Vorausverfügungen „als Rationalisierungsmaßnahme“ und „Einstieg in eine Euthanasie-Gesellschaft“ ebenso entgegentreten wie den Einseitigkeiten der Christlichen Patientenverfügung (<sup>1</sup>1999) mit ihren stoischen Prämissen und „idealisierende(n) Vorstellung von ‚gelingendem Leben‘“. Vor allem will sie sich dem biblischen Versprechen öffnen, wonach es „dem grundsätzlich fragmentarischen Leben des Menschen verheißen ist, im Schalom Gottes seine Vollendung zu finden“ (2000: 20). Interessant an dieser Setzung diesseitiger Erlösungsbedürftigkeit und jenseitiger Erlösungsmöglichkeit ist das Absehen von generalisierenden Moralurteilen<sup>140</sup>. Im Gegensatz zum ökumenischen Verfügungsmodell legt die Kammer ihr genuin *theologisches* Interesse offen, ohne damit der Patientenverfügung ihre *rechtliche* oder *medizinische* Relevanz nehmen und selbst als oberste gesamtgesellschaftliche Spitze fungieren zu wollen.

Die beiden Großkirchen reagieren auf diese kircheninternen und –externen Kritiken mit ihrer vom SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/RAT DER EV.-LUTH. KIRCHE DEUTSCHLAND (1999) rasch nachgeschobenen *Kurze(n) Argumentationshilfe zur Christlichen Patientenverfügung*: Allerdings operieren sie kaum mit Revisionszugeständnissen, sondern mit dem Machtwort der Tautologie: Die Christliche Patientenverfügung enthalte „nicht alle schwierigen Krankheitsfälle - insbesondere apallisches Syndrom und schwerste Hirnschäden“, weil sie sich „ausschließlich auf sterbende Menschen“<sup>141</sup> beziehe. Das heißt: Sie bezieht sich nur auf Sterbende, weil sie sich nur auf Sterbende bezieht. In ihrer 2003 erscheinenden Neuauflage der *Christlichen Patientenverfügung* (<sup>2</sup>2003) lassen die beiden Großkirchen zwar im zu unterschreibenden Verfügungsformular Platz für die Hinzufügung individueller Wünsche. Aber der in der Einführung thematisierte „Verzicht auf umfangreiche medizinisch-technische Behandlung [...]“ (: 10) ist im Verfügungsformular selbst wieder nicht vorgesehen. Verdeckt und ex negativo - „Wenn *Sie* im Feld ‚Raum für ergänzende Verfügungen‘ *keine Angaben* gemacht haben“ (: 20; kursiv: E.K.) –, wird die Verfügung wieder auf die Terminalphase eingeschränkt. Die *Frage*, ob „auf eine mögliche Behandlung verzichtet

---

<sup>140</sup> Eine *Generalisierung* hingegen ist z.B. an der undifferenzierten Bezeichnung des Behandlungsabbruchs bei der Wachkoma-Patientin Terri Schiavo als Mord in der vatikanischen Erklärung *Dichiarazione del direttore della sala stampa della Santa Sede*, DR. JOAQUIN NAVARRO-VALLS vom 31.03.2005 beobachtbar.

<sup>141</sup> Zitiert in der von der EVANGELISCH-LUTHERISCHEN LANDESKIRCHE IN THÜRINGEN, KAMMER FÜR SOZIALETHIK (2000) herausgegebenen *Stellungnahme* (: 8).

oder eine begonnene Behandlung beendet werden soll“ (: 20), wird nicht als auftretende, sondern als kirchlicherseits beantwortete vorgestellt: Indem nämlich die revidierte Christliche Patientenverfügung das *moralische* Argument der „Gewissensüberzeugung der behandelnden Personen“ (: 21) mit der *rechtlichen* Zustimmungspflichtigkeit jeder Behandlungseinleitung bzw. -fortführung gleich stellt, hat sie auf die Frage rechtlicher Validität keine rechtliche, sondern bereits eine *moralische* Antwort gegeben. Auch der Hinweis „Sollte die Klärung des Konflikts nicht durch Gespräche möglich sein, bleibt nur das Beschreiten des Rechtswegs“ (: 21) löst diese Frage nicht, sondern delegiert sie an Andere. Auch das revidierte Modell löst also nicht das Validitätsproblem, sondern schränkt – immer noch verdeckt – eine rechtlich-ethische Wirksamkeit und medizinische Praktikabilität weiterhin so weit ein, dass ein Verfügender anhand *dieses* Modells allein gar nicht erst eine relevante Vorausverfügung bezüglich der vorterminalen Phase formulieren kann. Aber es löst ein anderes Problem: Indem sie sich darin gemeinsam für Gewissensfragen zuständig machen, vernetzen sich die beiden Großkirchen zu einer neu, nämlich ökumenisch figurierten, moralischen Instanz.

Jene Strategie der Phase 1, sich unbestritten als moralisch hoch stehende Institution zu präsentieren, ergreift auch eine sich dezidiert *nicht* als christlich, sondern als *humanistisch* bezeichnende NGO, die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN DGHS. Auch sie verlegt sich auf Generalisierung, wenn sie in „*Patientenverfügung - Verfügung zur Heilbehandlung gemäß §§ 133 und 1901 Abs. 2 BGB*“ (o. J.) die vorformulierte Erklärung mit dem Satz „*Ich bin Mitglied der DGHS*“ beginnt - als reiche diese Feststellung bereits aus, um den darauf folgenden *vorformulierten* Sätzen rechtliche, ethische und individuelle Relevanz zu geben. Vorformulierte Sätze lassen den Verfügenden versichern, er habe sich „*kompetent erkundigt und ärztlich aufklären lassen*“ und lehne „*(w)eitere Aufklärungsversuche [...] deshalb ab*“, er verzichte „*auf etwaige Restchancen [...], die bei Nichtbeachtung meiner diesbezüglichen Verfügung bestünden*“ und nehme „*Risiken und Gefahren dieses Patientenschutzbriefes*“ selbst in Kauf. Der Nebensatz „*es sei denn, dass ich ausdrücklich persönlich darum ersuche*“ revidiert diese Festlegung nicht, denn wonach kann ein Patient noch fragen, der sich Hinweise auf eventuell doch noch relevante Kriterien für eventuelle Nachfragen bereits verboten hat? Mit diesen Vorgaben hält die DGHS ihre Mitglieder vielmehr dazu an, ihr Gefolgschaft zu leisten und den organisationseigenen Kompetenzstatus zu festigen <sup>142</sup>. Erst mit ihrer Hinwendung zu differenzierterer Themenbearbeitung an empirisch gestützten Analysen zum Suizid, wie z.B. unter der Mitwirkung ihres Vorsitzenden HERMANN POHLMEIER e. a. (1996), treten Sprecher dieser Organisation in die sachliche Argumentationsweise der Phase 2 ein.

Auch *Euthanasie und Suizidbeihilfe ablehnende* NGOs präsentieren sich als *zentrale* Moralinstanzen. So führt die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG ihr Verfügungsmodell als *das* einzig sichere Verfügungsmodell vor, indem sie *jede* Sterbehilfeform anhand

---

<sup>142</sup> Die von Mitgliedern der DGHS praktizierte widerspruchslöse Hinnahme dieses Formulartextes, der die *Kontinuität* einer Entscheidung annimmt, zeigt, wie gern wir an die intrinsische Gutheit einer solchen Kontinuität glauben.

ausgewählter niederländischer Forschungsergebnisse als hoch gefährlich kennzeichnet. Darauf, dass bislang deutsche Ärzte nie nach selbst durchgeführten *lebensverkürzenden Behandlungen* gefragt wurden, geht sie nicht ein. Vielmehr stellt sie in Verbindung mit vielversprechenden Wortschöpfungen ihre „Medizinische Patientenanwaltschaft“ als gebotene Absicherung gegen Missbrauch dar.

Eine sachlich differenziertere Darstellung der *von ihr* vertretenen Reichweitenbeschränkung einer Patientenverfügung bietet die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG hingegen – später ? - in ihrem *Schema zur Durchsetzung des Patientenwillens* (o. J.). Dort unterscheidet sie zuerst eine medizinisch-pflegerisch festzulegende terminale von einer vorterminalen Phase. Hinsichtlich der vorterminalen Phase unterscheidet sie nochmal nach entscheidungsfähigen und entscheidungsunfähigen Patienten. Für diese zweifach ausselegierte Gruppe entscheidungsunfähiger, nicht in der Terminalphase befindlicher Patienten verlangt sie die *vormundschaftsgerichtliche Genehmigung* eines Behandlungsabbruchs, und zwar auch dann, wenn in einem obligatorischen klinischen Ethikonsil der *Konsens* aller Beteiligten zur Übereinstimmung des Patientenwillens mit einem Behandlungsabbruch erreicht worden ist. Schließlich tritt die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (2004b) selbst als Kritikerin vereinseitigender Reichweitenbeschränkungen auf: In ihrer Pressemitteilung bezeichnet sie die ansonsten gelobten Gesetzesvorschläge der Enquete-Kommission gerade wegen ihrer Reichweitereinschränkung auf die terminale Phase als „*an den Wünschen der Menschen vorbei*“ gehend: „*Allein die Nähe zum Tod darf nicht darüber entscheiden, ob eine Patientenverfügung umgesetzt wird.*“ Eine Patientenverfügung sei vielmehr dann verbindlich, wenn sie strengen Qualitätskriterien – das heißt allerdings hier wieder: denen *dieser* Organisation - gerecht werde.

Diese Beispiele paternalistischer Varianten von Verfügungsmustern weisen also starke Gemeinsamkeiten mit den der *Phase 1* zugeordneten organisationellen Verlautbarungen zur Sterbehilfe hinsichtlich ihrer Vagheiten, problemlosen Selbstverständlichkeiten und – verdeckten – Asymmetrien auf (s. Abschnitt 2.2). Vor allem aber indem jene Organisationen als Moralregeln setzende Institutionen auftreten, erlauben sie dem Arzt einen weiten Handlungsspielraum – im Rahmen der *von ihnen* gesetzten Kriterien. Angesichts vielfältiger Kritiken kommen sie freilich nicht mehr umhin, ihre Modelle durch rechtliche, medizinische und ethische Expertise ständig nachzujustieren. Daher werden nun andere Versuche, Verfügungsmodelle *von vornherein* objektiv zu normieren, an Varianten *differenzierter* Verfügungsmodelle gezeigt.

B)) *Enge und weite Vorsorgevarianten objektiver Normativität (Abb.1 Rubrik B))*  
 „Die Beachtung einer Patientenverfügung kann also gerichtlich erzwungen werden.“  
 (PUTZ, WOLFGANG/STELDINGER, BEATE 2005)

Der Gruppe objektiver Normativität sind hier Verfügungsmodelle und Ausgangspositionen solcher Organisationen zugeordnet, die sich, wie in Abbildung 1 unter der Rubrik B)) gezeigt, durch Differenzierung von Sterbehilfeformen einen Status sachlicher Kompetenz schaffen wollen, ohne moralische Beurteilungen abzugeben. Dazu unterscheiden sie erstens in ihrem jeweiligen Verfügungsmuster erlaubte und gebotene indi-

rekte und passive Sterbehilfe bei Sterbenden, bedingt erlaubte bei Schwerkranken, und verbotene oder – je nach Rechtslage – straflose oder bedingt strafbefreite Suizidbeihilfe sowie verbotene bzw. bedingt strafbefreite Lebensverkürzung auf Verlangen. Zweitens weisen sie diesen Sterbehilfeformen die – je nach ihrer Einstellung hinsichtlich der Reichweite *weit* oder *eng* gefasste - Möglichkeit der vorsorglichen Ablehnung einer vom Arzt verordneten lebenserhaltenden Behandlung zu. So muss es nicht verwundern, dass sich in den Empfehlungen dieser Modelle der oben der Phase 2 zugeordnete *dichotome* Sterbehilfediskurs spiegelt.

In Punkt B1) werden nun *rechtliche Ausgangspositionen* für die Festlegung der Reichweite, Geltung und Durchsetzung von Patientenverfügungsmodellen vorgestellt. In Punkt B2) werden Modelle gezeigt, die sich um valide Konzeptionen von Patientenverfügungen im Rahmen *aktuell geltenden Rechts* bemühen. In Punkt B3) werden *Entwürfe für eine gesetzliche Regelung* der Patientenvorsorge verglichen.

### *B1) Rechtliche Ausgangspositionen objektiver Normierung*

Bei den um objektive Normierung bemühten Verfügungsmodellen besteht Ähnlichkeit hinsichtlich ihrer Zielvorgabe, das Selbstentscheidungsrecht sowohl eines entscheidungsfähigen als auch eines entscheidungsunfähigen Patienten zu achten *und* seine Unversehrtheit und sein Leben zu schützen. Diese Varianten berufen sich auf Artikel 1 und Artikel 2 Absatz 2 GG, wobei zum Schutz des Rechts auf Entfaltung der Persönlichkeit auch die - zumindest bedingte - Beachtung des Patientenwillens gezählt wird.

Konsens besteht hinsichtlich des *Verbots der „Tötung auf Verlangen“* gemäß § 216 StGB. Analog zum weltweiten, nur in wenigen Staaten unter Kautelen modifizierten Verbot der Euthanasie wird in nahezu allen Verfügungsmodellen den Verfügenden die explizit vorformulierte Ablehnung absichtlicher Lebensverkürzung in den Mund gelegt. Eine ärztliche Maßnahme, die in ihrer unbeabsichtigten, aber bekannten Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann oder ein Behandlungsverzicht, welcher die Vermeidung des Todeseintritts durch lebenserhaltende Behandlung aufhebt, wird ausdrücklich nicht als aktive Sterbehilfe, sondern als rechtlich zulässige *indirekte* bzw. *passive* Sterbehilfe<sup>143</sup> bezeichnet.

Die Definition der ausdifferenzierten Sterbehilfeformen wird aus höchstrichterlichen Entscheidungen übernommen. Im Krankenschwester-Urteil des BGH vom 08.05.1991 - StR 37, 376 - ist „Sterbehilfe [...] nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maß-

---

<sup>143</sup> Wie *hoch willkommen* diese Unterscheidungsweise in normativen Kontexten ist, zeigt sich z.B. am Rekurs des Verfügungsmodells des BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUMS DER JUSTIZ (2001, September 2005) auf *höchstrichterliche Urteile*, obwohl der BGH (1994) in seinem diesbezüglichen Kemptener Urteil den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bei einer *noch nicht* sterbenden Patientin ausdrücklich *nicht* der *passiven* Sterbehilfe zuordnet, sondern „*angesichts der besonderen Umstände*“ als „*zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme*“ bezeichnet, welche in einem *Einzelfall* im Einklang mit dem mutmaßlichen Willen der Patientin *ausnahmsweise* erlaubt sei.



nahmen zulässig, um dem Sterben - ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation - seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“

Im Dolantin-Urteil BGH vom 15.11.1996 - 3 StR 79/96 - wird die indirekte Sterbehilfe als erlaubte potente, möglicherweise lebensverkürzende Symptomkontrolle beschrieben. Das Kemptener Urteil des BGH vom 13.09.1994 - 1 StR 357/94 - wird in Verfügungsmodellen häufig als Beispiel für die Erlaubtheit passiver Sterbehilfe zitiert, obwohl der Strafsenat selbst, wie oben angemerkt, angesichts der im verhandelten Fall noch nicht eingetretenen Sterbephase einen Behandlungsverzicht gerade nicht als passive Sterbehilfe im eigentlichen Sinn, sondern schlicht als *Sterbenlassen* bezeichnet.

Allerdings ist, wie gezeigt, Euthanasie und/oder Suizidassistenz in einigen Staaten im Rahmen gesetzlich vorgeschriebener Kontrollverfahren unter Kautelen von der Strafverfolgung frei gestellt. Diese Kontrollgesetze können freilich weder die versprochene Patientenautonomie noch den versprochenen Lebensschutz garantieren: Zum einen kann aus keinem dieser Kontrollgesetze ein *Anrecht* des Patienten auf eine Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe abgeleitet werden. Zum anderen verlangt zwar eine der Kautelen, dass der Patient den Sterbewunsch *selbst aktuell* äußert oder – z.B. gemäß dem niederländischen Gesetz zur Kontrolle der Euthanasie (2002) - *selbst vorsorglich schriftlich erklärt hat*. Aber wie anhand des Verlaufs der niederländischen Gesetzgebung und der Euthanasiepraxis bereits gezeigt, wird dort die Sorgfaltskautel der höchstpersönlichen freien Entscheidung weder bei der neuen gesetzlichen Regelung der Tötung schwerst geschädigter Neugeborener befolgt, noch steht sie bei einer immer wieder von Ärzten selbst zugegebenen Anzahl von Lebensbeendigungen bei komatösen Patienten an oberster Stelle.

Dieser ärztliche Paternalismus wird in Deutschland einerseits als *allerorten* geübte und geduldete Erleichterung des Sterbevorgangs, andererseits als nationalsozialistische Euthanasiepraxis bezeichnet. Als dementsprechend problematisch werden gerade in der BRD solche Verfügungsmodelle gewertet, die nicht nur für die terminale, sondern auch für die vorterminale Phase die Option des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen offen halten wollen. Dementsprechend unterschiedlich werden weitere Gesetzestexte interpretiert:

*Unterschiedlich* wird z.B. die Hilfspflicht aller Garanten gemäß § 323c StGB gewertet. So halten einige Organisationen diesen Paragraphen immer für bindend, während nach WOLFGANG PUTZ und BEATE STELDINGER (2003: 196) der einen Suizid planende Patient seinen Arzt unter Rekurs auf §§ 223 bis 228 StGB (Körperverletzung) schriftlich von seiner Garantenpflicht und damit von der Pflicht, invasive Rettungsmaßnahmen einzuleiten, entbinden könne.

Unterschiedlich wird auch das seit 1. Januar 1992 in Kraft getretene und 1998 und 2005 nachgebesserte, in §§ 1896 ff BGB verankerte Betreuungsrecht gewertet, welches die Vormundschaft und die Pflegschaft bei Volljährigen ablöst. Manche Verfügungsmodelle verweisen nur auf § 1896 Absatz 2 Satz 2 BGB bzw. § 1901 BGB, wo – der gericht-

lichen Bestellung eines *rechtlichen Betreuers* vorgeordnet – die *Bevollmächtigung* einer oder mehrerer Vertrauensperson für genau bezeichnete Lebensbereiche geregelt ist. Weit gefasste Verfügungsmodelle stützen sich zusätzlich auf zivilrechtliche Regelungen wie z.B. §§ 823 ff BGB zur Schadenersatzpflicht bei Körperverletzung und § 1004 BGB zum Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch bei Zwangsbehandlung.

*Dissens* besteht insbesondere schon längere Zeit darüber, ob § 1904 BGB, der die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Zustimmung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten zu gesundheits- oder lebensgefährdenden ärztlichen Maßnahmen regelt, analog auf den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen angewendet werden muss. Insbesondere die analoge Anwendung von Absatz 2 § 1904 <sup>144</sup> auf einen Behandlungsabbruch wird mit dem moralisch-intuitiven Argument der *Unärztlichkeit* vertreten, welches aber in *rechtlichen* Auseinandersetzungen nicht verfehlt. Dass die Analogiethese weder zur Untermauerung rechtlicher noch moralischer Intuition taugt, zeigt der Blick auf einige Texte aus der Geschichte dieses Analogiestreits:

Zunächst spricht sich z.B. der BGH (1994) mit dem „Erst-recht“-Argument zugunsten der Analogiethese aus: Wenn nach § 1904 BGB schon die Zustimmung des rechtlichen Pflegers zu einer lebensgefährlichen *Heilmaßnahme* der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfe, dann sei diese Vorschrift „(n)ach ihrem Sinn und Zweck [...] in Fällen der Sterbehilfe jedenfalls dann – erst recht – entsprechend anzuwenden“. Er minimiert diese Analogie jedoch sogleich durch Rekurs auf das „Selbstbestimmungsrecht des Patienten [...], gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden darf.“ Schließlich lässt der BGH (1994) die Analogiethese völlig verschwinden hinter der an den behandelnden Arzt und den Betreuer gerichteten Forderung, gemäß dem – besonders hohen Anforderungen zu unterstellenden - *mutmaßlichen Patientenwillen* entscheiden zu müssen.

Zwar wird die Analogiethese in rechtsethischen Analysen z.B. bei JOHANNES HEYERS (2001: 351) auch befürwortet und ihre Anwendung z.B. von JOCHEN TAUPITZ (2000: A 128) gefordert. Aber wie in GEISSENDÖRFER, SILKE E./MAY, ARND T./PUTZ, WOLFGANG (2002) zusammengestellt, wird der Analogieschluss schon durch die Mehrheit der Vormundschafts- und Amtsrichter mit dem Argument, nicht Richter über Leben und Tod sein zu wollen, abgelehnt. Sie verlangen, dass sich Arzt, Betreuer bzw. Bevollmächtigte und Angehörige über den mutmaßlichen Willen des Patienten einigen (: 113-116).

---

<sup>144</sup> Seit 01.01.1999 gilt nach § 1904 BGB: (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

Schließlich beendet der BGH diesen Analogiestreit, wie oben bereits dargestellt, durch das tautologische Machtwort seines Urteils vom 17. März 2003 XII ZB 2/03, welches das an das Betreuungsrecht gebundene Vormundschaftsgericht für Betreuungsfragen *zuständig* macht.

In Ratlosigkeit stürzt diese Entscheidung insbesondere die Anhänger der Analogiethese. Aber auch solche Rechtswissenschaftler und -Praktiker, die keine Analogie zwischen lebensgefährlicher Behandlung und Behandlungsabbruch herstellen, sondern einer vorsorglichen Verfügung so hohe Bindungswirkung zuweisen, dass die Einschaltung der Vormundschaftsgerichte auf ein Minimum reduziert werden kann, beurteilen – und nutzen – diese Entscheidung in unterschiedlicher Weise:

Begrüßt wird das BGH-Urteil (2003) z.B. von dem Palliativmediziner GIAN DOMENICO BORASIO e. a. (2003) und der Hausärztin Dr. MARIA HUSSAIN (2003: A 2572). Diese *ärztlichen* Statements gehen von der Validität des Patientenwillens und dem Verantwortungsbewusstsein der Entscheidungsträger aus und geben schon damit der Analogiethese keinen Raum. Wie die Analogisierung des § 1904 BGB auf den Behandlungsabbruch *richterrechtlich* abgewehrt und statt dessen die Geltung des Patientenwillens gestärkt werden kann, zeigen WOLFGANG PUTZ und BEATE STELDINGER (2005): In ihrer Pressemitteilung führen sie als logisches Anfangsglied in der Reihe höchstrichterlicher Entscheidungen zur Stärkung des Patientenwillens das BGH-Urteil (1994) vor, welches dem vorsorglich geäußerten Patientenwillen zuerst *strafrechtliche* Entschuldungswirkung verliehen habe. Auf Betreiben der Kanzlei Putz-Steldinger sei im BGH-Urteil (2003) die *betreuungsrechtliche* Bindungswirkung der Patientenverfügung und im BGH-Urteil (2005) die *zivilrechtliche Durchsetzbarkeit* der Patientenverfügung gefestigt worden. Dort ist von einer Analogie überhaupt nicht mehr die Rede. Vielmehr wertet der BGH die ohne oder gegen die Einwilligung des Patienten „mit Hilfe einer Magensonde durchgeführte künstliche Ernährung“ als „Eingriff in die körperliche Integrität“ und somit als „rechtswidrige Handlung“, „deren Unterlassung der Patient [...] verlangen kann“, und zwar auch dann, wenn „die begehrte Unterlassung – wie hier – zum Tode des Patienten führen würde.“

Indem der BGH (2005) die Argumente der körperlichen Integrität und Selbstbestimmung auf ihren Rechtscharakter reduziert, kann er sie als „*das Recht* des Patienten zur Bestimmung über seinen Körper“ (kursiv: E.K.) heranziehen. Ebenso unproblematisch kann er den Pflegekräften unter Rekurs auf ihren *Rechtsstatus* zugestehen, „in ihrer beruflichen Tätigkeit“ als „Träger der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG)“ auftreten zu können. So räumt er ihnen einerseits ein auf ihre eigene Person bezogenes Selbstbestimmungsrecht ein, ohne andererseits konzедieren zu müssen, „dass damit auch ihre ethischen oder medizinischen Vorstellungen vom Schutzbereich des Art. 1 Abs. 1 GG umfasst sind oder mit dem verlangten Unterlassen in diesen Schutzbereich eingegriffen würde“. Vielmehr finde ihr Ermessen „am entgegenstehenden Willen des Klägers bzw. des für ihn handelnden Betreuers – also an den „Rechten anderer“ (Art. 2 Abs. 1 GG)

seine Grenze“ (runde Klammer: im Text). Dilemmata werden in diesem Urteil nicht sichtbar. Das Gericht spricht nicht vom *ganzen* Menschen. Indem es sich auf Rechtsargumente beschränkt und Anderes, etwa moralische Intuitionen, ausblendet, konzentriert es sich nur auf *Rechtspersonen*.

Dass aber die in der Folge des Analogiestreits erlassenen Urteile keine *notwendige* Reihe rechtlicher Entscheidungen darstellen, zeigt die Abweisung der ebenfalls von der Rechtsanwaltskanzlei WOLFGANG PUTZ und BEATE STELDINGER eingebrachten, konsequent an das Urteil des BGH (2005) anschließenden Klage gegen das Pflegeheim auf eine haftungsrechtlich begründete Zahlung von Schmerzensgeld an die Familie des inzwischen verstorbenen Patienten. Mit der Abweisungs begründung, die Gewissensentscheidung der Pflegenden dürfe zwar nicht zu Zwangsbehandlung führen, aber eine Gewissenseinstellung begründe nicht die Verpflichtung zur Zahlung von Schmerzensgeld, wird vielmehr sichtbar, wie sich Gerichte auf Dies, aber auch auf Anderes berufen, oder Dies einmal bestätigend, ein anderes Mal ablehnend einsetzen können. Der Analogiestreit wird also zwar *strukturell* konsistent, nämlich immer unter Rekurs auf Gesetze oder Gerichtsurteile <sup>145</sup>, und damit auf der *Sachebene* nachvollziehbar, zum Verschwinden gebracht. Dennoch bleibt die Analogiethese dort Streitpunkt, wo sie *inhaltlich* mit jeweils *gelegenen moralischen Aspirationen verbunden* und dementsprechend *kontingent* kommuniziert wird.

*Kritisiert wird das BGH-Urteil (2003) von NGOs, welchen die Stärkung des Patientenwillens entweder zu weit oder nicht weit genug geht. Auch juristische Experten üben Kritik. So wirft z.B. der Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof a. D. KLAUS KUTZER (2003a: 209) dem BHG vor, die Wirksamkeit der Patientenverfügung zu begrenzen und die Vormundschaftsrichter zu überfordern, indem er diese dazu verpflichte, im Konfliktfall Behandlungsabbrüche zu erlauben oder zu verbieten. Weder dürfe, wie KLAUS KUTZER (2003b) formuliert, der „Vormundschaftsrichter als "Schicksalsbeamter"“ (: 213) missbraucht noch das Vertrauen der Bevölkerung in die „Unverbrüchlichkeit der Patientenverfügung“ zerstört werden (: 215). Da es gerade nicht darum gehe, was für Vormundschaftsrichter und Verfügende zumutbar sei, sondern darum, was – medizinisch und rechtlich - „sachgerecht“ sei (: 214), dürfe der Staat gegenüber der für das Thema Euthanasie und Sterbehilfe sensibilisierten deutschen Bevölkerung nicht schweigen, sondern müsse „Maß“ und „Form“ der Selbstbestimmung *gesetzlich* regeln (: 209).*

---

<sup>145</sup> Ein Beispiel für die Konsistenz der Struktur und für die Kontingenz der Inhalte gerichtlicher Entscheidungen bietet der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts BverfG vom 30. 1. 2002 - 2 BvR 1451/01. Im Gegensatz zu späteren BGH-Urteilen (2003 und 2005) weist es eine Beschwerde gegen amtsgerichtlichen Nichteröffnungsbeschluss und landgerichtliche Beschwerdeverwerfung zweifach zurück. Erstens argumentiert es, nicht für rechtstatsächliche Beurteilungen zuständig zu sein. Zweitens bekräftigt es den amtsgerichtlichen Nichteröffnungsbeschluss, da nicht gegen Verfassungsrecht verstoßen worden sei: Die „Annahme des behandelnden Arztes“, „die in der Patientenverfügung aufgestellten Voraussetzungen für den Abbruch einer künstlichen Ernährung hätten mangels Lebensbedrohlichkeit des Gesundheitszustandes nicht vorgelegen“, habe nicht „mit hinreichender Sicherheit“ widerlegt werden können. Das BVerfG urteilt also zwar ausschließlich rechtlich. Aber es kommt darauf an, auf *welche* der vorhergehenden Entscheidungen es sich jeweils beruft.

Eine „(b)edenkliche Aushöhlung der Patientenrechte“ hält auch der Arztrechtler Wilhelm Uhlenbruck (2003: 1710) den Gerichten vor, wenn sie die Bindungswirkung einer vorsorglichen Verfügung gerade für den Konfliktfall, für den sie ja verfasst sei, aufheben. Da gerade die Pflegekräfte weder gesetzlich verpflichtet seien noch durch die Gerichte gezwungen würden, einen vom Bevollmächtigten aufgrund des Patientenwillens geforderten Behandlungsabbruch umzusetzen, sei von den jährlich 140 000 neu gelegten PEG-Sonden eine Entfernung auch dann nicht zu erwarten, wenn sie widerrechtlich ohne oder gegen den Willen des Patienten gelegt wurden und ein „rechtswidriger Zustand [...] manifestiert“ worden sei. Zumindest solle daher *der Staat* die Pflegekosten übernehmen, um nicht Familien mit ruinösen Belastungen zu belegen (: 1712).

Die *Forderung* einer *gesetzlichen Regelung* des Patientenwillens und Vorarbeiten zu einer Systematisierung der Patientenvorsorge gehen also zunächst von einzelnen Rechtsexperten und NGOs aus. Die z.B. von JÜRGEN BAUMANN e. a. (1986) ausgearbeiteten Analysen und Gesetzesvorschläge zur Stärkung des Patientenwillens werden von den Kirchen, sowie ärztlichen, pflegerischen und juristischen Standesorganisationen und einer Reihe auch politisch etablierter Juristen nicht mitgetragen. So bleibt Organisationen nichts übrig, als jeweils ihr eigenes Vorsorgemodell anzubieten. So bleibt wiederum zur Erstellung einer Patientenverfügung sich veranlasst sehenden Bürgern nichts übrig, als sich, überzeugt vom guten Namen einer Organisation, auf *deren* Vorsorgemodell zu verlassen oder aus den in ständig anwachsender Anzahl erscheinenden und immer komplexer und umfangreicher aufgebauten Vorsorgemodellen ihr eigenes Modell zusammenzustellen.

Wie in dieser gesetzlich offenen Situation versucht wird, Vorsorgemodelle zu schaffen, die von paternalistischen Strategien Abstand nehmen und im Rahmen *geltenden* Rechts und medizinischer Gegebenheiten dem Patientenwillen ohne Verletzung ethischer Einsichten zur Durchsetzung verhelfen wollen, soll nun anhand einiger *Beispiele* gezeigt werden.

## B2) Um objektive Normierung bemühte Vorsorgemodelle

*Ein cursorischer Blick* auf die um objektive Normierung bemühten Vorsorgemodelle zeigt, dass diese nicht nur die drei Elemente Vollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung enthalten, sondern diese Elemente auch aufeinander beziehen. Formblätter für die Patientenverfügung werden entweder als ergänzender Zusatz zu einer gemäß Betreuungsrecht *vorrangig* empfohlenen Vollmacht<sup>146</sup> für Fälle der Altersgebrechlichkeit, Krankheit und Pflege geführt und durch eine Betreuungsverfügung er-

---

<sup>146</sup> Der Vorrang der Vollmacht gegenüber der gesetzlichen Betreuung eines Volljährigen, der bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbstständig regeln kann, resultiert aus dem in § 1896 (2) BGB vertretenen Erforderlichkeitsprinzip. Der Text lautet: Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

gänzt, oder Vollmacht und/oder Betreuungsverfügung sind unmittelbar in das Patientenverfügungs-Formular integriert. Dabei werden die jeweils aktuell geltenden rechtlichen Voraussetzungen, die jeweils neuesten medizinischen Erkenntnisse sowie die vorrangig diskutierten ethischen Einsichten fachlich korrekt benannt und zu berücksichtigen gesucht. Wie detailliert dieses Streben nach Objektivität vor sich geht, wird an der Gestaltung dieser Modelle ersichtlich:

*Spezifische Krankheitslagen* wie z.B. das apallische Syndrom, fortgeschrittene Demenzerkrankungen oder die amyotrophe Lateralsklerose, eine bis zum Tod durch Ateminsuffizienz führende fortschreitende Muskellähmung, werden nicht nur in zahlreichen Modellen namentlich aufgelistet, sondern in einigen ausführlichen Modellen auch gruppiert und zu Bausteinen formiert, die im Hinblick auf bestehende Vorerkrankungen wahlweise zur Erstellung einer individuellen Patientenverfügung verwendet werden können. So gibt es Bausteine für Gruppen hirnrorganischer, neuronaler, Herz-Kreislauf-lokalisierter, tumorbildender und unfallbedingter Krankheiten bzw. Verletzungen. *Bausteine* werden auch für den Fall aktueller Erkrankungen auf Stadien

- der terminalen Phase,
- der zwar vorterminalen, aber absehbar infaust und irreversibel auf den Tod zugehenden mit Komplikationen einhergehenden Phase bezogen sowie für
- Krankheitszustände ohne Einschränkung auf Art und Stadium der Krankheit vorgesehen.

Bausteine, die über detaillierte Wünsche zur (Nicht-)behandlung in Not- oder Komplikationsfällen hinaus die namentliche Nennung von Spezialisten und deren unterschriftliche Bestätigung, im Notfall zur Verfügung zu stehen, vorsehen, sollen die Planung einer umfassenden Palliativversorgung gewährleisten. Zusätzlich sollen *Werte-Listen* den individuellen Patientenwillen dokumentieren.

Diese von Auflage zu Auflage der jeweiligen Organisationen immer detailreicher werdenden Teil- und Hauptlisten und/oder Einzelbausteine führen allerdings zu der von CARDIO NEWS (06/2004: 8) aufgedeckten paradoxen Situation, allein anhand der Bausteine-Version der ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE AM LEBENSSENDE (2004) „rund 170 Kombinationsmöglichkeiten“. Längst kommt es also zu einer Inflation unterschiedlicher detailreicher Patientenverfügungen. Das Phänomen anwachsender Komplexität geht allerdings einher mit einer Fülle an Wahlmöglichkeiten, welche die paternalistischen Modelle nicht bieten.

Wie sich nicht nur zwischen, sondern innerhalb von Organisationen ein Übergang von paternalistischen zu rechtlich und medizinisch valide normierten Verfügungsmodellen ankündigt und auch fortsetzt, soll nun am Beispiel zweier Organisationen gezeigt werden, nämlich an den von der BÄK seit 1998 veröffentlichten Wegweisern und Handreichungen und an der vom BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ (Hg.) (2001, seitdem immer wieder aktualisiert) herausgegebenen Broschüre *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*.

Eine Zusammenschau der BÄK-Richtlinien und Grundsätze (1998, 1999, 2003 und 2004) macht klar, dass es der Bundesärztekammer um eine neue Festigung des *Arzt-Patient-Verhältnisses* geht. Dabei sollen die Ärzte von dem in den Richtlinien von 1979 bis 1996 noch ausgeprägten Paternalismus ablassen. Aber sie werden nicht, wie die DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (o. J.: 4) verspricht, aus Situationen herausgeführt, in denen sie „die Orientierung verlieren“. Dies schaffen weder die fortgeschriebenen BÄK-Richtlinien noch die von anderen Organisationen angebotenen Durchführungsschemata und Analysen des Richterrechts. Vielmehr zitiert EGGERT BELEITES (2003) Befragungsergebnisse, wonach ein erheblicher Teil der Ärzte unter Unsicherheit u. a. im Umgang mit Willensdurchsetzung und Patientenverfügungen leide. Daher fasst EGGERT BELEITES (2003) die *Grundsätze* (1998) und *Handreichung* (1998) der BÄK in „Kernaussagen“ zusammen und stellt sie unter der Prämisse „(k)ein Behandlungsabbruch, sondern Änderung des Behandlungsziels – von kurativ zu palliativ“. Er fordert die Ärzte zu neuem Begriffsgebrauch - „(s)tatt Sterbehilfe Sterbebegleitung“ - und zum „Bekenntnis zur Behandlungsverpflichtung“ unter dem Motto „Wachkomapatienten sind Lebende“ auf, wobei er die „Betonung des Selbstbestimmungsrechtes“ und die Anerkennung der „Patientenverfügungen als wesentliches Instrument zur Willensbestimmung“ in den Vordergrund stellt. Aber zugleich lässt er dieses Instrument geradezu irrelevant werden, indem er das Gebot immerwährender Behandlung mit dem Gebot „Unverzichtbare Basisbetreuung“ bei Sterbenden wie bei Lebenden so vage verbindet, dass *der Arzt* entscheiden kann und muss, wann eine volle Volumensubstitution oder eine Beschränkung auf das „Stillen von Hunger und Durst“ *indiziert* oder *nicht indiziert* ist. Die Beachtlichkeit der Patientenverfügung fällt damit hinter die der ärztlichen Indikation zurück.

Auch die Bundesärztekammer *oszilliert* also bei ihrer Auslegung der Geltung einer Patientenverfügung zwischen Paternalismus und Kompetenzzugeständnissen, bis sie sich dann in ihrer nachgebesserten Version der BÄK-Grundsätze (2004) vorsichtig auf die Selbstkompetenz des Verfügenden und aller Beteiligten stützt. Dort verlangt sie jedem Arzt *und* jedem im Voraus Verfügenden ab, sich der jeweiligen Situation flexibel und konstruktiv anzupassen und so als Stabilisator der modernen Sterbebegleitung zu fungieren. *Klar* bleibt die Ablehnung der Euthanasie, wobei aber keine genaue Auskunft darüber erfolgt, was als Euthanasie zu bezeichnen ist. *Unklar* wird jedoch die vormalige Striktheit der Ablehnung der Suizidbeihilfe, wenn EGGERT BELEITES (2004) als langjähriger „Vorsitzender des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer“ nun die Entscheidung des einzelnen Arztes offen lässt. Unter Verweis auf „diverse richterliche und auch höchstrichterliche Urteile“, „Umfragen“, „Fernsehsendungen“ und die „gesetzliche Öffnung zur so genannten Euthanasie“ in Nachbarländern macht er hier neben dem *Weder-noch* ein *Sowohl-als auch* plausibel. Gemäß „zahlreichen Anregungen von Ärzten und Nichtärzten“ will er zwar „die Begriffe ‚Behandlungsabbruch‘ und ‚Sterbehilfe‘“ vermieden wissen, „um klarzustellen, dass Ärzte bis zum Tod behandeln wollen und sollen“, weshalb nur „eine Ände-

„nung des Therapiezieles“ in Form der „Palliativmedizin“ in Frage komme. Aber seine Definition des Begriffs „Sterbebegleitung“ als „ganz einfach jede Form mitmenschlicher Hilfe, die man einem Sterbenden schuldet und die sein Los erleichtern soll“, erlaubt es ihm, trotz offizieller Ablehnung von Euthanasie *und* Suizidbeihilfe, nun erstmals einen Satz zu veröffentlichen, der das generalisierte Standesethos situational nachjustiert: „Das heißt jedoch nicht, dass die Begleitung Sterbenswilliger oder auch die Anwesenheit beim Suizid den Ärzten generell verboten ist“. Dieser neue Satz ergänzt das immer schon notwendige Fungieren des Arztes als Nabe im Rad der Gegebenheiten nun durch die argumentative Bewegung des Einräumens und die Semantik des Begleitens. So gibt er dem ärztlichen Ethos eine neue, offene Form.

Durch diese neue Ethisierung des Hilfebegriffs, der nun innerhalb des semantischen Rahmens von *Begleitung* lokalisiert wird und damit in Richtung einer Semantik sowohl der Selbstentscheidung als auch der Menschlichkeit aufgelöst werden kann, schafft dieses Statement ein interaktives Team aus Arzt und Patient, dem nun *offiziell* ein bis dahin nie derart offen diskutierter *Spielraum* für – aktuelles oder vorsorglich festgelegtes - selbstverantwortliches Handeln freisteht. Besonders interessant an jenem neuen Satz ist, dass die BÄK ihre normierend-objektivierende Argumentationsweise verlässt und eine Arztperson kreiert, die ihre Pflichten in unterschiedlichen Hinsichten *reflektieren* darf. Damit *eröffnet* der Beleitete-Beitrag den Weg zu einer neuen, reflexiven Gruppe von Vorsorgemodellen, die unten in Verbindung mit Vorschlägen zu gesetzlichen Änderungen der Gruppe B3)) zugeordnet sind.

Um *rechtliche* Präzision ist das zweite Beispiel objektiver Normierung, nämlich das BAYERISCHE STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ mit seiner Broschüre *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht Betreuungsverfügung und Patientenverfügung* (hier in der Auflage vom September 2005, 56 Seiten) bemüht. In der ständig weiter aktualisierten Broschüre wird dem Leser gleich zu Beginn klar gemacht, dass die Schweigepflicht den Ärzten verbiete, Angehörigen und Nahestehenden über gesundheitliche Angelegenheiten volljähriger Patienten Auskunft zu geben, und dass Ärzte vor Einsatz gefährlicher Behandlungsmaßnahmen gemäß § 1904 BGB oder vor der Einleitung freiheitseinschränkender Maßnahmen oder vor Unterbringung in geschlossenen Pflege- oder Therapieeinrichtungen gemäß § 1906 (1-4) BGB die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers beantragen müssen, falls keine Angehörigen für diese Angelegenheiten ausdrücklich schriftlich bevollmächtigt sind. Angesichts von mehr als einer Million Betreuungsfällen in der BRD ist damit der Leser auf die Notwendigkeit der Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter vorbereitet.

Neben erläuternden und ergänzenden Elementen enthält dieses Vorsorgemodell drei Formblätter, und zwar in folgender Reihenfolge: Erstens *Vollmacht*, zweitens *Betreuungsverfügung* und drittens *Patientenverfügung*. Jedes Formblatt enthält eine Eingangsfloskel für Angaben zur verfügenden Person und zur Art des jeweiligen Vorsorgeaktes, einen inhaltlichen Teil mit dem jeweiligen Vorsorgeakt, und eine Schlussfloskel zum Einsetzen von Ort, Datum und Unterschrift des Verfügenden.



Das Formblatt *Vollmacht* setzt im *Akt der Vollmachterteilung* - der Brauchbarkeit im Außenverhältnis wegen - keinerlei einschränkende Wirksamkeitsbedingungen, außer dass der Vollmachtnehmer in Besitz des *Originaldokuments* sein muss. Gegenüber der Auflage von 2001 wird in der Auflage vom September 2005 die Geltung der Vollmacht auch auf den Eintritt der *Geschäftsunfähigkeit* des Vollmachtgebers ausgedehnt, damit „eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden“ kann.

Im inhaltlichen Teil sind *Gruppen von Angelegenheiten* wie Gesundheitspflege, Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt, therapeutisch notwendige freiheitseinschränkende Maßnahmen, Wohnungsangelegenheiten, Vertretung bei Behörden und Gerichten, Vermögenssorge und vertretende Übernahme des Post- und Fernmeldeverkehrs vorgesehen, für welche der Vollmachtgeber eine Vertrauensperson zu seiner Vertretung bevollmächtigen kann. Im Gegensatz zur Erstaufgabe umfassen die jeweiligen Vollmachtgruppen der Auflage vom September 2005 zahlreichere und zusätzlich mit Kästchen für Ja- oder Nein-Antworten versehene Details.

Bezüglich der Gesundheitspflege ist in beiden Auflagen die ausdrückliche schriftliche Bevollmächtigung der Vertrauensperson vorgesehen

- zur Einwilligung in lebens- oder gesundheitsgefährdende Heilmaßnahmen unter Verweis auf § 1904 Abs. 1 BGB und

- zur Entscheidung über die Unterbringung in (teil)geschlossene Einrichtungen sowie über die Anwendung therapeutisch begründeter freiheitsentziehender Maßnahmen unter Verweis auf § 1906 Abs. 1 BGB bzw. § 1906 Abs. 4 BGB.

- zur „Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen“, und zwar ohne Rekurs auf § 1904 BGB. Dem widerspricht allerdings, dass im Einleitungsteil der Auflage vom September 2005 dem Satz „Der Bevollmächtigte soll an Ihrer Stelle auch [...] einwilligen dürfen, lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen oder zu beenden“ die Bestimmung folgt, jener brauche „für seine Entscheidung die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts“ (Sept. 2005: 3).

Darüber, ob hier also doch die Analogiehypothese vertreten wird, sagt die Broschüre explizit nichts aus. Vielmehr wird diese Unklarheit *pragmatisch* überdeckt, indem nicht mehr, wie in der ersten Auflage, eine erstellte *Patientenverfügung* lediglich „beachtet werden“ muss, sondern nun der *Bevollmächtigte* dafür *zuständig* gemacht wird, den in der Patientenverfügung „festgelegten Willen durchzusetzen“.

Das an zweiter Stelle angebotene Formblatt *Betreuungsverfügung* enthält das Einverständnis in eine gerichtliche Betreuung, aber auch die Vorsorgemöglichkeit, für den Fall erforderlicher Einschaltung des Vormundschaftsgerichts auf eine erstellte Patientenverfügung hinzuweisen und den Bevollmächtigten als Betreuer vorzuschlagen.

Eine Anleitung mit dem Titel *Eigene Wertvorstellungen* ist vor dem dritten Formblatt eingeschoben. Sie besteht aus Falldarstellungen zu „Grenzsituationen des Lebens“, Aufklärung über mögliche Krankheitslagen insbesondere nach Notfallsituationen und in wachcomaähnlichen Zuständen, und unterschiedlich vorformulierte Antwortmöglich-

keiten zu Fragen bei Behinderung, Hilflosigkeit, und minimaler Chance einer Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben. Diese Anleitung soll vom Verfügenden durchgearbeitet werden, um „(g)rundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben“ anzuregen, der moralischen Selbstanalyse zu dienen und die darauf folgende Patientenverfügung für Entscheidungsträger nachvollziehbar zu machen.

Dem dritten Formblatt *Patientenverfügung* ist, wie auch bei den Formblättern *Vollmacht* und *Betreuungsverfügung*, ein Einführungsteil mit Erläuterungen zu Funktion, Form, Begrifflichkeiten und Risiken vorangestellt. Im Anschluss an dieses Formblatt folgen allgemeine rechtliche Informationen zur Einwilligungspflichtigkeit jeder ärztlichen Maßnahme und zu der durch den Willen des Patienten erwirkten Erlaubtheit des Behandlungsabbruchs in der vorterminalen Phase. Ausdrücke wie Gehirnschädigung, Hirnabbauprozess, Durst und Durstgefühl, sowie die Abhängigkeit leidensmindernder oder lebensverlängernder Maßnahmen von der Krankheitssituation werden medizinisch erläutert.

Die *Geltung* der *Patientenverfügung* wird - im Gegensatz zur *Vollmacht* - mit dem Satz „(Für den Fall, dass ich) meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann“ auf den Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit beschränkt.

Schwach *integriert* sind *Vollmacht* und/oder *Betreuungsverfügung* sowie die Einwilligung in eine Organspende und eine Vorausbestimmung zur Wiederbelebung insofern, als vor der Schlussfloskel der *Patientenverfügung* auf die Existenz jener Dokumente hingewiesen wird.

Der *Inhaltsteil* des Verfügungsformblatts bietet Kästchen zum Ankreuzen von Reichweitenbestimmungen, Linderungsforderungen, allgemeinen Unterlassungsforderungen bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen und Wiederbelebung, und spezifischen Unterlassungsforderungen bezüglich künstlicher Ernährung und Reduktion der Flüssigkeitszufuhr an.

Die *Reichweitenbestimmung* ist in der Erstauflage erstens für den unmittelbaren Sterbeprozess und/oder zweitens für die Situation schwerer direkter und indirekter Hirnschädigung und vergleichbarer Krankheitszustände vorgesehen. Letztere ist als ein Zustand beschrieben, in welchen die „Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist“. In der Auflage vom September 2005 wird über diese beiden Situationen hinaus drittens das „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit [...], selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“ und viertens die Situation, wenn „infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung“ die „Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise“ nicht mehr möglich ist“, in die Reichweite der Verfügung einbeziehbar.

Die zum Ankreuzen vorbereitete *Linderungsforderung* umfasst in beiden Auflagen lindernde *pflegerische* Maßnahmen, worunter „insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls“ genannt ist, sowie symptomkontrollierende *ärztliche* Maßnahmen, al-

so „Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen“, wobei die ausdrückliche Inkaufnahme der „Möglichkeit einer *Verkürzung meiner Lebenszeit* durch diese Maßnahmen“ vorgesehen ist.

Die *allgemeine Unterlassungsforderung*, welche in der ersten Auflage den Einsatz „lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen“, in der Auflage von 2005 den Einsatz „lebenserhaltende(r) Maßnahmen“, die „nur *den Todeseintritt verzögern* und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden“ (kursiv: E.K.)“ untersagt, ist auf den ersten Blick mit dem Leidenskriterium begründet, räumt aber bei näherem Hinsehen auch - ex negativo - die Möglichkeit der *Todesursächlichkeit* solchen Unterlassens ein.

*Spezifische Unterlassungsforderungen* sind für alle angekreuzten Situationen vorgesehen, insbesondere für diejenigen, „in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht“. Dies geschieht, indem der Wunsch, „sterben zu dürfen“, mit der Unterlassungsdirektive bezüglich genau beschriebener Methoden „künstliche(r) Ernährung“ und „(v)ermindert(er) Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen“ verbunden ist.

Nicht vorgesehen ist ein Passus zur *Ablehnung* aktiver Sterbehilfe, den paternalistische Vorsorgemodelle meist dem Verfügenden in den Mund legen. Vielmehr schließt die Verfügung mit dem konstativen aufklärenden Satz: „Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.“

An letzter Stelle der Broschüre wird das Formblatt *Anpassung der Patientenverfügung für den Fall schwerer Krankheit* angeboten. Vorangestellt ist eine *Aufklärung* über die grundsätzliche Zustimmungspflichtigkeit ärztlicher Maßnahmen sowie über die Notwendigkeit medizinischer oder (palliativ-)pflegerischer Beratung bei dem Ausfüllen dieses Formulars, damit die konkrete Situation, mögliche Komplikationen und konkrete (Nicht-)behandlungswünsche sachlich zutreffend bezeichnet werden können. Der *Inhaltsteil* enthält Raum für die vom Arzt bzw. einer Palliativpflegekraft einzusetzende Krankheitsgeschichte, Diagnose, ausführlich aufzulistende momentane Medikation, und für die vom Verfügenden einzutragenden momentanen Wünsche hinsichtlich Behandlung, Pflege und Begleitung. In einem *Notfallplan* soll der Verfügende gemeinsam mit dem Arzt oder einer Palliativpflegekraft mögliche Komplikationen auflisten und seine jeweiligen Behandlungswünsche festlegen.

Das Neue dieses Vorsorgemodells des Bayerischen Justizministeriums wird an der Konzeption seiner Wahlmöglichkeiten sichtbar. Im Gegensatz zu den oben gezeigten paternalistischen Modellen, die lebensverkürzende Maßnahmen durch die *Absicht des Arztes*, zu lindern, aber nicht zu töten, rechtfertigen, wird hier die Legitimität lebensverkürzender Maßnahmen vorrangig durch den *Willen des Patienten*, die lebensverkürzende Wirkung lindernder Medikamente oder/und des Umsteigens von kurativer und substitutiver auf palliative Behandlung wissentlich in Kauf zu nehmen, begründet.

Ein *zusammenfassender Rückblick* auf die der Gruppe B2) zugeordneten, um *objektive Normierung bemühten Vorsorgemodelle* zeigt Tendenzen

- zur *immer weiter getriebenen sachlichen Genauigkeit* und *Professionalisierung*
- zur *Ausdehnung der Reichweite* der Verfügung
- zur Installation von Mechanismen zur *Kontrolle des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers*, insbesondere aber
- zur *Verpflichtung des Verfügenden*, nicht nur zu wählen, sondern auch *die Verantwortung für seine Wahl selbst zu übernehmen*.

Die Tendenz zu *immer weiter getriebener sachlicher Genauigkeit* der Vorsorgemodelle sowie die *Professionalisierungstendenz*<sup>147</sup> führt dazu, den Verfügenden als rechtlichen und medizinischen Laien anzuraten, dass sie ärztliche und rechtliche Beratung beanspruchen, ausschließlich valide vorbereitete Formblätter verwenden und ihrer Verfügung durch Darstellung ihrer *subjektiven Wertvorstellungen Authentizität* verleihen.

Die Tendenz zur *Ausdehnung der Reichweite* von Verfügungen führt, wie die Anbieter neuer Vorsorgemodelle selbst einräumen, zu Ambivalenzen. Einerseits erzeugen sie Gewissheit, im Ernstfall nicht unter Überbehandlung leiden zu müssen. Andererseits führen sie zur Befürchtung, durch *selbst zu verantwortende* Unterbehandlung leiden zu müssen.

Die Tendenz, Mechanismen zur *Kontrolle nicht nur des gesetzlichen Betreuers, sondern auch des Bevollmächtigten* zu installieren, variiert nicht nur je nach eng oder weit gefasstem Modell, sondern auch innerhalb von Modellen. So nivelliert, wie oben gezeigt, der Einführungstext der Vorsorgebroschüre des BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUMS DER JUSTIZ (September 2005: 3) die Entscheidungsmacht des Bevollmächtigten auf die des gesetzlichen Betreuers, indem er den § 1904 Absatz 2 BGB analog auf den Behandlungsabbruch anwendet. Damit unterläuft er implizit die - explizit vertretene - Subsidiaritätskette, welche die Entscheidung des Betreuers und des Vormundschaftsgerichts der Entscheidung des Bevollmächtigten nachordnet und dessen Entscheidung wiederum der in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidung des Verfügenden unterstellt. Auch die bekannten Beispiele juristischen Misstrauens identifizieren gerade die persönlich bevollmächtigten Vertrauenspersonen als „hungrige Erben“. So schreibt etwa JOHANNES HEYERS (2001) dem *gesetzlich bestellten Betreuer* die nicht nur sachlich, sondern auch moralisch bessere Eignung zur Vertretung eines entscheidungsunfähigen Patienten in Gesundheits-, Vermögens- und Rechtsangelegenheiten zu.

Die Tendenz, dem Verfügenden selbst die Verantwortung für die Folgen seiner Entscheidung zu überlassen, fordert einen geradezu heroischen Verfügenden. So wird mit der Aufklärung über mögliche Empfindungsfähigkeit etwa beim apallischen Syndrom die Verantwortung für die mögliche Folge von Missempfindungen durch eine Be-

---

<sup>147</sup> Die erste Auflage der Vorsorgebroschüre des BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUMS DER JUSTIZ (2001: 35) führt z.B. als Mitglied des Arbeitskreises eine „Hospizschwester“ namentlich auf, die in der Auflage von September 2005 (: 2) als „Krankenschwester/Palliativfachkraft“ vorgestellt wird.

endung künstlicher Ernährung, die durch Schmerzmittel womöglich nicht behoben werden können, den Verfügenden selbst aufgetragen.

Solche Vorsorgemodelle schaffen also in vielerlei Hinsicht moralische Subjekte.

Nun müssten die vorgestellten Vorsorgemodelle aufgrund ihrer Professionalisierungs-, Erweiterungs-, Kontroll- und Objektivierungstendenzen garantieren, dass ein Behandlungsabbruch oder -verzicht bei einem entscheidungsunfähigen Patienten gerade in der vorterminalen Phase problemlos erlaubt und vom Vertreter durchsetzbar ist, wenn der Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen medizinisch sinnlos und der entsprechende Wunsch des Patienten dokumentiert ist. Aber die Unsicherheit von Ärzten und Verfügenden sowie eine Zunahme zivilgerichtlicher Verfahren zeigen, dass die genannten Absicherungstendenzen immer mehr Unsicherheiten erzeugen. So ist als weitere Tendenz die Forderung nach einer *rechtlichen Regelung* der Patientenverfügung zu beobachten.

### *B3) Gesetzesvorschläge zur Regelung der Patientenvorsorge*

*Vorbemerkung: Hier werden nur einige Tendenzen von Regelungsvorschlägen beobachtet.*

*Gesetzentwürfe zur Regelung der Patientenvorsorge* divergieren insbesondere hinsichtlich ihrer Reichweite. Demnach werden sie zwei Gruppen zugeordnet:

Der ersten Gruppe *enger* Regelungsvorschläge werden u. a. frühere Voten des DEUTSCHEN JURISTENTAGES DJT (2000), Zwischen- und Abschlussberichts der BUNDLÄNDER-ARBEITSGRUPPE „BETREUUNGSRECHT“ (2002 bzw. 2003), sowie Zwischenbericht *Patientenverfügung* und Schlussbericht der vom Bundestag eingesetzten ENQUETE-KOMMISSIONEN „RECHT UND ETHIK DER MODERNEN MEDIZIN“ (2004 bzw. 2002) zugeordnet. Eine zweite Gruppe enthält *weit* gefasste Gesetzesvorschläge, u. a. von der Arbeitsgruppe Sterbehilfe unter JÜRGEN BAUMANN e. a. (1986), von Experten-Arbeitskreisen unter MEINOLFUS STRÄTLING e. a. (2005), sowie die von der ARBEITSGRUPPE „STERBEN UND TOD“ der Akademie für Ethik in der Medizin AEM (2006) als *Göttinger Thesen* veröffentlichten Forderungen. Dazu zählt auch der Baumanns Thesen weiterentwickelnde *Alternativentwurf Sterbebegleitung* von HEINZ SCHÖCH, TORSTEN VERREL e. a. (2005), welcher eine - dort so genannte - *ärztliche Suizidbegleitung* einbezieht. Auch der Bericht der vom Bundesjustizministerium einberufenen ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE AM LEBENSENDE (2004) (sog. Kutzer-Kommission), die Eckpunkte-Pressemitteilung des BUNDESMINISTERIUMS DER JUSTIZ (2004), der (REFERENTEN)-ENTWURF (2004) zum 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz, sowie die das Verfügungsmodell (2005) und weit gefasste Alternativen enthaltende Stellungnahmen (2004; 2006) des NATIONALEN ETHIKRATES (NER), sowie Thesen mit Bericht des 66. DEUTSCHEN JURISTENTAGES (2006) sind dieser zweiten Gruppe zugeordnet.

In *Abbildung 3* werden übersichtsweise enge und weite Regelungen gegenübergestellt.

Abbildung 3: Eng/weit konzipierte Gesetzesvorschläge zur *Patientenvorsorge* (Stand Febr.07).

	<i>enge Regelung</i>	<i>weite Regelung</i>
<i>Entwurf von</i>	Enquete-Kommission (2004)	(REFERENTEN)-ENTWURF (Stand 2004); Kutzer-Kommission (2004)
<i>Verankerung im Betreuungsgesetz - Prozessrecht (- Strafrecht)</i>	E § 1901 b Abs.1-8 BGB; E § 1896 Abs.1	E § 1901 a Abs. 1 und 2 BGB; E § 1904 Abs.2, 3 und 4 BGB; E § 69d Abs.2 FGG; E § 216 StGB)
<i>Reichweite</i>	nur für die Sterbephase oder unumkehrbar tödliche Erkrankung	unabhängig von Art, Schwere, Stadium der Erkrankung
<i>Bedingungen für unmittelbare Geltung</i>	Schriftform; konkreter Inhalt; über Sterbe- und todesnahe Phase hinaus: nur Indiz zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens;	keine Formvorschrift; konkreter Inhalt; über Sterbe- und todesnahe Phase hinaus: Geltung bei Konsens von Arzt und Vertreter;
<i>Fortgeltung</i>	nur bei regelmäßiger Aktualisierung	fortgeltend ohne zeitliche Beschränkung
<i>PV nur Indiz</i>	in vorterminaler Phase oder bei nicht-schriftlicher Form;	bei inhaltlich nichtkonkreter mündlicher oder schriftlicher PV;
<i>mutmaßlichen Willen klärt</i>	der Vertreter mit Klinikteam und Angehörigen im klinischen Konsil;	der Vertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer)
<i>genehmigungspflichtig (VG)</i>	auch bei valider Verfügung, dokumentiertem Konsil und Konsens aller Beteiligten	nur bei Nichteinwilligung des Bevollmächtigten/Betreuers in ärztlich indizierte Behandlung
<i>Funktion des Betreuers bzw. Bevollmächtigten</i>	er entscheidet zum objektiven Wohl des Betreuten	er entscheidet nicht, sondern setzt den vom Patienten als Ausdruck seines Willens getroffenen Entscheid durch
<i>Bevollmächtigter vor gesetzlichem Betreuer privilegiert?</i>	nein: sowohl Betreuer als auch Bevollmächtigter muss die der PV folgende Zustimmung zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen vom VG genehmigen lassen	ja: der ausdrücklich dafür bevollmächtigte Vertreter setzt PV durch - der Betreuer muss seine Zustimmung zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen vom VG genehmigen lassen
<i>im Zweifel Lebensschutz</i>	auch bei Vorliegen schriftlicher Patientenverfügung	bei der Umsetzung des mutmaßlichen Willens
<i>PV nicht beachtlich</i>	bei Wunsch nach aktiver Sterbehilfe	beachtlich, weil keine aktive Sterbehilfe

Legende: PV = Patientenverfügung, VG = Vormundschaftsgericht, E = Entwurf

Als Beispiel der *engen* Regelung wird in Abbildung 3 der Zwischenbericht der Enquete-Kommission (2004), als Beispiel der *weiten* Regelung werden der (REFERENTEN)-ENTWURF (Stand 2004) und der Bericht der Kutzer-Kommission ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE AM LEBENSENDE (2004) gewählt. Unterschiede dieser beiden Regelungsgruppen werden hinsichtlich der *Reichweite*, der die *Geltung* der Verfügung bedingenden Formvorschriften und der Rolle des *Bevollmächtigten* herausgearbeitet.

Die *enge* Regelung der Patientenvorsorge, wie sie im Zwischenbericht der Enquete-Kommission (2004) vorgeschlagen ist, will – entgegen höchstrichterlicher Rechtsfortbildung - mit Entwurf E § 1901 b Abs.1-8 BGB bei entscheidungsunfähigen Patienten die *Reichweite* einer Patientenverfügung auf die Krankheitsphase infauster und irreversibler Todesnähe beschränken. Die *Bindungswirkung* soll von der Erfüllung genauer Form- Inhalts- und Verfahrensvorschriften abhängen. Verfügungen zur vorterminalen Phase sollen lediglich als Indizien für den mutmaßlichen Willen des Patienten gelten, welcher durch ein klinisches Ethikkomitee unter Mitwirkung behandelnder Ärzte, Pfl-

gender, Betreuer bzw. Bevollmächtigtem sowie Angehöriger festgestellt werden muss. Eine – auch konsensuelle – Entscheidung aller Beteiligten für das Unterlassen lebenserhaltender Behandlung bedarf zusätzlich der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

Die *weite Regelung* der Patientenvorsorge, wie sie in dem (REFERENTEN)-ENTWURF (Stand 2004) und in dem Bericht der ARBEITSGRUPPE PATIENTEN-AUTONOMIE AM LEBENSENDE (2004) vorgeschlagen wird, will den Stand des bis dahin fortgebildeten Richterrechts insbesondere in einem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz in gesetzliche Form bringen. So soll sich mit E § 1901 a Abs. 1 und 2 sowie E § 1904 Abs. 2, 3 und 4 BGB die *Reichweite* einer Patientenverfügung auf jede – hinreichend zutreffend beschriebene – Krankheitsform und Krankheitsphase beziehen können. Die *Geltung* einer Patientenverfügung soll nicht von Formvorschriften und zeitlichen Einschränkungen abhängen, solange keine Anzeichen für eine Willensänderung beim Patienten erkennbar sind. Zusätzlich soll für präterminale Phasen die Entscheidungskompetenz des *persönlich Bevollmächtigten* gegenüber der des gesetzlichen Betreuers gestärkt werden, indem bei *Konsens mit dem Arzt* zwar der Betreuer, nicht aber der Bevollmächtigte seine Zustimmung zu einem Behandlungsverzicht vom Vormundschaftsgericht genehmigen lassen muss. Außerdem soll nach Vorschlag der ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE AM LEBENSENDE (2004: 50) in E § 216 StGB erstmals die so genannte passive und indirekte aktive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten gesetzlich so geregelt werden, dass insbesondere ein Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen straflos bleiben soll, wenn „dies dem Willen des Patienten entspricht.“

*Beide Konzepte* sehen Verfahrensregelungen zum Schutz des Patienten vor. Die Enquete-Kommission verlangt mit E § 1896 Abs. 1 BGB bei Fehlen eines Bevollmächtigten die Bestellung eines Betreuers auch bei vorliegender Patientenverfügung. Der (REFERENTEN)-ENTWURF fordert mit E § 69 d Abs. 2 Satz 4 FGG eine vierzehntägige Karenzzeit zwischen Erlaubnis des Vormundschaftsgerichts zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und deren Umsetzung, was allerdings von der interdisziplinären Arbeitsgruppe Strätling e. a. (2005: 47) als Fortführung einer widerrechtlichen Zwangsbehandlung kritisiert wird.

Die *Reaktionen* auf die enge bzw. weite Variante von Gesetzesvorschlägen fallen – je nach Einstellung der jeweiligen Organisation - entsprechend unterschiedlich aus:

*Begrüßt* wird das *enge Konzept* der Enquete-Kommission in der Debatte *Patientenverfügung* des DEUTSCHEN BUNDESTAGES (10. März 2005) von einem Teil der Abgeordneten aus allen Fraktionen mit Ausnahme der FDP. Insbesondere auch als Mitglieder der Enquete-Kommission fungierende Abgeordnete wie z.B. Wolfgang Wodarg unterstreichen die – erhoffte - Funktion dieses Konzepts, eine lückenlos missbrauchsfreie Organisation des Sterbens zu ermöglichen. Begrüßt wird das enge Konzept auch von Patientenschutzorganisationen wie z.B. der DEUTSCHEN HOSPIZ STIFTUNG. In ihrer Pressemitteilung vom 24. September 2004 bezeichnet sie dessen strenge Form- und Verfahrensvorschriften als „*Schritt in die richtige Richtung*“. Allerdings will sie,

wie bereits angemerkt, die Reichweite der Patientenverfügung nicht allein auf „die Nähe zum Tod“ eingeschränkt, sondern unter „strenge(.) Qualitätskriterien“ gestellt sehen. Indem sie damit implizit auf die von ihr selbst aufgestellten Qualitätskriterien verweist und sich explizit als „die Patientenschutzorganisation der Schwerstkranken und Sterbenden“ (kursiv: E.K.) präsentiert, nutzt sie auch diese Gelegenheit, den Anspruch auf die Unverzichtbarkeit *ihrer* Zuständigkeit für Patientenschutz und Patientenautonomie zu erheben.

*Kritik* erfahren einige *einengende* Vorschriften der Enquete-Kommission implizit bereits aus dem ihr zugrunde gelegten *Rechtsgutachten*: Dort hält zwar GERFRIED FISCHER (<sup>2</sup>2002) die analoge Anwendbarkeit des § 1904 BGB auf den Behandlungsabbruch für gegeben, aber HANS LILIE (<sup>2</sup>2002) bezweifelt im gleichen Gutachten ihre Bewährung. Kritik kommt auch von Mitgliedern der Enquete-Kommission selbst. So lehnt z.B. Michael Kauch als Enquete-Kommissions-Mitglied in einem Sondervotum und als Abgeordneter der FDP in der Bundestagsdebatte *Patientenverfügung* (2005) die enge Regelung der Enquete-Kommission ab. Kritik an dem Mehrheitsvotum der Enquete-Kommission üben auch die Rechtsanwälte WOLFGANG PUTZ und BEATE STELDINGER (2004). In ihrer Pressemitteilung vom 06.09.2004 ziehen sie aus den auf Artikel 2 GG rekurrierenden höchstrichterlichen Urteilen zur Verbindlichkeit, Formfreiheit und Fortgeltung des Patientenwillens den Schluss, dass die *Generalisierung* der – durchaus zugegebenen – Missbrauchsgefahr nicht zur Verweigerung eines Menschenrechts führen dürfe: „Jedes Dogma verdient aber nur die Kritik, die sich aus seiner korrekten Umsetzung ergibt“. Kritik an Reichweitenbeschränkungen kommt auch von theologischer Seite: Der noch an der Argumentationshilfe (1999) der beiden Großkirchen zur ersten Auflage der Christlichen Patientenverfügung mitwirkende Theologe Hermann Barth plädiert in seiner Stellungnahme im NATIONALEN ETHIKRAT (2004) in vorlaufender Konkordanz mit den vom KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND EKD (2005) herausgegebenen *Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht* dezidiert gegen eine Einschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen. Diese Beobachtung mag darauf verweisen, wie Personen im Rahmen unterschiedlicher Mitgliedschaften unterschiedliche Semantiken pflegen können *müssen*. Da diese Beobachtung ein Machtpotenzial von *Organisationen* vermuten lässt, welches Zweifel an der Doktrin der Freiheit der Person aufkommen lässt, ist sie weiter im Blick zu halten.

Das *weite Konzept* erhält *Zustimmung* u. a. von Mitgliedern des durchaus auch Gegenmeinungen diskutierenden NATIONALEN ETHIKRATES (2004 und 2006), von der SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER (2005), vom HUMANISTISCHEN VERBAND DEUTSCHLANDS (2005) und vom DEUTSCHEN NOTARVEREIN (2005). Allerdings mahnen diese Organisationen gleichzeitig organisationsspezifische Justierungen an: So rät der Deutsche Notarverein, einen persönlichen Vertreter für *alle* Vertretungsbereiche *nach ausführlicher notarieller Beratung in notarieller Form* zu bevollmächtigen und nicht nur, wie gesetzlich vorgeschrieben, für Immobilien-, Kredit- und Unternehmensgeschäfte. Auf vormundschaftsgerichtliche Prüfung der Vollmacht



könne dann verzichtet werden. Nicht dazu gesagt wird, dass dieser hohe und dennoch *mechanische* Absicherungsaufwand nur für einen kleinen Bruchteil von Fällen für Entscheidungen am Lebensende relevant werden könnte.

Wie Organisationen durch solche Justierungsangebote Zuständigkeiten für *ihr* Fachgebiet beanspruchen, zeigt auch die Stellungnahme der SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER (2005). Zwar begrüßt sie den (REFERENTEN)-ENTWURF als durchdacht und praktikabel, fordert aber eine stärkere Betonung *ärztlicher* Kompetenz. Während sie zur *unverbindlichen* Beratung des Verfügenden „alle speziell geschulten, beratenden Berufsgruppen wie Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen“ als „geeignet“ ansieht, sei für die „Behandlungsentscheidung *selbstverständlich* der behandelnde Arzt“ zuständig, „welcher sich gegebenenfalls konsiliarisch beraten lässt“ (kursiv: E.K.). Für eine retrospektiv bzw. im Konfliktfall *notwendig* werdende gerichtliche Überprüfung sei wiederum „Sachverstand zur Beurteilung von Verlauf und Prognose der entsprechenden Grund- und Nebenerkrankung“ vonnöten, weshalb „klinisch tätige Vertreter der Fachgebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Chirurgie und Anästhesie“ einzusetzen seien, die „*zwingend* über Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin verfügen“ (kursiv: E.K.).

*Weder eine Befürwortung noch eine Ablehnung eng oder weit gehaltener Regelungen* bietet der Gastbeitrag des Lehrstuhlinhabers für Soziologie ARMIN NASSEHI (2004): „*Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses*“ in der öffentlichen Diskussionsveranstaltung des NATIONALEN ETHIKRATES (2004): „*Wie wir sterben*“. Er will vielmehr inne halten, organisationelle Praxen und professionelle Asymmetrien beobachten und reflektieren, was in welcher Organisation durch das Reden von Sterben und Tod geschieht. Die Gewöhnungsbedürftigkeit eines solchen Reflexionsangebotes zeigt sich in der Reaktion von Teilnehmern: Im Gestus des Anschließens zwar äußert z.B. der Lehrstuhlinhaber für Rechts- und Sozialphilosophie Dietmar von der Pfordten eine *Paternalismuskritik*, die aber in jenem Reflexionsangebot *gerade nicht* vertreten worden war. Insbesondere weist er jene *beschreibende Analyse* professioneller Asymmetrien als *falsche Norm* zurück und offeriert *seine* normative Symmetrieforderung als die richtige Lösung eines Problems, das er freilich mit dieser Forderung erst herstellt. Immerhin kann auf dieser öffentlichen Tagung erstens *zur Sprache* kommen, dass „man selbst bei akademischen Expertendiskussionen nicht einmal in der Lage ist, so etwas wie einen gemeinsamen Problemhorizont zu formulieren, was aber“ – nach Armin Nassehis Analyse „nicht das Problem, sondern womöglich die Lösung ist.“ (: 43). Dass *dies* die Lösung ist, zeigt sich daran, dass der Diskurs weit über den ursprünglichen soziologischen Redebeitrag hinaus (: 48) *divers und informativ* weiterlaufen kann.

*Zusammengefasst* lassen die beiden Gruppen von Gesetzeskonzepten sowie die ihnen vorausgehenden und folgenden Analysen und Stellungnahmen zwar *keine einheitliche Lösung* des Problems *Patientenvorsorge* erkennen, sondern sie fungieren rekursiv: Organisationen vertreten ihre *organisationseigenen* Entscheidungen, indem sie den Grad thematischer Komplexität bestimmen, ihre Mitarbeiter, Mitglieder und Leistungsemp-

fänger auf Kommunikabilitäten und Inkommunikabilitäten verpflichten, über das Ausmaß *ihrer* Netzwerkarbeit entscheiden und sich so anhand ihrer nach innen und nach außen gerichteten Anforderungen, Vorschläge und Justierungen als für das Thema zuständige hoch kompetente Organisationen konstituieren.

Damit wird klar, dass einerseits weiterhin eine paternalistische Variante der Patientenverfügung vertreten und weiterhin nach objektiven Normierungen gesucht wird. Andererseits werden aber auch Anleitungen zur Selbstreflexion sichtbar. In Verfügungsmodellen jener dritten Art geht es nicht mehr ausschließlich um Patientenschutz oder ausschließlich um objektive Normierung ihrer Konzepte. Indem sie zwischen beidem oszillieren, stellen sie an sich, ihre Mitglieder und ihre Leistungsempfänger vielmehr paradoxe Forderungen, die nur durch die Figur des authentischen Patientenwillens eingelöst werden können. Diese Figur soll nun anhand der oben in Abbildung 1 angerissenen reflexiven Variante C)) der Patientenvorsorge näher beobachtet werden.

### C)) Vorsorgevariante des Individuums als Normgeber

„Würden Sie aktive Sterbehilfe leisten?“ „Nein [...]. Ich würde aber versuchen herauszufinden, warum es zu dieser Bitte kommt. Und ich würde mit dem Patienten darüber sprechen, dass es ein erster Schritt wäre, alle Maßnahmen zur Verlängerung seines Lebens zu unterlassen. [...] Auch die Fortführung der Ernährung ist ein wichtiges Thema. Hier gibt es viele Schrauben, an denen man drehen kann, und darüber muss man mit dem Patienten sprechen. Seine persönlichen Schlussfolgerungen sollte er dann in einer Patientenverfügung festhalten.“ (Oberärztin einer interdisziplinären palliativ- medizinischen Einrichtung im Interview des BAYRISCHEN RUNDFUNKS: *In Würde sterben: Moderne Palliativmedizin*. Gesendet 29.11.2003. Text per Fax erhalten, S. 7)

Die oben gezeigte *paternalistische* Variante A)) der Patientenvorsorge wird durchgetragen, bis sich mit dem Thema befasste Organisationen, durch Öffentlichkeitsmedien an rechtsstaatliche Regelungen erinnert und mit Gesetzesänderungen in den Nachbarstaaten konfrontiert, in einer hoch komplexen Situation wieder finden.

Die *Objektivität suchenden* Varianten von B)) zeigen, wie deren Versuche, Komplexität und Unsicherheit bei der Formulierung und Durchsetzung des Patientenwillens zu reduzieren, neue Obsoleszenzen schaffen, die schon in der Antwort auf die Frage zu Phase 2 analysiert sind: Angesichts ihrer gegenläufigen Bewertungen kann weder die *Konsistenz* der ausdifferenzierten Sterbehilfebegriffe von Dauer sein, noch können immer mehr und immer genauere formulierte aber nicht eingehaltene Sorgfaltsbedingungen die Sicherheit der Sterbehilfe gewährleisten. Schon gar nicht können sich Opfer nationalsozialistischer Vernichtungskampagnen durch Argumente, die jene Vernichtung mit lebensbeendenden Maßnahmen bei Sterbenden gleichsetzen, ernst genommen sehen.

Die angesichts mangelnder allgemeingültiger Sprachregelungen zwischen Schutz- und Autonomieprinzip oszillierenden Organisationen finden sich nun vor neuen Legitimierungs- und Komplexitätsproblemen wieder. Wie sie die Lösung dem *authentischen* Patientenwillen überlassen – und sich genau damit als hoch moderne, die gesellschaftliche Ordnung achtsam fördernde Institutionen konstituieren, wird nun an den zur Selbstreflexivität anleitenden Vorsorgevarianten C)) gezeigt.

Gesetzgebende Organisationen bemühen sich, diese Achtsamkeit schon im Vorfeld walten zu lassen. Ihre Strategie, möglichst lange auf den Erlass gesetzlicher Regelungen zu verzichten, wird gerade an ihrem Schweigen zu innovativ ausformulierten Gesetzesvorschlägen sichtbar. So gelangt z.B. BAUMANNNS (1986) *Alternativentwurf Sterbehilfe* gar nicht erst zur Bearbeitung im Bundestag. Auch der in der *Eckpunkte-Pressemitteilung* des BUNDESMINISTERIUMS FÜR JUSTIZ (2004) als beispielhaft bezeichnete und einer Reihe von Organisationen zur Stellungnahme übermittelte (REFERENTEN)-ENTWURF (Stand 2004) wird zwar in der Bundestags-Plenarsitzung 15/163 H vom 10. März 2005 mehrfach zitiert. Da er aber unmittelbar vor der Debatte von Frau Justizministerin Zypries zurückgezogen wird, erhält er den Status eines dem Parlament nicht vorgelegten (REFERENTEN)-ENTWURFS und ist auch nicht über die Pressestelle oder das Archiv des Bundesjustizministeriums zugänglich.

Solches Schweigen wird nicht nur, wie oben am Beispiel von KLAUS KUTZER (2003 a: 209) gezeigt, als Vernachlässigung der Bevölkerung getadelt. Vielmehr macht die häufige Beschwörung des *qualifizierten Schweigens des Gesetzgebers* eine Untätigkeit oder ein Zuwarten des Gesetzgebers sogar als einen gangbaren dritten Weg im Umgang mit dem Thema Patientenvorsorge erkennbar. Ausdrückliches Lob wegen seines „Grad(s) an Sachlichkeit“ (: 17) erhält denn auch der im Protokoll der *Debatte Patientenverfügung* des DEUTSCHEN BUNDESTAGS (2005) wiedergegebene Vorschlag der Abgeordneten Irmgard Schewe-Gerigk, die vorschlägt, den derzeitigen richterrechtlich abgesicherten Stand der Patientenvorsorge zu nutzen und auf moralisch einseitige Debatten über gesetzliche Regelungen zu verzichten.

Weitere Gruppen treten als Bewahrer einer rechtlich, medizinisch und ethisch richtigen und würdevollen Pflege kranker, behinderter und betagter Menschen auf, indem sie nicht nur inhaltlich, formal und verfahrensmäßig eng konzipierte und kontrollierende Verfügungskonzepte präferieren. Vielmehr bieten sie darüber hinaus einen dritten Weg des Innehaltens an. So soll nach der von AXEL BAUER und THOMAS KLIE (2005: 37) in dem von ihnen herausgegebenen Organ *Betreuungsmanagement* veröffentlichten *Bad Homburger Charta zur Patientenverfügung* dem Patientenwillen erst Richtung gegeben werden durch „Ärzte, Pflegekräfte, Bevollmächtigte und gesetzliche Betreuer“, die „(z)uvörderst“ dazu angehalten werden, „am Wohl des Betroffenen orientierte Entscheidungsoptionen mit ihm oder seinen Vertretern zu erörtern und ihn auf die Möglichkeiten palliativer Begleitung und Behandlung hinzuweisen und diese für ihn zu erschließen.“ Solche Beratung lasse die Angst vor Überbehandlung, unbeherrschbaren Schmerzen und sozialer Isolation überwinden, so dass generell „keine auf Behandlungsbegrenzung abzielende Patientenverfügungen“ erforderlich seien.

Für diesen dritten Weg, eine gesetzliche Verankerung der Patientenvorsorge gar nicht erst anzustreben und behandlungsbegrenzende Patientenverfügungen überflüssig zu machen, plädieren u. a. auch der Mediziner und Hospizleiter Christoph Student, die Sprecherin der biomedizinkritischen Vereinigung BioSkop Erika Feyerabend und der stellvertretende Vorsitzende der Enquete-Kommission und CDU-Abgeordnete Hubert Hüppe in *CARDIO NEWS* (06/2004: 8). Anstatt eine vorschnelle Verfügung auszustellen,

die den Patienten „sehr rasch einem sublimen Druck durch gesellschaftliche Erwartung und soziales Umfeld“ aussetze (Hubert Hüppe), „latent der aktiven Sterbehilfe Vorschub“ leiste (Christoph Student) und faktisch erlaube, „dass Menschen, die sich nicht äußern können, auf vermutetes Verlangen getötet werden“ (Erika Feyerabend), sei jedem die lebenslange Arbeit zuzumuten, sich für den Fall der Behinderung, Gebrechlichkeit, schwerer Krankheit und Entscheidungsunfähigkeit ein verlässliches und stützendes *Beziehungsgeflecht* aufzubauen. Dass die zugleich propagierten palliativmedizinischen Organisationen der ausgedehnten Reichweite ihres Zuständigkeitsgebietes wegen *selbst* nach weit gefassten Patientenverfügungen verlangen, wird hier allerdings nicht thematisiert.

Immer lauter hingegen wird jener Ruf nach einem *Beziehungsgeflecht*, welches den Patienten stützen und im Sterben begleiten soll. Neu ist, dass dieser Ruf nach vergeblichen Appellen an „die Gesellschaft“ nun an den zukünftigen Patienten selbst ergeht: *Er* habe selbst frühzeitig und in lebenslanger Arbeit für den Aufbau seines ureigensten Beziehungsgeflechts zu sorgen.

Auch der Ruf nach *subjektiver Wertfestlegung* wird häufiger und eindringlicher laut, wie exemplarisch an spezifischen Elementen des Vorsorgemodells BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUMS DER JUSTIZ und der Wert-Anamnese-Modelle von RITA KIELSTEIN und HANS-MARTIN SASS gezeigt werden kann:

Das BAYERISCHE STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ gibt z.B. in seiner Broschüre *Patientenvorsorge* (2001: 21-22 bzw. Sept. 2005: 25-26) den oben genannten Textbaustein *Eigene Wertvorstellungen* und „*Grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben*“ vor. In Auflage 2001 wird noch ein nutzenethisches Argument verwendet, wenn vom „*Preis einer jahrelangen totalen Abhängigkeit*“ (: 21; kursiv: E.K.) die Rede ist. In der Auflage Sept. 2005 greift die Frage „[...] ist Ihnen die *Vorstellung* einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu *erschreckend*, dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und nach einer von Ihnen zu bestimmenden Zeit weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?“ (:25; kursiv: E.K.) nun auf die innere Unendlichkeit der *Gefühle* und den *Zukunftsentwurf* des *Subjekts* zu. Die Fragen, wie Behinderungen Anderer auf den Verfügenden wirken, was für ihn Hilfsbedürftigkeit bedeute, setzen das Gelingen von Selbst- und Fremdverstehen durch Analogisierung und Transfer von Vorstellungen über potenzielle Lebenslagen voraus. Auch der im Formblatt *Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit* vorformulierte Satz „Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann“ setzt ebenso wie die in der Einleitung erhobene Forderung „ernsthafte Auseinandersetzung mit der Lebens- und Krankheitssituation“ einen Verfügenden voraus, der über Details und Komplikationen seiner als unaufhaltsam fortschreitend *akzeptierten* Erkrankung genau Bescheid weiß und umfassend sowie detailliert selbst bestimmt, wann bei welcher Komplikation er welche Behandlung wünscht oder nicht wünscht. Kurz gesagt: Dieses Vorsorgemodell kann seiner Genauigkeit und Differenziertheit wegen gar nicht anders

als einem als hoffnungslos krank diagnostizierten Verfügenden zuzumuten, sich nicht nur aufgeklärt und selbstverantwortlich, sondern auch heroisch-abgeklärt zu zeigen.

HANS-MARTIN SASS, Medizinethiker und Leiter des Zentrums für Medizinische Ethik ZME der Ruhr-Universität Bochum und die Nephrologin RITA KIELSTEIN entwickeln mehrfach neu überarbeitete Vorsorgemodelle. Diese bieten neben Aufklärung und Vorlagen zu „*Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht*“ (2001) auch Anleitungen zu biografischen Wertanamnesen, anhand derer *eindeutige* von *nicht eindeutigen* Indikationen des Patientenwillens – etwa hinsichtlich eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen - unterschieden werden können (: 92). In ihrem Arbeitsbuch *Die persönliche Patientenverfügung* (<sup>4</sup>2002) bieten die Autoren Falldarstellungen an mit der Anweisung, diese Geschichten zu diskutieren (: 2), umzuschreiben, daran die eigenen Wünsche und Werte abzuklären (: 3) und Listen mit aktuellen und künftigen Präferenzen anzulegen (: 12). Sicherheit soll auch der – rechtlich aber nicht zutreffende – Hinweis bieten, die Zustimmung des persönlich Bevollmächtigten zu einem Behandlungsabbruch müsse analog zu § 1904 BGB vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden. Dies verweist auf ärztlichen bzw. medizinethischen Argwohn gegenüber höchstpersönlich bevollmächtigten *Vertrauenspersonen*. Ähnlich werden in der Untersuchung von BABERG e. a. (2002) - die Entscheidungen von *Angehörigen* als unerheblich gewertet. Im Gegensatz dazu leiten SASS und KIELSTEIN in einem weiteren Modell, der *Medizinische(n) Behandlungsverfügung* (: 2), zu einer vertrauensvollen Haltung an: Mit dem Satz, „Leben und Sterben“ stehe „in Gottes Hand“ kann der Verfügende einer *ärztlichen* Entscheidung für einen Behandlungsverzicht ohne weitere Bedingungen *vorsorglich zustimmen* (: 20f). Dabei suggeriert der Verweis auf zahlreiche Gerichtsentscheidungen und Paragraphen eine Verbindlichkeit, die aber nicht gewährleistet ist. Die Formulare weisen nämlich keine Vertragsform auf, weil eine Unterschrift der Gegenseite – hier des Arztes - nicht vorgesehen ist (: 24). Das Hauptgewicht legen die Autoren jedoch auf das *narrative Wertanamnesemodell*. Sie analysieren aber nicht die Strukturiertheit eines Verfügenden, sondern sie wollen sich nach den inhaltlichen Wertvorgaben der Verfügenden ausrichten.

Zusammenfassend lassen alle diese Vorsorgemuster mit ihrer zunehmenden Verknüpfung von Begleitungs- und Subjekt-Semantik das Individuum zum selbstbewussten und selbstverantwortlichen Subjekt werden, welches eine bewusste Beziehung zu *seinen eigenen gegenwärtigen und zukünftigen Vorstellungen und Werten* pflegen solle. Das Instrument der Patientenvorsorge fungiert damit nicht nur als Rechtsinstrument, sondern es lässt den Verfügenden als Stabilisator der moralischen Unschuld der Sterbebegleitung fungieren. Damit wird die Patientenvorsorge aus dem Niveau objektiver Normierung auf das neue Niveau der Reflexivität gehoben. Wie anhand dieser Patientenvorsorge das sich selbstverantwortlich in die Zukunft entwerfende Individuum zum Neuen Menschen generalisiert wird und was dabei sonst noch geschieht, soll in den folgenden Abschnitten gezeigt werden.

### 2.3.2 *Schaffung des Neuen Menschen durch Patientenvorsorge*

Mit der Strategie der Vorsorgevariante A)), das Bild einer Welt von akzeptierten Gleichen und ausgeschlossenen Ungleichen oder mit der Strategie der Vorsorgevariante B)), eine Welt von richtig und gut oder falsch und schlecht Handelnden zu schaffen, positionieren sich Organisationen als per se richtungsweisende, sachlich und moralisch vorbildliche gesellschaftliche Institutionen. Bei aller Uneinigkeit über Einzelheiten der Patientenvorsorge nimmt bei Variante C)) das Bemühen um den authentischen, durch die eigene Werthierarchie legitimierten Patientenwillen zu. Allerdings setzt mit der Doppelforderung subjektiver Wertfestlegung und subjektiver Netzwerksarbeit nun ein Wandel in der Argumentation ein: Gegenüber den Üblichkeitsansprüchen der Variantengruppe A)) und den Moralansprüchen der Variantengruppe B)) wird nun nahezu jede Wunschäußerung anschlussfähig, solange ihr das Siegel des *authentischen* Ausflusses wertnamnestischer Introspektion gegeben und von einem vertrauenswürdigen Netzwerk vertreten wird. Wie dies geschieht, soll nun am Beispiel des Neuen Menschen in Gestalt des Experten und des Verfügenden bzw. des Patienten gezeigt werden.

#### *Der Neue Mensch in Gestalt des Experten und des Verfügenden*

Für *Experten* sind Vorsorgeprobleme irrelevant, solange sie z.B. als Ärzte gemäß ihrem Ethos immer behandeln und wie die Nabe im Rad funktionieren können. Steuerbar erscheinen Probleme der Patientenvorsorge, solange Rechtskundige, auf Recht rekurrierend, für die *rechtliche* „Wasserdichtigkeit“ der entsprechenden Modelle sorgen. Sobald aber ein Arzt, Pfleger, Angehöriger, Bevollmächtigter, Betreuer oder gar Amtsrichter seine Entscheidung nicht nur rechtlich, medizinisch, psychologisch, ethisch und kulturell<sup>148</sup>, sondern auch im Einklang mit dem *authentischen* Willen des Patienten fundieren soll, sieht er sich nicht nur auf ihrerseits noch um ihre Legitimation kämpfende Institutionen wie klinische Ethikkommissionen vergewiesen<sup>149</sup>, sondern er muss sich auch auf die Erreichbarkeit dieses authentischen Patientenwillens verlassen.

Die reflexive Variante der Patientenverfügung stellt Experten vor neue Alternativen. Ein Arzt kann sich nicht länger *problemlos* seinem *Berufsethos* folgen, wenn ihm eine Sterbebegleitung nahe gelegt wird, in deren Rahmen die Möglichkeit der *Todesursächlichkeit* eines Behandlungsabbruchs zugegeben und sogar die Menschenwürdigkeit einer Suizidbegleitung eingeräumt wird. Auch seiner *ärztlichen* Intuition, eine bereits gelegte

---

<sup>148</sup> Diese Vernetzungsbemühungen sind z.B. an den von einem internationalen Expertengremium erarbeiteten, von SABINE ANDERWEIT e. a. (2006) veröffentlichten *Checklisten in der klinischen Ethikberatung* oder an den Beobachtungen ILHAN ILKILICs (2004) zur Verbindung kosmischer und religiöser Interpretationen mit naturwissenschaftlichen Argumenten bei der Beurteilung vorgeschlagener bzw. erbetener oder zurückgewiesener Behandlungsmaßnahmen zu sehen.

<sup>149</sup> Das Akzeptanz- und Legitimationsproblem von klinischen Ethikkommissionen hat damit zu tun, dass diese lokalen Kommissionen anlässlich kommunikativer Schwierigkeiten Hausregeln klinischer oder pflegerischer Einrichtungen zum Umgang mit Patienten und Angehörigen kreieren zu helfen, während Ethikkommissionen befugt und beauftragt sind, z.B. Bedingungen für den Einsatz fremdnütziger medizinischer Forschung zu prüfen.

Sonde nicht wieder zu entfernen, kann er nicht *problemlos* folgen, wenn dem eine gesetzlich entsprechend gestärkte Patientenverfügung entgegensteht. Auch ein Vormundschaftsrichter kann sich nicht mehr nur auf Sätze des Rechts berufen, wenn er selbst im Koma liegende Patienten *in Augenschein nehmen*, *medizinische* Gutachten gegen einander abwägen und *ethisch* unangreifbare Entscheidungen fällen soll.

Ein Experte muss sich nach dem Verfügungsmodell C)) also immer weiter professionalisieren, in interdisziplinären Netzwerken gleichberechtigt mit Experten unterschiedlicher Profession zusammenarbeiten und *konsensuelle* Ergebnisse erzielen.

*Der Neue Mensch in Gestalt des Verfügenden* fungiert in Verfügungsmodellen noch stärker als in sonstigen organisationellen Verlautbarungen als Stabilisator der Unschuld des Sterbebegleitungsbegriffs. Dazu wird er als Subjekte vorausgesetzt, welches sich *zugleich* höchst anpassungsfähig, selbstverantwortlich und selbstreflexiv in die Zukunft entwirft. Mit diesen Prämissen wird eine *Patientenperson* kreiert, die auch in Zuständen psychischer Erkrankung oder irreversibler Bewusstlosigkeit diese Voraussetzungen konstant durchträgt oder Änderungswünsche erkennbar macht. Zugleich ist die Freiheit der Patientenperson mit Vorbehalten belegt, wenn der Arzt die Ernsthaftigkeit des Verlangens des Patienten prüfen soll und wenn Angehörige oder Vertrauenspersonen die Validität und Konstanz des Patientenwillens bestätigen sollen.

Dass dies einen vorsorglichen Verzicht auf lebenserhaltende Substitution und Behandlung prekär macht, ist an einer neuen Redeweise zu sehen. Wenn nämlich unverfängliche Sach- und Termingründe in einem Kontext normativ aufgeladener Hospizlichkeit, der ausschließlich den Gebrauch des offene Konkurrenz verbotenden *Begleitungs-begriffs* zulässt, nicht hinreichen, und wenn es *im Bereich der modernen Sterbebegleitung* nichts Ächtenswertes geben darf, dann müssen Organisationen ihre Anschlüsse *einseitig* im Medium der Moral, nämlich ausschließlich durch Erweis von Achtung, herstellen. Der neue Verfügende ist ebenso wie der neue Patient hinsichtlich *seiner* Wünsche und Werte also immer zu achten.

Nachdem der assistierte Suizid als Form von Sterbebegleitung bereits gesellschaftlichen Anschluss zu erreichen beginnt, liegt die Frage nahe, ob nicht gerade die Semantik der lebenslangen Antizipation eigener Sterblichkeit, der subjektiven Wertehierarchie, der frühzeitigen und jeweils rechtzeitig nachgebesserten Formulierung situationsspezifischer inhaltlicher Festlegungen, welche die Suizidassistenz prinzipiell nicht mehr ausschließen, auch die Euthanasie kommunikabel mache. Möglicherweise bedürfte es dazu nur noch weiterer kreativer Semantiken. Die Garantie der *Unschuld* einer Sterbebegleitung, welche nicht nur begleiteten Suizid, sondern Tötungsbegleitung einschliesse, hätte dann freilich wieder der selbstverantwortlich in sein Ende sich entwerfende Neue Mensch zu tragen.

### 2.3.3 *Garantie der Unschuld moderner Sterbebegleitung*

Wäre dieser Neue Mensch empirisch nachweisbar, dann wäre der Zirkel perfekt: Der sich so entwerfende Neue Mensch, der die Unschuld der Patientenvorsorge, der Sterbebegleitung und damit auch die Unschuld sich damit befassender Organisationen sichert, verfügt im Vorhinein über gesellschaftlich erwünschte feste inhaltliche Vorstellungen hinsichtlich seines Sterbens, äußert diese vorsorglich und umfassend und trägt sie *auch in Zuständen psychischer Erkrankung oder irreversibler Bewusstlosigkeit durch*.

Unter diesen Annahmen kann er allerdings nicht mehr mit Vorbehalten der Inkonsistenz, der Uninformiertheit und der Instrumentalisiertheit belegt werden.

Sollte dies doch geschehen, so müsste nach einem neuen Schuldigen gesucht werden. Er wird in der Tat immer schon in Gestalt einer Gesellschaft *präsentiert*, welche richtige Aufklärung, Zuwendung, Kommunikation versäumt hat. Beim Zugriff auf diese *Semantik*, die *sachlich* auf den ausschließlichen und *zeitlich* auf den auf Dauer gestellten Gebrauch des *Begleitungs*begriffs sowie *sozial* auf eine bis dahin nicht gekannte Exzellenz aller involvierten Personen abstellt, wird der Neue Mensch *zugleich* vorausgesetzt, postuliert und konstituiert.

Damit ist der Zirkel in der Tat perfekt: Der ganze Neue Mensch, der diese Bürde der Stabilisierung der Unschuld der Sterbebegleitung durch die kalte Gesellschaft hindurchträgt, erlaubt es Organisationen bzw. *deren* Sprechern, sich als anerkannt rein zu konstituieren. Indem sie diesem Neuen Menschen nicht Sterbehilfe, sondern einzig Sterbebegleitung, Palliation, Hospizlichkeit bieten, machen sie den *ungewissen Bevorstand* des Sterbens zu einem *planbaren* letzten Reifungshöhepunkt persönlichen Lebens. Mit dieser Semantik, die den von der säkularen Welt verdrängten Tod in das Leben integrieren will, wird das Sterben zum *modernen Lebenswert par excellence*. Diese moderne Semantik lässt je nach Organisation sogar Raum - oder aber verschließt ihn - für die Rede von einer erbetenen absichtlichen Herbeiführung des Todes, die als sorgender Freundesdienst geleistet wird. Sichtbar wird dabei eine soziale Ordnung, deren Nachhaltigkeit auf den *Sprachregelungen von Organisationen* beruht. So kann nun die Frage nach *Möglichkeitsbedingungen* und Konsequenzen des Gebrauchs des konkurrenzlos unschuldigen *Sterbebegleitungs*-Begriffs beantwortet werden.

Diese *Möglichkeitsbedingungen* werden anhand der oben gezeigten *Emergenz, Selektion* und *Stabilisierung* des neuen Begriffs der *Sterbebegleitung* kurz resümiert, bevor anschließend Konsequenzen dieses neuen Begriffsgebrauchs beschrieben werden.

#### *Beantwortung der Frage zu Phase 3: Unschuld der Begleitung durch den Neuen Menschen*

Der unter historischen und sozialräumlichen Bedingungen aufkommende Begleitungs-begriff erhält und festigt seine Unschuld durch die Forderung nach dem Neuen Menschen, dem sich selbstverantwortlich auf sein eigenes Sterben hin entwerfenden Subjekt.



Diese *Emergenz* des Sterbebegleitungsbegriffs wird ermöglicht durch die sozialräumlichen und zeitlichen, also *historischen* und somit *kontingenten* Bedingungen. Diese Bedingungen werden geschaffen durch Ausdifferenzierung neuer Organisationen und Unterorganisationen, welche sich an der Weitererzählung der Geschichte seiner Protagonistinnen und an dem Sich-zuständig-Machen für Sterbebegleitung konstituieren. Insbesondere Organisationen, die ihrerseits keine Palliations- und Hospizarbeit leisten, sondern diesen Begriffskomplex aus ihrer Sicht definieren und propagieren, tragen den Mythos des ausschließlichen Begleitens weiter.

Kritisch reflektiert werden zwar inzwischen die Bezeichnungen für *Sterbehilfe*formen. So unterscheidet WILHELM VOSENKUHL (2006: 80) unproblematische (lindernde, begleitende) Sterbehilfe von problematischer (passiver) Sterbehilfe: Nur mit ethischer Beratung im jeweiligen Einzelfall dürfe Letztere angewendet werden. Aber zugleich wollen namhafte Ärzte, (Medizin-)ethiker und Juristen die Suizidassistenz – und noch schärfer differenzierende Kritiker wie Hoerster oder Klein sogar die Euthanasie – nicht moralisch verurteilen. In dieser dritten Phase reicht also die Ablehnung aktiver Sterbehilfe und der Verzicht auf den Gebrauch des *Sterbehilfe*begriffs zur Vermeidung von Obsoleszenzen nicht mehr aus, um klare rechtliche, ethische, medizinische Verhältnisse zu definieren.

Hinzu kommt, dass den zuvor von todesursächlicher Euthanasie *unterschiedenen* Formen der indirekten und als *passiven* Sterbehilfe nun selbst Todesursächlichkeit zugeschrieben wird. Die zuvor inkommunikable Einlassung, dass lindernde medizinische Maßnahmen bekanntermaßen *todesursächlich* sein können, findet nun durch den ausschließlichen Gebrauch des Begriffskomplexes Palliation, Hospizlichkeit und Sterbebegleitung in einem Rahmen statt, welcher sie semantisch heilt und damit kommunikabel werden lässt.

Durch *Selektion*, indem die neue Begrifflichkeit der Begleitung, Palliation und Hospizlichkeit ausschließlich und unproblematisiert gebraucht wird, kommt also die allseits verlangte Eindeutigkeit zustande. Allerdings droht dieser ausschließlich gebrauchte Begleitungs-begriff durch das Gebären von Neologismen wie *Suizidbegleitung* wiederum selbst obsolet und damit instabil zu werden – wäre da nicht der Neue Mensch, der diese fragile Unschuld konfirmiert, indem er alle Verantwortung für Entscheidungen am Ende seines Lebens selbst vorsorglich übernimmt. Mit dieser Figur des *sich echt und selbstverantwortlich in die Zukunft entwerfenden Neuen Menschen* wird eine *neue conditio humana* geschaffen, an deren Postulat und nicht erst mit deren *Realisierung* sich bestehende und ausdifferenzierende Organisationen konstituieren.

*Die Frage nach den Konsequenzen* des ausschließlichen Gebrauchs des modernen Sterbebegleitungs-begriffs macht also eine extreme Übersteigerung der Ansprüche an den *Neuen ganzen Menschen* sichtbar. Dieser *Neue Mensch* muss nun *alles* sein: Er muss sich selbstverständlich in Vertrauensbeziehungen einbinden, fachlich auf neuestem Wissensstand sein, sich nicht nur als Experte, sondern auch als Laie hinsichtlich möglicher künftiger Expertisen vernetzen. Er muss in seiner Lebensführung höchste Voll-

kommenheit erreichen, indem er dieses Alles-Sein ständig *reflektiert und prätendiert*, um sich so sich auf sein eigenes Sterben hin zu entwerfen.

Kann er sich aber dann als hoch moralischer Selbstentscheider wiederfinden, wenn die Freiheit seiner Entscheidungen gleichzeitig in nie da gewesener Gründlichkeit von anderen, etwa durch das Personal bestehender und neu geschaffener Organisationen geprüft und damit auch stets in Zweifel gezogen oder gar mit Argwohn belegt wird? Wenn diese Frage verneint werden muss, dann müsste qua Transfer auf das moralische Subjekt „Nation“ weiter gefragt werden: Kann sich eine Nation dann als hoch moralische wiederfinden, wenn sie, wie die BRD oder der australische Commonwealth, ihrem Vorbildwillen mit der Maxime „Begleitung statt aktive Sterbehilfe“ Ausdruck verleiht? Dass diese Frage schwerlich bejaht werden kann, zeigt sich dann, wenn der Begleitungs-begriff damit konfrontiert wird, dass er mittels seiner Ausweitungen auf Suizidbegleitung oder Tötungsbegleitung oder schon mit dem Verschweigen seiner grausamen Seite als sozialer und sogar als politischer Generalreiniger zu fungieren hat und möglicherweise zum bloßen Alibi gegen Genozidvorwürfe verkommt. So ist im Rahmen der folgenden zusammenfassenden Charakterisierung der Kommunikation des Themenkomplexes weiterzufragen, ob und welche Begrifflichkeiten des Sterbehilfethemas im Fortgang dieser Arbeit übernommen oder verworfen werden müssen, oder unter welchen Bedingungen *soziologisch* an das Thema angeschlossen werden kann.

#### 2.4 *Fazit: Weitere Beobachtung erforderlich ?*

Rückblickend wird nun das inhaltliche und das strukturelle Ergebnis der Beobachtung organisationeller Verlautbarungen zusammengefasst, die Funktion des darin konstruierten sich authentisch in die Zukunft entwerfenden Subjekts aufgezeigt und nach weiteren soziologischen Beobachtungsmöglichkeiten gefragt.

##### 2.4.1 *Inhaltliches Ergebnis*

Die exemplarisch zur thematischen Grundlegung für Teil 2 ausgewählten organisationalen Verlautbarungen des Themenkomplexes Sterbehilfe/Sterbebegleitung können *inhaltlich* schlagwortartig zusammengefasst werden als ständig sich wandelnde Kommunikation, deren Begriffsgebrauch von einer per se reinen Sterbehilfe über ausdifferenzierte Sterbehilfeformen hin zur ausschließlichen Rede von einer Sterbebegleitung führt, und deren Reinheit das authentisch sich in die Zukunft entwerfende selbstverantwortliche Subjekt garantiert, bis die Sterbebegleitung als konkurrenzlose Totallösung aller Fragen am Ende des Lebens fungiert.

Wie gezeigt, besteht inzwischen in allen Organisationen Konsens z.B. darüber, dass Sterbebegleitung flächendeckend in das Gesundheitssystem der BRD implementiert werden muss und in Form von palliativmedizinischer und hospizlicher Aufklärung, Beratung und Ausbildung aller Beteiligten in die Gesellschaft integriert werden soll. Konsens besteht auch längst über das Ziel der Sterbebegleitung, das Sterben zu einem men-

schenwürdigen *Leben bis zuletzt* werden zu lassen. *Praktisch* scheint es nur noch daran zu mangeln, die hartnäckig todesabgewandten Individuen so zu erreichen, zu beraten, zu schulen und zu bessern, dass sie jene modernen, sich authentisch in die Zukunft entwerfenden selbstverantwortlichen Subjekte werden können und vor allem werden wollen, die sie werden sollen. Damit ist der Totalanspruch einer Besserung der Gesellschaft durch das sich vervollkommnende Individuum, welchen der Gebrauch des Sterbebegleitungsbegriffs mit sich führt, zwar erhoben, aber freilich nicht erfüllt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, wie eingangs festgelegt, nicht, der hohen und ständig wachsenden Anzahl von Programmen zur Besserung der sich ihnen hartnäckig entziehenden Subjekte ein weiteres Besserungsprogramm hinzuzufügen. Vielmehr soll ein Schritt zurück gegangen werden, indem der begriffliche Übergang von Sterbehilfe zu Sterbebegleitung nur beobachtet, nicht aber bewertet wird. Unter dieser Prämisse können phasisch beobachtbare Wandlungen des Sterbehilfe/Sterbebegleitungskomplexes als Neuerungen bezeichnet werden, welche bislang nie da gewesene *Variationen* zulassen, die letztlich durch den ausschließlichen Gebrauch des Begleitungsbegriffs auf sozial erwünschte eingeschränkt oder zumindest zu sozial geduldeten gemacht werden.

Es geht also nicht nur um Inhalte, sondern um die Struktur des Gebrauchs des Sterbehilfe-Sterbebegleitungskomplexes.

Wird nun vom Inhalt des Begriffskomplexes Sterbehilfe/Sterbebegleitung abgesehen und die jeweilige Struktur seines Gebrauchs beobachtet, dann kann die Art des jeweiligen Begriffsgebrauchs verschiedenen sozialräumlich-historisch charakterisierbaren Phasen zugeordnet werden.

#### 2.4.2 *Strukturelles Ergebnis und die Funktion moralischer Kommunikation*

Wird auf die Emergenz, Selektion und Stabilisierung des neuen Sterbehilfebegriffs gesehen, so werden unterschiedliche zeitliche und sozialräumliche Gegebenheiten als Bedingungen für die Unschuld dieses Begriffsgebrauchs erkennbar. Zu sehen ist auch, wie Personen und Organisationen durch diesen Begriffsgebrauch konstituiert werden. Sichtbar werden damit *Möglichkeitsbedingungen* dieses Begriffsgebrauchs. Diese Beobachtung lenkt den Blick auf die *Gleichzeitigkeit* der Auswirkung sozialräumlich-historischer Bedingungen für die Ausbildung der Sterbehilfe-Sterbebegleitungsbegrifflichkeit, *und*, wie nun hinzuzufügen ist, der Auswirkung dieses Begriffsgebrauchs auf die Konstituierung von Sozialräumen in Gestalt von Organisationen.

Wenn nun, um solchen Wechselwirkungen näher auf die Spur zu kommen, die Beobachtung des organisationellen Begriffsgebrauchs *phasisch* ausgerichtet wird, dann scheinen unterschiedliche, nämlich

- *selbstverständlich funktionierende*
- *normative* oder
- *sich reflektierende* Persontypen

als Garanten für die Unschuld der Sterbebegleitung auf. Damit kann aber Organisationen kein nur auf ihre Selbstkonstitution abzielender Steuerungswille nachgesagt werden. Vielmehr macht der Phasen-Aspekt den Zugriff von Organisationen auf ganz bestimmte Semantiken sichtbar, deren Kommunikabilität jeweils so lange vorhält, wie sich die jeweiligen Organisationen daran konstituieren.

Da gezeigt wurde, wie bereits der bloße Anspruch des konkurrenzlosen, unschuldigen neuen Sterbehilfebegriffs und nicht erst seine – häufig angemahnte und damit offensichtlich ausstehende - Verwirklichung als Konstituens bestehender und vor allem neu entstehender Organisationen fungiert, kann es nicht darum gehen, ob die Begrifflichkeit Phase 1 oder 2 oder 3 die richtigere oder bessere ist. Es geht vielmehr um *Bedingungen* und *Funktionen* des jeweiligen Begriffsgebrauchs.

Abbildung 4: Übergang von Sterbehilfe zu Sterbebegleitung

<i>Phase 1</i>	<i>Phase 2</i>	<i>Phase 3</i>
„Sterbehilfe“-Begriff vage definiert	<u>Begriffsgebrauch</u> „Sterbehilfe“-Begriff genau ausdifferenziert	ausschließlicher Gebrauch des Begriffs „Sterbebegleitung“
sich jeder Situation anpassen	<u>Organisationen schaffen Personen, die</u> sich fachbezogen in die jeweilige organisationelle Hierarchie einordnen	sich in unterschiedliche Orga- nisationen multi-inkludieren
dem Ethos der Organisation adäquat auf der Sozialebene	<u>Beteiligte entscheiden</u> fachgerecht und -gegenläufig - wertend auf der Sach- und Sozialebene	vor allem zukunftsorientiert und authentisch auf der Zeitebene

In *Abbildung 4* ist die Funktion der phasischen Wandlung des Begriffsgebrauchs plakativ zusammengefasst. Dabei wird gezeigt, wo sich die Beteiligten wiederfinden, was von ihnen erwartet wird und auf welcher Sinnenebene neue Personen geschaffen werden.

An diesem stark vereinfachenden Phasenvergleich soll nachvollzogen werden können, wie anhand des Themas Sterbehilfe - Sterbebegleitung seit den letzten fünf Jahrzehnten auf organisationeller Ebene kommunikative Anschlüsse hergestellt werden.

Dabei steht der organisationslogische Anschluss auf der Sinnenebene der Zeit, etwa indem Dringlichkeit, Notwendigkeit der Vertagung und/oder Delegation als Argumente für (Nicht-)entscheidungen herangezogen werden, nicht so sehr im Vordergrund. Vielmehr spielt in der Phase 1 die Bindung an den organisationseigenen *Ethos* die größte Rolle. In Phase 2 bindet die *Fachzugehörigkeit* besonders stark, da die Ausdifferenzierung des Sterbehilfebegriffs nun unterschiedliche rechtliche, politische, medizinische, ethische Entscheidungen verlangt, wobei aber die entsprechende Ausdifferenzierung von Sterbehilfebegriffen mit – gegenläufigen - Moralurteilen verbunden ist.

Da schließlich in Phase 3 jedermann und jede Frau zum Thema Sterbehilfe eigene moralische Intuitionen nicht nur hat, sondern vor allem haben soll, im Kontext der Sterbebegleitung jedoch nichts Ächtenswertes gefunden werden darf, werden Sach- und Zeitgründe von Zeichen der Achtung<sup>150</sup> und von der Forderung nach Selbstreflexivität überundet.

Dass es sich nicht um reale Personen, sondern um durch Ansprüche, Aufforderungen, also um durch Zuschreibungen erzeugte Personfiguren handelt, zeigt die Forderung an alle Beteiligten, sich palliativmedizinisch, palliativpflegerisch, hospizlich und vor allem medizinethisch schulen zu lassen und moralisches Subjekt sein zu wollen, wobei letztere Forderung meist in Verbindung mit dem Erweis von Achtung – mit immer mitlaufender Möglichkeit der Ächtung - ausgesprochen wird.

Damit erweist sich der Begleitungs-Begriff als Reinhaltungsinstrument nicht nur für alles, was mit diesem Begriff bezeichnet wird, sondern auch für diejenigen, welche ihn gebrauchen. Nun können sich Organisationen zwar an dem Begleitungs-begriff als integere konstituieren, aber die Schaffung der moralischen Subjekts wirft so komplexe Fragen auf, dass zugleich eine Fülle neuer Aufklärungs-, Beratungs- und Schulungsorganisationen emergiert, die ihrerseits nicht nur sachlich, sondern auch wiederum im Medium der Moral kommunizieren.

Ausgehend von der phasischen Betrachtung organisationeller Verlautbarungen kann also beobachtet werden, wie Kommunikation sozialräumliche und zeitliche Bedingungen nutzt, um weiter zu laufen, und diese zugleich schafft, indem sie ihre spezifischen Anschlüsse auf sozialer, sachlicher, zeitlicher Sinnebene herstellt.

Sichtbar wird allerdings auch, wie Kommunikation dann, wenn sie im Medium Moral läuft, Themen zum Verschwinden bringt und damit einseitig wird. Dies sehen zu wollen, heißt nicht, die Berechtigung von moralischer Kommunikation und ihrer Funktion der Vereinseitigung von Thematisierungen in Frage zu stellen, zumal der Umstand ihrer Allgegenwärtigkeit zeigt, dass sie gebraucht wird – oder zumindest dass sich ihr Gebrauch sozial bewährt. So kann gerade an der Moralgeladenheit der organisationellen Kommunikation der Phase 3 eine Besonderheit der Funktion von Organisationen als Generatoren sozialer Ordnung deutlich gemacht werden. Zwar lassen Organisationen die Kommunikation des Sterbehilfe-Sterbebegleitungs-Themas rekursiv und reflexiv werden, so dass immer mehr Themen zu Kristallisationspunkten für sachliche Ausdifferenzierungen werden. Aber sobald sie als generellen Garanten für die Reinheit der Sterbebegleitung das authentisch und selbstverantwortlich sich selbst entscheidende Subjekt postulieren, kommunizieren Organisationen in zunehmendem Maß moralisch.

Wenn aber hier das Thema Sterbehilfe–Sterbebegleitung nicht generalisierend, sondern zugleich universell und spezifisch beobachtet werden will, dann muss nach Theorien und Methodologien ausgeschaut werden, die ohne eine moralische Bewertung der

---

<sup>150</sup> Exemplarisch sei hier der an „ehrenamtliche Sterbebegleiter“ gerichtete Satz aus dem Leitfaden *Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim der BAYERISCHEN STIFTUNG HOSPIZ* (Hg.) (2002) (: 13) wiederholt: „Es ist eine Ehre für unser Haus, dass Sie bei uns mitarbeiten“.

wechselnden Begrifflichkeiten und insbesondere ohne das Postulat des neuen Menschen auskommen wollen. Um zu sehen, worauf bei einer solchen Ausschau verzichtet wird, soll jenes in Phase 3 in Gestalt des Neuen Menschen postulierte Subjekt noch genauer in den Blick genommen werden.

#### 2.4.3 *Der Neue Mensch als Garant für die Konstitution von Organisationen*

Wie der neue Mensch in Phase 3 als Absicherung der Ordnungsfunktion von Organisationen fungiert, soll zusammenfassend am Patientenverfügungsbeispiel umrissen werden:

Anders als in der Begriffsliste der Phase 1, in welcher eine Patientenverfügung ihrer Unbeachtlichkeit wegen gar nicht aufgeführt ist, und anders als in der Begriffsliste der Phase 2, wo eine Patientenverfügung unerfüllbar wird, weil die ausdifferenzierten Sterbehilfe-Begriffe nicht eindeutig zugeordnet und gewertet werden können, wird in der Begriffsliste der Phase 3 die Erstellung einer validen Patientenverfügung und die rechtliche Absicherung ihrer Durchsetzbarkeit von politischen, rechtlichen, medizinethischen Organisationen und zahlreichen neuen Sub-Organisationen in einer zuvor nie da gewesenen Einmütigkeit gefordert. Zugleich wird neben dem geschützten Patienten der authentisch sich in die Zukunft entwerfende Neue Mensch als Garant der Unschuld der Sterbebegleitung kreiert.

Auf organisationeller Ebene funktioniert dies folgendermaßen:

Organisationen autorisieren sich jeweils selbst als frei schwebend auf ihre Entscheidungsgeschichte abgestützte Konstrukte. Sie bilden neue Netzwerke, indem sie - ihrerseits selbstständig funktionierende - (Unter)-Organisationen schaffen, die z.B. beraten, aber keine Verantwortung für die Beratungsfolgen übernehmen und dabei nicht das, was sie - sozusagen doppelt folgenlos - planen, sondern Anderes, nämlich ihre Selbstkonstitution, erreichen. Dies geschieht, indem sie vielfach adressierte und durch die moralische Zumutung des Neuen Menschen überforderte Personen schaffen. Wenn diese Personen schon unter den Bedingungen gleichzeitiger Zugehörigkeit zu verschiedenen jeweils selbstgesetzlichen Organisationen und daraus folgenden Loyalitätskonflikten defizient handeln, wird ihnen zwar weitere, aber wieder nicht mit Erfolgsgarantie einhergehende Beratung angeboten. Auch unter diesem Aspekt der gerade nicht stabilisierbaren, sondern aufgesplitteten Person, die jedoch in Gestalt des ganzen in sich selbst einigen Menschen entscheiden soll, kann den Begrifflichkeiten der Phase 3 ebenso wenig wie denjenigen der Phase 1 oder 2 eine Überlegenheit zugeschrieben werden.

Damit ist aus soziologischer Sicht weder eine Übernahme noch ein Verwerfen dieser Begrifflichkeiten möglich. Vielmehr werden diese Begrifflichkeiten als historisch-sozialräumlich bedingte und gleichzeitig Historie und Sozialräumlichkeit schaffende Semantiken sichtbar. Damit fungiert der sich phasisch wandelnde Begriffsgebrauch des Sterbehilfe/Sterbebegleitungskomplexes als Konstituens des Sozialen auf *organisatorischem* Ordnungsniveau.

#### 2.4.4 *Wo und wie kann die Sterbehilfe-Kommunikation weiter beobachtet werden?*

Da dieser Begriffsgebrauch aber auch Interaktionen gestaltbar machen und die Semantiken ausdifferenzierter Funktionssysteme klären will, muss nach der Kommunikation dieses Themenkomplexes auf weiteren sozialen Ordnungsebenen gefragt werden. Wie ausführlich gezeigt, kann auf der organisationellen Ordnungsebene die Schaffung von Zuschreibungsadressen beobachtet werden, die aus jeweils anderer Perspektive immer wieder anders aussehen. So können Subjekte, schon gar moralische Subjekte, nicht als Realität, sondern höchstens als normative Setzungen bezeichnet werden. Um nun nicht in genau jenen Bias zu verfallen, Voraussetzung und Schlussfolgerung zu vertauschen, empfiehlt es sich daher, den in Teil 1 der Arbeit vorgenommenen Verzicht auf subjektphilosophische Prämissen auch weiterhin beizubehalten. So muss eine Unterscheidung von subjektivem und objektivem Wissen, Entscheiden, Meinen *ganzer* individueller Subjekte einerseits und eines *ganzen* kollektiven Subjekts andererseits gar nicht erst vorgenommen werden.

Preis und Gewinn dieses Verzichts auf den Subjekt-Begriff besteht nun darin, dass einerseits Ausdifferenzierungen gesellschaftlicher Funktionssysteme und andererseits Interaktionen unter Anwesenden *analytisch* von offizieller organisationeller Kommunikation unterschieden werden müssen, aber auch können.

So soll in Teil 3 *der soziologische Blick* mit Hilfe empirischer Untersuchungen auf ein weiteres soziales Ordnungsniveau, nämlich auf die Interaktion, gelenkt werden. Ziel dieser folgenden Untersuchung ist, nicht nur Inhalte, sondern insbesondere Strukturen interaktiver Kommunikation des Themenkomplexes Sterbehilfe-Sterbebegleitung zu beobachten und die Alternativlosigkeit des Topos „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ möglichen Alternativen oder auch ganz Anderem gegenüberzustellen.

### **Teil 3 Biografische Narrationen und themenzentrierte Experteninterviews zum Sterbehilfethema: Empirische Untersuchung von Interaktion**

Die Beobachtung organisationeller Verlautbarungen in *Teil 2* hat gezeigt, wie der Themenkomplex Sterbehilfe-Sterbebegleitung auf der organisationellen Ebene phasisch unterschiedlich kommuniziert wird, und wie sich Organisationen letztlich durch ausschließlichen Gebrauch des Begleitungsbegriffs als integere, achtenswerte Institutionen konstituieren. Dies ist möglich, weil der *ausschließliche* Gebrauch des Begleitungsbegriffs alles umfasst, was ein gutes Sterben ausmachen kann. Dies ist wiederum dadurch möglich, dass der sich selbstverantwortlich auf sein Sterben hin entwerfende ganze Mensch als Sicherheitsgarant für die Unschuld der Sterbebegleitung *vorausgesetzt* wird. So werden Topoi aufgestellt, welche mit Forderungen wie „*Gestalte vorsorgend dein eigenes Sterben!*“ und „*Lebe die neue Ars moriendi!*“ einhergehen. Dass damit aber nicht die gesamte soziale Wirklichkeit der Sterbehilfethematik beschrieben ist, zeigen jene – subjektphilosophisch ausgerichteten – Klagen über die Instrumentalisierung des Individuums durch die kalte Gesellschaft und konstruktivistische Kritiken einer Technisierung, Verrechtlichung und Medizinalisierung des Sterbens, sowie die daraus resultierende Forderung, nun endlich den Sterbenden selbst zu Wort kommen zu lassen oder ihm zumindest stellvertretend eine Stimme zu verleihen. Damit werden weitere Topoi errichtet, welche „*gleiche Augenhöhe mit Sterbenden*“ einzunehmen und mit ihnen „*über alles zu reden*“ fordern. Alle diese Topoi setzen freilich die *Steuerbarkeit* des ganzen Menschen und der Gesellschaft voraus. Nun weist aber sowohl der in *Teil 1* der Arbeit analysierte Stand der soziologischen Forschung als auch die in *Teil 2* gezeigte phasische Konstituierung von Organisationen eher auf Kontingenz denn auf Steuerung hin.

In *Teil 3* wird daher der auf der Interaktionsebene laufende Sterbehilfediskurs auf seine Möglichkeitsbedingungen hin untersucht. Fallrekonstruktionen biografischer Narrationen von Betroffenen und Analyseergebnisse themenzentrierter Experteninterviews werden zeigen, wie und unter welchen Bedingungen derzeit das Sterbehilfethema unter Anwesenden kommuniziert und nicht kommuniziert werden kann.

#### *3.1 Das gute Sterben in der Interaktion?*

Um vorweg den genauen Gegenstand des folgenden Empirieteils zu bestimmen, wird zuerst in *Abschnitt 3.1* gezeigt, dass alles Soziale durch Kommunikation hergestellt wird. Damit schließe ich an die theoretischen Fundierungen des Teils 1 und an die thematischen Ausführungen von *Teil 2* an.

#### *Interaktion - Begegnung von Menschen oder evolvierende Kommunikation?*

Mit dem Vorhaben, den Sterbehilfediskurs auf der Ebene der Interaktion zu beobachten, soll geprüft werden, ob von der Steuerbarkeit der Interaktion ausgegangen werden kann,



oder ob sich interaktive Kommunikation, ähnlich wie gesellschaftliche oder organisationelle Kommunikation, kontingent entwickelt. Sollte Letzteres nachgewiesen werden können, dann müsste allerdings das Steuerungspostulat „*Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe*“ revidiert werden. Um diesen Beweis vorzubereiten, müssen allerdings die Begriffe der *Interaktion*, der *Evolution* und der *sozialen Systeme* aus soziologischer Sicht geklärt werden.

### *Interaktion*

Unter Interaktion könnte dem Wortsinn entsprechend ein *Handeln unter anwesenden ganzen Menschen* aufgefasst werden. Aber wenn wir uns fragen, was davon wissenschaftlich beobachtet werden kann, dann bleibt nur der transkribierte Text. Daher muss der Interaktionsbegriff auf ein *Sprachhandeln* eingengt und vom ganzen Menschen abstrahiert werden. Dessen Existenz soll freilich nicht geleugnet werden. Vielmehr will sich meine wissenschaftliche Beobachtung gerade aus Respekt vor dem ganzen Menschen darauf beschränken, die Interaktion als Kommunikationszusammenhang zu begreifen.

### *Evolution*

Gerade im Zusammenhang mit Interaktion bedarf auch der Begriff der *Evolution* der Klärung. Anhand des Funktionssystems Soziologie und organisationeller Verlautbarungen wurde bereits in *Teil 1* und *Teil 2* herausgearbeitet, wie sich aus der Fülle von Möglichkeiten unter bestimmten historischen und sozialräumlichen Bedingungen zunächst funktionalisierte, dann normative und schließlich reflexive Varianten des Begriffsgebrauchs entwickeln. Nun ist zu zeigen, ob und unter welchen Bedingungen sich auch entsprechende Varianten von Interaktionssystemen entwickeln können.

Dazu schließe ich an NIKLAS LUHMANN (<sup>6</sup>1996; zuerst 1984: 194ff) an. Er bezeichnet Kommunikation – und damit auch Interaktion – als einen aus vorausgehender Kommunikation evolvierenden Selektionszusammenhang. Jeder kommunikative Beitrag bestehe aus den drei Elementen der Information, der Art der Mitteilung und des Anschließens, also des Verstehens. Das heißt, dass erstens aus der Fülle von möglichen Informationen eine zur Weitergabe ausgewählt werden muss. Zweitens muss aus den vielen Möglichkeiten, *wie* etwas mitgeteilt werden kann, eine ausgewählt werden. Und indem drittens der Interaktionspartner die Information von der Art ihrer Mitteilung unterscheidet, kann er entscheiden, wie er weiterredet, also wie er anschließt – und damit letztlich: wie er die Kommunikation versteht.

Das Unemphatische dieses Verstehensbegriffs macht ARMIN NASSEHI (1997: 134ff) einsichtig, indem er Verstehen als ein Beobachten von Verstehen, also als ein Anschließen, expliziert.

Weil so von Inhalten abgesehen wird und stattdessen soziale Formen fokussiert werden, kann der Evolutionsbegriff in wissenschaftlicher Version – und nicht in weltanschaulicher oder genetischer Version – angewendet werden. Im Folgenden soll also nur von der Evolution des *Sozialen* die Rede sein.

### *Soziale Systeme*

Aus diesem Absehen vom weltanschaulichen und vom genetischen Evolutionsbegriff resultiert, dass hier gerade nicht behauptet wird, so genannte anthropologische Konstanten *beweisen* zu können. Vielmehr soll auf den Anthropos-Begriff verzichtet und die Untersuchung auf genuin Soziologisches eingeschränkt werden. So werden die hier beobachteten Beiträge zum Sterbehilfediskurs, also Kommunikationsbeiträge, als ein Operieren *sozialer Systeme* analysiert. Der soziologische Blick wird also nicht auf Objekte und Subjekte gerichtet, sondern darauf, wie soziale Systeme ihre jeweiligen systemrelativen Umwelten beobachten und wie soziale - also kommunikative - Systeme mit ihren jeweils systemspezifischen - also spezifischen kommunikativen - Mitteln operieren.

Diese Anwendung des *soziologischen* Kommunikationsbegriffs, des *soziologischen* Evolutionsbegriffs und des *soziologischen* Begriffs sozialer Systeme ermöglicht es, soziale Typiken des Sterbehilfethemas hinsichtlich der Interaktionsebene zu erstellen. Freilich können unter diesen Voraussetzungen nicht die Motive und der Wille der Interviewten untersucht werden. Die wissenschaftliche Untersuchung beschränkt sich vielmehr auf die Reden *über* solche Willens- und Motiv*bekundungen*.

Damit wird der Weg frei, zu beobachten, *wie* der jeweilige Text operiert, seine spezifischen Mittel einsetzt, sich von Anderem abgrenzt, auf seine Weise vereinfacht und so *seine* Perspektive einnimmt. Die Bestimmung eines Typus kann, so verlockend diese Annahme auch wäre, nicht aus dem Text herauskommen, sondern sie wird von der Forscherperspektive aus hergestellt. Indem die Forscherin nämlich Operationsweise, Unterscheidungen, Selbsteingrenzungen des jeweiligen Textes *unterscheidet*, nimmt sie bereits eine differenztheoretische und eben keine einheitstheoretische Ausgangsposition ein. Und indem sie Interviews nicht als Begegnung ganzer Menschen, sondern als soziale und damit als kommunikative Systeme bezeichnet, kann sie die Interviewtexte als interaktive Sozialsysteme analysieren, die sinnhaft und zeitrelativ operieren.

Sich auf die sinnhafte Evolution der Texte zu konzentrieren, ermöglicht eine schlüssige Typisierung, welche nicht nach Weberschen Idealtypen Ausschau halten muss. Indem die Texte anhand ihrer Selbstunterscheidungen unterschiedlichen Gruppen zugeordnet und jene Typgruppen hinsichtlich ihres Operierens in den Sinndimensionen des Sozialen, des Sachlichen und des Zeitlichen beobachtet werden, können vielmehr *Realtypen* rekonstruiert werden.

So werden freilich weder Sterbehilfeformen gerechtfertigt noch Fragen nach der richtigen Sterbebegleitung, nach der richtigen Patientenvorsorge beantwortet. Auch von psychologischen oder ethischen Beobachtungen wird abgesehen. Angestrebt wird vielmehr eine systemtheoretisch informierte funktionale Analyse der Kommunikation des Sterbehilfethemas.

Der auf der Interaktionsebene laufende Sterbehilfediskurs wird anhand von biographischen Narrationen Betroffener und themenzentrierte Interviews mit Experten mit Hilfe der Arbeitsschritte *Sampling* - *Setting* - *Sättigung* - *Setzung* beobachtet.

### Sampling

Zur Gewinnung biografischer Narrationen wählte ich Betroffene, die mit der Diagnose und teilweise auch mit Auswirkungen einer Krebserkrankung und mit Behandlungsfolgen konfrontiert sind. Für die themenzentrierten Interviews wählte ich Experten, die mit Fragen am Ende des Lebens befasst sind.

Da ich seit 25 Jahren selbst gegründete Selbsthilfegruppen für Frauen nach Brustkrebs leite, steht mir über die ohnehin häufig geleisteten Beratungen und die Teilnahme an Fach- und Selbsthilfetagungen und -gremien der Zugang zu Betroffenen und zu Experten offen. Teilweise aus der Gruppe mir bekannter Betroffener, teilweise aus Gruppen mir bis dahin unbekannter, über Dritte (Ärzte, Kommilitonen, selbst Erkrankte) vermittelter Betroffener erhielt ich reichlich Zusagen zur Durchführung biografischer Interviews bzw. themenzentrierter Experteninterviews.

Ich führte zwanzig biographische Interviews - je zur Hälfte aus Kontakten über meine Selbsthilfearbeit bzw. über Dritte vermittelt -, durch. Mit zehn Erzählpersonen führte ich in mehrwöchigem bis zweijährigem Abstand zusätzlich ein oder mehrere Nachfolgeinterviews durch.

Insgesamt sechzehn themenzentrierte Experteninterviews führte ich mit einer Rechtsanwältin und einem Rechtsanwalt (Medizinrecht), einem Hausarzt, einem niedergelassenen Facharzt, einem Arzt für Intensivmedizin, einem Arzt für Palliativmedizin, einer Palliativkrankenschwester, einer Krankenschwester auf Intensivstation, einer Begleitenden, einer Seelsorgerin, einer Medizinethikerin, einem Arzt und Medizinethiker, einem Seelsorger und Moralthologen, einem Theologen und einem Kriminologen und Agenten einer Patientenschutzorganisation durch.

### Setting

Die Interviewtermine wurden meist telefonisch vereinbart. Dabei wurde gemeinsam der Ort festgelegt. Bei den biografischen Narrationen war dies häufig die Klinik, ein Besprechungsraum, den ich in meiner Funktion als Selbsthilfegruppenleiterin nutze, oder die Wohnung der jeweiligen Betroffenen. Ein biografisches Interview (Frau Nordoster NO.) wurde telefonisch durchgeführt. Experteninterviews fanden am Arbeitsplatz der Interviewpartner (Klinik, Sprechzimmer, Kanzlei, Seminarraum, Nebenraum bei Tagungen) statt. Fragen der Interviewpersonen nach dem Zweck, auch nach dem wahrscheinlichen Titel der Untersuchung wurden beantwortet. Inhaltliche Vorgaben wurden nicht gemacht.

Den Partnern der Experteninterviews wurde zu Beginn des Interviews eine kurze Liste mit den interessierenden Themen ausgehändigt, die – je nach Berufssparte etwas abgewandelt – folgendem Schema folgte:

Soziodemographische Daten – kurzer Werdegang – Bewältigung alltäglicher Probleme – Arbeit im Team - Definition der Sterbehilfeformen – Stellungnahme zu ausländischen Euthanasie-Kontrollgesetzen – Erwartungen an das Instrument der Patientenvorsorge. Den Abschluss bildete – wie bei den biografischen Narrationen auch – eine nicht weiter spezifizierte Frage nach „drei Wünschen“. Dieses den Interviewpartnern vorgelegte Schema wurde aber nicht nacheinander abgearbeitet, sondern locker als grobes Themenraster benutzt. In einigen Experteninterviews wurden zusätzliche Themen sowohl von Seiten der Experten als auch der Forscherin aktuell eingebracht.

Biografische Narrationen wurden nach Begrüßung, Klärung der Dauer des Erzählteils (die Erzählpersonen sollten so lange reden, bis sie ihrer Meinung nach fertig waren) und der Aufnahmetechnik (Aufgestelltes oder Ansteck-Mikrofon, Digitalrecorder) ein erzählauslösender Impuls gegeben. Etwa: *Ich danke Ihnen, dass Sie sich bereit erklärt haben, mir Ihr Leben – und natürlich auch von Ihrer Erkrankung – zu erzählen.*

Methodische Vorgaben wurden nicht streng gehandhabt. Zwar wurden möglichst keine die Antworten bereits vorformulierenden oder mit Definitionen versehenen Fragen gestellt, aber bei Nachfragen kam dies durchaus vor. Dabei folgte ich dem von ARMIN NASSEHI und IRMHILD SAAKE (2002) entwickelten methodischen Grundsatz, nicht meinerseits die Interviewsituation allein – auch nicht durch äußerste Zurückhaltung - steuern und damit „Kontingenz verhindern“ (so im Titel des methodischen Grundlagenaufsatzes von NASSEHI und SAAKE) zu wollen, sondern mich *von der Interviewsituation* benutzen zu lassen. So versuchte ich vor allem, für zeitliche und räumliche Unge-störtheit der Interviewsituation zu sorgen und ansonsten das jeweilige Interview laufen zu lassen, wie es eben lief. Dabei stellte sich heraus, dass mein Part einerseits darin bestand, über weite Strecken hinweg durch kurze Bestätigungssignale aufmerksames Zuhören (mhm, ja, Wiederholen eines Wortes oder Satzes, Nicken) zu zeigen. Aber auch Reaktionen meinerseits in Gestalt weitergehender Antworten und Nachfragen kamen vor. Auch sie wurden jeweils analysiert.

Soweit nicht schon im Erzählteil thematisiert, sprach ich das Sterbehilfethema im Nachfrageteil an. Allerdings verbot sich dies in einigen Fällen so offensichtlich, dass schlicht um der Schonung der Interviewpartner willen keine Nachfrage erfolgte.

### Sättigung

Die Analyse der transkribierten Interviews soll sich zwar auf das Sterbehilfethema hin ausrichten. Aber um die Texte nachvollziehbar gruppieren zu können, muss auch auf die gemeinhin als lebenslaufbestimmend interpretierten Kontexte wie Werdegang, involvierte Personen und Themenwahl geachtet werden. Klassische Einzelfalldarstellungen behalten also ihren soziologischen Stellenwert. Dabei werden nicht nur dem Lebenslauf folgende Erzählungen, sondern auch Berichte, Reflexionen und Argumentationen, also die *ganzen* Texte, auf ihre Unterscheidungen hin beobachtet.

Hilfreich ist dabei

- erstens ein Sequenzieren der Texte: Wann treten inhaltliche Veränderungen, dramatische Wendungen, Änderungen in der Darstellungs- und Argumentationsweise (nicht) ein?

- zweitens das Ausschauen nach Schlüsselbegriffen (Kodieren). Bei den biografischen Narrationen wurde das immer wiederkehrende, aber höchst unterschiedlich kommunizierte Thema *Angst vor dem Sterben* als Schlüsselbegriff für die Zuordnung der Transkripte in Typgruppen gewählt.

Bei den themenzentrierten Interviews wurde nach Formulierungen Ausschau gehalten, welche auf die Expertise der Interviewperson verwiesen.

In den folgenden Falldarstellungen sind die Interviews bestimmten Typengruppen zugeordnet. Die weite Spanne der inhaltlichen Variation jeder Typgruppe wird gezeigt, indem jeweils mindestens zwei Fallrekonstruktionen einer Gruppe vorgestellt werden, die den höchstmöglichen Kontrast erkennen lassen. Sättigung bedeutet also nicht, dass keine anderen Varianten eines Typus mehr gefunden werden können, sondern dass die Typgruppen jeweils möglichst breite Variationen aufweisen.

### Setzung

Um die nun folgenden Fallrekonstruktionen auszuarbeiten, werden die Transkripte anhand von Themen-, Stil- oder Personwechseln sequenziert. Diese Sequenzen werden vor allem darauf hin beobachtet, in welcher Sinndimension sie operieren und das heißt, wie sie ihre Anschlüsse in der sozialen, sachlichen und zeitlichen Sinndimension herstellen. An Stellen, die Gewinn aus genauerer – etwa textformaler - Analyse versprechen, werden auch Feinanalysen durchgeführt. Grundlage jeder Analyse ist die Frage, welche Funktion die einzelnen Texte bzw. Textteile erfüllen. So können nicht nur typische Alternativen der Kommunikation des Sterbehilfethemas herausgearbeitet werden, sondern auch innerhalb der Typgruppen reiche Variationen vorgestellt werden.

Diese Typisierungen werden also nicht unmittelbar aus Theorien deduziert, auch nicht in der Wirklichkeit fertig vorgefunden. Vielmehr werden sie, ausgehend von einer systemtheoretisch informierten Hermeneutik, durch funktionale Analyse erarbeitet. Es handelt sich bei den Analyseergebnissen also um hergestellte Konstrukte, um *Setzungen*.

Dass auch subjekttheoretisch fundierte und handlungstheoretisch formierte Sozialforschung zu potenten Ergebnissen kommt, steht außer Frage. Aber sie geht doch zumeist mit Diagnosen einher, die sowohl der Gesellschaft als auch den Individuen Defizienzen zuschreiben, und sie wundert sich dann, wenn auf solche Ergebnisse gestützte Besserungsprogramme zu wenig fruchten. Gerade hinsichtlich der Sterbehilfethematik kann daher eine Soziologieform, die soziale Systeme beim Operieren in ihren jeweiligen Umwelten beobachtet und letztlich Kommunikation anhand ihrer Arten, Dimensionen und Niveaus auf ihre soziale Funktion hin untersucht, neue Ergebnisse erbringen.

### 3.2 *Biografisches und themenzentriertes Interview als sich selbst*

### *bearbeitende Kommunikation*

Die folgenden Analyseergebnisse der Interviewtexte zeigen

- in *Abschnitt 3.2.1* unterschiedliche Weisen der Kommunikation unter Anwesenden am Beispiel einiger Fallrekonstruktionen aus den drei Typgruppen biografischer Narrationen
- in *Abschnitt 3.2.2* das Ergebnis eines Minimal-Maximal-Vergleichs, der sowohl die Erzählteile der Erstinterviews als auch Nachfrageteile und Nachfolgeinterviews berücksichtigt und der zeigt, wie sich Kommunikation unter Anwesenden typischerweise steuert.
- in *Abschnitt 3.2.3* die Typik themenzentrierter Experteninterviews. Dabei geht es um die Frage, wie diese Typiken denjenigen der biografischen Narrationen entsprechen, und welche Implikationen sich daraus für die weitere Beobachtung des Sterbehilfediskurses ergeben.

#### *3.2.1 Fallrekonstruktionen biografischer Narrationen*

Die nun folgenden Darstellungen biografischer Erstinterviews sind in drei Gruppen realtypischer Ausprägungen zusammengefasst, und zwar in die Gruppe der flexibel Funktionierenden, der normativ-Rationalen und der Reflexiven. Die Typik jeder dieser drei Textgruppen wird dadurch nachvollziehbar gemacht, dass

- erstens - zuerst themenübergreifend, also noch unabhängig von der Sterbehilfethematik – jeweils der Erzählstil, die Art, wie Personen geschaffen werden, sowie die Strategien der Selbstabgrenzungen herausgearbeitet werden und
- zweitens die jeweils spezifische Typik des interaktiv laufenden Sterbehilfediskurses vorgestellt wird.

Bei der Vereinbarung der Interviewtermine werden

- das Thema – die Erzählung des eigenen Lebens, auch im Hinblick auf die Erkrankung
- die zeitliche Unbegrenztheit des Interviews seitens der Forscherin und
- die Anonymisierung mit den Interviewpartnern besprochen.

Auf diese Modi wird nochmals vor Beginn der Tonaufnahme hingewiesen.

Darauf folgt als erzählgenerierender Impuls die Aufforderung, alles, was aus dem eigenen Leben einfällt, natürlich auch über die Erkrankung, von Anfang an zu erzählen.

##### *3.2.1.1 Gruppe der flexibel Funktionierenden*

Zunächst werden zwei Beispiele des Typs flexibel Funktionierender vorgestellt. Sie kontrastieren im Hinblick auf ihre Ausprägungen als *flüchtende Angst* (Frau Bachxaver, BX.) einerseits und als *minimierte Angst* (Frau Andry, AY.) andererseits.

Anschließend werden diese und weitere Transkripte dieser Typengruppe erstens *allgemein* auf ihren Stil und ihre Personbilder und ihre Bilder von Sterben und Tod und

zweitens auf ihre spezifische Bewertung von Sterbehilfeformen und Patientenvorsorge hin beobachtet.

### 3.2.1.1.1 Die flüchtende Angst – Frau Bachxaver (BX.)

*BX.: - i mag's gar nimmer wissen, weil ich denk einfach, ich mag einfach in Ruhe und Frieden leben ohne zu wissen, was wieder kommt, und wieder neu Angst zu haben. - - - (BX. I 12)*

Frau Bachxaver, 44 Jahre, Altentherapeutin, wählt wegen beengter Wohnverhältnisse und unruhiger Arbeitsstelle die Durchführung des Interviews im Besprechungsraum der Forscherin.

#### Erste Sequenz BX.: Konstituierung der Interviewsituation durch Selbstanpassung

Das Interview beginnt mit einer Selbstanpassung der Interviewsituation: Gleich zu Beginn steht die Besorgnis der Interviewperson, sie könne durch ihr verfrühtes Eintreffen die Forscherin unter Druck setzen. Dieses verfrühte Eintreffen der Interviewpartnerin konstatiert die Forscherin kurz und fragt ihrerseits nach dem Befinden der Interviewperson.

*BX.: Ich hoffe, Sie fühlen sich auch net so unter Druck, so –*

*I.: Ja, Sie sind ja eher gekommen -*

*BX.: Ja.*

*I.: War's schwierig mit dem Herkommen?*

*BX.: Nee, gar net. (BX. I 1)*

Diese reziproke Abgleichung der Interviewsituation lässt das Interview problemlos anlaufen. Sie wird weiter durchgehalten, indem scheinbare Probleme wie z.B. eine möglicherweise unpassende Themenwahl zwar thematisiert werden, sich aber durch hohe Flexibilität der Erzählerin und Permissivität der Forscherin als bereits gelöst erweisen:

*BX.: Nee. – [...] - ma' muss sich des zeitlich immer einteilen, - da war ich grad in der Dusche, Gott sei Dank no' net nass, aber scho' nackt, da klingelt s Telefon, i denk' mir: Nein, du gehst jetzt nicht hin, wer weiß wer des is, und dann hat's länger - ach doch, gehst doch hin, machst ganz schnell und kurz. Dann war's mei' Sohn, da war ich doch froh, dass ich hin bin. [...] - - Na ja - entschuldigen Sie, des war jetz' aber gar net -*

*I.: Des is' alles gut, des is' alles ganz locker.*

*BX.: Ich war ganz in Gedanken - als wär' das jetzt schon wichtig*

*I.: Alles ist wichtig. Sie sind wichtig.*

*BX.: (lachen) (BX. I 1-2)*

Die Kommunikation checkt sich also selbst ab, wird sogar reflexiv. Aber diese Reflexivität hält nicht vor. Vielmehr kann die Kommunikation auf den Reparaturmechanismus des Achtungserweises - Sie sind wichtig - zugreifen, um problemlos weiter zu laufen.

#### Zweite Sequenz BX.: Schonraum der Interviewinteraktion in Form der Pause

Auch wenn die Interviewsituation in der Folge prekär zu werden droht, stellt sie sich doch sowohl seitens der Interviewpartnerin als auch der Forscherin auf ein immerweiter-Laufen ein:

*BX.: [...] mein Sohn [...] - - Der is' jetzt heut' aa seit halb drei Uhr jetz' weg, hat die drei Wochen Seminar für Zivildienstleistende, ha. Hat im Oktober angefangen. - - - (- weint. Die For-*

*scherin schaltet das Aufnahmegerät ab. Nach einer Pause von einigen Minuten will Frau BX dann weitersprechen über die Geschichte ihrer Erkrankung) (BX. I 2)*

Die Pause fungiert als Schonraum, der die Kommunikation weiter laufen lässt, als sei nichts geschehen. In Form einer kurzen Aufzählung folgen Berichte von verzögert eingesetzter klassisch-medizinischer Behandlung der Ersterkrankung, zunächst fehlinterpretierter Zweiterkrankung, Alternativbehandlungen, Wiederaufnahme der vollen Arbeitszeit als Therapeutin im Altenpflegebereich, bis beim Thema Stress diese Aufzählung stockt:

*BX.: [...] jetzt hab' ich wieder eine Fünftageweche, keine Viertageweche. - Des mit der -, mit der Energie, des is nach wie vor eben -, die is manchmal gut da, die kann von einer Minute zur andern plötzlich wieder noch - - - ja - nach körperlicher Belastung oder nach Stress, psychischer Belastung immer mal umschlagen. Das ist da - - - (BX. I 2)*

Bei diesem Stocken bleibt es aber nicht. Vielmehr wird nun seitens der Forscherin in Form der penetranten Nachfrage – I: *Was macht Ihnen Stress?* - Thematisierungsbedarf unterstellt, der aber von der Erzählperson mit einem – nicht näher explizierten - Ausweichen beantwortet und von der Forscherin als Wunsch nach einer Pause interpretiert wird:

*BX.: - Ich möchte mich gern ein bisschen - - -  
I.: Lassen Sie sich Zeit so viel Sie mögen. (BX. I 3f)*

Wieder fungiert also die – hier als Wunsch unterstellte - Pause als Schonraum der Interviewsituation. Sie repariert nicht nur die Penetranz der Nachfrage, sondern sie macht auch wechselseitige Instrumentalisierungen - sowohl die der Erzählperson zur Schonungsbedürftigen als auch die der Forscherperson zur geradezu als psychosoziale Beraterin fungierenden Zuhörerin - zu einer Normalität. Hier wird eine Dynamik wechselseitiger Zuschreibungen von Schonungsbedürftigkeit sichtbar, und zwar von Beginn des Interviews an: Dort ist es die Erzählperson, die der Forscherin ein Gestresstsein durch ihr vorzeitiges Erscheinen unterstellt. Dass es sich bei diesen Befindlichkeitsvermutungen um Zuschreibungen und nicht um ein Wissen um das Gegenüber handelt, zeigt das ständige Tasten, Abchecken, Reagieren und andererseits das stillschweigende Weiterlaufen dieser Kommunikation. Weil das Leben mit Stressreaktionen halt zu der Erzählperson gehört (BX. I 3f), kann das Interview unter dem duldsamen Motto des Es-geht-schon weiterlaufen:

*Dritte Sequenz BX.: Anpassung an Schwierigkeiten durch Permissivität* Neben der Herstellung von Pausen ist die Permissivität eine weitere Möglichkeit, die Kommunikation auch bei ständigem Themenwechsel am Laufen zu halten:

*I.: Sie können reden, wie Sie mögen  
BX.: Ja, vielleicht da kann i des jetzt einlegen, weil es kommt wahrscheinlich nicht von ungefähr, dass ich jetzt allein leb' [...] (BX. I 5)*

So durchzieht das Strukturmerkmal der gegenseitigen Anpassung von Interviewperson und Forscherperson auch weiterhin den in seiner Reihenfolge stets „springenden“ Bericht. Von Zugzwängen biografischer Erzählung, wie sie z.B. FRITZ SCHÜTZE (1983) voraussetzt, und von der Garantie, dadurch zu einer dem Lebenslauf homologen Dar-



stellung des Lebens zu kommen, kann hier nicht die Rede sein. Aber hier kann untersucht werden, wie Personen kommunikativ konstituiert werden.

Obwohl die Forscherin Aussagen der Erzählerin mehrmals als Hinweise auf Belastung deutet und immer wieder vorschlägt, das Interview zu unterbrechen oder zu beenden, fährt die Erzählerin doch immer in ihrem Bericht weiter. Sie thematisiert ihre Schwierigkeit, in Verwandtschaft und Partnerschaft zu moderieren, und schreibt sie finanziellen und wohnortbedingten Verhältnissen sowie den Mentalitäten der beschriebenen Personen zu, so dass es auf keiner Seite persönlich Schuldige geben muss.

*Vierte Sequenz BX.: Die Stärke der Schwachen - instrumentalisierte Forscherin*

Zwar operiert diese Kommunikation vorwiegend mit dem Strukturelement der Anpassung. Aber sie wird auch hoch reflexiv, setzt dabei das Strukturelement hoher Emotionalität ein und benutzt dann die Forscherperson als zuhörend-beruhigende Begleiterin:

*BX.: Und ich seh' da halt immer wieder des -, ich -, ich sag' immer alles so durcheinander, des Medizinische und des mit der Wohnung, und mit der Partnerschaft, aber alles irgendwo seh' ich immer so wie -( weinen) immer wieder einfach noch wie - nicht sesshaft. (beruhigt) [...] da denk' ich, ich bin so unzufrieden. (BX. I 9)*

Die Kommunikation stellt immer klarer die Rolle der Forscherin als für eine ganz bestimmte Form der Interviewführung Verantwortliche heraus: Statt ihres Forscherstatus hat sie den Status der solidarischen Zuhörerin anzunehmen. Nicht die Interviewperson muss sich nun verweigern oder die Flucht ergreifen, sondern es ist die Forscherin selbst, die die Rolle übernimmt, das Interview zu beenden:

*BX.: [...] Weil ich denk' des wirklich, dass des so bleibt, wie's ist, [...] und (weinen) - i mag's gar nimmer wissen, weil ich denk einfach,(wieder ruhig) ich mag einfach in Ruhe und Frieden leben ohne zu wissen, was wieder kommt, und wieder neu Angst zu haben. - - -*

*I.: Ich schalt' jetzt das Gerät aus. (Notiz: Unterbrechung und Vorschlag meinerseits, das Interview nicht fortzuführen und nicht zu verwenden. Frau BX. stimmt zwar dem Beenden zu, will aber das Interview später weiterführen, weil es dann schon wieder gehen werde. Sie stellt mir Fragen nach Adressen von alternativen Krebskliniken und Ärzten, die ich beantworte. Anschließend verabschiedet sie sich) (BX. I 12 und Notiz)*

Dass angesichts dieses Lebens in ständiger Angst das Thema Sterbehilfe-Sterbegleitung überhaupt nicht explizit gemacht wird, versteht sich von selbst. Diese Kommunikation würde sich durch Reflexivwerden und durch Operieren in der Sachdimension überfordern. Vielmehr wird die Interviewperson als bis zur äußersten Erträglichkeitsgrenze hoch flexibel Funktionierende sichtbar. Zugleich lässt sich die Interviewerin durch Verzicht auf das Sterbehilfethema, durch Abbrechen des Interviews und durch nachfolgende Beratung der Interviewperson problemlos von der Forscherin zur psychosozialen Beraterin umfunktionieren. Das Interview muss also als ein Beispiel der Gruppe flexibel Funktionierender bezeichnet werden. Die hohe Bandbreite instrumentalisierten Interaktionen soll nun anhand einer weiteren Fallrekonstruktion gezeigt werden:

*3.2.1.1.2 Die minimierte Angst – Frau Andry (AY.)*

*AY.: Ich hab das mal -, so ein Ende mitgemacht mit dem Onkel. Und dann hab' ich des erlebt, wenn's beinahe so is', dass man's nimmer aushält, dann*

*ist's sowieso zu Ende. (Frau Andry (AY. 7))*

Frau Andry, 68 Jahre, wählt aus den beiden angebotenen Möglichkeiten, das Interview bei sich zuhause oder im Besprechungszimmer der Forscherin zu führen, Letzteres.

*Erste Sequenz AY.: Selbstanpassung der Interviewsituation durch Instrumentalisierung der Forscherperson*

Auch im Fall AY. checkt sich die Interviewsituation selbst ab: Das nach der aktuellen Erzählaufforderung entstehende längere Schweigen der Interviewperson wird nämlich von der Forscherin mit dem Angebot beantwortet, das Erzählthema auf Aktuelles einzuschränken:

*I.: [...] Sie können ihr Leben erzählen, alles, was Ihnen wichtig ist.*

*AY.: - - Ja. - - - [lange Pause]*

*I.: Sie haben mir eben mitgeteilt, dass ihre Freundin gestern - vorgestern verstorben ist.*

*AY.: Ja. - - -*

*I.: Sie können auch erzählen, wie es Ihnen damit geht, und natürlich auch von der Freundin. (AY. 1)*

Ebenso wie der Text gleich zu Beginn die Forscherperson zur psychosozialen Beraterin der Erzählperson umfunktioniert, werden solche Instrumentalisierungen auch weiterhin zum konstitutiven Element der Interviewsituation. Der Text instrumentalisiert einerseits die Erzählperson, indem er sie durch schützend oder tröstend anmutende Nachfragen als der Schonung bedürftig darstellt, und damit die Selbstkompetenz der Erzählperson, die Dinge so sein lassen zu können, wie sie sind, ignoriert.

Indem die Forscherperson der Erzählerin andererseits ermöglicht, nicht auf die eigene Person referieren zu müssen, sondern zuerst das Erleben ihrer Freundin zu thematisieren, ermöglicht sie ein problemloses Laufen des Interviews. So kann die Erzählperson gerade durch diese Referenzmöglichkeit auf einen anderen Fall später auch über eigenes Erleben berichten.

*Zweite Sequenz AY.: Zulassen des Aktuellen als Schonraum*

Die Unerträglichkeit der ungewöhnlich langen Pause wird aufgehoben, indem einem aktuellen Bericht über das Sterben der Freundin der gleiche Stellenwert wie einer klassischen biografischen Narration zugebilligt wird:

*AY.: Ja. Was soll ich jetzt erzählen. – Die hatte Knochenmarkzerfall. [...] Und wenn man so alt ist, sie war 75, dann kann man nicht mehr implantieren [...]. Dann müssen die Ärzte schau'n, wie sie so um die Runde kommen. - -*

*I.: Hatte das mit ihrer Brustkrebskrankung zu tun?*

*AY.: Ich weiß es nicht. Sie wurde bestrahlt, und die Ärzte haben gesagt, von so was könnte das auch entstehen. (AY. 1)*

Der Bericht über den bei der Freundin miterlebten Krankheitsverlauf mit seinem Wechsel zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit kommt nun, mit Hilfe weniger Nachfragen der Forscherin, so weit in Gang, dass das Funktionieren von Versorgung und Betreuung thematisiert werden kann:

*I.: Hatte sie keine Verwandten?*

*AY.: Die hat eine Tochter, aber zu der Zeit war sie mit der Tochter nicht so gut - wie soll ich mich ausdrücken - sie haben kein so gutes Verhältnis gehabt. - -*

*I.: Hat sich das geändert?*

*AY.: Das hat sich jetzt geändert zum Schluss, vor sie gestorben ist [...] kam die Tochter öfters. -*

*I.: Mhm. - Und wie hat sich die Freundin drüber geäußert? Über das Verhalten der Tochter?*

*AY.: Ja, sie hat sich beklagt. Aber - man darf ja da nicht viel sagen, weil - zum Schluss vertra-  
gen sie sich und dann wird alles vergessen, was nicht schön war [...] zum Schluss kam ja die  
Tochter, und dann war wieder alles gut. - - - (AY. 2)*

Dieses gute Ende der Mutter-Tochter-Beziehung erübrigt tiefer gehende psychologische oder ethische Erwägungen von Beziehungsfragen. Vielmehr scheint das als allbekannt vorausgesetzte Muster naher Sozialbeziehungen mit raschem ‚Schlagen und Wiedervertragen‘ auf, und da man ja da nicht viel sagen darf, kann die Kommunikation Moralisierungen vermeiden und so problemlos weiterlaufen.

*Dritte Sequenz AY.: Anpassung an Schwierigkeiten durch Verzicht auf Dramatisierung*

Nicht nur medizinisch schwierige Sachverhalte, sondern auch die Möglichkeit der Erzeugung von Angst durch die Wiederholung bestürzender Erlebnisse werden in der Interviewsituation kommunikativ weggearbeitet: Die Nachfrage der Forscherin nach klinischen Maßnahmen, welche nur noch kurz vorhaltende Symptomkontrolle zutage fördert, wird nicht weiter ausgemalt. Nicht in eine dramatische Darstellung der Krankheitszustände, sondern in Minimalisierungen – bisschen ein Knubbel – und in eine nüchterne Aufzählung immer gleicher Abläufe mündet der Text:

*AY.: [...] zum Schluss war das immer so: Kaum war sie zu Hause, nach zwei, drei Tagen musste sie wieder in die Klinik. Dann kam wieder was. [...] Und das waren ja so Plättchen, die aufgegangen sind. Ihre ganze Haut waren blaue Flecken und in der Mitte so ein bisschen ein Knubbel, so ein Erhöhung, und die gingen auf und das hat geblutet. (AY. 4)*

Ähnlich undramatisch wie diese letzten Wochen der Freundin behandelt der Text auch die penetranten Nachfragen und Vergewisserungen der Forscherin zu den Themen Schmerz und aktive Sterbehilfe:

*I.: Ich hab‘ grad gehört, sie hat Schmerzen gehabt. Hat sie sonst auch Schmerzen gehabt?*

*AY.: Ja, sie hat auch in der Blase Schmerzen gehabt und sie hat im Magen Schmerzen gehabt. Drücken.*

*I.: Ja. Konnte man dagegen nix machen?*

Obwohl zur Vertiefung angeregt, läuft die Kommunikation undramatisch weiter:

*AY.: Nein, konnte man schlecht was machen. I.: Hm.*

*AY.: Und zum Schluss [...] dann hat sie sich ganz aufgegeben und dann wollte sie nicht mehr. - -*

*I.: Hat sie das gesagt?*

*AY.: Das hat sie öfter gesagt, das hat sie schon früher gesagt, aber seitdem öfters. Sie will nicht mehr, und das hat keinen Sinn und sie will ihre Ruhe haben. Sie hat auch den Arzt gefragt, ob der Arzt eine Spritze ihr gibt. Und der Arzt hat gesagt: So gern wie er das möchte, weil er das einsieht, das darf er ja nicht machen. Ja. - - (AY. 4f)*

Die Wiederholung des immer Gleichen, dass nämlich nichts zu machen sei, und zwar für niemanden, auch nicht für den Arzt, kehrt in mehreren Varianten wieder. Zu sagen gibt es dazu nichts außer einem die Situation hinnehmenden Ja. - -

Die insistierende Frage der Forscherperson ändert also nichts an der Kommunikation und vor allem: Sie schadet auch nicht der Kommunikation. Auch angesichts des As-

pekts unbeherrschbarer Leiden weiß sich die Kommunikation zu helfen: Sie entproblematisiert sich, indem sie die Forscherin weiter zur hilfreich verbündeten Beraterin umfunktioniert:

*Vierte Sequenz AY.: Die sich instrumentalisierende Forscherin*

Die Forscherperson will sich zwar um das Beziehungsthema kümmern: *I.: Was für ein Verhältnis hat sie zu den Ärzten gehabt? AY.: Gutes Verhältnis. Ja. Die haben alle gemacht, was nur geht. - - (AY. 5)* Da aber alle, insbesondere die Ärzte, gemacht haben, was nur geht, sind die Probleme Schmerz, aktive Sterbehilfe und Arzt-Patient-Beziehung in diesem Text schon abgehandelt. Kontingenz wird nicht sichtbar, denn andere Möglichkeiten als das Hinnehmen der Situation, wie sie ist, stellt der Text nicht zur Verfügung. Freilich ist damit die Doppelrolle der Forscherin, die nun auch als teilnahmevolle Bündnisperson fungiert, noch nicht hinreichend gefüllt. Der Text gleicht dies aus, indem er interessierte Nachfragen der Forscherin wie: *Hätte sie gern mehr gewusst?, „. Und die Ärzte, haben die mit ihr gesprochen?* präsentiert. Diese interessierten und insistierenden Nachfragen brauchen kein wertloses Interview zu konstituieren: Vielmehr wird einiges über Kommunikation erkennbar: Die Patientinnenfigur, welche als frühere Krankenschwester dennoch *mit ihre Krankheit [...] sich nicht ausgekannt (hat), und mit dem zufrieden damit (war), was sie erfahren hat (AY. 5)*, kann sich nämlich gerade durch jenes Nichtwissen schützen:

*AY.: [...] sie hat's auch nur so weit aufgefasst, wie's ihr -, wie's ihr angenehm war.- - (AY. 5)*

An diesem Text lässt sich noch mehr über Kommunikation lernen: Zwar stellen die Wahl der Information und die (hier z.B. schonende) Art der Mitteilung zwei wesentliche Elemente von Kommunikation dar, aber erst zusammen mit dem dritten Element, nämlich der Wahl dessen, woran sinnhaft angeschlossen wird, machen sie Kommunikation aus. Der Text liefert auch gleich den Nachweis für dieses dritte Element des selektiven Anschließens. Er bescheinigt nämlich der Patientin, welche ihren Erträglichkeitsgrenzen entsprechend die Art der Mitteilung von der Information unterscheidet, einen klaren Kopf:

*AY.: Sie hat bis zum Schluss einen klaren Kopf gehabt. Ihre Putzfrau hat sie gesagt, sie soll andere Stellung suchen, sie kommt ja vom Krankenhaus wahrscheinlich nicht mehr heim, und die Putzfrau braucht das Geld. (AY. 5)*

Auch weiterhin bleibt der Interviewtext bei den Anschlussformen des Sich-Anpassens und des Sich-Verbündens. Dies geht so weit, dass das Verständnis für den Wunsch der Freundin nach aktiver Sterbehilfe nicht nur thematisierbar ist, sondern auch schlicht als Problemlösung fungiert:

*I.: Mhm. - - Und was haben Sie gesagt, wenn der Wunsch kam?*

*AY.: Ja, ich hab' nur gesagt: Ich verstehe sie. Man kann ja nicht trösten, oder?*

*I.: Nein. - Und was hat sie dann drauf geantwortet?*

*AY.: Ja, dann war sie zufrieden (AY. 6)*

Nach dieser völlig unproblematisch verlaufenden Thematisierung wird auch die eigene Angst der Interviewperson kommunikabel:

*I.: Und wie war das mit der eigenen Angst dann?*

*AY.: Mit meine Angst?*

*I.: Mhm. -*

*AY.: Ich hab das mal -, so ein Ende mitgemacht mit dem Onkel. Und dann hab' ich des erlebt, wenn's beinahe so is', dass man's nimmer aushält, dann ist's sowieso zu Ende. Und so war's bei der H. auch. (AY. 7)*

Die Kommunikabilität des Angstthemas geht sogar so weit, dass die insistierende Nachfrage - *I.: Und was heißt das, so, dass man's kaum aushalten kann? (AY. 7)* - die Interviewsituation nicht etwa zum Erliegen bringt, sondern qua Minimierungstechniken weiterlaufen lässt:

*AY.: Ja, man -, man weiß nicht, was man sagen soll, man is' unsicher, man möchte was sagen, kann aber nichts. Des is' diese Unsicherheit. Des macht einen dann ein bisschen ängstlich. (AY. 7)*

Der Text kann diese Ängstlichkeit sogar nachhaltig minimieren, und zwar einerseits durch die Friedlichkeit der Darstellungen des letzten Krankenbesuchs und andererseits durch die einfache Schlussfolgerung friedlichen Sterbens aus dem Bericht der kurz vor und kurz nach dem letzten Atemzug anwesenden Krankenschwester – also von einem Sterben, das niemand gesehen hat:

*AY.: Wir haben sie in den Garten rausgeschoben, das war ein schöner Tag, [...] Hab'n wir ihr die Blumen gezeigt und -, und Springbrunnen und hab'n wir uns hingesezt und lange gesprochen [...] Sie ist eingeschlafen. [...], die Schwester war kurz vorher bei ihr drin, und dann hat sie sehr schwer geatmet, und dann sind sie paar Minuten wieder drin gewesen, und da hat sie nicht mehr geatmet. (AY. 7f)*

Dieser so undramatische, von Blumen- und Springbrunnenbildern begleitete Bericht, in welchem der Übergang vom Leben zum Nicht-mehr-leben geradezu verdeckt und ganz einfach von Jetzt zu Jetzt funktioniert, formiert sich nun immer weiter zur Bündnissituation um, indem die Forscherperson auf dem Begleitungsthema insistiert:

*I.: Mhm - - Mhm. - - Und was kann man da tun, wenn man selber so begleitet, ja - dass man net selber so - mutlos wird - gibt's da irgendwas?*

*AY.: Nee. Ich hab' mir immer gesagt, is' egal, wer mit ihr spricht, jeder is' so. Das war mir ein Trost, dass die andern auch nichts anderes sagen konnten. - -*

*I.: Mhm . - - Haben Sie sich ausgetauscht?*

*AY.: Ja. Mit der Putzfrau, die hat mir das erzählt, wie's ihr geht dabei, und ich hab's ihr auch erzählt und das war so -, so - gleich. (AY. 8)*

Der Text selbst repariert dieses Insistieren der Forscherperson, indem er den Trost be-reithält, dass alle Begleitenden gleich auf den Todeswunsch der Freundin reagieren. Das ‚schlechte Gefühl‘ verliert seine Dominanz. Dies zutage gefördert zu haben, kann sich der Text aber nur als Ergebnis anrechnen, indem er sich zum Schluss mehrmals seiner psychischen „Unschädlichkeit“ vergewissert und nach dieser immer gleichen Vergewisserung in eine reziproke Verabschiedung ausläuft:

*I.: Jetzt wollte ich noch bitten wie das war, mit diesem Interview - so - war das -*

*AY.: Das war in Ordnung. Ich hab das gar nicht als Interview empfunden. Wir haben halt gesprochen. .*

*I.: Ja. -*

*AY.: Ja. - - Noch eine Frage?*

I.: Mm. Und - kann das sein, dass das jetzt mehr belastet, dadurch, dass wir das so - besprochen haben?

AY.: Nein. Des is' im Gegenteil. Dann hat man's rausgesprochen. Ich glaub', das is' eher gut.

I.: Mhm. - Ja, dann bedank' ich mich ganz herzlich.

AY : Ich auch. (AY. 11)

Die Reziprozität dieses Ritus des Bedankens lässt das als normales Gespräch bezeichnete Interview AY. problemlos an sein Ende kommen.

### 3.2.1.1.3 Variationsbreite der flexibel Funktionierenden

Bei dem folgenden internen Vergleich der oben vorgestellten und weiterer Interviews aus der Gruppe der flexibel Funktionierenden interessiert erstens die allgemeine Schlüssigkeit seiner Typik. Dazu werden die Textform, die Art der erzeugten Personen und die Art der Selbstbegrenzung aus den biografischen Erzählteilen, also themenübergreifend, beobachtet. Analog dazu wird dann zweitens die spezifische Typik der Sterbehilfekommunikation auf ihre Schlüssigkeit hin untersucht.

#### Erstens: Die themenübergreifende Typik der sich flexibel Funktionalisierenden

##### *Die Formfrage: Klassische Erzählung oder Bericht?*

Zwar werden in den als funktionalisiert und instrumentalisiert typisierten Texten durchaus Einzelheiten aus verschiedenen Lebensphasen erwähnt. Aber sie bilden nicht, wie die klassische Biografieforschung dies fordert, aus einem Guss bestehende, systematisch fortschreitende, Spannung aufbauende Erzählungen. Vielmehr werden Gegebenheiten gleichwertig der Reihe nach abgearbeitet - BK.: *Ja. Hab'n mer wieder ein Teil abgehakt. Ab und zu fällt einem ja irgendwas ein. (BK. I 12)* – und von ständigen verbalen und nonverbalen Selbstvergewisserungen der Interviewpersonen („ne“, „gell“, „mm“) und der Forscherperson („Mhm“, Nicken) begleitet.

Nicht nur die Interviewperson passt sich – in einigen Fällen sogar bis an die Grenze des Erträglichen – an die Interviewsituation an, sondern auch die Forscherin hat sich an ungeplante Wendungen des Interviewverlaufs anzupassen:

BC.: *(reicht mir nach der Begrüßung und dem erzählgenerierenden Impuls die Hand nochmal, ich nehme ihre Hand in beide Hände) – Fieber hab' ich keins, gell?*

I.: *Nein, überhaupt net. (BC. 1)*

Neben solchen thematischen Sprüngen wird die Themenwahl und die Herstellung der Anschlüsse aber meist von der Forscherin erwartet - NB.: *- Na ja, und jetzt' fragen Sie mich, was Sie noch wissen möchten. (NB. 4)* -, die dies auch immer wieder von sich aus übernimmt – etwa um familiäre Unterstützung zu thematisieren:

I.: *und die Kinder?*

BL.: *Ja - die Kinder - - -*

I.: *Und wie alt waren die Kinder?*

BL.: *Meine Tochter war 12 und Kim war 17. Ja, ich hab' also versucht, alles zu möglichst - -, fernzuhalten. [...], ne. Gar nicht so intensiv darüber gesprochen. [...] - - im Prinzip wussten sie das aber auch. Aber die haben's genau so gemacht. (BL I. 5)*

Alles funktioniert in diesen Texten wie eh und je, indem alles immer schon irgendwie zu einander passt oder auf hoch flexible Weise passend gemacht wird. So kann unvermutet oder lediglich anekdotisch vermittelt von einem zum anderen Thema gesprungen und dabei alles irgendwie zu einander passend gemacht werden:

*BK.: Mein Mann hat auch Zucker, und ich vermutlich auch. [...] Damit kann man, glaub' ich, alt werden. [...] ich hatte eine Verwandte, alte Frau, die hatte auch Zucker [...] Und die ist auch alt geworden. [...] Des war -, is' übrigens auch eine lustige Geschichte, diese Frau, die hatte nämlich keine Zähne. Und [...] des is' mir selber äh zuerst gar nicht aufgefallen. [...] Weil, sie war halt immer so. [...]. Und als ich dann geheiratet hab' und nach O.-Land ging, und dann hat [...] se g'sagt: Des -, ich würde des nicht machen. Bleib' doch lieber da. Und: Du weißt ja gar net, ob's da Brot gibt. [...] Und also falls es keins gäbe, dann [...] sollte ich ihr schreiben, und sie gibt mir dann ein Rezept, wie ich dort auch Brot backen kann. (lachen). Und des Lustige war, es gab dann tatsächlich -, des is' heute noch -, kein Brot wie wir's kennen, sondern es gibt eben Fladenbrot. [...] Und ich hab' da in der Wüste irgendwo gewohnt -*

*I.: Ach*

*BK.: Ja, s' war schön, ja. Die schönste Zeit in meinem Leben. (BK.I 8f)*

Was wie ein Märchen anzusetzen scheint, das mit Hilfe einer skurrilen Botin in eine fremde Welt führt, zeitigt jedoch keine Antagonismen, keine Guten und Bösen, keine Reichen und Armen, keine Helden und kein Happy End. Die Texte lassen sich vielmehr von der Unterscheidung gleich/ungleich leiten, wobei sie aber stets nur eine Seite dieser Unterscheidung, nämlich Gleichheiten, thematisieren. Dies geht so weit, dass Bezeichnung und Bezeichnetes, also Symbol und Gegenstand, in Eins fallen. Im Kontext dieser Interaktionen unter Anwesenden treten Personen als regelrechte Symbolisierungsspezialisten auf. Auffallend ist auch, dass jene sozialen Systeme von der unmittelbaren Reziprozität der Interessen ausgehen. So fungieren die Strategien der Rücksichtnahme und Höflichkeit als höchst taugliche Möglichkeit, Gegebenheiten - etwa hinsichtlich der Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse - fortbestehen und nicht zuletzt auch die Erzählung problemlos fortlaufen zu lassen:

*BK.: [...]am Ende des Hofes irgendwo waren -, war eine Toilette, [...] zwei Kabinen. [...] Aber sie waren offen. Und wenn man -, in O.-Land. sind die Türen bei den öffentlichen Toiletten fast nie richtig abschließbar. Und wenn man jetzt irgendwo hingeh't, und möchte also eine Toilette aufsuchen, dann hüstelt man: ‚kh-kh-kh‘ muss man so machen. Und wenn einer drin is, dann macht der auch khm - khm (lachen)*

*BK. und I.: (lachen)*

*BK.: Des is' die Tür.*

*I. und BK.: (lachen)*

*BK.: Lustig, gell.*

*I.: ja (lachen) und des funktioniert?*

*BK.: Des funktioniert, ja. Einwandfrei.*

*I. und BK.: (lachen)*

*BK.: Weil selber will ma' ja net irgendwo hingeh'n, wo einer sitzt, ne? Und der andere will auch nicht, dass jemand kommt. (BK. I 21)*

Die Hüsteltüre funktioniert, solange die Kommunikation das Symbol des Hüstelns gleichsinnig anzuwenden willens ist. Die Gleichsetzung von Symbol und Gegenstand ist unter Anwesenden und in engen Gemeinschaften möglich, so lange sich ein anderer Gebrauch, ja sogar schon ein Irrtum, drohender Peinlichkeit wegen verbietet.

Verstehen heißt hier, konform anzuschließen und so gemeinsam geteilte Institutionen zu schaffen. Diese Interviewsysteme beziehen nicht explizit ein, dass auch anders angeschlossen, nämlich das Fehlen der Tür kritisiert bzw. angesichts der Einbringung des Toiletten-Beispiels betreten geschwiegen werden könnte. Kontingenz wird dadurch verdeckt, dass der Text die Gleichheit des Verstehens voraussetzt. Wer aber in jenem Kontext der instrumentalisierten Typgruppe Symbol und Gegenstand zu unterscheiden beginnt, indem er nach anderen als den kontextinternen Regeln entscheidet, muss mit Sanktionierung rechnen oder sieht sich sogar zum fluchtartigen Rückzug aus dem sozialen Kontext gezwungen:

*BK.: [...] die Brunhild, die eine Generalvollmacht von ihrem Mann gekriegt hat -, es ist so, dass man in O.-Land nicht ausreisen kann als [...] verheiratete Frau. [...]. Und da hab' ich meinem Mann [...] g'sagt: ,Du, des könntest wir auch machen. [...] Und da hat er sich geweigert. Hat er g'sagt, des macht er nicht. Außerdem wär' ich sowieso so frech geworden. [...] Und dann hat er mich bestraft [...].dass er nichts mit mir geredet hat. [...] Und des ging so a halb, dreiviertel Jahr, [...] irgendwann [...] hab' i g'sagt, [...] Entweder mer leben wieder richtig miteinander oder mer trennen uns [...] wo er erst recht net haben wollte, wenn ich auf einmal sag', dass ich -, ich sag': ,Mer trennen uns'. [...] Ja, und - äh so ging's halt eines nach dem andern [...] Und dann hab' ich meine Sachen gepackt, und bin nach Deutschland. Ein Koffer.(BK. 28-30)*

Auch nach der Rückkehr wird eine komplikationsreiche Krebserkrankung und aufkommende Angst als Fast-Normalität dargestellt: *BK.: Aber ich glaub', die (die Angst) haben die meisten von uns, irgendwo. Die Angst sitzt drin, wenn ma' des mal hat. (BK. I 48)* Diese Generalisierung erstreckt sich nicht nur auf eine Gruppe Vertrauter, sondern auf alle Kranken: *BC.: Ja, die [...] Kranken haben sehr viel Angst. Viel Angst. [...]. Des is' halt so. (BC. 7)* Wie dieser Stil problemloser Normalität wiederum funktionierende Personen erzeugt, soll nun gezeigt werden.

*Die Personfrage: Wie werden funktionierende Personen geschaffen?*

### Die Interviewperson

Die Interviewpersonen der Typgruppe Funktionierender beschreiben sich als Spezialisten, die im familiären ebenso wie im beruflichen Alltag unverdrossen für das reibungslose Funktionieren der jeweiligen Gemeinschaft sorgen. Dazu passen sie sich flexibel vorgefundenen Gegebenheiten an und nehmen dabei klaglos hohe Belastung auf sich: *NB.: [...] Wenn ich in Urlaub ging und ich kam zurück, dann war eben alles auf meinem Schreibtisch aufgebeugt. (lachen). (NB. 5f)* Diese harmonisierenden Interviewpersonen halten die auch Interviewsituation am Laufen, indem sie dafür sorgen, dass ihre Details auch zu dem Interview ‚passen‘. Sie puffern entstehende Reibungen, Stöße, Unebenheiten ab, deren Unvermeidlichkeit sie auch angesichts insistierender Nachfragen der Forscherin als gegeben hinnehmen:

*I.: Hat Sie irgendwer -, in der Kur- , hat Sie irgendwer mal drauf hin angesprochen, von den Therapeuten, Ärzten oder so, auf solche Belastungen?*

*BL.: [...] da war'n halt diese Gesprächskreise [...] Die hat also: Ich muss mein Leben ändern, und -, und die Familie, und des muss ich anders organisieren. Sag' ich: Das geht aber nicht so einfach. Doch, das geht. (lachen). Die war da also knallhart. Sag' ich: Ich persönlich kann das net. Ich bin nicht der Typ, dass ich jetzt da hingeh' und sag', so, des muss ich jetzt alles umwerfen, so geht's nicht. [...] - das kann ich nicht. Es ändert sich auch manches, aber es is' halt immer noch net so, wie ich's gern möchte. (BL.I 19f)*



Kontingenz wird unter der – hier vorausgesetzten – Bedingung unsichtbar gehalten, dass sowieso alles so ist, wie es eben ist, und man obendrein hoffen kann, dass alles noch ein wenig besser wird. So kann alles wie gewohnt am Laufen gehalten werden. Verantwortliche oder Schuldige muss es dabei nicht geben – vor allem nicht im Bereich der Vertrauten. Indem vielmehr dem immer schon aufgesetzten Schicksal, den niemals lügenden Sternen, den periodisch immer wieder hereinbrechenden Kriegen als unlegbar real existenten außerpersonalen Determinanten die Verursachung extremer Lagen zugeschrieben wird, braucht die Kontingenz dieser Umstände – etwa ihr soziales Verursachtsein und damit ihr Auch-anders-sein-können – nur verdeckt mitzulaufen. So gibt es für alles, was nahe stehende Personen betrifft, - etwa dafür, dass ein Ehemann jedem Gespräch über die Brustkrankung seiner Frau ausweicht -, eine vorauslaufende Entschuldigung:

*BL.: - Ja, und er hat seinen Vater auch früh verloren. War grad neun Jahre. Ist -, in seinem Beisein ist er gestorben. Ich denk' mir, so was is' - der Grund, warum er auch einfach nicht redet da drüber, ne. - Mein Gott - der is' aus'm Krieg gekommen und -, und dann glei' sterben müssen. - - - - (BL.I 6f)*

Adressaten für Moralisierungen und Kritik gibt es lediglich dann, wenn gegen situativ erwartbare Regeln – etwa dass es der Arzt ist, der über erfolgreiche Behandlung Bescheid zu wissen hat - verstoßen wird.

#### *Die Forscherperson*

Die Forscherperson wird ebenfalls als funktionierende konstituiert, und zwar in mehrfacher Hinsicht:

Einerseits gerät sie im gleichen Netzwerk, mit gleichen Erfahrungen, in der gleichen Frauenwelt mit gleicher Körperlichkeit zur Gleichen unter Gleichen:

*BC.: (schiebt die Bettdecke nach unten)*

*I.: Oh, Lassen Sie's ruhig*

*BC.: Doch, doch - da - sehn's, - des ganz - Dicke hier, - da - am Bauch (Sie zeigt mir eine dort zum Zweck der Schmerzmittelzufuhr angebrachte Kanüle).*

*I.: Ja, ja.*

*BC.: Ja - so - is - des - . Jetzt haben'S mein' g'schlamperten Bauch g'sehn. (lächelt)*

*I.: Na ja, da hab' ich aber auch einen g'schlamperten Bauch. (ich lege die Hand auf meinen Bauch)*

*BC.: Ja, gell, da war'n die Kinder drin. (BC. 1f)*

*Andererseits wird die Forscherperson, ob sie das will oder nicht, ebenso wie die Figur des Arztes geradezu zum hoch respektierten Guru stilisiert: BX.: - Und des wollt' ich fragen, was Sie davon (Chemotherapie) wissen. (BX. III 2)*

Die sich als schwach und unwissend Beschreibende entwickelt eine Macht, welche die Forscherin zum Guru macht, der alles zu wissen und auch die die Aussichtslosigkeit der Krankheitssituation wegzuzaubern hat. Dass es sich bei der aktuellen Situation um ein zum Zweck sozialwissenschaftlicher Forschung durchzuführendes Interview handeln soll, wird irrelevant. Dies ist möglich, weil Sach- und Zeitgrenzen dann keine Rolle spielen müssen, wenn die Kommunikation ihre Anschlüsse auf der Sozialebene herstellt:

I.: *Eine Stütze haben Sie ja jetzt bei der begleitenden Ärztin?*

BB.: *ja.*

I.: *- die nicht die Chemotherapie macht, sondern nur begleitet.*

BB.: *ja. Ja. Wo auch die Elli ist. Die Elli Z. (BB. 43)*

So weiß die nun als psychosoziale Beraterin fungierende Forscherin eine weitere Person, nämlich eine stützende Ärztin, als Gewähr für ein Netzwerk einzubringen, welches die Interviewperson weiterzuknüpfen in der Lage ist.

#### *Die Typfrage: Selbsteingrenzungen der Funktionierenden*

Nicht die Sachdimension dieser „Stütze“, sondern die Sozialdimension mit ihren immer weiter laufenden Vernetzungen ist also von höchster Relevanz:

I.: *- was ist Ihnen daran wertvoll, was hilft Ihnen daran?*

BB.: *- em - dass es eine Frau is' die - die - mich auch in meinen Ängsten ernst nimmt, der ich das auch sagen kann, wenn's mir so - nicht gut geht, und auch wenn ich - Angst hab', dass es - dass es morgen wieder da is' -: mm- dass mein Mann ja auch bei ihr war - - wie der so krank war, -*

I.: *ja*

BB.: *- dass sie sich rührend gekümmert hat, auch diesen - Kontakt zur Nordklinik - [...]weil sie da die Ärzte kannte (BB. 44)*

In diesem Kontext der Verbündung mit Vertrauenspersonen wird eine Arztperson erzeugt, die auch in aussichtslosen Situationen durch Gemeinsamkeit des Glaubens heilen will:

BX.: *Ich kenn' ja die ganzen Nebenwirkungen. [...], i weiß nimmer wo was weh tut, von was es kommt - .*

I.: *Ja. -*

BX.: *- Und das Dranglauben, da hat er heut' bei der Visite g'sagt: Frau BX, glaub'n mer ganz fest, dass das morgen hilft. - (BX. III 6f)*

Indem die Texte dieser Gruppe die Sach- und Zeitkriterien mit Sozialkriterien in Eins fallen lassen und so den vorgestellten Personen die Sozialdimension als Operationsfeld zuweisen, können sie sachliches Wissen und Nichtwissen problemlos zusammenführen. Die Kommunikation schont sich geradezu durch das Wissen der Gurus einerseits und durch das Nichtwissen der Betroffenen andererseits. Sie lässt sich auch nicht durch insistierendes Nachfragen beeinträchtigen. Mit Hilfe dieser Semantik des Nichtwissens können Ursachen und Wirkungen medizinischer Behandlung und körperlicher Befindlichkeit in einer Vagheit gehalten werden, welche allen Beteiligten ein Offenhalten von Optionen in Gestalt der Hoffnung erlaubt:

BX.: *Und - ja, - -. Ja, wenn dann Chefvisite war mit der Stationsärztin, und ma' fragt's dann, wie lang geht's noch? [...] Dann zucken sie mit der Achsel und sagen, des kann ma' no' net sagen, so wie mit mei'm Bauch, so, wie der ausschaut, und ich wieder Wasser hab'- [...] Aber im Moment hab' ich jetzt wieder seit -, Mitte -, wann bin i heim? Obwohl -, ja, seit Mitte Januar wieder a Ruh'. Mit'm Wasser.*

I.: *Worauf führen Sie das zurück?*

BX.: *Ich weiß es nicht. Ich hoff' immer nur, dass 's so bleibt [...].*

I.: *Ja. (BX. II 4)*

Auf dieses operative Offenhalten von Optionen durch Vagheit und Nichtwissen werde ich im Rahmen des Sterbehilfethema noch zurückkommen sein. Zuvor zeige ich aber, wie dieser Verzicht auf weitergehende Antagonismen jedes Thema betrifft.

Antagonismen können in dieser Gruppe der Funktionalisierten durchaus auftreten, aber sie sind begrenzt auf Nähe. Gut und Böse gibt es innerhalb der Familie oder des Betriebes, welchem sich die Interviewpersonen als zugehörig bezeichnen, und innerhalb der Gruppe von Personen, die mit Behandlung und Pflege der Interviewperson befasst sind. Diese kontextinterne Ausrichtung lässt z.B. eine Familienmutter nicht Gesundheit und Krankheit unterscheiden, sondern sie unterscheidet Familie und Krankheit, weil sie Familie mit einer gesunden Mutter gleichsetzt: *BL: Also ans Sterben hab' ich eigentlich nie gedacht. Nur: Du musst - das: du musst, du musst, du musst gesund werden. Ich glaub', deshalb ist's auch so schnell gegangen. - - - (BL. I 20)* Da ist kein Ich, das etwas für sich will, sondern eine Empfängerin selbst erteilter Befehle, die zum Wohle der Familie schnell funktioniert.

Ein solches Ich setzt keine Grenzen für seinen unermüdlichen familiären, betrieblichen, gesundheitlichen Einsatz, sondern dies tun Andere, und wenn es der sich entfremdende eigene Körper ist, der seinen Dienst versagt. Aber meist geht es irgendwie weiter – oder es bleibt nur noch, wie z.B. oben an den Beispielen BK. oder BX. gezeigt, das fluchtartige Verlassen bzw. die Auflösung des Sozialsystems.

Zusammenfassend zeigt sich, dass bei diesem Wegarbeiten von Kontingenz die Leitunterscheidung gleich/ungleich nicht in ihrer vollen Zweiseitenform zum Tragen kommt. Vielmehr zählt nur die eine Seite der Form, also nur das, was gleich ist. Was nicht passt, wird passend gemacht. Dies betrifft die Interviewperson ebenso wie die Forscherperson: Beide scheinen als sich hoch flexibel funktionalisierende auf. Damit ist dafür gesorgt, dass die Dinge, die ja immer gleich laufen, auch weiter laufen. Insistierende Nachfragen der Forscherin, ob es auch anders gehen könnte, gefährden das Interview nicht, sondern laufen ins Leere, denn die Antworten der Interviewpersonen zeitigen immer mehr des Gleichen. So kann die Kommunikation dieser Typgruppe auf rationale Begründungen und Reflexionen ihrer Zuschreibungen verzichten. Grund genug für das Laufen der Kommunikation, wie sie hier läuft, ist die Existenz und Fortexistenz des jeweiligen sozialen Umfeldes: Hilfe, Ordnung, Weiterlaufen des immer Gleichen in hoher Varianz wird ja gebraucht. Wie sollten sonst soziale Systeme überhaupt laufen; wie sollte es sonst Familien, Betriebe, Krankenstationen geben können?

Nun soll gezeigt werden, wie auch das zunächst gemiedene Thema Sterbehilfe- Sterbegleitung in der Typengruppe der Instrumentalisierten kommunikabel wird.

#### Zweitens: Die spezifische Typik des Sterbehilfethemas bei den Funktionierenden

Nachdem der interne Vergleich der ersten Textgruppe einen Kommunikationsstil zeigt, der nicht die schlüssige, fulminante Erzählung, sondern den Bericht bevorzugt, dabei - sowohl in Gestalt der Interviewpersonen als auch der Forscherin - flexibel funktionalisierende Personen erzeugt, und die Grenzen des Kommunikablen letztlich anhand des Sems „gleich“ festlegt, soll nun die teils im Verlauf der Interviews, teils im Nachfrage-

teil und in Nachfolgeinterviews erfolgende Kommunikation des Sterbehilfe-Themas beobachtet werden.

Dabei interessiert, wie die Kontingenz von Sterben und Tod bearbeitet wird, unter welchen Bedingungen Sterbehilfe und das Instrument der Patientenverfügung akzeptiert wird, und in welcher Sinndimension das Sterbehilfethema kommuniziert wird.

### *Ausgrenzung der Kontingenz von Sterben und Tod*

Mit welcher hoher Varianz die Kontingenz von Tod und Sterben in der Textgruppe der Instrumentalisierten be- und weggearbeitet wird, ist an der unterschiedlichen Thematisierung von Vorstellungen, Wünschen und Präferenzen der Interviewpersonen und der Personen aus ihrem nahen sozialen Umfeld bezüglich des Sterbens zu beobachten:

Die Kommunikation weist einerseits höchste Anpassungsleistung auf, etwa in Form einer selbstverständlichen Thematisierung tätiger Hilfe bei todkranken Angehörigen, die ohne Umwege der Beteuerung und der Ausdrücklichkeit auskommt: *NB.: [...] wenn man mal n bisschen n Menschen kennt und anschaut, dann braucht derjenige auch nicht mehr reden, ich mein', ich war zwar damals noch n Kind, aber - ich mein', da müsst man ja schon wirklich totaler Egoist und verbohrt sein, dass man das da nicht sieht. Wie's einem andern -, nem andern geht. (NB. 23)*

Andererseits werden Unsicherheiten angesichts todkranker Nahestehender durch Minimierung entschärft: *AY.: Ja, man -, man weiß nicht, was man sagen soll, man is' unsicher, man möchte was sagen, kann aber nichts. Des is' diese Unsicherheit. Des macht einen dann ein bisschen ängstlich. (AY. 7)* Diese Strategie des Minimierens wird z.B. auch sichtbar, wenn ein Abstandnehmen von Beistandsleistung bei Todkranken mit eigener prekärer Verfassung begründet wird: *BB.: - das könnt' ich im Moment nicht, sie besuchen. Also so jemand, der wirklich so ganz krank is', dann würd' ich aus diesem - mm- Tief, was mich da immer wieder überfällt, dann, (sehr leise:) und diese - dann würd' ich das gar nich' schaffen. (BB. 30)*

Ein Minimieren der Problematik von Sterbenssituationen kann auch in der Form ihrer Selbsterledigung stattfinden: Dann, wenn die äußerste Grenze des Erträglichen überschritten werde, sei ohnehin alles schon vorbei.

Dieses Normalisieren auch des Unnormalsten steht damit im Vordergrund. Es wird z.B. sichtbar in Form der Erwartung des immer gleichen Wechsels zwischen Angst machender Verschlechterung und Angst mindernder Verbesserung des Zustandes - *BK.: Und wenn jetzt' wieder was kommt, dann würd' ich wieder Angst kriegen. Ja klar. Des is' -, des is' immer bloß so -, so'n Interimszeitraum, wo ma's wegschieben kann. (BK. I 39), - und ebenso ein ständiges Gewöhnen auch an prekäre Zustände: *BK.: Damit (mit Zuckerkrankheit) kann man, glaub' ich, alt werden. Wenn mer sonst nix haben. (BK. I 9)* Dies geht so weit, dass gleichzeitig mit der Akzeptanz infauster Erkrankung bis zuletzt die gewohnte Alltäglichkeit angestrebt wird: *BC.: Ja. Samstag - hab'n wir Haare gewaschen. Hab' ich mich glei' besser g'fühlt. Bis wir die Haare g'waschen haben, des war a lange Zeit. Ja. - So is' des. - Net, dass wir's uns ausg'sucht haben - aber jetzt is' es so. - - Weil von uns keiner gefragt wird. - - - (BC. 7)**

Das Ausweichen vor und das Substituieren von prekären Situationen erstreckt sich auch auf das Todesthema. So kann das Angstpotenzial von Todesnachrichten schon durch Ausweichen auf Gemeinsamkeit repariert werden: *BB.: [...] irgendwas Schönes kann man sich ja meistens erzählen. Nicht? Irgendwas - - [...] - und die wenig schönen Sachen - ja - - - (BB. 48)*

Ein Weiterleben nicht nur in höchst prekären Situationen, sondern auch nach dem Tod wird vorgeführt, etwa wenn verstorbene Angehörige weiterhin als Trostspender zur Verfügung stehen: *NB.: Und dann die Liebe von meiner Oma, die war sowie einmalig, [...] Auch wo meine Oma gestorben war. [...] Für mich is' die auch nich' gestorben in dem Sinn. Weil die -, die war so selig und so glücklich hat die da ausgeseh'n, dass für mich - lebt die noch weiter. Heut' noch. Denk' ich oft noch an sie, ja. (NB. 19f)* In einem solchen Kontext, in dem nicht gestorben, sondern immer weitergelebt wird, hat auch Lebenserhaltung als selbstverständliche Dankeschuld ihren Raum: *BB.: [...] bin ich auch zu christlich erzogen, ich denk' einfach, das Leben is' mir geschenkt, (BB. 46)* Das eigene Vergehen wird durch das Gedächtnis Vertrauter oder durch den Kreislauf biologischen Lebens zum Verschwinden gebracht, so dass es nie ein endgültiges Ausgeben kann: *BK.: - wenn die Leute dann sagen: ‚Ach, die Elsa hat aber bessere Linzer Torte gebacken‘, wenn ich mal tot bin, und die bei der Hilde eine essen oder so, dann is' des, wo ich meine, des Weiterleben, nämlich, man hat etwas gegeben, es wird von einem gesprochen, es wird an einen gedacht, und ah ansonsten -, unser Fleisch, des wird halt zerfallen und die Knochen auch, und des gibt ja wieder Erde und Humus und des lebt auch weiter. Im Grunde leben wir schon so weiter. (BK. I 49)*

Auch eine Thematisierungsverweigerung ist durchaus möglich, aber nicht in Form einer Explikation oder gar Konfrontation, sondern indem sie sich - etwa durch Lachen - schlicht akzeptabel macht: *I.: Mhm. - Wie sind jetzt Ihre Vorstellungen, wie's weitergeht - BK.: Ich denk' möglichst nicht dran. (lachen). (BK. I 45)* Im äußersten Fall wird über Sterben oder gar nahe bevorstehenden Tod geschwiegen, wie z.B. in Text BX., in welchem sich sogar allgemein gehaltene Nachfragen, ‚wie's weitergeht‘, verbieten.

Diese Strategien, mit welchen Instrumentalisierte die Kontingenz von Sterben und Tod kleinarbeiten, reichen also von der Normalisierung von Situationen durch Anpassung, Minimieren, Gewöhnen, Ausweichen, Selbsterledigung und Reparieren bis hin zur Flucht in Form des Schweigens und dem Verlassen des Interaktionssystems.

Dem instrumentierten Typ wird hier also eine breite Palette von Strategien zugesprochen. URSULA STRECKEISEN (2001: 140f) beschreibt auf ähnliche Weise den instrumentierten Typ z.B. anhand der Versuche von Krankenschwestern, die zwangsläufig den Patienten bei Behandlung und Pflege zugefügten physischen und psychischen Grenzverletzungen zu *reparieren*. Fasst man aber ein biografisches Interview als ein zu Text geronnenes Sozialsystem auf, welches aufgrund seiner Eigenspezifik funktioniert, dann müssen erst gar keine Mängeldiagnosen aufgestellt oder gar Moralurteile abgegeben werden. Vielmehr kann nach den jeweiligen Funktionen der Texte und der darin erzeugten Personen gefragt werden. Unter dieser Voraussetzung stellt das Transkript eine soziale Wirklichkeit dar, welche aus wissenschaftlicher Perspektive rekonstruiert werden kann. Dies besagt allerdings, dass nichts über den ganzen Menschen ausgesagt werden kann. Die Kürzel BB., BK., NB. (Interviewpersonen) usw. stehen vielmehr ebenso wie das Kürzel I. (Interviewerin) für Konstrukte, an welchen einiges über die kommunikative Herstellung von Personen gelernt werden kann - nicht mehr und nicht weniger. Eine Soziologie, die nicht den ganzen Menschen zu erfassen vorgibt, sondern sich auf die Beobachtung der kommunikativen Konstituierung von Personkonzepten und Sozialsystemen beschränkt und sich dabei selbst einbezieht, nimmt den ganzen Menschen ernst, indem sie ihn mit Zuschreibungen verschont.

Wenn dies nachvollziehbar ist, dann kann diesem ersten als funktionalisiert oder instrumentiert bezeichneten Texttyp, der mit seinen *vielfältigen* Strategien des Sich-Angleichens jegliche Kontingenz von Sterben und Tod erfolgreich wegearbeitet, keine Defizienz zugeschrieben werden.

Vielmehr lässt das Muster

- ‚*Alles ist einfach so, wie es ist. Alles ist fest. Nur ich bewege mich immer*‘ - die Interviewpersonen und ihre signifikanten Anderen immer weiterleben.

### *Anpassung von Sterbehilfe und Sterbebegleitung*

Ein aktueller eigener Sterbenswunsch wird in den Transkripten der funktionalisierten Gruppe nicht explizit thematisiert. Das Thema Euthanasie wird implizit behandelt, indem, wie oben in dem Fallbericht AY. gezeigt, von dem Wunsch Anderer nach aktiver Sterbehilfe berichtet wird: AY.: *Sie will nicht mehr, und das hat keinen Sinn und sie will ihre Ruhe haben. Sie hat auch den Arzt gefragt, ob der Arzt eine Spritze ihr gibt. (AY. 5)*

Hilfe- und Begleitungsangebote kommen in diesem Kontext vorsichtig und zurückhaltend, aber wenn wir uns an die Fallrekonstruktion AY. erinnern, sehen wir, wie dieses Wenige genügt:

AY.: [...] *jeder hat davon Angst, was man antwortet, wenn so eine -, ein Wunsch wieder kommt: Ich möchte sterben.*

I.: *Mhm. - - Und was haben Sie gesagt, wenn der Wunsch kam?*

AY.: *Ja, ich hab‘ nur gesagt: Ich verstehe sie. Man kann ja nicht trösten, oder?*

I.: *Nein. - Und was hat sie dann drauf geantwortet?*

AY.: *Ja, dann war sie zufrieden. - (AY. 6)*

Erst auf insistierendes Nachfragen zum ‚eigenen Tod‘ wird die Möglichkeit der Lebensverkürzung auch für die eigene Person behandelt - allerdings hypothetisch und hinreichend vage, so dass dem Leben alle Optionen offen bleiben, solange Behandlungsoptionen bestehen. Um dies ausführlicher zeigen zu können, werden die Belegzitate, die sich, soweit das Thema zur Sprache kommen kann, sinngemäß in allen Transkripten der Typgruppe der Instrumentalisierten wiederholen, auf die Interviews mit Frau Nürbauer (NB.) und Frau Bültz (BL.) konzentriert:

NB.: [...] *Ich glaub‘, des müsst ich von Mal zu Mal entscheiden, so. Wie ist die, was hat der oder - welche Möglichkeit gäb‘ s noch und so. [...] -, dass vielleicht durch irgend äh - ja, auch durch Auslandshilfe vielleicht irgendwo noch ne Besserung eintreten könnte. [...] Und wenn -, wenn dann, wenn praktisch gar nix mehr, wenn da wirklich der nur noch vegetiert, dann äh würd‘ ich eher dazu tendier‘n, dann zu sagen, ja. o.k., dem sollte man vielleicht helfen. (NB. 26f)*

Zu einer solchen Entscheidung kommt der Text, indem er, von Medienberichten, Bildern über Leiden und Verfall fasziniert, schließlich bei dem Würdebegriff landet:

NB.: *Wenn man so Berichte manchmal sieht, wenn die total aufgelegt sind, wenn die nur noch Schmerzen haben, sich selber überhaupt nicht mehr bewegen können, nicht umdreh‘n können, gar nix machen können, sich nich‘ verständigen können, das -, das is‘ kein Leben mehr, das is‘ -, nicht mal vegetier‘n kann man da sagen eigentlich. Weil die haben ja gar nix mehr. Also da wär‘ -, wär‘ ich schon eher dafür, muss ich sagen. Aber jetz‘ nicht um -, um Geld zu sparen, sondern um dem -, um demjenigen die Möglichkeit zu geben, wenigstens n bisschen Würde zu bewahren. (NB. 26f)*

Was haften bleibt, ist ein Beeindrucktsein

- vom Bild der Hilflosigkeit

*NB.: Wenn einer so schwer krank is‘, dass er nur noch unter den - wenn die Oma jetz‘ nur noch mit den größtmöglichen Morphiumdosen vegetieren kann (NB. 25f) -*

*- und vom Bild des Verfalls*

*BL.: Einfach die Menschen am Leben erhalten obwohl sie keinen mehr kennt, und aufstehen muss und in den Sessel gesetzt wird, und mittags dann wieder hingelegt wird und wieder hingelegt wird (BL.I 20),*

Jede dieser Leidensformen fungiert als ein Faszinosum, welches kein weiteres Argument braucht, um das Helfen – ob zum oder ob im Sterben, wird nicht genau dazugesagt – hinreichend zu rechtfertigen. Zwar rufen die Texte auch christliche Erziehung und die wohlbekannten Argumente des Lebens als unverfügbares Geschenk oder der Läuterung durch Leiden ins Gedächtnis. Aber Läuterung durch Leiden kann ein Text, welcher bereits im Diesseits eine ausgleichende Gerechtigkeit annimmt, für unnötigen Aufwand halten:

*NB.: Gut, der Herr Pfarrer wird wahrscheinlich dann sagen, dem wurde Buße auferlegt. Aber des (lachen), damit würde ich nicht konform geh’n. (lachen). Weil s gibt, wenn ma‘ so schaut, bekommt man für alles die Rechnung. Im Leben. - Der eine früher, der andere später. Ja. So is‘ s - s‘is‘ einfach so. (NB. 26f)*

Wenn von den Interviewpersonen selbst eingebrachte Fragen – etwa nach der Aktualität eines Sterbewillens - einen bewältigbaren Komplexitätsgrad überschreiten, werden sie wieder fallen gelassen. Dies passt zu der Typgruppe, welche über ihr Spezialwissen hinaus nichts so richtig wissen muss: *NB.: Hhh. Die kann ich Ihnen nich‘ beantworten, die Frage. (lachen). (NB. 26)*

Die Möglichkeit, nicht mehr alles zur Erhaltung des eigenen Lebens zu tun, wird vage ins Auge gefasst, wie die vielen Sprechansätze zeigen –

*BB.: [...] - ich möchte eigentlich - ich weiß nicht, ob das mit dazugehört - ich möchte eigentlich, wenn ich weiß, dass ich - dass ich nichts - oder wenn ich mich entschlossen hab‘, nichts mehr zu machen, nn- aber noch nicht so richtig kann, möcht ich eigentlich gerne noch mal in dieses Hospiz gehen. Und die fragen,- (BB. 28)*

*- und zwar ähnlich vage wie Überlegungen, hospizliche Beratung in Anspruch zu nehmen oder rein hypothetisch die Euthanasie zu erwägen: BB. [...] ich denk‘, wenn ich furchtbar leide, dass ich dann - ah - vielleicht mich anders entscheide. Das – ja. (BB. 46)*

So fungiert das Angebot professioneller und professionell angeleiteter Begleitung als Hoffnungsressource. Aber ihre Wirksamkeit wird sowohl hinsichtlich des Vergessen-machens eines Wunsches nach Euthanasie wie auch hinsichtlich des Akzeptierens eines unvermeidlich näher rückenden Sterbens eher gering eingeschätzt:

*NB.: wenn jetz‘ ne Fachkraft, wenn jemand, der wirklich ne Ahnung davon hat, mit ihr [der schwer leidenden Großmutter] drüber gesprochen hätte. Vielleicht dass sie’s dann akzeptiert hätte. Dass sie’s leichter gehabt hätte. Aber mit Bestimmtheit? - Also sie hat sich total gestäubt einfach. Sie wollt‘ es [ihr Leiden] auf keinen Fall akzeptier‘n. (NB. 21f)*

Die vorgestellten Texte schreiben der professionellen Begleitung keine garantierte Wirkung zu. Eher wird den Angehörigen, Freunden, dem Pflegepersonal und vor allem den behandelnden Ärzten trotz mancher Kritik die Erfüllung ihrer Funktion, die Patienten in allen Schwierigkeiten der Sterbephase zu versorgen, zugetraut: *AY.: Dann müssen die Ärzte schau’n, wie sie so um die Runde kommen. (AY. 1)* Den Entscheidungsträgern müssen da-

durch keine untragbaren Schwierigkeiten erwachsen, denn sie tun ohnehin das, wofür sie zuständig sind.

Dass Ärzte dazu gebracht werden, eine Heiler-, ja Zaubererfunktion zu übernehmen, wird durch wechselseitige kommunikative Anpassungsleistungen zwischen Patientenpersonen und Arztpersonen ermöglicht. An dem oben angeführten Beispiel für die dritte kommunikative Selektionsleitung des Verstehens – AY.: [...] *die hat's auch nur so weit aufgefasst, wie's ihr -, wie's ihr angenehm war.* (AY. 5) -, kann nämlich gezeigt werden, wie Ärzte und Patienten nicht obwohl, sondern gerade weil sie den Bedingungen doppelter Kontingenz unterstehen, miteinander kommunizieren müssen, aber auch können.

Der Verstehensbegriff kann also aus soziologischer Sicht nicht emphatisch eingesetzt werden und, wie ARMIN NASSEHI (1997) herausarbeitet, schon gar nicht zur Bezeichnung eines innerpsychischen Vorgangs gebraucht werden. Die spezifische Kommunikationsweisen unterscheidende funktionale Analyse macht vielmehr sichtbar, dass es, wie NIKLAS LUHMANN (1997 Band 2: 1138) formuliert, die Kommunikation ist, die kommuniziert und die letztlich anschließt, also ‚versteht‘, indem sie „sich auto-poietisch aus sich selbst aufbaut“.

So ist zu erwägen, ob die Forderung subjekttheoretisch informierter Soziologien, den ganzen Menschen zu bessern, zu steuern so dass er sich, wohl instruiert, schließlich selbst steuern können soll, überhaupt erfüllt werden. Schon der interne Vergleich der Typgruppe der Instrumentalisierten zeigt ja z.B., dass die beobachteten hoch flexiblen Strategien des Normalisierens bereits hinreichen, um Kommunikation auch angesichts hoch brisanter Thematisierungen des Sterbehilfekomplexes weiterlaufen bzw. enden zu lassen.

### *Das verwirrende Instrument der Patientenvorsorge*

Ähnlich marginal wie das Euthanasiethema wird in der Gruppe der sich Funktionalisierenden auch das Institut der Patientenvorsorge behandelt. Dieses bei Erstinterviews teils noch nicht einmal bekannte Institut – NB.: *Kenn' ich jetzt' nich'.*(NB. 23) – wird wegen seiner unterschiedlichen Ausprägungen und ständigen Nachbesserungen als verwirrend geführt: - BB.: *Und ich hab' ja - auch so'n Patiententestament gemacht, vielleicht nicht das hundertfünfprozentig richtige, nachdem ich jetzt da sehe, dass es da nu wieder was Neues gibt* – (BB. 45).

So wird es weit überrundet von dem Vertrauen auf das angemessene Handeln und Entscheiden der Angehörigen und der Ärzte. Dabei ist von Bedenkenlosigkeit keine Rede – im Gegenteil: Die Interviewpersonen schreiben den Entscheidungsträgern ein sorgfältiges Abwägen medizinischer, ethischer und rechtlicher Probleme einer Lebensverkürzung bei nicht entscheidungsfähigen Patienten sogar ausdrücklich zu.

Die Interviewpersonen selbst dürfen ihr Nichtwissen beibehalten und den signifikanten Anderen zutrauen, je nach Situation für den geordneten Gang der Dinge zu sorgen. Und wenn es gar nicht mehr anders geht, dann *ist's sowieso zu Ende* (AY. 7).

Blicken wir zurück auf die *allgemeinen* (Über-)lebensstrategien der Instrumentalisierten, so sehen wir, wie sich diese auch bei der Bearbeitung des *spezifischen* Themas Tod und Sterben wiederholen: Mit den Strategien des Reparierens, Minimierens und des Hinnehmens vollendeter Tatsachen ist das Problem von Sterbehilfeformen und Patientenvorsorge bereits entproblematisiert.

#### *3.2.1.2 Gruppe der Normativen*



Aus der Typgruppe der Normativen werden nun zwei Fälle vorgestellt, und zwar in der Ausprägung der *obersten Instanz bei der Entscheidung gegen die Angst (Frau Nordoster, NO.)* und der *immer schon gebannten Angst (Frau Bradow, BO.)*. Anschließend werden in einem internen Vergleich der gesamten Typgruppe der Erzählstil, die erzeugten Personen und die Kommunikation des Sterbehilfethemas einer funktionalen Analyse unterzogen.

### 3.2.1.2.1 *Die wegselegierte Angst – Frau Nordoster (NO.)*

*NO.: Es gibt keine halben Sachen. Ich möchte leben, wissen Sie. (NO. 28)*

Die Fallrekonstruktion NO. resultiert aus einer nach herkömmlichen Standards inakzeptablen Interviewsituation: Beim Ersttelefonat zur Terminvereinbarung zeigt sich, dass die über eine Ärztin vermittelte 32-jährige *Frau Nordoster (NO.)* unmittelbar vor einer Hochdosis-Chemotherapie steht. Da kein Interviewtermin möglich ist, schlage ich versuchsweise die telefonische Durchführung des Interviews vor. Die Art der Durchführung, bei welcher das Interview von dem Lautsprecher meines Anrufbeantworters per Mikrofon auf mein Aufnahmegerät übertragen wird, ist mit Frau Nordoster (NO.) abgesprochen und erfolgt mit ihrem Einverständnis. Meine Entscheidung, dieses ungewöhnliche Transkript in die funktionale Analyse aufzunehmen, erläutere ich am Ende des Abschnitts 3.2.1.2.2.

*Erste Sequenz NO.:* Konstituierung der Interviewsituation durch Antagonisierung

Das Transkript lässt die Erzählfigur NO. von Beginn an die Regie übernehmen - *NO.:* „Ja, da werde ich jetzt mal anfangen. (NO. 1) - und von Beginn an einen Antagonismen generierenden Erzählstil festlegen:

*NO.:* *Ich hab meine Kindheit zum Teil als sehr, sehr schön erlebt, zum Teil auch als sehr furchtbar, [...] weil ich eine sehr despotische Mutter habe. (NO. 2)*

Von Anfang an wird also eine hoch dramatisch verlaufende biografische Erzählung aufgebaut, in welcher mit der Entscheidung für das Gute die Entscheidung gegen die Angst getroffen wird. Die in Opposition gestellten Komponenten einer *sehr liebevolle(n) Familie im Hintergrund (NO. 2)* einerseits und der unehelichen Geburt, des Todes der Großeltern und des Ausgeliefertseins an Vernachlässigung und Misshandlung durch die Mutter andererseits schafft eine in Gut und Böse zerteilte Welt. Die erzählte Person erscheint zuerst als das *hübsche Kind*, welches sich exzentrisch benimmt, um das *Stigma Kanake und Bastard (NO. 4)* zu überwinden:

*NO.:* *[...] Also ich hab mich nie benommen wie ein Mädchen [...]. Mir war sehr schnell klar, dass ich durch Wissen mächtig war. (NO. 4)*

Die Macht ihres Wissens beweist die Erzählperson, indem sie z.B. die Ursache ihrer Krebserkrankung zu kennen angibt:

- *NO.:* *[...] das waren schon die ersten Richtungen. [...] Ja, nicht so nach innen hin orientiert, nicht: wie geht's mir, sondern immer so nach außen orientiert. Das war schon sehr stark. Eigentlich sehr. Das hat auch was mit meiner Krankheit zu tun. (NO. 4-5)*

Ähnlich wie hier eine Seite des Innen-Außen-Antagonismus dominiert, wird auch die Regieführung von einer – nämlich ihrer – Seite übernommen. Die Erzählperson ist es, die ihre dichotome Theorie vertritt - *NO.:* *Da sind immer zwei Seiten, immer zwei Extreme,*

*immer Gut und Böse - , ich kann entscheiden. (NO. 5, 6) - und weitere Beweise für die Teilung der Welt in Schön und Hässlich, Gut und Böse liefert. Anhand jener Generalisierung („immer“) konsolidiert sich die Erzählperson zusammen mit der erzählten Person zu einer einheitlichen starken Person, die immer schon das Gute zu ihrem Lebensleitfaden macht. Immer schon weiß sie, wer sie selbst ist und immer schon gewesen ist - nicht das hilflose Opfer ihrer Mutter, die ihr als feindselige *Außerirdische*, als *Alien*, die Welt zum *Hades* macht, sondern eine Person, die sich bereits als Kind mit der Intellektualität und Feinsinnigkeit einer kultivierten Ferientante (NO.: 7) und vor allem mit der imaginierten Gestalt ihres unbekanntes Vaters identifiziert:*

*NO.: [...] mein Vater muss [...] ein großer blonder hübscher Mann gewesen sein [...] und ich stamme halt ab von meinem Vater. (NO. 7)*

Sie weiß auch um Dynamiken dieser Identifizierungen: *NO.: Das ist wahrscheinlich auch schon wieder eine Kränkung. Für sie [die Mutter] gewesen. (NO. 7)*

Aber bei einer eingehenden Thematisierung der Wechselwirkung von Selbst- und Fremdzuschreibungen hält sich der Text nicht auf. Vielmehr jagt er geradezu vorwärts in dramatische Darstellungen von Niederlagen und Siegen bedrohter und starker Geschlechtlichkeit.

Zweite Sequenz *NO.: Sagbarmachen von Unsäglichem durch das Dementi*

Mit dem fast nebenbei eingeschobenen Satz - *NO.: und irgendwann ging das dann mal los mit meiner Pubertät (NO. 8) -* übernimmt die Interviewperson die Initiative für hoch dramatische Schilderungen von Vernachlässigung, Bedrohung und strikteste Selbstabgrenzung:

*NO.: [...] ich hab immer gefühlt, also da ist irgendwas, das mich bedroht.[...] und [...], dass meine Mutter - die - dass die das weiß.[...] - einmal hab ich ihr erzählt: den neuen Typen, den du da hast, der hat versucht, mich anzufassen. Und da hat sie mich geschlagen. Und hat gesagt, ich lüge. Und hat verlangt, ich soll mich jetzt bei ihm entschuldigen. [...] - da war ich zehn Jahre, das weiß ich noch ganz genau- , da hab ich das erste Mal angefangen, meine Mutter wirklich zu hassen. - [...] Abgrundtief. (NO. 8-9)*

Die Interviewsituation lässt diese Dinge freilich nicht zum interviewinternen Problem werden, wie folgende nach einer technischen Pause angestellte Reflexion zunächst vermuten ließe: *NO.: [...] eigentlich ist das ganz schön, wenn man das mal alles so erzählt, weil dann kommen einem selber so viel Sachen wieder. (NO. 10)* Vielmehr kann nach dieser Bemerkung, welche lediglich implizit die Unsagbarkeit von Unsäglichem *verneint*, die Vorführung des Schreckensszenariums weitergehen und steigern

- erstens in Gestalt der Verantwortung für den kleinen Bruder:

*NO.: [...] ja, da hat sie mich nächtelang mit dem Kind alleingelassen. Ich war 11 Jahre. Nichts zum Essen [...] keine Windeln und gar nichts [...] wie also aus den schlimmsten Horrorgeschichten, wenn man von Müttern liest, die ihre Kinder wirklich abnutzen. (NO. 10)*

- zweitens durch fehlende Unterstützung in der Situation plötzlichen Frauwerdens:

*NO.: [...] gestern war ich Kind, heut war ich Frau [...] (NO. 10)*

- drittens durch ein Ausgeliefertsein an aberwitzige Schuldzuweisungen:

*NO.: wir warn dann immer schuld, dass sie keine Arbeit hat (NO. 12),*

Diese verzweifelte Lage kontrastiert der Text mit der Suche nach Zuflucht beim verstorbenen Großvater: - *NO.: [...] dann hab ich zu meinem Opa gebetet [...], dass mir der da*

hilft – und ersten Suizidvorstellungen: NO.: [...] da hab ich mir das erste Mal überlegt, mich umzubringen. (NO. 13) Die Textstrategie läuft also auf das Ende des Schreckens hinaus.

Dritte Sequenz NO.: Bedrohte Identität und Entscheidung gegen die Angst

Der geschilderte Kampf gegen ängstigende Identitätsbedrohung nimmt nun aktive Formen an: Gegen den Willen und ohne Hilfe der Mutter nachgeholt Mittlere Reife und Abitur lassen den Kampf zumindest mit Teilsiegen einhergehen.: NO.: [...] sie konnt' mich einfach nicht brechen (NO. 13)

Dramatik entwickelt der Text durch verheerende Bedrohung der weiblichen Identität:

NO.: - Da hat sie angefangen, weil sie so dick ist und so einen Busen hat, da hat sie gesagt, ich werd mal wie sie [...] also - des war ganz, ganz schlimm für mich. Nicht? Weil ich fand sie körperlich total eklig. Da hab ich natürlich einen Teil von mir, von meinem Körper auch nicht mehr schön gefunden. (NO. 14)

Was hier besonders auffällt, ist die Asymmetrie der Interviewsituation selbst. Die Forscherin wird von der Interviewperson als Parteiische angesprochen - Nicht? -. Sie wird auch in Spannung auf Kommendes versetzt: NO.: [...] wie Sie seh'n: ich bin sehr offen. Sie werd'n aber schon noch seh'n, warum. (NO. 14). In der Tat wird die Forscherperson genau über Ursachen und Folgen einer außerordentlich strapaziösen Karriere instruiert. Diese Karriere wird wieder durch Antagonismen markiert: durch Partnerschaften mit wesentlich älteren, dann mit wesentlich jüngeren Männern, mit Absturz aus Verwöhntsein in demütigendes Ausgenutztsein, mit extremem Wechsel von extremer Körperfülle in extreme Magerkeit und umgekehrt:

NO.: Also des ging dann schon so los, dass ich mir, egal wie ich ausgeseh'n hab, gar net g'fall'n hab. Also so - also meinen Körper immer wegneiert hab (NO. 16)

Fast nebenbei wird in diese antagonistische Welt der - geradezu folgerichtig als frei gewollt dargestellte - Suizidversuch gesetzt:

NO.: [...] da hab ich einen Selbstmordversuch gemacht. Den ersten und den letzten. Der war aber so, dass ich nicht überleben wollte. -[...] ich wusste ganz genau, was ich nehmen muss. (NO. 16)

Das haarscharfe Überleben wird aber nicht als Niederlage der Autonomie interpretiert. Die Erzählfigur weiß vielmehr dafür, dass ihr die Entscheidung zum Tode aus der Hand genommen wird, eine transzendente Erklärung anzubieten:

NO.: [...] von der Zeit (in der Klinik) weiß ich nichts, ich weiß nur - mei, des kann ja Einbildung sein: dass irgend jemand an meinem Bett stand und gesagt hat: es ist noch nicht so weit, dass ich sterben muss. (NO. 16)

Für alles kann die Erzählfigur also kausale Erklärungen präsentieren, auch dafür, dass die Antagonismen nach dieser Rettung immer noch steigerungsfähig sind. So scheint die Interviewfigur in der auf den Suizidversuch folgenden Befreiungsphase als eine souveräne Person auf, die in der Kontrastsituation von quälender Einsamkeit und überbordendem Exzess die richtige Entscheidung fällt:

NO.: bis zum Anschlag, und - war aber auch a schöne Zeit [...]. Ich hab bei diesen Sachen nämlich zum ersten Mal gemacht das, was ich wollte. (NO. 16-17)

*NO.: Auf der andern Seite hab ich sehr gelitten, und da hab ich angefangen mit dieser Therapie [...] Deshalb kann ich auch so leicht darüber reden.[...] Weil ich nicht mehr denk, dass ich mich da schämen muss. (NO. 17)*

Der Therapie werden zwar, ähnlich wie der nachfolgenden schweren Erkrankung, einige Änderungen zugeschrieben, allerdings als Postulat: – *NO.: dass ich jetzt anfangen, mich um mich selbst zu kümmern.- [...] Dass ich des lernen muss. Ja.- (NO. 19)* Aber strukturell tragen sich nach wie vor die aufgebauten Antagonismen weiter durch. So wird die Versöhnungszumutung des Therapeuten – „[...] vielleicht können Sie Ihrer Mutter irgendwann wieder verzeihen – nicht nur abgewiesen – *NO.: Also des hab ich net geschafft. Also des will ich auch net. - (NO. 17)*, sondern durch noch schärfere Antagonisierung überrundet. Dies geht so weit, dass die eigene Sozialität – *Ich kann für andere wunderbar kämpfen. Da bin ich wie eine Jeanne d’Arc. (NO. 2)* ihren vollen Glanz erst durch den Verweis auf ihr Gegenteil gewinnt: *NO.: [...] also die (Mutter) ist ja nicht nur verrückt, die - die ist ja - die ist ja - dissozial. Die ist nicht nur asozial, die ist dissozial - - (NO. 24).*

D

Das Transkript greift also einerseits auf die Strukturkomponente der autonomen Entscheidung gegen das Böse zu, um der Angst Herr zu werden. Andererseits verstärkt der Text seine Abwehr durch seine Ächtungsstrategie.

*Vierte Sequenz NO.: Abgrenzung gegen die Angst durch Entscheidung für das Leben*

Nach wie vor als Kämpferin, wenn auch jetzt für sich statt für Andere, stellt sich die Interviewperson nun vor. Als Gewinnerin, die sich ihre Siege hart erkämpft, erscheint sie im Hinblick auf ihre neue Ehe und ihren Kinderwunsch:

*NO.: [...] er hat g'sagt, er fühlt sich aber da noch zu jung dafür [...] - das waren schon sehr, sehr große Krisen, aber – [...] - des liegt halt einfach an Gesprächen, weil wir reden sehr viel miteinander -[...] - irgendwann mal, da haben wir uns halt beide dazu entschlossen, zu Kindern. (NO. 18)*

Der Text führt nun vor, wie sich zwar im Verlauf riskanter Behandlungen nicht die ersehnte Schwangerschaft, sondern Krebsangst ankündigt. Für die dann *festgestellte* lebensbedrohliche Krebserkrankung wird aber, noch bevor von Therapie die Rede ist, erst einmal eine externe Schuldige in Gestalt der Ärztin festgelegt:

*NO.: Da - da hab ich dann immer schon Angst gehabt, Krebsangst [...] Ich hab des kontrollieren lassen, weil - ich hab des abgetastet, und da warn Knoten, Knoten, Knoten. (NO. 19) [...] Im Ultraschall hat die nix g'sehn. Und meine Ärztin hat übrigens auch keine Basis-Mammografie g'macht - die kriegt übrigens auch einen Brief von mir, denn auf die bin ich unwahrscheinlich sauer. (NO. 19)*

Nachdem er eine Schuldige identifiziert hat, lässt der Text nun auch einen Unschuldigen auftreten. Den von der Ärztin nicht entdeckten Knoten zeigt das adoptierte Söhnchen an:

*NO.: [...] zeigt er mit seinem kleinen Finger - das werd ich nie vergessen - auf die Stelle! [...] Und drückt er da drauf! - Das hat dann so weh getan, dass ich gedacht hab: was ist denn das? – [...] Das kenn' ich ja gar net [...].(NO. 20)*

Der unter höchstem Einsatz aus dem Ausland adoptierte Säugling wird damit geradezu zum Lebensretter und zum personifizierten höchsten Wert. Er lässt Versäumnisse, Be-

drohungen, Ängste klein werden. Zugleich lässt er die Interviewperson einen Status erreichen, von dem aus sie die Forscherperson nicht nur über Adoptionsmodi, sondern auch über den richtigen Sinn allen Geschehens aufklärt:

*NO.: [...] ich war ja zweieinhalb Monate in B. unten, beim Kind. [...] Ja, und da ging's schlecht: auf der Heimreise, da wär er mir fast gestorben. – [...] und erst drei Wochen im Krankenhaus [...], i hab ja nur Ängste g'habt. [...] Im Nachhinein bin ich natürlich froh, dass die letztes Mal nichts festgestellt haben, denn sonst hätt ich des Kind net bekommen.*

*I: mhm*

*NO.: Is ja klar, weil die Adoption -*

*I: ach so -*

*NO.: Ja! Des hat alles seinen Sinn. Das Positive. (NO. 19)*

Diese Entscheidung gegen die Angst greift auf bewährte Argumente zu, die von der Psychologie bis zur Theodizee reichen:

*NO.: imaginäres Denken - so Kleinkinddenken – [...] ich hab den Selbstmordversuch überlebt, der wirklich haarscharf war, und Gott, der hätt' mich doch nicht überleben lassen, damit er mich jetzt an Krebs sterben lässt.(NO.19)*

Zusätzlich erbringt der Text den Beweis der Richtigkeit dieser theoretischen Argumente, indem er sie mit empirischen Argumenten deckt:

*NO.: weil ich so viele Situationen in meinem Leben erlebt hab - [...] ich kann's einfach beweisen - (NO. 19)*

So gibt es niemanden, der besser als die Erzählperson die Angst vor Tod und Sterben besiegen könnte. Der Text lässt sie zur obersten Instanz in Sachen Angstbewältigung werden, und diese Instanzierung setzt der Text auch in seinem weiteren Verlauf fort:

*Fünfte Sequenz NO.: Die Interviewperson als oberste Instanz gegen die Angst*

Zwar soll die Art der Thematisierung des Sterbehilfekomplexes erst später untersucht werden. Aber auf ein auffallendes Element der Strukturgenese im Rahmen des Sterbehilfethemas soll doch bereits am Beispiel des Transkripts NO. hingewiesen werden: Die Kontingenz des Sterbens wird nämlich nun nicht mehr nur mit Hilfe mundan-rationaler, oder sozial geteilter transzendenter Bilder weggearbeitet. Vielmehr fungiert nun die Forscherin als Folie für die Konstituierung der Interviewperson zur obersten Instanz gegen die Angst, indem sie sich über Definitionen aufklären lässt:

*NO.: [...] es ist wichtig, dass du [...] gerecht bist.*

*I.: [...] Finden Sie das gerecht oder richtig, dass Patienten oder Menschen, denen es ganz schlecht geht, mit Schmerzen und so weiter, dann vom Arzt mit der terminalen Spritze sozusagen 'geholfen' wird ?*

*NO.: Sie meinen: zum Tode befördert?*

*I: Ja.*

*NO.: Also: die Frage - ich mein, es ist die Frage nicht richtig formuliert - [...] erst mal müsste man das definieren. [...] wenn ein Patient diesen Wunsch hat, dann ist es nicht mehr eine Frage der Gerechtigkeit. Dann ist es eine Frage der Würde, [...]. der Menschenwürde, [...] der Selbstbestimmtheit [...]. (NO. 24-25)*

Die Erzählperson legt fest, worum es in der Sterbehilfefrage zu gehen hat. Für sie bilden Geburt und Tod keinen Kontingenzrahmen, den es nach Vorschriften Anderer auszufül-

len, zu gestalten gilt, sondern nach ihrer moralischen Doktrin müssen - ungewollte - Zufälle in frei gewählte Bahnen gelenkt werden dürfen:

*NO.: - ein Mensch, der wird ja nicht gefragt, ob der auf die Welt möchte [...] und er wird auch nicht gefragt, ob er sterben darf oder nicht, sondern wir werden alle irgendwie sterben. [...] ich finde schon, dass ein Mensch angesichts der Tatsache, dass er weiß, dass er sterben muss, dass er sich dann - ah - diese Freiheit nehmen darf, die letzte Freiheit überhaupt [...] Davon bin ich absolut überzeugt. (NO. 26)*

Diese Freiheit wird auch für die eigene Person beansprucht, allerdings im Konjunktiv:

*NO.: Und ich wüsste auch für mich selber, was ich zu tun hätte, wenn es so weit wäre. [...] ja. (Sehr, sehr leise:) Da würde ich schon für mich entscheiden wollen. (NO. 26)*

Der Steuerungsanspruch bezieht sich auch auf die von Anfang an übernommene Regiefunktion der Interviewperson. Sobald sie durch insistierendes Nachfragen der Forscherin bedroht scheint, wird sie sofort repariert: Indem sie sich nämlich die Thematisierung von Hospizlichkeit und Palliation verbittet, kann die Interviewperson ihre Argumentation auf das Thema *Leben* beschränken:

*NO.: Also ganz klar: Ich weiß ja nicht, ob Ihnen das andere Interviewpartner auch sagen, so offen, aber es löst in mir so Ängste aus, wenn ich mir denk, warum fragen Sie so was? Muss ich mich jetzt mit dem auseinandersetzen - ich will mich doch jetzt mit dem gar nicht auseinandersetzen.*

*I: ja. - Ja. -*

*NO.: Ich denk ja gar nicht ans Sterben.*

*I: ja*

*NO.: Also es wären mir eher Fragen nach dem Leben, würde ich lieber beantworten wollen, also so - (lacht)*

*I: Das ist auch die letzte Frage: Was ist Ihr größter Wunsch, wie Ihr Leben jetzt sein soll? (NO. 26)*

Der Text NO. erzeugt also dadurch, dass er klare Grenzen setzt, eine Erzählperson, die als oberste Instanz für den Umgang mit Angst fungiert. So entscheidet sie, keine Reflexionen über das Thema Tod und Sterben und insbesondere keine Reflexionen über Sterbebegleitung anstellen zu wollen. Das soziale System ‚Interview‘ rettet sich selbst, indem es mit einer Passage aus Bildern der wohl gedeihenden jungen Familie endet – und dies kurz vor dem Hineingehen der Erzählerin in eine Hochdosis-Chemotherapie.

*Zusammenfassend* ist die Strukturgenese des Transkripts NO. dadurch charakterisiert, dass jegliche Kontingenz unsichtbar gehalten wird:

- Dichotomien treten trennscharf auf, ohne ein Dazwischen zuzulassen
- Eindeutigkeit wird gewonnen, indem Ambivalenzen ‚wegnegiert‘ werden
- Definitionen und Normen werden nicht von Anderen, sondern nur von der Interviewperson und ihren Idolen formuliert, und immer schon kann die Interviewfigur aufgrund *ihrer* Expertise andere Experten kritisieren
- Nicht um Konsens, sondern um Richtigkeit und Wahrheit geht es in diesem Text.
- Dilemmata werden zwar registriert, aber nicht als zeit- und situationsabhängig bewertet und damit so unterkomplex gehalten, dass sie aus der Perspektive der Interviewperson verschwinden.

Sie ist es ja, die aufgrund ihrer Festigkeit, ihres Wissens und ihrer Urteilskraft immer schon aus allem, was sich um sie herum bewegt, das wegsortieren kann, was *ihrer* Entscheidung gegen die Angst entgegenstehen könnte.

Nun wird ein zweiter Fall aus der Gruppe der Normativen gezeigt, der unter gänzlich *anderen inhaltlichen* Voraussetzungen *ähnliche strukturelle* Merkmale gewinnt.

### 3.2.1.2.2 Die gebannte Angst - Frau Bradow (BO.)

*BO.: Ich würde halt gerne, wenn ich darüber bestimmen kann, würde ich dem Arzt gegenüber sagen: Es ist so weit, entweder du gibst mir die Sachen, die ich brauche dazu, oder aber du hilfst mir oder irgend was. Aber auch erst, wenn es schon sehr deutlich ist, dass es nicht mehr anders geht. (BO. I 35-36)*

Frau Bradow (BO.), 56 Jahre, Mitglied des eingangs beschriebenen psychosozialen Beratungs- und Selbsthilfenetzwerks für Frauen nach Brustkrebs, wurde von der Forscherin um ein biografisches Interview gebeten. Sie war sofort dazu bereit; ein Termin wurde vereinbart. Das Erstinterview wurde ungestört im Beratungszimmer der Forscherin durchgeführt.

#### Erste Sequenz BO.: *Der feste Platz in der schönen unbekümmerten Kindheit*

Auch der Text BO. operiert in Dichotomien. Aber inhaltlich zeigt er seine Protagonistin nicht als Kämpferin in einer extrem schädigenden Welt, wie im vorhergehenden Fall von Frau NO. Vielmehr positioniert er sie fest im Mittelpunkt einer ständig sich bewegenden Welt:

*BO.: Also ich kann mich sehr gut erinnern, wie wir 1950 nach USA auf'm Frachter rüber fahren, da war sehr starker Seegang, die meisten Leute - s'war ein Frachter - waren seekrank. Mein Bruder und ich wurden auf'n Fußboden gesetzt mitten im Speisesaal, damit wir beim Essen nicht vom Tisch runterkullern. (BO. I 1)*

Schon unmittelbar bevor die fulminante Erzählung beginnt, wird die Interviewsituation dadurch abgeklärt, dass nicht die Forscherin, sondern die Interviewperson genaue Definitionen anmahnt:

*I.: es geht[ ..] darum, dass Sie mir Ihr Leben erzählen. Möglichst äh so weit Sie sich zurück erinnern können, und für mich ist alles, was Ihnen einfällt, was Sie mir sagen mögen, sehr willkommen und auch sehr wichtig.*

*BO.: Ja, welche Aspekte im Leben? Leben ist ein dehnbarer Begriff. (BO. I 1)*

Da nun die Festigkeit der Position der Interviewperson doppelt geklärt ist, kann sich der Text ungestört damit befassen, die Kohärenz der Identität des erzählten mit dem erzählenden Ich herzustellen. So passt die Überlegenheit der Erzählerin gut zu dem erzählten Ich, welches bereits als kleines Mädchen der großen Neuen Welt seine Überlegenheit beweist:

*BO.: Zwar ist alles ne fremde Welt, nix verstanden, was sich aber sehr schnell gegeben hat, [...] ich kann das, ich brauch' den Rest des Jahres nicht mehr zur Schule. (BO. I 1)*

Zusätzlich bringt der Text das erzählte Ich in eine Sonderstellung, indem er die Schulsituation so darstellt, als sei dem kleinen Mädchen in den amerikanischen Südstaaten eine eigene Schule eröffnet worden:

*BO.: [...] damit [sic!] ich dann nicht total verblöde, hat n Jahr später so ne kirchliche Schule aufgemacht, war die erste, [...], als Nichtkathole kam mir etwas fremd vor, und da ham'mer dann doch etwas mehr für die Schule gelernt, sonst hätt' ich dann einige Jahre später im Norden der USA -, wär' ich dann mit x Jahren noch in der ersten Klasse gewesen. Weil damals war der Ausbildungsstandard in den Südstaaten absolut unten. (BO.I 1)*

Dank der Dichotomien Nord/Süd, Oben/Unten, gelernt/verblödet genießt die Erzählfigur nun im Norden der USA den sicheren Status eines Kindes, das sich in mehrfach privilegierter Lage als besonders privilegiertes Kind unter privilegierten Kindern zeigt. So behauptet das körperlich zarte Kind unter anderen Starken die stärkste Position:

*BO.: [...] hatten wir hinter'm Haus n Wald, da hatt' ich ne kleine Axt und ein Hackebeil, und da haben mer angefangen eine Blockhütte zu bauen mit andern Kindern aus der Nachbarschaft, mit denen ich heute noch Kontakt hab'. (BO. I,1-2)*

Diese Belegerzählungen zeigen nichts Problematisches. Probleme sind vielmehr schon die Lösung. Wenn nämlich der Text ein Problem explizit zu machen scheint, fungiert dieses als Beweis für die Stärke der Erzählfigur. Schon als kleine Tochter des überstrengen Vaters gewinnt sie an Boden, indem dessen hilfloser Versuch, das von ihm selbst mit Hausverbot belegte herrenlose Kätzchen heimlich zu füttern, enttarnt wird (BO.I 4). Auch unübliche Lebenslagen wertet die Erzählperson nicht als Probleme, sondern als positive Identifikationsmerkmale:

*BO.: [...] ja, die Episoden in meinem Leben sind, dass ich schon sehr viel in der Kindheit, bedingt durch den Beruf meines Vaters, rumgekommen bin, und das Unsesshafte meiner Eltern ist in mir immer noch da. (BO.I,3)*

In der ersten Sequenz steht die erzählte Figur erstens unabhängig von ihrer geografischen Lage im Mittelpunkt der Welt, nämlich einer Welt von Anerkennung und Beachtung.

Zweitens steht sie in bruchloser Einheit mit der Erzählerfigur, die - dank ausdrucksstarker Erzähldetails - Inkohärenz in Happyends auflöst, die fehlende *stabilitas loci*<sup>151</sup> zum identitätsstiftenden Markenzeichen erhebt und hierarchische Ordnungen aufbaut, in denen die erzählte Figur ganz oben steht.

In der zweiten Sequenz erhalten allerdings Widrigkeiten starkes Gewicht, wie der Übergang – *BO.: etwas stressig wurde es dann in Europa, grade mit der Schule (BO.I 4)* - zeigt.

#### Zweite Sequenz BO.: Sieg des Spottes

Bedrohungen treten nun offen auf. Divergenzen zwischen Selbstzuschreibungen der erzählten Person und Zuschreibungen durch fremde Autoritäten werden unübersehbar. Aber auch hier weiß der Text der Erzählfigur zum Sieg zu verhelfen

So wird die Bedrohung schon durch die Art ihrer Bezeichnung wieder zum Verschwinden gebracht, etwa wenn Lehrer, die das fremdsprachige Kind dastehen lassen *wie der letzte Tölpel (BO.I 4)*, als Leerkörper bespöttelt werden: *ich schreib' die immer noch mit zweie (BO.I 2)*.

Ein weiteres Mittel semantischer Problemlösungsstrategie besteht in ästhetischen Dichotomisierungen: Das nordamerikanische Schulsystem ist etwas, woran sich das erzäh-

---

<sup>151</sup> Die *stabilitas loci* stellt einen Grundsatz strenger Klosterordnung dar. Genau das gegenteilige Topos, das freie wilde Leben, weist der Text der Protagonistin als ihren Ort zu.



lende Ich gerne erinnert, was schön ist, wogegen das deutsche Schulwesen Grausen auslöst:

*BO.: Das war schon so zum Grausen. Ich hab' mich dann ziemlich lange geweigert, Deutsch richtig zu lernen und hab' eigentlich nach wie vor immer auf Englisch geantwortet. Aber irgendwann -, irgendwann konnte ich es akzeptieren, dass man in ner anderen Welt is' [...] (BO I,2).*

Treibt die nun Erzählung an diesem Punkt in eine neue Richtung? Wird die Strategie der Dichotomisierung aufgegeben? Was ist auf einmal anders als zuvor? Trotz inhaltlicher Änderungen weist die Struktur der Biografie keine Änderungen auf. Wie immer schon lässt sich auch jetzt das Ich nicht von außen steuern. Vielmehr fällt die erzählte Person weiterhin ihre Entscheidung selbst:

*BO.: [...] hab' dann [...] studiert, da fing ne neue Freiheit an. [...] Da konnt' ich wieder so frei leben wie ich in Amerika gewohnt war [...] (BO.I 2) [...] Hab' auch noch mit einigen meiner Studienkollegen aus den ersten Jahren Kontakt, obwohl sie weit verteilt überall wohnen, (BO. I 3)*

Auf dieses Motiv rationaler Selbstentscheidung und Selbstpositionierung greift der Text in vielfacher Weise zu, auch wenn die Erfolgsgeschichte nun beim Fortgang des Textes abubrechen scheint: Eine auftretende Krebserkrankung macht nun Angst. Dass aber die Angst durch Weltneugier und Mut substituiert ist, zeigt der folgende Satz, der auch den Übergang zur dritten Sequenz ankündigt: *BO.: Und vielleicht jetzt, seitdem ich krank geworden bin, bin ich noch sehr viel neugieriger drauf geworden. (BO.I 3)*

Drohende Verschlimmerungen sind bereits eingerechnet: *BO.: Hab' meine Erinnerungen, die kann mir keiner nehmen, hab' meine Fotos, hab' meine Aufzeichnungen, kann ich ja ein paar Bücher schreiben und so was alles. (BO.I 3)*

Der Übergang von der Erfolgsgeschichte zur Krankheitsgeschichte wird schließlich vollzogen – allerdings wiederum aus der Position des Kontrollierens, des Meisterns: *BO.: Und jetzt probier' ich also mein Leben einigermäßen zu meistern [...] (BO.I 6)*

### Dritte Sequenz BO.: Der Modus vivendi mit der Angst (BO.I 6)

Die Einheit von immer schon autonomem erzähltem, erzählendem und in die Zukunft entworfenem Ich wird in diesem Text von Beginn an entwickelt, indem Sozialaspekte und Zeitaspekte nicht aufgeworfen, sondern durch die Festigkeit der Protagonistin bereits gelöst sind. Die Biografie schreibt sich fort, indem sie die Protagonistin weiterhin als eine Person konstituiert, die schon immer ihre eigenen Ziele mit ihren eigenen Mitteln verfolgt - auch „jetzt“, im Hinblick auf Erkrankung und deren Verschlimmerung. So präsentiert sie sich als Starke und Wissende, die ihre Ärzte, von denen sie über ihre Krebserkrankung aufgeklärt werden soll, ihrerseits aufklärt. Damit ist Kontingenz schon von vornherein reduziert:

*BO.: Das hab' ich gleich deutlich gesehen. Hab' ich gesagt: Aha. Das ist eindeutig Krebs. Dann kam die (Ärztin) rein und fing an zu drucksen, dann hab' ich gesagt: Sie können schon entspannen, ich seh' das schon selber, das sieht sehr nach Krebs aus. (BO. I 30)*

Ermöglicht wird diese Souveränität, indem sich das Ich klar von der Krankheit unterscheidet:

*BO.: Ich hab's eigentlich probiert, ganz ah -, ah ganz professionell zu sehen. Weil's ein Teil meines Berufs is'. Ich hab' mich vielleicht ein bissl aus mir selbst heraus erst mal abstrahiert, ich hab' mich ne Akt-, wie ne Akte geseh'n. (BO. I 30)*

Die Krankheit wird also nicht verdrängt, auch nicht spielerisch gehandhabt, und schon gar nicht zur Selbstidentifikation herangezogen. Vielmehr soll Leben, Ich, Menschsein gerade nicht in Krankheit bestehen. Krankheit, Bedrohung, Angst wird wegabstrahiert, und dieses Abstraktionsvermögen wird der eigenen Professionalität zugeschrieben.

Nur einmal kommt es zur Selbstbeschreibung als Betroffene, die nach einem Modus vivendi sucht. Aber diese Selbstzuschreibung wird sofort in den Rahmen kämpferischen Engagements gestellt. Dies geschieht in höchst asymmetrischer Weise, indem den Frauen in Deutschland im Gegensatz zu denen in Amerika generell Defizite zugeschrieben werden:

*BO.: [...] jetzt probier' ich also mein Leben einigermaßen zu meistern, dass ich ein gewisses Modus vivendi finde [...] (BO.I 6) -, BO.: Ich geh' ja auch mit meiner Krankheit sehr offen um, [...], was in Amerika beispielsweise [...] diese rosa Schleife, [...] damit jede andere Frau sehen kann: Die (Krebserkrankung) kann jede Frau treffen [...]. Da ist ein ganz anderes Bewusstsein da, die gehen damit offen um, und dadurch fließen auch ganz andere Mittel, und dadurch ist auch eine ganz andere Lobby da für die Brustkrebskranken.*

*I.: Mhm.*

*BO.: Und das ist hier in Deutschland ziemlich eine Nullnummer. Also die wenigsten wollen sich überhaupt outen. [...] Das ist so etwas, was ich mir so bissl als Ziel aufsetze. (BO. I 6-7)*

Anzumerken ist hier, dass dieses auf den ersten Blick pauschale Urteil doch eine Präzision aufweist: Es will nicht ein ganzes gesellschaftliches Funktionssystem – etwa ‚die‘ Politik oder ‚die‘ Medizin – als defizitär enttarnen, sondern die Kritik bezieht sich auf ein namentlich bezeichnenbares Sozialsystem, nämlich den Nationalstaat Deutschland, also eine Organisation.

Die Erreichung dieses Bildes geradezu heldenhafter Souveränität fordert dem Text schärfstes Dichotomisierungsvermögen ab. Anderes, wie etwa Dilemmata, haben hier keinen Raum. Der Text schafft diese klare Dichotomisierung z.B. durch Anwendung der Gleis-Metapher. Die Gleis-Metapher ermöglicht es sogar, das jeweilig Wegabstrahierte kurz zu thematisieren, ohne dies im Hinblick auf die Erzählgegenwart näher ausführen zu müssen:

*BO.: [...] das war so die Zeit, wie ich meine zwei Gleise hatte. Die hab' ich immer noch. Das eine Gleis ist mehr die Krankheit, die ich mit Logik angehe, und das andere ist dann - ich als Mensch [...] Und das funktioniert alles bestens, bis mir irgendwann die Gleise zusammenstoßen. Da krieg' ich manchmal Probleme.*

*I.: In welcher Form?*

*BO.: Also jetzt nicht mehr ganz so schlimm, aber da kann's immer noch sein, dass es mich dann erst mal umhaut.*

*I.: ja*

*BO.: Dann wird's mir zu viel. (BO. I 30)*

Dieses Zuviel werden braucht deshalb nicht näher erläutert zu werden, weil der penetrant nachfragenden Forscherin schon in der dritten Sequenz ihre Position klar gemacht wird: Dort muss sie sich erstens darüber aufklären lassen, was Lebensqualität bei Krebserkrankten heißt:

*BO.: Überhaupt dass mir mein beratender Onkologe gesagt hat: Das Wichtigste ist, dass ich für mich meine Lebensqualität erhalte. Wenn die darin besteht, dass ich Fleisch esse und Bier trinke, dann soll ich das um Himmels willen auch tun [...] Ich [...] trink‘ nach wie vor mein Bier, esse mit Sicherheit zu viel Fleisch, lebe nicht so gesund wie es meine Interviewpartnerin von mir gerne erwarten würde. (Notiz: Blickkontakt, unbewegte Miene der Erzählerin) (BO.: I 9)*

Zweitens kann auch die Bezeugung von Konsens seitens der Forscherin – I.: Da ist die Interviewpartnerin auch sehr einverstanden damit (lachen) (BO.: I 9 – den zunehmend harschen Ton nicht stoppen, so dass mit der Beendigung des Interviews gerechnet werden muss:

*BO.: Auch wenn ich realistisch mit meiner Krankheit bin, meine Lebensfreude lasse ich mir nicht nehmen. Jedenfalls nicht sehr lange. [...] Und das muss erlaubt sein. Das hat’s früher auch schon mal gegeben, dass man’s mal satt hat. - -  
I.: Ja. (BO.: I 9)*

Das zustimmende Ja der Forscherin lässt das Interview zwar weiterlaufen, allerdings in höchst asymmetrischer Form: Die Erzählperson zählt eine Liste von – abgelehnten – Suizidformen auf, worauf die Forscherperson nur mit einem nüchternen Ah so antwortet:

*BO.: Und das heißt noch lange nicht, dass ich vom Balkon springe, weil ich springe nicht gerne. (Notiz: herausfordernd, schroff)  
I.: Ah so.  
BO.: Ich kann mich auch nicht erschießen, weil ich mag Knallen nicht.  
I.: Ah so.  
BO.: Strangulier’n kann ich mich eigentlich auch nicht, weil ich hab‘ das nicht gern, wenn ich irgend was Festes um den Hals hab‘.  
I.: Ah so.  
BO.: Und sonst fällt mir eigentlich nicht mehr sehr viel ein. Haben Sie noch Fragen? (BO. I 9)*

Dieses Erstinterview schickt sich nun an, mit Spur 9 zu enden, läuft aber dann doch bis Spur 37 weiter. Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass die Bedingung dieses Weiterlaufens und des hohen Ertrags dieser biografischen Erzählung nicht in der Herstellung von Konsens, sondern in der Bestimmung und Festigung hierarchisch geordneter Positionen besteht. Die Erzählperson ist es, die den Stil der Thematisierungen bestimmt. Die Forscherperson entspricht dem, indem sie nicht emphatisch zu verstehen vorgibt, sondern lediglich kommunikativ an diese Art der Mitteilung anschließt:

*I.: Hm. Ja, also, so makaber wie das jetzt ist, machen wir doch mal weiter mit diesen Möglichkeiten (lachen)  
BO.: (lachen) [Notiz: Das einzige Lachen von BO. in diesem Interview]  
I.: Was gäb’s denn noch nach Ihrer Meinung?  
BO.: Ah - um sich zu eliminieren?  
I.: Ja.  
BO.: Na, so was hab‘ ich im -, hab‘ ich momentan nicht vor. (BO. I 9)*

Nach dem Klären der interviewinternen Positionen bleibt also der von der Interviewperson vorgestellte Modus vivendi nach wie vor ein Modus vivendi. Zusätzlich kann, indem die Thematisierungen theoretisch bleiben, das Sterbehilfethema tiefer angeschnitten werden. Das geschieht hier auf eine eigenwillige Weise, welche Legalität und subjektive Normierung mühelos in Deckung bringt:

*BO.: Am besten ist, man [...] wartet, bis der Punkt gegeben ist, wo man weiß [...]: Jetzt ist es so weit. Denn bei jeder Krankheit is' n Punkt da, es is' Ende der Fahnenstange [...] Wir haben ein Recht auf Leben, aber haben wir eine Pflicht auf Leben? Irgendwann hört sich das einfach auf! Weil wenn man sich nicht gern erschießen möchte, sich erhängen möchte, [...] bleiben ja nur noch solche Möglichkeiten mit ärztlicher Hilfe. Mit Fachhilfe. - -*

*I.: Mhm.*

*BO.: Wobei für mich, wenn's mal so weit wäre, wenn es alles sich ganz schlimm -, verschlimmern sollte, würd' ich mir halt nen Weg suchen, in irgend einer Weise einen Arzt zu finden, der mir da helfen würde. Weil das auch 'ne Weise ist, sich umzubringen, die die anderen Leute nicht so schockt. (BO. I 10)*

Da nun das Thema der ärztlichen Sterbehilfe im Sinne einer aktiven Lebensbeendigung eingeführt ist, muss sich der Text nicht mit der Kontingenz des Sterbens aufhalten. Nicht einmal von einer Vermeidung eines Euthanasiewunsches durch Sterbebegleitung oder gar von einer *Ars moriendi* ist in diesem Interview die Rede. Vielmehr hält der Text den Vorschlag an den Gesetzgeber bereit, sich – unter Verschärfung der Sorgfaltskriterien - am niederländischen Modell zu orientieren. Begründet wird dieser Anspruch durch folgendes Argument: Tiere haben Anspruch darauf, in ihrem existenziellen Bedürfnis nach der Vermeidung eines qualvollen Sterbens von Menschen richtig verstanden, also erlöst zu werden:

*BO.: Das Tier hat im Grunde genommen beinah schon mehr Rechte in manchen Hinsichten als der Mensch hat. Jedenfalls was das Sterben angeht. Ein Tier erhebt ja beinah den Anspruch darauf: Lass mich sterben. (BO. I 10)*

Nicht dazugesagt wird, dass es sich bei den hier zum Sprechen gebrachten Tieren um eine Zuschreibung der Erzählerin handelt. Kommunikation wird hier – generalisierend - als ein zweistufiger Prozess mit Eins-zu-Eins-Entsprechungen von Input und Output angenommen. Daher kann so getan werden, als ob Helfende das, was leidende Wesen sagen oder zeigen, immer richtig verstehen.

Zugleich ist aber an diesem Text zu beobachten, wie er selbst operiert, indem er in Form von drei – spezifischen - Selektionen läuft: Erstens durch seine Wahl der Information, zweitens durch seine hierarchisierende Art der Mitteilung und drittens, indem er auf seine spezifische Weise anschließt, also ‚versteht‘. Letzteres geschieht in diesem Fall, indem die Forscherperson die normative Semantik der Erzählperson widerspruchlos akzeptiert.

Diese Kommunikation selektiert also alles, was sonst noch möglich sein könnte, weg, und lässt dadurch eine (einseitig) normative Interviewform emergieren.<sup>152</sup> So kann die Erzählperson eine feste Position einnehmen, von der aus sie alles genau definiert, klar beurteilt und in zwei Welten trennt, zwischen denen es nichts Drittes geben darf. Dazu gehört auch, dass sich die Erzählperson nie von anderen Autoritäten dominieren lässt - weder von Lehrern, Ärzten, der Interviewerin noch von einer arationalen Seite ihres Ich, und schon gar nicht von der Autorität des Todes.

---

<sup>152</sup> Wie Kommunikation jedoch nicht als unilineare Folge von Input nach Output, sondern als dreistufiger Prozess selektiver Information, selektiver Mitteilungsform und selektiven Anschließens, also Verstehens beobachtet werden kann, zeigen z.B. NIKLAS LUHMANN (<sup>6</sup>1996: 194ff) oder ARMIN NASSEHI (1997: 134ff), indem sie epistemische Verunsicherung betreiben.

Diese sich geradezu unbestechlich gebende Rationalität stellt nun verschiedene Arten von Sterbehilfe unter sachlichen Aspekten nebeneinander – *einerseits aktives Nachhelfen, andererseits indirekte Sterbehilfe heute im Sinne der Hospize.* (BO. I 14)

Dabei ist es für den Text offensichtlich nicht problematisch, Zuschreibungen an die Institution Hospiz vorzunehmen, welche deren Selbstbeschreibung widersprechen. Der Text sucht nicht den Konsens, sondern die bis zur Konfrontation hin reichende Selbstpositionierung. So kann er das Recht des Patienten auf den Einsatz aller Mittel für sein Überleben als Kritikpunkt gegen Palliation und Hospizlichkeit anführen: *BO.: [...] wenn der Patient sagt, ja, ich weiß, die Aussichten sind schlecht, aber ich möchte noch mal die Bestrahlung haben, da sollte man das dem Patienten auch nicht verwehren. Weil der -, der Glaube daran kann auch Berge versetzen.* (BO. I 14)

Die Einstellung, alles für das Überleben tun zu wollen und auch aggressivste Behandlungsmethoden zu akzeptieren, wird hier ebenso wie die aktive Sterbehilfe durch die Autonomie des Subjekts legitimiert. Dieses Doppelpplädoyer - sowohl für den Einsatz äußerster medizinischer Mittel im Kampf um das Überleben des Patienten als auch für die aktive Sterbehilfe – wird weitergeführt, indem - neben dem Leidenskriterium - nicht der Informed consent, sondern die Informed autonomy des Patienten in den Vordergrund gestellt wird:

*BO.: [...] das muss man auch - vielleicht dem Patienten etwas mehr überlassen [...] was es für Möglichkeiten gibt, sein Leben zu verlängern, [...] oder klar machen, es gibt auch Möglichkeiten, dann, wenn es nicht mehr weitergeht, auch sein Leben etwas zu verkürzen. Man verkürzt dann nämlich nicht das Leben, sondern man verkürzt das Leiden. Und das sollte man eigentlich immer überlegen: Was steht im Vordergrund.* (BO. I 14-15)

Die schon einmal weiter oben erhobene Forderung, den ärztlich assistierten Suizid durch gesetzliche Regelung zu ermöglichen, wird also dadurch kommunizierbar, dass sie mögliche Unterschiede zwischen Lebens- und Leidensverkürzung invisibilisiert. Dies geschieht, indem der Text eine unilinear kausale Ursachen-Folge-Beziehung herstellt, welche zwei blinde Flecke mit sich führt:

Erstens hat zwischen der Ursache, dass es nicht mehr weitergeht und der Folge, dass dann Lebensverkürzung mit Leidensverkürzung in Eins fällt, nichts Drittes mehr Platz.

Zweitens werden mögliche Zweifel an der sicheren Feststellbarkeit dessen, was hier als Motiv im Vordergrund steht – Lebensverkürzung oder Leidensverkürzung - nicht thematisiert. Vielmehr kehrt der Text sofort zu seinem bereits eingeführten Argument gelingender Kommunikation unter ‚Lebewesen‘ zurück.

Die Richtigkeit seiner Annahme stellt der Text nicht in Frage, denn es ist das Tier als Lebewesen, das selbst appelliert - „Lass’ mich sterben“ – und ein Glücksgefühl signalisiert – *BO.: die meisten dieser Hunde machen [...] n ziemlich glücklichen Eindruck dabei, weil die spüren, sie werden erlöst -*. Die Beweisführung des Textes leitet aus diesen Appellen nicht nur a priori das besondere Recht hilfswilliger Menschen ab, das Tier einschläfern zu dürfen, sondern will es auch analog auf den Menschen angewendet wissen. Dass es sich aber bei jenen vermuteten kommunikativen Kompetenzen um Zuschreibungen handelt, wird im Text nicht dazugesagt.

Allerdings scheint diese Beweisführung für ein virtuelles Publikum immer noch angreifbar zu sein, denn der Text bringt ein weiteres Argument für die Legalisierung der Lebensverkürzung:

*BO.: Das ist ja oft das Ziel der Sache. Das ist ja heute noch -, also heute gibt's auch, soweit wie ich weiß, nie offiziell gemacht, aber sicherlich wird es gemacht. Dass man diese Mittel so hoch dosiert, dass der Betreffende mal irgendwann mal einschläft. (BO.I 17)*

Nachdem nun nicht nur falsche Autoritäten ausgeschaltet, plausible Normen aufgestellt, eigene Definitionsmacht ausgeübt ist, sondern auch dieses Ohnehin-Beispiel ärztlicher Praxis vorgebracht ist, werden aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter oder zumindest nicht gestörter Suizid als legitimierbare Sterbehilfeformen aufgestellt.

Auch die Kontingenz des Irgendwann verschwindet, sobald das Individuum rational und autonom über den Zeitpunkt dieses Irgendwann entscheidet. Auch die Problematik von Lebensrecht und Lebenspflicht ist schon durch eine Tautologie im Sinne von ‚wenn Schluss ist, ist Schluss‘ gelöst. Solchen Sätzen kann nicht widersprochen werden, denn eine Tautologie ist immer wahr.

Was hat sich nun mit diesen Klärungen geändert?

Nichts hat sich geändert.

Krankheit, Angst und Tod werden weiterhin erfolgreich wegabstrahiert. In diesem sicheren Kontext kann sogar die Frage nach Jenseitsvorstellungen folgen, ohne problematisch zu werden. Auch die Aussage – *BO.: [...] dieses Hochreligiöse, dass man da in ein – anderes Reich reinkommt, wo dann die Himmel voller Geigen sind – ich bin eh unmusikalisch -, ah, das – [...] könnt' ich sonst auch sagen, aber das würde, wenn man mich kennt, ziemlich geheuchelt klingen (BO. I 37)* - lässt eine Erzählperson aufscheinen, die sich gar nicht zu ändern braucht, weil sie als Einzige fest und stark ihre Position hält in einer bewegten Welt, in der zwar auch Anderes möglich sein mag – aber sicher nicht für sie.

Eine zusammenfassende Gesamtcharakteristik des Textes BO. zeigt zwar im Vergleich zu Fall NO. inhaltlich völlig anders gelagerte soziale Umstände und inhaltlich differente Ergebnisse. Im Text BO. werden sowohl aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid als auch höchste Anstrengungen zur Lebensverlängerung unter der Bedingung befürwortet, dass der jeweilige Wunsch vom Patienten ausgeht, während bei NO., ebenfalls unter der Voraussetzung der Selbstentscheidung des Patienten, nur der ärztlich assistierte Suizid anerkannt, die aktive Sterbehilfe jedoch abgelehnt und eine Forderung der Lebenserhaltung um jeden Preis nicht thematisiert wird.

Aber beide Texte weisen starke strukturelle Ähnlichkeiten auf: Die Einheit von erzählendem und erzähltem Ich wird in fulminanten biografischen Erzählungen erzeugt. Sowohl dem erzählenden wie dem erzählten Ich wird jeweils die bessere, stärkere, informiertere Seite von Dichotomien zugewiesen. Die Forscherperson kann zwar insistierende Fragen stellen, aber sie muss sich korrigieren und in enge Schranken verweisen lassen.

Sowohl der spezifische Detailreichtum des Interviews NO. als auch seine strukturellen Übereinstimmungen mit dem Interview BO. zeigen, dass ein über Telefon abgewickelter Interview nicht zwingend eine missglückte biografische Narration und auch keine unzutreffende Analyse ergeben muss. Voraussetzung ist allerdings, dass – wie bei den anderen Interviews auch - Text untersucht werden will und dass alle im Text erzeugten Personen, insbesondere auch die Forscherperson, hinsichtlich ihrer strukturbildenden Funktion beobachtet werden. Da diese Voraussetzungen erfüllt wurden, kann auch die Fallrekonstruktion NO. in den nun folgenden internen Vergleich der Normativen einbezogen werden.

### 3.2.1.2.3 *Variationsbreite der Normativen*

In dem folgenden internen Vergleich der Gruppe der Normativen (BO., BT., NA., NO.) werden Beobachtungen zusammengefasst, die erstens anhand des jeweiligen Erzählteils eine themenübergreifende, also allgemeine Typik der Normativen zeigen. Als Typmerkmale werden wieder, wie oben bei den Funktionalisierten, die Textsorte, die erzeugten Personen und die Art der Selbstbegrenzung ausgewiesen. Anschließend an diese Typik wird dann zweitens die spezifische Kommunikation des Sterbehilfe-Themas bei den Normativen beobachtet.

#### *Erstens: Die Themen übergreifende Typik der Normativen*

##### *Die Formfrage: Klassische biografische Erzählung der Normativen*

Die Textgruppe der Normativen liefert klassische in sich schlüssige biografische Erzählungen. Ihre Fulminanz erhalten diese Biografien durch bewährte Stilmittel wie Spannungsaufbau und Ausmalen dramatischer Höhepunkte. Die Wortwahl bedient sich steigender Konnotationen, welche z.B. einen Unfall zur Katastrophe und das Ausbleiben schwer wiegender Folgen zu einem Wunder werden lässt, welches sich einem Chor von Schutzengeln (BT. I 17) verdankt. Zugleich werden - stark dichotomisierende - Argumentationen verwendet, um den Hergang der Ereignisse zu begründen. Diese Texte teilen also die ganze Welt in Rangordnungen ein. Selbst wo das eindeutige Ende in den Blick genommen wird, befindet es sich am Ende der Fahnenstange (BO. 10) - also ganz oben.

##### *Die Personfrage: Wie werden normative Personen geschaffen?*

Mit jedem Satz, mit jeder Sequenz werden, wie in den Falldarstellungen NO. und BO. exemplarisch gezeigt, Personen hierarchisch positioniert. Dabei lässt sich beobachten, wie schon von Anfang an und mit dem Fortschreiten der Erzählung immer konsequenter die mit der Interviewperson identifizierte erzählte Person diesen obersten Rang einnimmt.

#### *Die Interviewpersonen*

Interviewpersonen lässt der Text also die Gestalt autonom und sachgerecht entscheiden, versierter Experten annehmen. Ihre Expertise beruht darauf, dass sie von sich aus und unter Rekurs auf elaborierte (wissenschaftliche, aber auch religiöse) Semantiken, sowie auf ranghohe universitäre, aber auch esoterische Experten immer schon wissen, was richtig und falsch, was gut und böse, was schön und grässlich ist. In ihren Selbstbeschreibungen unterscheiden sie sich trennscharf von Anderen, die als defizitäre, hilfs- und aufklärungsbedürftige Personen vorgeführt werden. Dass die privilegierte Position der Normativen nur dadurch zustande kommen kann, dass die Kommunikation ständig das Gegenteil mitlaufen lässt, wird erst auf den zweiten Blick sichtbar. Er zeigt, dass z.B. der Heroismus einer zweiten Jeanne d'Arc nur vor dem Hintergrund von Dissozialität aufzuleuchten vermag (NO. 24). Zwar wird der Sieg des Besseren gegen das Schlechtere hervorgehoben:

NA.: *Da haben's mal g'merkt eben, des nützt nix bei der, mit Kinder kriegen und Haushalt, [...] mein Traumberuf war von der ersten Klasse Volksschule an eben Lehrerin. Ich wollt' immer Lehrerin werden. Vom ersten Tag an. Ich wollt' unbedingt allen zeigen, was - des fand ich so toll - was in mir steckt. (lachen). Und alle machen jetzt was ich sag'.* (NA. 7).

Aber dass genau jenes Schlechtere die Bedingung der Möglichkeit eigener Exzellenz darstellt, wird nicht näher reflektiert. So wird es auch möglich, in Situationen, deren Ursachen, Verlauf und Ausgang auf den ersten Blick weder physisch noch psychisch oder sozial erklärbar und beeinflussbar erscheinen, übernatürliche Phänomene auftreten zu lassen. Die Varianz solcher Erklärungs Substitute reicht dabei von der Bezeichnung der unerklärlich grausamen Mutter als *dämonische Außerirdische* (NO. 5 und 8) bis zur Schilderung innerer Erleuchtung: *BT.: [...] da hab ich mich dann bewusst fürs Leben entschieden, das war – ich war dann eigentlich wie erleuchtet von innen.* (BT. 7)

Für die Bewältigung von Extremsituationen wird bei der normativen Textgruppe also nicht nur Immanenz, sondern auch Transzendenz für die Herstellung von Dichotomien bereitgehalten, deren gute Seiten zweifelsfrei wunderbare Hilfe erwarten lassen.

In der Gruppe der Normativen gibt es für den richtigen Umgang mit Lebenslagen also immer schon bewährte Programme, die nötigenfalls nur etwas nachjustiert werden müssen. Dies geschieht allerdings nur durch die Erzählperson. Sie hat und behält, auch bei inhaltlichen Änderungen, nach wie vor die Definitionsmacht und die Unterscheidungskompetenz für Richtig und Falsch, für Gut und Böse. Sie stellt ihr moralisches Entweder-Oder auf, welches allen Anderen die – im Sinne der Protagonistin - richtige Entscheidung, vorgibt. Mit dem ‚Immer schon‘ ihrer Dichotomisierungen kann die Erzählperson Kontingenz erfolgreich wegarbeiten und so die Sicherheit ihrer Position wahren, allerdings um den Preis großartiger Simplifizierung: *Tertium non datur*: Ein Drittes gibt es nicht.

### Die Forscherperson

Die Forscherperson stellt hingegen in diesen Texten nicht die Regeln für den Interviewverlauf auf. Sie hat vielmehr Fragen zu stellen oder aber sich weiterer Nachfragen zu enthalten. Sie muss ihre soziale Kompetenz unter Beweis stellen und sich sachlich korrigieren lassen. Indem die Erzählperson eine Thematisierungsverweigerung nicht lange begründet, sondern mögliche Begründungsgirlanden durch Tautologien dogmatisch stoppt – *NO.: Wenn Sie Patienten so wie mich, und ich bin jetzt ein Patient, so was fragen: das löst schon Ängste aus* (NO. 28) -, dann ist jede Reflexion dieser Kontingenzreduktion gestoppt. Indem die Forscherperson statt dessen auf den Wunsch der Erzählperson - *NO.: Fragen nach dem Leben, würde ich lieber beantworten wollen – einlenkend eingeht - I: Das ist auch die letzte Frage: Was ist Ihr größter Wunsch, wie Ihr Leben jetzt sein soll ?* (NO.28) -, schließt sie an die von der Erzählperson eingeforderte Semantik an.

Angesichts des reichen Ertrages der hier angewendeten permissiven Forschungsstrategie muss die methodische Regel der meisten konstruktivistischen und objektivistischen Hermeneutiker, die Sozialforscherin dürfe sich keineswegs von einer Interviewsituation funktionalisieren lassen, relativiert werden. Eine genauere Auseinandersetzung mit dieser methodischen Frage erfolgt in Abschnitt 3.3.1. Aber bereits an den bis hierher gezeigten Transkripten wird sichtbar, dass die methodische Position der Forscherin, sich von der Interviewsituation benutzen zu lassen, dem Forschungsertrag so lange zuträglich ist, wie sie offengelegt wird.



*Die Typfrage: Selbstabgrenzungen der Normativen*

Strikt dichotomisierende und hierarchisierende Selektion prägt also die Typik der zur Gruppe der Normativen gerechneten Transkripte. Die jeweilige Erzählperson grenzt sich präzise von ihrer Umwelt ab, indem sie es ist, die alle Begrifflichkeit aus ihrer Perspektive definiert, die Themenwahl vornimmt, die wahre Funktion von Bezeichnungen zu enttarnen weiß. Daraufhin wird nun auch die spezifische Typik des Sterbehilfethemas untersucht:

*Zweitens: Die spezifische Typik des Sterbehilfethemas bei den Normativen*

*Selbstvergewisserung durch Selbstpositionierung*

Die Absicherung des Status der Interviewpersonen läuft über Selbst- und Fremdzuschreibung von Zuständigkeit, Versiertheit, Expertise und über Berufung auf noch ranghöhere und/oder noch bekanntere Experten. Die Erzählperson generalisiert ihr eigenes Wissen als das bessere Wissen und lässt dadurch das Wissen der Forscherperson defizitär werdend. Sie ist es auch, die die guten Witze macht:

*BO.: Ich meine, [...] der Arzt ist vielleicht bei einem Hausbesuch, [...]. erst bei einem schwerst Krebskranken zum Beispiel, hat danach noch zwei Diabetiker zu spritzen, [...] lässt aus Versehen alle zwei Ampullen Insulin da [beim Krebskranken], [...]. und dann der Schwerstkranke sich die Dinger grapscht und dann: Oh, willkommene Gelegenheit, die nehm' ich jetzt gleich mal. Das könnte vielleicht die indirekte Sterbehilfe sein. (Pokerface) I.: (lachen) (BO. I 16-17)*

Um Konsens geht es in diesen Transkripten nicht. Verneinungen, Verweigerungen, Negationen kommen dezidiert, bestimmt. Sie werden aber nicht näher ausgeführt und schon gar nicht reflektiert, sondern höchstens in Verbindung mit Missachtung abgegeben:

*BO.: diejenigen, die sich da auf den Kopf stellen und nur noch Körndl essen [...] Die sind ja so vergrämt und vergrätzt. (BO. I 9). Schon für das Sich befassen mit möglichen anderen Meinungen wird ein Ultimatum gesetzt: Höchstens mal eine Stunde. (BO. I 9)*

Einen Mittelweg zwischen Richtig und Falsch gibt es also nicht. Es geht vielmehr um die generelle Richtigkeit der jeweiligen Sache, und es sind die Anderen, die Einsicht in diese Richtigkeit aufzubringen haben.

Diese Generalisierungstendenz ermöglicht nicht nur die Positionierung der eigenen Definitionen, der eigenen Normvorstellungen und der eigenen Moral an oberste Stelle und damit die ständige Absicherung der eigenen Position. Aus der Kombination der Erwartung sachlicher Richtigkeit, moralischer Gutheit und religiösen Heils resultiert vielmehr auch der Gewinn zweifelsfreier Gewissheit, dass es immer Mächte gibt, die immer schon zur Bewältigung auch des prekärsten Zustandes zur Verfügung stehen. Ihre Stärke gewinnen diese Personkonzepte also auch daran, dass Einzelvorkommnisse mit dem Einfluss extramundaner Mächte in Verbindung gebracht und zu objektiver Realität hochstilisiert werden:

*NO.: Des is ja des Merkwürdige. So schlimm es mir immer gegangen ist - mir wird immer geholfen. [...] wissen'S, - da bin ich selbst überzeugt, weil ich so viele Situationen in meinem Leben erlebt hab - [...] ich kann's einfach beweisen - (NO. 19)*

Indem die Forscherin der Erzählperson ihre privilegierte Stellung lässt, können die Interviews dieser normativen Gruppe ihre strukturelle Asymmetrie behalten. So können die Texte der normativen Gruppe immer Gut und Böse, Oben und Unten, Wahr und Falsch unterscheiden und letztlich auf Sem-Paare radikaler Ungleichheit zugreifen. Als abstraktestes Sem-Paar setzen diese Texte die Leitunterscheidung *oben-unten* ein, wobei immer der positive Wert, also das Oben, die mit der erzählten Figur sich identifizierende Erzählfigur kennzeichnet.

Auf einen kurzen Nenner gebracht, könnte folgender Kontingenz bewältigender Satz den Protagonisten dieser Gruppe der Normativen in den Mund gelegt werden:  
*„Ich allein stehe inmitten der sich ständig bewegenden Welt fest auf meiner Position“.*

Feste und sichere Programme gibt es in diesen Texten sowohl für die moralische Ablehnung als auch für die moralische Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe, sowie für und gegen die Befürwortung einer rechtlichen Regelung des ärztlich assistierten Suizids. Dabei argumentieren die Erzählfiguren der einzelnen Texte sehr eigenwillig, indem sie keine anderen Normgeber, keine anderen Autoritäten, keine anderen Definitionen anerkennen. Höchstens berufen sie sich auf *gesellschaftliche Funktionssysteme* als objektive Normgeber wie z.B. auf *die juristische Seite* (BO. I 17) oder *die Familie* (Na. I 1, 3), welche sie dort, wo es passt, als fraglos feste Instanzen respektieren. Dagegen fungieren *namentlich* adressierbare Einrichtungen, Organisationen, Personen – von herausragenden Idolen abgesehen – als Adressen für die Kritik der Normativen und damit als Kontrastfolien für deren eigene Exzellenz.

Die Beobachtung der Nichtkritisierbarkeit gesellschaftlicher Funktionssysteme passt zu dem Umstand, dass sich die jeweils eigene Expertise der Erzählpersonen auf eben jene elaborierte Semantiken der funktional ausdifferenzierten Funktionssysteme stützt. Auch die Thematisierung von Tod und Sterben wird, insofern sie in jenen elaboriert-gepflegten Semantiken erfolgt, nicht vermieden oder gar zurückgewiesen. Vielmehr wird solchen theoretischen Diskussionen keine Angst induzierende Wirkung beigemessen. So kann das Sterbehilfethema sachlich, etwa unter positiv-rechtlichen, (sollens)-ethischen Gesichtspunkten, erörtert und - eigenwillig-dezidiert – beurteilt werden:

*BO.: Wir haben ein Recht auf Leben, aber haben wir eine Pflicht auf Leben? Irgendwann hört sich das einfach auf! Weil wenn man sich nicht gern erschießen möchte, sich erhängen möchte, sich vom Balkon aus dem Hochhaus springt, bleiben ja nur noch solche Möglichkeiten mit ärztlicher Hilfe. Mit Fachhilfe. (BO. I 10)*

Dieses Laufen der Kommunikation auf der Sachebene scheint der Angst keine Nahrung zu geben. Das Thema Tod und Sterben wird erst dann abgelehnt, wenn es in bedrohliche Verbindung zum eigenen prekären Gesundheitszustand gelangt.

### *Wegdefinieren der Kontingenz von Sterben und Tod*

Die Kontingenz von Sterben und Tod wird schon dadurch reduziert, dass die Texte dann, wenn das Leben bedroht erscheint, nicht jene Themen, sondern das Themen Leben in den Vordergrund stellen - *BT.: [...] Dann schien mir das Leben eben als was*

*wahnsinnig Kostbares, ne. (BT. I 7) - und dem Lebensplan starken Vorrang geben - NO.: Also es wären mir eher Fragen nach dem Leben, würde ich lieber beantworten wollen [...] (NO. 28). So wird bereits das Überlebenwollen wie ein sicher errungener Sieg präsentiert: NO.: Das wird dir nicht passieren, weil du wirst die Krankheit überleben. – (NO. 26). Fragen nach der Vermeidbarkeit des Wunsches nach aktiver Sterbehilfe durch Sterbebegleitung werden als kontraproduktive und damit als falsch gestellte Fragen abgewehrt oder zumindest mit der Bemerkung, es sei noch nicht so weit, zurückgewiesen.*

Diese Trennschärfe der Unterscheidung von Richtig von Falsch ist auch bei der Unterscheidung von Körper und Geist zu beobachten, und zwar in doppelter Richtung: Einerseits sei das, was das Ich garantiere, in der Hermetik des Gehirns eingeschlossen: - *BO.: weil da nämlich mein Eingemachtes drin ist als Kopfmensch. (BO. 35) -* Andererseits ist die Lösung des Sterbehilfeproblems schon vor dem Sterbehilfeproblem erreicht, nämlich dann, wenn der Körper selbst zur ichlosen Sache geworden ist: *NO.: [...] die Krebspatienten, im letzten Stadium, die sind ja gar nimmer da [...] (NO. 26).*

Diese beiden Programme, nämlich erstens das Programm der trennscharfen Dichotomisierung von Wahr und Falsch, Gut und Böse, Autonomie und Heteronomie, welches dem jeweils ersten dieser Werte den höchsten Rang zuschreibt, und zweitens das Programm des ‚Es-ist-noch-nicht-so-weit‘, legen also immer schon fest, wer zum Fällen zulässiger Entscheidungen autorisiert ist: Dies kann nur die mit der erzählenden identifizierte erzählte Ich-Person sein. Zu Dilemmata kann es nicht kommen, weil sich diese Person gerade daran konstituiert, dass sie immer schon weiß, was gut und richtig ist, und alles Andere durch Ignorieren oder dezidiert ablehnendes NEIN kommunikativ wegselegiert.

Auch für den hypothetischen Fall, dass Helfer in ein Dilemma geraten könnten, halten diese normativen Texte immer schon Regeln zur Vermeidung von Dilemmata bereit:

*BO.: [...] bei einem Blinden, der an der Straßenkreuzung steht [...] Der wartet vielleicht auf ne - , auf n Bekannten, der auch blind ist, und die haben ausgemacht: Zehn Schritte von dieser Ampel [...] weg. Und der Arme, da kommt immer der nächste Hilfbereite, der hat nur ein Ziel: über die Straße, und zerrt ihn über die Straße [...]. So finden sich die beiden Blinden nie wieder. I.: Ja.*

*BO.: Das heißt, man sollte erst den Behinderten fragen: Darf ich dir helfen? Was kann ich für dich tun? Ohne ihm aber sein Selbstbestimmungsrecht zu nehmen. Und das sollte man vielleicht im Umgang mit Leuten, die im Sterben sind, auch - sehr, sehr groß hinschreiben. - - (BO. I 23)*

Mit einem guten Sterben können die Erzählpersonen der normativen Gruppe also nur bei vernünftiger Hilfe rechnen – und dafür, dass die Hilfe vernünftig und sicher ausfällt, sorgen die Protagonistinnen selbst:

*NO.: [...] ich wüsste auch für mich selber, was ich zu tun hätte, wenn es so weit wäre. Das wüsste ich für mich selbst schon, ja. (Sehr, sehr leise:) Da würde ich schon für mich entscheiden wollen. (NO. 26)*

Wir blicken also auf eine Dauerkonstellation, in welcher die immer auf positive Werte ausgerichtete Sachdimension mit der immer auf Aktualität ausgerichteten Zeitdimension des Es-ist-noch-nicht-so-weit in Eins fällt. In dieser Konstellation behält die mit der Erzählperson identifizierte erzählte Person immer die Kontrolle. Sie hat immer schon

die Kontingenz von Tod und Sterben wegdefiniert, wegabstrahiert, und logischerweise kann jemand, der immer die Kontrolle über sein Sterben behält, gar nicht sterben.

*Sterbehilfe, Patientenverfügung - alternativlose Problemlöser*

Das Sterben ist bei den Normativen also kein akutes Thema. Die Definition und die Hierarchisierung der Sterbehilfeformen erfolgt vielmehr theoretisch-hypothetisch, indem die Erzählpersonen auf eigenwillige Weise jeweils ihrer eigenen Logik folgen. Eine klassische Unterscheidung zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe wird in keinem Transkript vorgenommen. Vielmehr erfährt einerseits der Ausdruck *indirekte Sterbehilfe* eine Enttarnung scheinbaren Nichtintendierens:

*BO.: [...] indirekt kann man nur dann sagen, von einer Sterbehilfe reden, nicht wahr, wenn alle Leute die Augen zumachen. (BO.I 16)*

Andererseits wird keine Sterbehilfeform moralisch verurteilt. Vielmehr ist jede Form durch den jeweiligen dezidierten Willen des infaust erkrankten Patienten hinreichend legitimiert. Solange der Sterbende die Kontrolle, wie postuliert, innehat, ist jede Art von Sterbehilfe missbrauchsresistent. Problematisch können Sterbehilfeformen schon deshalb nicht werden, weil nicht ihre wörtliche Unterscheidung, sondern die Bitte des Leidenden relevant ist:

*BO.: Also die aktive ist eigentlich das, wenn ich hingeh und sage: Der Zeitpunkt ist erreicht, es besteht keine Hoffnung mehr, die Schmerzen werden immer noch schlimmer, ich kann kaum noch, gebt mir was, dass ich das vielleicht selber nehmen kann.*

*I.: Mhm.*

*BO.: Oder ermöglicht es mir, dass ich dann - meinetwegen das Mittel ist da drin - , selber entscheiden kann. Ich drück' dann auf den Knopf, der dieses Mittel, das mich einschläfert, oder besser: einschlafen lässt, ah aktiviert. Das würde ich als aktive Sterbehilfe aus Sicht des Patienten sehen. Es gibt auch die aktive Sterbehilfe, der Arzt hilft aktiv jemand zu sterben, der Sterbende ist dann der Passive. Kommt drauf an, wo man jetzt das Ich hintut. (BO. I 16)*

Dass hier die klassische aktive Sterbehilfe eine zweitrangige Notlösung gegenüber einer ärztlich assistierten Selbsttötung darstellt, zeigt schon die Wahl des Ich-Pronomens: Der mit der Vorstellung des Aktivwerdens strikt gekoppelte Hilfebegriff gerät geradezu zum Selbsthilfebegriff. Andere können zwar dazuhelfen – *gebt mir was* -, aber die Macht über das, was getan wird - *dass ich das vielleicht selber nehmen* - und vor allem - *selber entscheiden kann* -, hat das Ich. Diese ärztliche Suizidassistenz wird aus der Position der ersten Person beschrieben und so *aus Sicht des Patienten* sogar als *aktive Sterbehilfe* und damit als die eigentliche Sterbehilfe geführt. Lediglich als Anhängsel – *Es gibt auch* – wird die klassische aktive Sterbehilfe erwähnt:

Ein solcher Sterbender driftet ab in die dritte Person und wird zum Passiven: - *der Sterbende ist dann der Passive*.

Aber alle diese theoretischen Argumentationen, sogar der oben zitierte Satz - *ich wüsste auch für mich selber, was ich zu tun hätte* -, wird überrundet von der Vorstellung, dass nicht Tod und Sterben, sondern zu überleben - *weil du wirst die Krankheit überleben*.(NO. 26) - das Reale, Richtige und Gute sei.

Auch die *Sterbebegleitung* wird genau dann als gut bezeichnet, wenn sie den Glauben an ein ‚Es-ist-noch-nicht-so-weit‘ aufrecht hält:

*BO.: Dass man jemand, der am Sterben war, einmal ne Riesenfreude gemacht hat, indem man ihr noch eine schöne Rose hingelegt hatte. Mit nem besonders schönen Duft. Oder so was. Des sind -, des is' auch eine Art Sterbebegleitung. Dass jemand mir auch die Hoffnung macht: Ach, jetzt hab' ich von dieser Rose n Steckling oder so, den pflanz' ich dann bei mir ein, und nächstes Jahr blüht diese Rose. Für mich. Des war ne unheimlich schöne Geschichte gewesen, die der Wahrheit -, also die auch wahr war.(BO. I 18)*

So landen die Texte dieser Gruppe wieder bei der Bereitschaft, das Äußerste zu tun - *NO.: Ich bin ein Kämpfer. (NO. 30)* - für das Ziel des Überlebens.

Das Instrument der Patientenvorsorge erhält in diesem Kontext aktuellen hoch kompetenten Selbstentscheidens und Aktivseins keinen hohen Stellenwert. Dies nicht nur, weil das vorausschauende Erfassen realer Situationen ebenso wie die Bindungswirkung skeptisch gesehen wird. Vielmehr ist es die Frage der Reichweite, die von der Erzählperson aktuell gelöst werden will, so dass Sach- und Zeitdimension zusammenfallen. Jemand, der in dieser normsetzenden Weise aktiv bleibt, stirbt nicht wirklich, sondern lebt wirkmächtig weiter – und sei es in Form solcher Transkripte.

Nun kann aber Angst vor Sterben und Tod nicht nur – wie bei den Normativen – wegselegiert oder wie bei den Funktionalisierten minimalisiert werden. Vielmehr kann mit Angst ganz anders umgegangen werden, wie nun an der folgenden dritten Gruppe biografischer Narrationen gezeigt wird:

### 3.2.1.3 *Gruppe der Reflexiven*

Auch für diese dritte Gruppe der Reflexiven werden zwei kontrastierende Fallrekonstruktionen vorgestellt und anschließend anhand dieser und weiterer Beispiele erstens die allgemeine themenübergreifende und zweitens die spezifisch auf das Sterbehilfethema bezogene Charakteristik dieser Gruppe herausgearbeitet.

#### 3.2.1.3.1 *Die sichtbar gemachte Angst – Frau Nageleit (NG.)*

*NG.: Aber diese Angst ist natürlich wirklich n Problem jetzt. (NG. 36)*

Das Interview mit Frau Nageleit (NG.), einer dreißigjährigen Diplompsychologin, findet im Patientenzimmer einer Privatklinik statt, wo sie nach absolvierten Brustkrebsbehandlungen auf einen Brustaufbau vorbereitet wird. Das Interview wird mehrmals durch Untersuchungen, Essensausgabe, Raumwechsel unterbrochen, kann aber jeweils nach einigen aufnahmetechnischen Abklärungen weitergeführt werden.

#### Erste Sequenz NG.: Die ganz andere Themenwahl

Von Anfang an oszilliert die Regieführung in dem Transkript NG zwischen Forscher- und Erzählperson. So beantwortet die Erzählerin die Aufforderung der Forscherin, mit frühesten Erinnerungen zu beginnen, mit einem ganz anderen Vorschlag – nicht ohne dabei implizit das Einverständnis der Forscherin einzuholen:

*NG.: Früheste Erinnerungen -, wissen Sie was, im Grunde – also wenn Sie nichts dagegen haben, dann würde ich äh schnell noch was sagen. (NG. 1)*

Unter Rekurs auf einen aktuellen Zeitungsbericht über die Begleitung einer sterbewilligen Schwerkranken zu einer Sterbehilfeorganisation in die Schweiz setzt sie nicht die Erzählung ihrer Biografie, sondern Anderes, nämlich die Euthanasie, als erstes Thema fest:

*NG.: [...] wenn das [...] ein normaler Weg ist, das Leben zu beenden, wie groß ist dann der Druck auf Schwerkranke, die ihrer Umwelt – in Anführungszeichen – zur Last fallen, diesen Weg dann auch zu betreten? Also: Wer kann sich dem entziehen, oder wer – wer – wer will dann seinen Angehörigen, also den geliebten Menschen ja normalerweise, das noch zumuten, ihn zu pflegen, wenn es den anderen Weg gibt, der niemanden äh viel Energie kostet. - Sozusagen. (NG. 3)*

Dieses Statement nimmt die Form einer reichverzweigten Argumentationsgirlande an: Nicht nur der von erlaubter Euthanasie ausgehende Druck, sondern auch die Belastung der Pflege für die Gepflegten und für die Angehörigen wird thematisiert. Die Hospizbewegung wird als eine gute Sache nicht nur der Euthanasie entgegengesetzt, sondern hospizlicher Einsatz wird als Entlastungsmöglichkeit für pflegende Familienangehörige vorgestellt. Zugleich wird das klare Anti-Euthanasie-Statement wiederum relativiert:

*NG.: [...] gut, bei, bei, bei Sachen, die ,man bei Palliativmedizin nicht mehr in den Griff kriegen kann [...] wenn es nicht anders geht, dann kann es vielleicht in Einzelfällen ein Ausweg sein, denke ich mir. (NG. 4)*

Es bleibt also nicht bei dem ersten Statement gegen die Euthanasie, sondern es gibt eine Ausnahme. Aber auf den eingangs zitierten Zeitungsartikel wird diese Ausnahme nicht angewendet, sondern er wird als Kolportage enttarnt und mit einem Gegenvorschlag beantwortet:

*NG.: [...] das Einzige, was praktisch ihr gut gelungen war in Anführungsstrichen, ist ihr Tod. Also, das war jetzt ihre Heldentat, dass sie das jetzt sozusagen gut geschafft hat, alles andere war ein Fehlschlag. Das war so der Subtext sozusagen, in diesem Artikel. [...] psychische Gründe [...], Dinge, [...] um die man sich mehr kümmern müsste. (NG. 4)*

Das anfängliche Statement gegen Euthanasie mündet also in ein ganzes Bündel von Alternativen, die von Akzeptanz der Euthanasie in seltenen Ausnahmefällen über ihre Vermeidung durch Hospizlichkeit bis hin zur Notwendigkeit der Behandlung psychischer Ursachen eines Euthanasieverlangens reicht.

Indem der Text dem raschen ersten Blick einen genaueren zweiten Blick folgen lässt, stellt er die Erzählperson als problemorientiert und hoch reflexiv vor. Mit diesem Einsatz des zweiten Blicks ist das Stichwort für den weiteren Verlauf des Transkripttextes angeklungen. Der Text hat für jede Frage eine Antwort, aber bei diesen Antworten bleibt es nicht, denn er verweist stets auf weitere Möglichkeiten. Dieser Text läuft damit inhaltlich kontingent.

Dies gilt auch für die variantenreich zwischen Forscher- und Erzählperson oszillierende Regie: So schickt sich die Erzählperson zwar später an, die eingangs gestellte Frage der Forscherin zu beantworten, allerdings indem sie zuvor eine Gegenfrage stellt:

*NG.: Und Sie wollen wirklich, dass ich, dass ich so aus meiner Kinderzeit und so, ja? (NG. 5)*  
*I.: Ja, gerne. (NG. 5)*

Indem so der Text den klassischen Frage-Antwort-Zug umkehrt, gibt er Raum für Reflexionen. So kann es nun darum gehen, welche Bedeutung das Biografiethema für die Person der Erzählfigur hat:

*NG.: [...] es liegt nämlich für mich im Moment gar nicht so nahe, also. Als Sie sagten, Sie kommen zum Interview und so, hab ich jetzt natürlich jetzt eher mehr so an, an Umgang mit Krebs gedacht. Und deshalb muss ich jetzt erst mal überlegen, was soll ich da überhaupt erzählen? (NG. 5)*

Diese Infragestellung des Biografiethemas eröffnet wiederum die Möglichkeit, nun doch an die erste Forscherfrage anzuschließen, wenn auch auf einem Umweg:

*NG.: - - Das, - ja, ja im Moment bin ich wieder oft da, wo ich aufgewachsen bin, weil meine Mutter jetzt sehr, sehr schwer krank ist, die hat auch Brustkrebs und wird jetzt also nicht mehr lange leben, und ich besuche sie jetzt öfter mal. Und [...] in dem Haus, in dem ich auch aufgewachsen bin, sie lebt da immer noch [...] (NG. 5)*

Nicht direkt taucht das Haus der Kindheit auf, sondern als Anhängsel des von der Erzählperson doppelt eingebrachten Themas Umgang mit Krebs – ein Beispiel dafür, dass dieser Text an alles anschließen kann. Nicht nur trotz, sondern durch die Thematisierung der Krebserkrankung wird der Übergang zur frühen Kindheit hergestellt. Aber auch bei dem Thema Kindheit bleibt es zunächst nicht:

#### Zweite Sequenz NG.: Frühe Ambivalenzen

Nach mehrmaliger organisationsinterner Unterbrechung kann die Interviewsituation weiterlaufen, indem sie sich selbst technisch reflektiert:

*I.: Jetzt hab ich nach der Unterbrechung wieder eingeschaltet.*

*NG. : Ja. (räuspert) Spreche ich überhaupt laut genug? Geht das? Ist das auf Ihrem Band auch drauf?*

*I.: Ja, sehen Sie, das geht von dem leiseren Bereich zu dem – wenn Sie mal räuspern oder so – in den ganz lauten Bereich.*

*NG.: ja, gut, gut.*

*I.; Sie können auch noch leiser sprechen, dann schalte ich das einfach ein bisschen lauter, sehen Sie?*

*NG.: ja*

*I.: Wenn Sie mal was sagen? (NG. 7)*

An diese unthematische Redeaufforderung schließt nun ein weiterer Erzählbogen über Kindheit und Schulzeit an, wobei er immer wieder auf die Gegenwart referiert und sich in ein Nebeneinander biografischer Antagonismen einspielt: Problematische Eltern stellt er neben die ruhigen, liebevollen, beschützenden Großeltern; das ungeliebte elterliche Haus schildert er ebenso wie das geliebte verwinkelte großelterliche Haus; die frühere naiv-depressive Mutter wird mit ähnlicher Sorgfalt geschildert wie die heutige gefestigte Mutter; der früher konventionelle Vater wird mit der gleichen Achtung dargestellt wie der heute auch mal locker-humorvolle Vater. Zwar wird die erzählte Person der Kindheit und Schulzeit als gänzlich intellektuell ausgerichtet, ohne richtige Freunde, vorgestellt. Aber die Verbindung mit der einzigen Freundin wird als so haltbar beschrieben, dass es die vermisste Emotionalität bis in die Erzählgegenwart hinein eben doch gibt:

*NG.: Wir sind immer noch – nun lebt sie in B.-statt inzwischen, und ich in N.-berg, aber wir – wir sind uns immer noch sehr nahe. [...] wir sehen uns vielleicht ein, zweimal im Jahr, aber – äh ja, wir sind immer noch – wir sind uns einfach nahe. (NG. 14)*

Um so überraschender erscheint die plötzliche Umentscheidung der erzählten Person, nicht gemeinsam mit der Freundin das geplante Studium anzutreten, sondern als Küchenhilfe zu arbeiten, um raus aus diesem reinen Bücherlesen (NG. 15) zu kommen.

*Dritte Sequenz NG.: Wanderjahre des Sichausprobierens*

Mit dieser Umentscheidung schwenkt der Text nun auf die Darstellung einer wechselnden Reihe von Versuchen des Sichausprobierens über. Interessant daran ist, wie die erzählte Figur an Struktur gewinnt, indem die Erzählperson diese neuen Situationen als überraschend verlaufende darstellt. Diese Überraschungsmomente führen viele Vorhers und Nachhers, viele Wandlungen und Relativierungen nicht nur der erzählten Figur, sondern auch ihrer signifikanten und bald auch der universalisierten Anderen mit sich. So kann der Text die doppelte Kontingenz der Kommunikation zwischen Ego und Alter thematisieren:

*NG.: [...], also das war'n junge Leute, [...] es herrschte Sympathie, aber wir haben total aneinander vorbeigeredet. [...] das war nicht nur deren Schuld, dass die jetzt irgendwie eingeschränkt gewesen wären in ihren Möglichkeiten was zu verstehen. Meine ganz genau so. Ich hab deren Sachen auch nicht verstanden [...] was deren Interessen so anbelangt. (NG. 15)*

Diese Unauflösbarkeit der doppelten Kontingenz entfaltet der Text, indem er die Einheit der erzählten und der Erzählperson zeitlich differenziert. Die erzählte Person weiß das Problem noch nicht zu lösen, aber die Erzählperson hat inzwischen dazugelernt. Sie weiß nun anzuschließen, indem sie einen zeitlichen Perspektivenwechsel vornimmt:

*NG.: Das würd ich natürlich heute ganz anders sehen. Also heute würde mich das interessieren, was daran faszinierend ist für ihn, nich? (NG. 15).*

Allerdings setzt der Text dazu die innerpsychische Erreichbarkeit der Anderen voraus, wobei er für dieses unsichere Gelände immerhin eine soziale Vergewisserungsfloskel in Form von - nich? - zur Verfügung hat.

Mit diesem Übergang von Dichotomien zu Ambivalenzen ist ein Zugewinn an Struktur beobachtbar. Dadurch, dass Ambivalenzen spielerisch ausprobiert, ja geradezu ausgebeutet werden, ist freilich kein schneller und schon gar kein endgültiger Strukturaufbau garantiert. Vielmehr wird dieser Strukturaufbau als allmählich sich entwickelnder Prozess sichtbar, der einerseits mit ständigem Ausprobieren, andererseits mit ständigem Rekurs auf die biografische Vorgeschichte einhergeht.

Solcher Zugewinn an Reflexivität ist z.B. nach der Schilderung unterschiedlichster Arbeitsverhältnisse beobachtbar. In einer dieser Szenen wird die Erzählfigur mit der in Deutschland noch unbekannteren Aufgabe des Continuity betraut. Der Continuity, ein besonderer Assistent eines Filmregisseurs, sorgt bei Filmproduktionen dafür, dass Szenenaufstellungen nach jeder Unterbrechung detailgetreu so weiterlaufen können, als seien sie nicht unterbrochen worden. Doch auch dabei bleibt es nicht:

*NG.: [...] für mich war dann irgendwann klar, [...] irgendwann hat man zum tausendsten Mal aufgeschrieben, wie lang die Zigarette von dem Mann ist, die er in der Hand hält, oder äh bei*



welchem Wort er mit welcher Bewegung vom Stuhl aufgestanden is. Also das ging nicht dauernd so weiter. (NG. 18).

Bei dieser Darstellung, wie ermüdend die Herstellung von Kontinuität sei, bleibt es allerdings nicht:

*NG.: Und noch dazu is es fürs Privatleben natürlich äh nich so toll, weil man es immer mit unterschiedlichen Teams, und an unterschiedlichen Plätzen irgendwo in der Welt unterwegs ist. Und kann keine engen Beziehungen aufbauen, oder vielleicht schon enge intensive Beziehungen, die nach n paar Wochen oder Monaten je nachdem, aber dann leider wieder vorbei sind. (NG. 18-19)*

Die Struktur dieser biografischen Narration formiert sich also weder daran, Bestehendem Kontinuität zu verleihen, noch daran, auf Kontinuität zu verzichten. Vielmehr lässt der Text die Erzählperson Möglichkeiten ergreifen, ausprobieren, fallen lassen und erneut - aber wieder anders – ergreifen. Dabei kommt es zur ständigen Uminterpretation bereits erzählter biografischer Inhalte. Zunächst Gepflegtes - etwa vieles Bücherlesen – endlich abzulegen, wird für gut gehalten. Das Abgelehnte wieder aufzunehmen und ein Studium zu beginnen, wird kurz darauf begrüßt. Dieses Oszillieren erlaubt, scheinbar Unvereinbares wie z.B. Heirat, Geburt und Betreuung von drei Kindern, Kauf und Renovierung eines alten Hauses einerseits und Vollstudium andererseits nahezu problemlos zu verbinden. So sehen wir eine erzählte Person vor uns, die unbeschadet an alles anschließen kann - bis dieser ständige Wechsel zwischen unterschiedlichen Welten auf den ersten Blick abrupt gestoppt wird.

#### Vierte Sequenz NG.: Einbruch und Neuetablierung der Ambivalenzen

Die bislang schillernde Identität der erzählten Figur kommt an einer entscheidenden Stelle an: Sie scheint nun eine eindeutige Gestalt anzunehmen, nämlich die der Krebskranken. Die Krebserkrankung weist hier keinerlei Ambivalenz auf, sondern sie wird als das Gegenteil des eben hergestellten Ruhepols beschrieben:

*NG.: [...] das Haus und dieser Garten [...] das is mir schon so n, so n Ankerplatz für mich - Wieder, nich - Und mit den drei Kindern dort is es genau da, wo ich sein will, nich. Das (lacht), ja. - -*

*I.: ja*

*NG.: (sehr langsam) Ja. Ja, und - - ja. - Wann war das eigentlich genau? Das war - vorletztes Jahr natürlich XX, bei ner Vorsorgeuntersuchung eben festgestellt, dass ich hier n Knoten hab, und s war nich klar, was das is, obs bösartig war oder - nich, und is dann erst mal nur der Knoten rausgekommen, is festgestellt worden, es is bösartig [...] Also ne ganz bedrohliche Diagnose von einem Tag aufn andern. (NG. 24)*

Doch bevor er noch Details über Diagnose, Therapie und Nachbehandlungen ausweist, zeigt der Text schon wieder eine Erzählfigur, die aus alledem weiteren Strukturgewinn zieht. Einerseits verweist sie auf den Ernst der Lage - NG.: [...] wie kann ich so gut wie möglich dazu beitragen, dass ich weiterleb. (NG. 24) -, andererseits lässt sie Spielerisches zum Zug kommen:

*NG.: [...] also das ganze Drüsengewebe ist rausgekommen und statt dessen so n Expander, den man so von außen aufpumpen kann, also eine etwas absurde Konstruktion so insgesamt (lacht), aber hat ihren Zweck erfüllt (lacht). [...] Also im Grunde haben wir beide, mein Mann und ich, diesen Expander haben wir mit Humor genommen. Also es war so, was, was man immer als*

*Schauergeschichte ganz gut erzählen kann, ne, dieses (lacht) Ding, wo man von draußen reingepiekt wird und schpsss Kochsalzlösung reingepumpt kriegt, ne? (NG. 24)*

Der Text landet also nicht bei einem drohenden Aus, sondern er lässt die Erzählfigur Befremdliches in Belustigendes umtaufen und damit eine starke soziale Nähe der erzählten Figuren demonstrieren.

Aber auch bei dieser humorvollen Stimmung bleibt der Text nicht stehen, sondern er gibt dem Thema Angst eigenen Raum. Die Angst wird in diesem Text nicht kleingearbeitet, auch nicht siegreich überwunden, sondern immer wieder explizit thematisiert als berechtigtes Rechnen mit dem Eintreten drohender Verschlimmerung:

*NG.: [...] ja - und hab, muss ich sagen, auch schon ganz schön Angst. Also, was sehr realistisch ist, es lässt sich leider nicht leugnen. Ich glaube ich neige jetzt nicht sehr zu, zu unangebrachter Panik oder so, aber äh, das ist jetzt natürlich jetzt ne sehr große Gefährdung, und es ist mir auch klar. (NG. 25).*

Doch bei dieser einen Seite der Angst, als Bremse zu fungieren, bleibt es nicht. Der Text führt die Angst zugleich als Motor für den Aufbau einer zukunftsweisenden Biografie vor, wobei die vielen Ichs auffallen:

*NG.: Also ich fürchte mich schon sehr, dass da wieder was kommen könnte, muss ich sagen. Ganz sicher. Aber es hat mich nicht davon abgehalten (lacht), ich hab mir gedacht also, was mach ich jetzt, - . Was ich gemacht hab is, [...] Also (lacht) - die Diplomarbeit, die hab ich zu Ende geschrieben schon während der Chemotherapie, die war eh schon fast fertig, und ich bin dann zum Professor gegangen und hab gesagt, also, nun hören Sie mal, so und so geht's mir, ich möchte jetzt schnell fertig werden. (NG. 25-26)*

Hier wird also ein Ich konstituiert, welches diese prekäre Situation sowohl als Gefahr zu sehen, aber auch als Chance zu nutzen willens ist.

Komplettiert wird diese Identitätskonstruktion noch durch eine weitere Argumentationsgirlande. Sie vermag interessanterweise den Stressbegriff in den Begriff der Energie umzutaufen und dadurch nicht nur dem Krankheitsthema positive Seiten abzugewinnen, sondern auch ein ständig sich änderndes Oszillieren zwischen familiärer Nähe und intellektueller Herausforderung herzustellen:

*NG.: [...] diese ganze Energie oder wie, wie soll ich sagen, dieser ganze Stress, den ich durch die Erkrankung hatte, bei der Erkrankung kann ich ja nich viel tun, [...] ich kann dafür nichts machen. Und diese ganze überschüssige Energie, die ist in diese Prüfung hinein geflossen. (lacht). Also, wie soll ich sagen, ich hab mich wirklich in diese Bücher reingekniet [...], - ja, und auch gemerkt, das tut mir gut, [...] wieder so ne geistige Beschäftigung zu haben. Ich brauchts anscheinend doch. Es kommt immer mal wieder und immer wenn es kommt, tut es mir gut. Und ich hab mir auch jetzt fest vorgenommen, [...] und ich möchte mir unbedingt, es is mir ganz wichtig, äh ne Stelle suchen. [...] Es ist mir ganz wichtig [...], ein intellektuelles Gegengewicht zu dem was ich jetzt zuhause hab an, also enge Beziehung und Nähe und Liebe hab ich zuhause. (NG.26-27).*

Bedrohungen fungieren so als ganz neue Chancen. Unmöglichkeiten werden in neue Möglichkeiten umgetauft. Divergenzen tauchen zwar auf, aber keine Seite behält auf Dauer das Übergewicht. Vielmehr gibt es in diesem Text nachgerade nichts, was nicht auch anders fungieren könnte.

Aus diesem ständigen Oszillieren zwischen Divergenzen resultiert auf den ersten Blick eine Personfigur, welcher gerne Profillosigkeit zugeschrieben wird.

Aber auf den zweiten Blick wird keine Beliebigkeit sichtbar. Vielmehr lässt sich aus dem Text eine Erzählperson rekonstruieren, die ihre jeweils gegenwärtigen Präferenzen auf ihre eigene Biografie abzustützen und somit zeitliche und sozialräumliche Änderungen geradezu als Bedingungen der Möglichkeit ihrer reflexiven Struktur zu interpretieren vermag. Diese Möglichkeit, Destruktion als Voraussetzung für Neukonstruktion zu betrachten, bleibt dem Text bis zuletzt erhalten – auch wenn es um die Zumutbarkeit von Themen in der Interviewsituation geht:

*Fünfte Sequenz NG.: Tödliche Bedrohung als Lebensmotor*

Wie von Anfang an, so sind auch in dieser letzten Sequenz Tod und Sterben keine verschwiegenen oder unbestimmt verneinten Themen. Die Ablehnung bzw. Befürwortung einzelner Sterbehilfeformen erfolgt vielmehr ausführlich und spezifisch anhand sich immer wieder relativierender Argumentationsgirlanden. Dabei lässt der Text das Thema Tod und Sterben nicht nur theoretisch, sondern auch biografisch konstitutiv werden: Immer geht es darum, was ein Thema – so auch das Thema Tod und Sterben – für die Erzählfigur jeweils in einer biografischen Phase bedeutet. So kann der Text die Erzählerin als eine – noch jugendliche – Figur zeigen, die sich ein lebenssattes Sterben vorstellt. Er kann ein drohendes Sterben aber auch als eine absolute Zumutung vorführen, wenn er die Erzählerin als junge Frau und Mutter auftreten lässt. So wird der Tod zum ganz Anderen von dem, was für die Erzählperson aktuell und künftig bedeutsam sein will:

*NG.: [...] auf ne überfallsartige Weise hab ich mich mit dem Thema Tod auseinandersetzen müssen einfach. Und war überhaupt nich einverstanden. [...] Dann ist natürlich Sterben das, was man am allerallerletzten will. Man will ja nich seine kleinen Kinder im Stich lassen. [...] und hier ist mein Garten, das hab ich alles erst gepflanzt, ich will doch sehen, wie das wächst! Ganz abgesehen von den Kindern sozusagen! [...] Das Letzte, was ich wollte, war, das jetzt plötzlich verlassen müssen. Also eine völlig, eine absolute Zumutung. NG. 32)*

Doch bei diesem konstativen Nein bleibt es wieder nicht. Es wird zweifach modifiziert: Erstens setzt der Text noch vor die bevorstehende Operation eine Auszeit, in welcher das konstative Nein reflektierend in Frageform gebracht wird:

*NG.: [...] mein Mann und ich hatten ein Wochenende geplant in Florenz ohne Kinder, [...] es war schön, dass ich da Zeit hatte mit meinem Mann und auch allein ohne diesen Alltagsstrubel, der ja sonst immer um einen herum is, nachzudenken, sich damit auseinanderzusetzen und - ha, ich hab mich schon sehr damit auseinandergesetzt, was is, wenn ich jetzt innerhalb der nächsten Monate einfach sterbe? (NG. 37).*

Zweitens modifiziert der Text das gegen den Tod erhobene Postulat des Weiterlebens: Es geht nun um das Wie des Weiterlebens. So werden Behandlungen, Nachbehandlungen, Brustaufbau, weitere Vorsorge und Ernährungsumstellung daraufhin erforscht, wie sie sich für die Erzählfigur bewähren. Der Text zeigt z.B. die gesunde Wirkung des ungesunden Kaffeetrinkens im anstrengend-trubeligen Familienkontext und lässt auch noch eine psychosozial intervenierende Nachfrage der Forscherin anschließen:

*NG.: Ich trink nach wie vor Kaffee, weil [...] das auch so n Ritual ist zwischen mir und meinem Mann. Also [...] ich weck, also ich steh auf, mach Frühstück, dann hol ich den Alexander aus dem Bett, frühstücke mit dem Alexander [...] und wenn er aus m Haus in die Schule davonspa-*

ziert is, dann koch ich n Kaffee, bring ihn Mark ans Bett, und wir trinken zusammen diesen Kaffee. -

I.: Schön.

NG.: Kaffee soll nich so gesund sein, aber ich glaub irgendwie, dieses, dieses gemeinsame Kaffeetrinken is, halt ich für ganz gesund. (lacht).

I.: (lacht). - Und konnten Sie mit Ihrem Mann, und können Sie mit Ihrem Mann über die Dinge reden, die Sie da bewegen? (NG. 38)

Interessant ist, wie auch die Forscherperson dieses Spiel mit alternativen Möglichkeiten eingreift: Statt einer inhaltsfreien Erzählaufforderung erlaubt sie sich die geradezu nach psychosozialer Intervention aussehende Frage nach Entlastungsmöglichkeiten. Trotzdem wird aus dem Interview keine psychosoziale Intervention. Vielmehr lassen die Antworten eine Erzählfigur aufscheinen, die das Suchen nach und das Annehmen von Hilfe bereits gelernt hat. Das Interview gibt auch nicht der Erzählperson den Status der immer schon Höheren, Besseren. Vielmehr lässt die Erzählperson sowohl die erzählte als auch relevante andere Personen als änderungsfähig aufscheinen: NG.: *Meine Mutter hat sich auch verändert. Denk ich schon. Ja.[...] Ja, sie hat sich doch irgendwie - sie hat sich n anderes Leben aufgebaut als sie es früher hatte.* (NG. 32) Dieses Strukturmerkmal des Sich-Selbst-Änderns wird also konstitutiv für den gesamten Text.

Zwischen Erzählperson und Forscherperson entwickelt sich also weder ein Beratungs- oder Unterstützungsgespräch noch eine hierarchische Positionierung. Vielmehr geht es um das Zugreifen auf, das Erfassen von, das Spielen mit Möglichkeiten, deren reiche Variationsbreite nicht nur trotz, sondern auch wegen vorgegebener sachlicher und sozialer Rahmungen erkennbar wird. Indem der Text die Erzählperson ebenso wie die erzählte Person entscheiden lässt, was für sie im aktuellen Moment bedeutend oder nicht bedeutend sein soll, operiert er in der Zeitdimension.

Der Umstand, dass bei dieser biografischen Narration nicht nur die Erzählperson, sondern auch Anderes, nicht zuletzt die Forscherperson, mitwirkt, muss freilich verkräftet werden. Dies geschieht nicht, indem in dieser Interviewsituation minimiert wird, oder indem Andere normiert werden, sondern indem sowohl die Erzählperson als auch die Forscherperson (Selbst-)verantwortung übernimmt.

So produziert der Text bei aller thematischen Offenheit einen Schonraum moralischen Respekts. Dies geschieht, indem er weder das facettenreich erzählte Ich noch Andere als defizient, seltsam oder abwegig erscheinen lässt. Indem sich die Erzählperson zur Vervollkommnerin ihrer vielen zeitmodalen Ichs machen kann, erreicht sie ein hohes Maß an Unverletzlichkeit. Sie kann an jedes Thema anschließen, ohne ihre reflexive Struktur zu verlieren. Der Vorwurf der Profillosigkeit verfiert also schon deshalb nicht, weil sich die Protagonistin anhand ihrer Reflexivität von dem Typus der Funktionalisierten und von dem Typus der Normativen trennscharf unterscheiden lässt. Freilich können auf diese Weise Themen nie zu Ende diskutiert werden. So bleibt auch die Angst bis zum Schluss ein Thema mit offenen Enden:

NG.: - Ja. - Jaja. - - Hm. - - - Aber diese Angst ist natürlich wirklich n Problem jetzt. (NG. 39)

Diese offenen Enden weisen in mehrere Richtungen: Einerseits bleibt die Bedrohung Thema. Andererseits wird das Thema Angst durch Affirmation – natürlich, wirklich - und zeitliche Relativierung - jetzt - zum Angelpunkt, der die Biografie durch neue Möglichkeiten weiter beflügelt. Denn nicht alles ist geregelt und gelernt – und dass dies gesehen wird, macht den Text so attraktiv. Erst ein zweiter, nüchternerer Blick zeigt dann, wie

sehr der Text mit Vorstellungen spielt: Er kann sich sowohl als Text produzieren, als auch Situationen, also seine Kontexte, ständig taufen und wieder umtaufen. Weder Text noch Kontext liegt also als Gegebenheit vor, sondern beides wird geschaffen. Wie variabel dies geschieht, wird an einem zweiten Beispiel aus der Gruppe der Reflexiven gezeigt.

### 3.2.1.3.2 Die validierte Angst – Frau Achenmüller (AE.)

*AE.: Ich bezeichne mich deshalb als „gesunde Krebskranke“. ( AE I 7)*

Die 49jährige Frau Achenmüller, Mutter zweier Söhne und einer Tochter, arbeitete bis zu ihrer Krebsoperation als Consulting Managerin. Danach engagierte sie sich ehrenamtlich in der Hospizbewegung. Das Interview wurde im Besprechungszimmer der Interviewerin durchgeführt.

#### Erste Sequenz AE.: Aushandlung der Interviewsituation - das sich erzählende Ich

Zu Beginn der Aufzeichnung wird, noch bevor das Thema zur Sprache kommt, ein zeitlicher Rahmen ausgehandelt. Nachdem klar ist, wie das Interview in den Zeitrahmen der Interviewpartnerin passt, kann der Erzählimpuls ausgelöst werden:

*I.: Sie haben mir am Telefon gesagt, dass Sie das Interview mit einem weiteren Termin verbinden wollen. Darum möchte ich Sie als erstes fragen, wie viel Zeit Sie maximal für das Interview haben.*

*AE. Das kommt darauf an, wie lange Sie mich brauchen. Ich kann da schieben.*

*I.: Und das Thema ist: Ihr Leben. Natürlich wird es auch um die Krebserkrankung und die Bewältigung der Krebserkrankung gehen, aber Vorgaben gibt es keine.*

*AE.: Ja. Sie stellen Fragen?*

*I.: Das wollte ich gar nicht. Das ist eigentlich gar nicht nötig.*

*AE. Sondern ich soll einfach erzählen?*

*I.: Ja.*

*AE.: Also, bei mir ist es ja so, dass ich aus einer Krebsfamilie stamme [...]. (AE.I 1-2)*

Der Erzählimpuls läuft nicht über die Frage nach dem Sterbehilfekomplex, sondern über die Verbindung von Biografie und Bewältigung lebensbedrohlicher Erkrankung. Der Begriff des Bewältigens impliziert einerseits eine Vielfalt von Möglichkeiten und lässt damit Kontingenz sichtbar werden, die er andererseits mit dem impliziten Verweis auf Eigeninitiative reduziert.

Der nicht nur euphemistisch-schonend, sondern auch spezifisch formulierte Erzählimpuls bewährt sich hier, wie das sofortige Einsteigen der Erzählerin in das Thema zeigt. Dieser Impuls passt zum Stil dieses Textes, der von Anfang an alles, was geschieht, variantenreich anschließt. So wird der Zeitrahmen *ausgehandelt*. Auch die Regieführung obliegt nicht allein der Forscherin, sondern auch die Erzählerin stellt Anschlüsse her, wie z.B. beim Übergang zur nächsten Sequenz:

#### Zweite Sequenz AE.: Mitglied einer Krebsfamilie und der eigene Weg

Die Interviewperson stellt den Anschluss an die zweite Sequenz her, indem sie ihre biografische Erzählung mit der Darstellung gesundheitlich-hereditärer Rahmenbedingungen beginnt, innerhalb derer sie sich als ganz besondere Person, konstituieren kann:

*AE.: Also, bei mir ist es ja so, dass ich aus einer Krebsfamilie stamme. Ich muss das so nennen, weil, als ich 27 Jahre alt war, ist meine Schwiegermutter mit 50 Jahren an Krebs [...]gestorben. Das war das erste Mal, dass ich mich mit diesem Thema auseinandergesetzt habe. Ich habe viel*

*gelesen. Ich war auch sehr traurig, denn als junge Kämpferin man glaubte, man kann das überwinden. Das war aber dann nicht der Fall. Und fünf Jahre später ist mein Vater an Darmkrebs erkrankt [...] und ich war eigentlich die einzige in der Familie, die die Zeichen dann sehr genau erkannt hat, wie weit es ist. (AE.I 1, 2)*

Der Text arbeitet also höchst kontingente, unvorhersehbare, bedrohliche Rahmenbedingungen aus, die der erzählten Figur einerseits Grenzen setzen, andererseits zugleich ein thematisch spezifisches Feld eröffnen, innerhalb dessen sie sich als eine elitäre Figur positionieren kann, die sich selbst zur patientorientierten Begleiterin von tödlich erkrankten Menschen heranzubildet.

Diese Konstituierung geschieht sowohl in Form von Berichten und reichen Reflexions- und Argumentationsgirlanden als auch in Gestalt eindrucksvoller Erzählungen über Kindheit, Jugend, Schule, beruflichen Erfolg, Reisen, Auslandsaufenthalte, die nicht nur als biografische Orientierungsmarken, sondern auch als Belege für dafür fungieren, dass es immer die Erzählperson ist, die die Anschlüsse herstellt..

Insbesondere anhand von Selbstreflexionen stellt die Erzählperson ihren spezifischen Sinn her: Sie beginnt mit dem Sachthema Krebs, zeigt aber sogleich, dass z.B. *viel gelesen* zu haben nicht für Sicherheit bürgt. Auch in der Sozialdimension laufende und Sicherheit suggerierende Bilder, etwa als sich mit Kranken solidarisierende *junge Kämpferin*, werden revidiert. So folgt dem Reden über Wissen und Kämpfen angesichts der bedrohlichen Unabänderlichkeiten ein Reden über das Erleben einer Zeit großer Traurigkeit. Trost kann nicht in der Sachdimension gewonnen werden, und auch die bisherige soziale Stellung als Kämpferin für Andere funktioniert nicht mehr. Aber von einem neuen Zeiterleben ist die Rede. Auf der Zeitebene kann die Erzählperson nun an alles anschließen, indem sie Unsicherheit, Wandel, Änderungen als Chance für ihre Weiterentwicklung auffasst.

Indem sie so gesellschaftliche Zeitperspektiven in individuelle Lebenszeitperspektiven modalisiert <sup>153</sup>, kann die Erzählperson auf ihre besondere Weise mit Kontingenz umgehen.

Anders als die Instrumentalisierten oder die Normativen muss sie die Kontingenz von Tod und Sterben weder durch Minimieren noch durch Dichotomisieren wegarbeiten. Vielmehr kann sich die Erzählperson anhand der erzählten Person als ganz Andere zeigen: *AE.: [...] ich war eigentlich die einzige in der Familie, die die Zeichen dann sehr genau erkannt hat, wie weit es ist. (AE.I.2.)* Der unmittelbar daran anschließende Satz: - *AE.: Da habe ich aber die Begleitung schon sehr bewusst gemacht und eigentlich eine sehr intensive Zeit mit meinem Vater erlebt. (AE.I.2)* - verweist auf strukturellen Zugewinn: Nicht nur als altruistisch für andere Handelnde, sondern auch als selbst intensiv Erlebende darf sich nun die erzählende in der erzählten Figur reflektieren.

Als in der Durcharbeitung von Problemen versierte Begleiterin vermag die erzählte Figur nun an alles anzuschließen, was mit dem Umgang mit Sterbenden zu tun hat. Der Text lässt sie Sachargumente gegenüber der Sozialdimension relativieren, die beschränkte Lebenszeit der Angehörigen durch Dabeibleiben, Thematisieren und Vernetzen nutzen und sich dabei dahingehend reflektieren, was dies alles für sie selbst bedeutet.

---

<sup>153</sup> Wie z.B. von ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (1990: insbesondere 154f und 181-182) theoretisch expliziert, zeigt sich daran die Selbstreferenzialität und damit die Spezifik der jeweiligen biografischen Erzählung

Freilich hätte eine solche Figur auch anders – etwa schweigend und ausweichend wie die Personen ihrer Herkunftsfamilie – vorgestellt werden können. Aber schon dadurch, dass jene anderen Möglichkeiten implizit als andere thematisiert werden - *AE.: [...] ich bin einen anderen Weg gegangen“ (AE. I 3)* - wird Kontingenz bearbeitet. Kontingenz wird aber auch sichtbar, indem sich die Erzählerin als eine HelferIn beschreibt, die im Umgang mit Ärzten, Kranken und Angehörigen alle nur möglichen Spielräume auslotet und so zur kompetenten Sterbebegleiterin reift. Außer ihrem Intervenieren und Funktionieren werden angesichts tödlicher Bedrohungen noch weitere kommunikative Stoßrichtungen herausgefordert, wie die dritte Sequenz zeigt.

*Dritte Sequenz AE.: Die wunderschöne Zeit mit meinem Krebsknoten – die Validierung* Trotz aller Vorsorgemaßnahmen ist der bösartige Knoten schon da, und zwar zur Unzeit:

*AE.: [...] da habe ich einen Knoten getastet. Und das war einen Tag vor einem zweiwöchigen Badeurlaub. (AE. I 3)*

Für sie, die immer selbst alles regelt und selbst die Anschlüsse herstellt, muss dieses Eingreifen des ganz Anderen in Gestalt des Knotens eine starke Kränkung bedeuten.

In einer solchen Situation operieren Instrumentalisierte, wie oben gezeigt, mit mehr der Gleichen, also z.B. mehr des Minimalisierens. Normative hingegen tun immer schon das Richtige, indem sie alles Falsche (weg-)selegieren. Wie stellt ein Text aber Reflexive her? Er lässt sie neue Strategien ausprobieren – hier die Strategie des Validierens, also der Zuschreibung besonderer Werte an dieses ganz Andere:

*AE.: Und da habe ich mich entschlossen, erst mal in den Urlaub zu fahren mit dem Wissen um den Knoten. Das war ein sehr schöner, ein sehr intensiver Urlaub. Ich habe es meinem Mann nicht gesagt, weil ich das nicht als „offizielles Urlaubsthema“ haben wollte, und ich habe eine wunderschöne Zeit mit meinem Knoten erlebt. (AE. I 3)*

Diese Sätze klingen fast so, als würde sich jemand selbst beruhigen, indem der Knoten mehrfach validiert wird: Erstens behält ihn die erzählte Person im doppelten Wortsinn ‚für sich‘, indem sie ihn weder gleich genauer diagnostizieren lässt noch ihrem Ehemann davon erzählt. Zweitens schreibt sie dem in höchsten Tönen gelobten Knoten auch noch eine rationale Alibi-Funktion zu:

*AE.: Und habe mir überlegt, dass ich beruflich, ich war sehr eingespannt, beruflich und war also in Richtung Workaholic gewesen schon, dass ich eigentlich alles erreicht habe, was ich erreichen konnte im Beruf, und dass es vielleicht möglich wäre, aufzuhören. (AE.I 3)*

So schrill die Formulierung - *ich habe eine wunderschöne Zeit mit meinem [sic!] Knoten erlebt* – auch klingt, so handelt es sich doch um die bekannte religiöse Strategie des Gesundbetens, des wunderwirkenden Umtaufens, die Unerklärliches erklärbar macht. Sozusagen als vorsorgliche Antwort auf den möglichen Vorwurf eines virtuellen Publikums, die Deutung der Krankheit als *deus ex machina* zur Bewältigung des Konflikts zwischen Beruf, Partnerschaft und eigenen Lebenswünschen zu gebrauchen, bietet der Text noch eine ganz andere Belegerzählung an, die der Krankheit ihr Bedrohlichkeitspotenzial wiedergibt:

*AE.: [...] und so am dritten Tag bin ich aber doch in das Loch gefallen. (sehr leise : ) Ich habe dann angefangen zu weinen, [...] meine zwei Ärzte [...] wussten nicht so recht, was mit der heulenden Frau anfangen, und schickten mir eine junge Ärztin dann noch zu einem Gespräch ins Zimmer und das war eine ganz liebe Ärztin [...] und zugleich kam die Bettnachbarin, die schon*

*entlassen war, als sie am Telefon merkte, dass es mir nicht so gut ging, sofort ins Krankenhaus und hat mit mir gesprochen. (AE.I 4)*

Diese Zusammenbruchsgeschichte verweist auf die Kontingenz der weiblichen Identität - immerhin wurde eine Brust abgenommen. Diese neuerliche Kränkung beginnt der Text aber sogleich durch den Einsatz der beiden tröstenden Frauenfiguren zu heilen. Genau mit dieser Szene wird die erzählte Figur nicht länger als das Neutrum *Workaholic* kenntlich gemacht, sondern als – wenn auch *heulende – Frau* bezeichnet. Das Kontingenzmodell der Krankheit bedroht die Identität also nicht nur, sondern konstituiert sie vielfältig. Nun kann sich die erzählte Person auf neue Weise als diejenige positionieren, die selbst die Anschlüsse herstellt:

*AE.: [...] sehr lange schon wusste ich, dass es Besuchsdienst bei Kindern im Krankenhaus gibt, und ich hatte immer im Hinterkopf: das möchtest du mal machen, wenn du die Zeit dazu hast. (AE. I 6)*

In diesem Rechtfertigungsrahmen schafft die religiöse, geschlechtsidentifizierende und bürgerschaftliches Engagement beweisende Semantik den Raum für die Änderung des Lebensstils. Damit wird die Krankheit aus ihrer Problemlösungsfunktion entlassen:

*AE.: Ich bezeichne mich deshalb als „gesunde Krebskranke“. (AE. I 7)*

Diese Relativierung der Krankheit ermöglicht nun neue identitätsstiftende Anschlüsse:

#### *Vierte Sequenz AE.: Die sich selbst verantwortende Heldin*

Das hier vorgestellte attraktive Paradigma moderner Identitätsentwicklung wird durch eine Reihe von Belegerzählungen abgesichert: Zuerst lässt der Text die erzählte Figur Relativierungen vornehmen und schonende Abgrenzungsstrategien einsetzen:

*AE.: [...] wie ich entlassen worden bin, habe ich ein Gespräch, ein Entlassungsgespräch gewünscht mit dem Arzt, und dazu die Anwesenheit von meinem Mann und meinem Sohn. Weil ich wollte, dass die Fragen nicht über mich an den Arzt gingen, sondern dass sie den Arzt selber fragen können [...]. Das war sehr gut, weil ich bei diesem Gespräch mich etwas rausnehmen konnte. (AE.I 5)*

So zeigt der Text eine erzählte Figur, die Entlastung ermöglicht, indem sie Anderen Selbstkompetenz zubilligt. Geradezu als Lernmodell für das Delegieren von Aufgaben an geeignete Adressen ließ er bereits die oben erwähnte Episode vorausgehen, in welcher hilflose Ärzte die Aufgabe des Tröstens an eine zugewandte junge Ärztin delegieren.

Aber wieder bleibt die Geschichte nicht bei der Strategie des Delegierens und Sichheraushaltens, sondern berichtet von Neuem:

*AE.: Und bei dem Seminar von Dr. L. habe ich sehr viel über die Krankheit und über die Ursachen gelernt, und bei mir herausgefunden, was nicht in Ordnung war. Wobei man nicht sagen kann, man soll jetzt Schuldgefühle haben, weil man selbst schuld ist an der Erkrankung, sondern man kann ja nur im Nachhinein feststellen, was nicht richtig gelaufen ist. (AE.I 5)*

Nun führt der Text nämlich erstmals den Schuldbegriff explizit ein, und zwar in Form der zeitlich bestimmten Negation. Der Text leistet aber noch weitere Plausibilisierungsarbeit, als stehe erst noch die Lösung eines bislang nicht genannten Kernproblems an.



So wird die Auszeit nach der Krankheit wiederum als Lernphase vorgeführt, in welcher die Alibifunktion der Krankheit ad acta gelegt werden kann:

*AE.: Und da habe ich darüber nachgedacht, und ich habe also, um diese Änderungen in meinem Leben durchführen zu können, habe ich die Krebserkrankung gebraucht, so als Entschuldigung vor mir selber, um mich „Nein“ sagen zu getrauen, und jetzt brauche ichs nicht mehr. Jetzt kann ich mir das so nehmen. (AE.I 7)*

Das Kernproblem hat, so zeigt sich nun, nicht mit der Krankheit allein zu tun, sondern nach wie vor damit, dass es immer wieder Andere gibt, die die Anschlüsse herstellen, und wenn es *die Zeit* selbst ist: Erst muss *die Zeit reif dafür* (AE.I.6) werden, dass Lebenspläne verwirklicht werden können.

Auf den zweiten Blick jedoch erweist sich dieses Kernproblem bereits als Lösung, und zwar für die Identitätskonstruktion:

Zwar liegt die Attraktivität der Erzählung darin, dass die Gestalt der erzählten Figur von der immer Funktionierenden zur mutig und zugleich besonnen entscheidenden Heldin reift:

*AE.: Gut, mir hat eine Bekannte gesagt, ich war früher schon sehr feinfühlig. Aber da stand ich nicht so voll dahinter. Da habe ichs einfach gemacht. Aber nicht so wie jetzt, wo ich das will, wo ich sage, ich stehe dazu. (AE.I 8)*

Aber wie es wirklich war, können wir nicht wissen. Wir können nur beobachten, *wie* die Erzählerfigur diese Änderungen der erzählten Figur produziert. So wird jene nicht nur zur selbst entscheidenden – *wo ich das will* – und ihre Entscheidung selbst verantwortenden – *ich stehe dazu* – Heldin. Vielmehr kann sie damit auch ihr introspektives Lernmodell zur Nachahmung vorstellen und sich damit bereits als spirituelle Führerin ankündigen:

*AE.: [...] mit dieser Helferfigur, die auch viele andere Helfer hat, weiße Blutkörperchen und was auch man sich immer vorstellen mag, trete ich jeden Tag in Verbindung, und gehe durch meinen Körper durch, bedanke mich, dass alles so wunderbar ist, so gut auf mich aufpasst, sage ihm auch, dass ich ihm genug Ruhe geben will [...] und das hilft mir unwahrscheinlich, weil ich weiß, denn da sind welche da, und die passen auf, die kennen die ganzen Vorgänge im Körper, die ja so kompliziert sind. Die kennen die. Das kann ich mit meinem Verstand nicht erfassen. Und oft, wenn wieder Ärzte neue Zusammenhänge erkannt haben, mit Hormonen, und da denke ich: ihr wisst es ja. Ich brauche es gar nicht begreifen. Das ist eine sehr schöne Sache. (AE.I 9)*

Die Verantwortungsübernahme darf freilich nicht grenzenlos sein, sondern die Kompetenz Anderer muss respektiert werden. Die Semantik, in welcher dieses Respektieren geschieht, lässt jedoch *die Heldin selbst* wieder und wieder diejenige sein, welche die Anderen mit Anerkennung, Respekt, Lob, Bewunderung bedenkt und so ihren Kompetenzverzicht in geradezu moralischer Tönung validiert:

*ich trete in Verbindung mit  
ich gehe durch  
ich weiß  
ich bedanke mich, dass  
ich sage:  
dass ich genug Ruhe geben will*

*den weißen Blutkörperchen, den Selbstheilungskräften  
meinen Körper  
sind da  
alles so wunderbar ist, auf mich aufpasst  
meinem Körper*

*(nach. AE. I 9)*

Schon die zahlreichen Ichs verweisen darauf, dass es nach wie vor die Erzählfigur ist, die mit den ständigen Validierungen die wesentlichen Anschlüsse herstellt.

Zu beobachten ist auch, in welcher Sinndimension dies geschieht: Mit der Dyade ‚Körper/mentales Ich‘ operiert der Text zunächst in der Sachdimension medizinischer Zusammenhänge und in der Sozialdimension interpersonalen Austauschs zwischen mentalem Ich und personifizierten Helferzellen. Aber diese beiden Sinndimensionen sind bald ausgeschöpft. Das medizinische Sachwissen darf im Dunkel bleiben, und die Sozialdimension ist auf Achtungs- und Dankerweise eingeschränkt.

Was letztlich existenzielle Bedeutung annimmt, ist die Zeitdimension. Dies ist zu beobachten an den zeitbezogenen Änderungen, die der Text durch ständigen Rekurs auf vorhergehende biografische Phasen immer wieder neu herstellt. Dadurch kommt er freilich mit seiner Plausibilisierungsarbeit an kein Ende. Dieses Kernproblem ist zugleich die Lösung – und zwar die Lösung des Identitätsproblems. Genau daran, dass sie in ihrer Plausibilisierungsarbeit immer wieder neu anzuschließen vermag und so an kein Ende kommt, konstituiert sich die Identitätsstruktur der reflexiven Erzählfigur.

Die Problemlösungsstrategie des Textes ist nun anhand der ersten vier Textsequenzen erkennbar. Angesichts seines Publikums, nämlich der Anhängerschaft der Hospizbewegung, zu der er auch die Forscherin in ihrer Funktion als Selbsthilfegruppenleiterin rechnen kann, nutzt der Text die Gelegenheit, persönliche Reifung darzustellen. Dieses Personbild ist besonders attraktiv für jeden, der von der subjektphilosophischen Vorstellung des bewussten Selbstentscheiders ausgeht.

Aber offensichtlich reicht diese Annahme dem Text nicht aus – schlägt er doch immer wieder den Umweg der Beteuerung ein, als müsste er anderen Argumenten vorbauen. Wenn nämlich nur das gelingende Reifen, nicht jedoch das immer doch wieder mögliche Misslingen in den Blick genommen wird, und wenn nicht zur Sprache kommen kann, dass durch derart wertgesättigte Überformung der Helfer auch deren Deformierung eintreten könnte, dann erscheinen derart ideale Hilfsbedürftige und derart elitäre Helfer eher als Wesen auf, die nicht von dieser Welt stammen.

Auch die auf den ersten Blick bestechende, weil religiös geprägte und moralisch hoch anschlussfähige Rede von Halten, Loslassen und Dabeibleiben geht von der Voraussetzung des Gelingens aus. Aber in diesem hochkomplexen Feld, in dem Angst und Leiden in Verbindung mit Ungewissheit und Unsicherheiten bewältigt werden müssen, wird vorausgesetztes Gelingen validierungsbedürftig: Das zeigen die vielen Ichs in dem oben dargestellten Beispiel von den Helferzellen. Nicht die somatischen Heilkräfte, sondern die Erzählerin validiert durch Verzicht auf Kompetenz den Heilvorgang.

So fungiert die fünfte und letzte Sequenz als Coda, welche die identitätsstiftende Funktion der ständigen Validierung von Verantwortungsübernahme in mehreren Varianten vorführt:

*Fünfte Sequenz AE.: Verantwortung mit offenen Enden*

In der Schlusssequenz des Erzählteils verlagert der Text das Motiv selbst gewählter Verpflichtungen gegenüber Menschen auf gänzlich unschuldige Lebewesen, auf junge Katzen:

*AE.: (lebhaft:) „Und da haben wir auch Katzen da drin, das ist etwas Wunderschönes, wenn man Tiere großgezogen hat, weil die habe ich mit 2 Wochen gekriegt, und diese uneingeschränkte Liebe, ohne was zu fordern, die Tiere einem schenken können, (flüsternd:) das ist fantastisch. (lebhaft:) und da hole ich mir meine Kraft. Und dann versuche ich, das an andere weiterzugeben. - - (AE.I 11)*

Der Text argumentiert nun mit einer Kategorie von Liebe, die er, als ungeschuldete, der religiösen Semantik entnimmt und mit ästhetischen Qualia - *das ist etwas Wunderschönes* (AE.I 11) – validiert. Aber dabei bleibt es nicht, sondern kurz darauf beschreibt der Text die nonverbale Betreuung schwerkranker Kleinkinder mit *ganz viel Körperkontakt*. Diesem Kontakt wird wieder ästhetische Qualität gegeben: *- ich darf wirklich bleiben. Das ist schön.* (AE.I 12)

Alle diese Belegerzählungen wenden explizit, aber auch implizit die Semantik sowohl des Haltens wie des Loslassens an und münden in eine Semantik des Dabeibleibens. Aber letzte Sicherheit wird damit nicht erreicht, denn sowohl Halten und Loslassen wie auch Dabeibleiben müssen immer erst validiert werden. So folgt der vagen Absichtserklärung – AE.: *Und jetzt mach ich das halt mal so* – die Erwartung: AE.: *(sehr, sehr leise: ) es wird sich zeigen, alles (lacht ein bisschen).* (AE.I 15)

Wie ständig anhand von Belegerzählungen validiert wird, zeigt das Beispiel des Loslassens betreuter Kinder an eine andere Einrichtung (SOS-Kinderdorf): Als *freiwillige* Leistung erhält Der Entscheidung der erzählten Person, die bislang betreuten Kinder loszulassen und nur noch ab und zu zu besuchen, wird ein besonderer Wert zugesprochen, weil sie freiwillig erfolgt:

AE.: *dann bringen sie mich zur Tür und sagen 'auf Wiedersehen' und sind wieder zuhause. Und das war schon am nächsten Tag so. Und da also hab' ich von außen gemerkt, dass ich das also schon richtig mach'. - - (AE. I 27)*

Aber dem Text genügt diese sowohl freiwillige als auch professionelle Validierung anscheinend nicht. So präsentiert er anhand biografischer Bedingungen weitere Validierungen:

AE.: *[...] ich war ein sehr schüchternes Kind, was mir mal eine Zeitlang sehr zu denken gab [...] Dann hat mir eigentlich das Buch über emotionale Intelligenz das Aha- Erlebnis vermittelt, nämlich dass es einfach Kinder gibt, die sind so schüchtern. Da haben die Eltern auch gar nichts falsch gemacht. Und das fand ich so toll, weil ich jetzt nicht in irgendeiner Vergangenheit wähle, sondern jetzt meine Eltern so nehmen kann, so wie sie waren [...].*

*Und jetzt [...] kam bei mir mal ein Wandel.[...] Das hat sich irgendwie so ergeben. Dass ich jetzt welche hab', die hinter mir bisschen Schutz suchen.*

I.: *Spüren Sie irgendeine Änderung Ihrer Stärke, so nach außen hin?*

AE.: *(sehr leise:) Ja, weil ich mich immer eigentlich so in meiner Mitte fühle, wenn ich das so ausdrücken darf. Und nicht mehr auf die anderen angewiesen. So habe ich das Gefühl. - - - (AE. I 28)*

Interessanterweise löst diese Aufforderung der Forscherin zur Introspektion keine Täter-Opfer-Geschichte aus. Die immer schon validen Beteiligten bedürfen lediglich der Aufklärung über ihren Status. Und wieder ist es die Erzählperson, die die Richtigkeit jener Theorie essenzieller Schüchternheit nicht mit einem Sachargument, sondern mit ihrem Gefühl belegt.

Die reflexive Struktur des Transkripttextes ist gut zu beobachten, und zwar sowohl an der rekursiven Selbstdarstellung der Erzählperson - *nicht mehr auf die anderen angewiesen* (AE. I 28) - als an auch der Forscherperson, wenn letztere durch die Evaluation ihrer Interviewführung - I.: *[...] noch eine Frage: Wie geht es Ihnen jetzt im Moment? Mit dem Interview?* (AE. I 28) - die Selbstevaluationen der Erzählperson provoziert:

AE.: *Soweit gehts mir gut mit dem Interview, ich hab den Eindruck, dass ich zu viel erzählt und er zählt und erzählt hab, und ich hab gemerkt, dass ich nur immer nur von mir rede.* (AE. I 28).

Diese Selbstkritik macht es dem Interview offensichtlich schwer, an ein Ende zu kommen. Auch trotz weiterer – wieder zeitmodaler – Validierungsvorschläge - *I.: Und wie denken Sie jetzt darüber? (AE. I 28)* – ist das Ende nicht erreicht, denn auch die Wissenschaftlerin braucht Absicherung. Zwar ist die Erlaubnis der Erzählperson zur Verwendung der Tonaufnahme für wissenschaftliche Arbeit längst impliziter Bestandteil der Vereinbarung zum Interview. Trotzdem kommt es hier – im Gegensatz zu allen anderen Interviewtypen – zu einer expliziten Rückversicherung: *I. [...] Und ich habe die Erlaubnis von Ihnen, dieses Band für meine Promotionsarbeit und damit zusammen hängende wissenschaftliche Arbeiten zu verwenden. AE.: Ja -. (AE. I 28)* Mit dieser letzten Validierung ist das Erstinterview beendet.

Zusammenfassend kann die Erzählfigur als ein Typus beschrieben werden, der anhand der erzählten Figur eine Vorstellung von ‚Es-gibt-noch-andere-Einflussnehmende-außer-mir‘ erzeugt. Diese Selbstdarstellung wird laufend auf Beispiele abgeklopft, die solche Andere zeigen - in Gestalt des Knotens, der Helferzellen, der jungen Katzen, der Kleinkinder. Diese Anderen sind es, die der erzählten Person ihre Hauptfunktion, die Anschlüsse herzustellen, aus der Hand nehmen. Immer wieder muss daher qua Validierung ein Ausgleich geschaffen werden. Diesen Ausgleich stellt die Erzählfigur her, indem sie die gepflegten Angehörigen, den Krebsknoten, die Katzen, die betreuten und dann in andere Hände übergebenen Kleinkinder als Möglichkeitsbedingungen für die eigene Vervollkommnung beschreibt.

Die Kontinuität von erzählter und erzählender Figur wird also erstens an der Steigerung dieser ständigen Validierungen und zweitens an der Bereitschaft der Erzählperson, die Verantwortung für immer neues sich Arrangieren mit Diskontinuitäten zu übernehmen, sichtbar.

Die der Gruppe der Reflexiven zugeordneten Transkripte müssen also erstens im Hinblick auf Validierungsstrategien beobachtet werden. Zweitens muss darauf gesehen werden, wie die Übernahme von Verantwortung in einer sich ständig ändernden Welt die Identität der beschriebenen Personen konstituiert und modifiziert.

### *3.2.1.3.3 Variationsbreite der Reflexiven*

Alle der Gruppe der Reflexiven zugeordneten Transkripte werden nun erstens themenübergreifend typisiert, indem der Einsatz von Stilmitteln und Textsorten, die Erzeugung bestimmter Personen und spezifische Selbstbegrenzungen beobachtet werden. Zweitens wird gezeigt, wie das Sterbehilfe-Thema in dieser Gruppe typischerweise kommuniziert wird.

#### *Erstens: Die Themen übergreifende Typik der Reflexiven*

##### *Die Formfrage: Oszillieren zwischen den Stilen*

Die Textsorten dieser Transkripte wechseln zwischen Reflexionen, Berichten, Argumentationsgirlanden und Belegerzählungen. Seitens der Erzählpersonen werden eher Reflexionen über den Umgang mit Krankheit und Sterben gebracht, obwohl die Interviewerin erzählgenerierende Impulse für die ganze Biografie zu geben versucht. Dies

könnte darauf zurückzuführen sein, dass einige der Interviewsituationen eine Doppelfunktion erfüllen:

Einerseits soll Material für die Aufstellung einer Typologie des Umgangs mit dem Begriffskomplex Sterbehilfe – Sterbebegleitung unter Anwesenden gewonnen werden.

Andererseits könnte in einem Teil der Fälle die Tatsache, dass beide Interviewpartnerinnen dem gleichen Selbsthilfe-Netzwerk angehören (Interview AE.) oder sich den Wissenschaften vom Menschen widmen (Interview NG.), als Anreiz dafür dienen, vorrangig multiplikatorisch in die Öffentlichkeit wirken zu wollen, insbesondere was die Verbreitung hospizlicher Grundsätze betrifft.

Wenn es – wie z.B. in der Objektiven Hermeneutik - Anliegen der Analyse wäre, erlebte Bedürfnisse und Erfahrungen sowie subjektiv gemeinten Sinn und individuelle Sinnmuster herauszufiltern und von objektiven Theorien und objektivem Wissen zu unterscheiden, dann könnten in den Hauptteilen der Interviews nur *Erzählungen* als ‚wahre‘ biografische Narrationen gewertet und untersucht werden. Solche Interviewtexte, in deren Hauptteilen andere Textsorten - *Berichte, Argumentationen, Reflexionen* – größeren Raum einnehmen, müssten als misslungene Interviews ausgesondert werden.

Bei näherer Untersuchung der Texte aus der Gruppe der Reflexiven stellt sich jedoch heraus, dass sie nicht die Form einer klassischen biografischen Erzählung annehmen, sondern gerade durch eine Mischung der Textsorten charakterisiert sind. Auch wenn die Forscherin von Anfang an und immer wieder Nachfragen startet, um das Interview auf die Narrationsebene zu bringen, bleibt es bei dem ständigen Wechsel der Textsorten. Die grob sequenzierten Textrekonstruktionen zeigen sogar eine Dynamik, die nicht einmal eine strikte Trennung in Erzählteil und Nachfrageteil erlaubt.

Wenn nun dieser ständige Form- und Stilwechsel der Texte der Reflexiven vorgestellt wird, dann muss dies nicht als redaktioneller Unglücksfall aufgefasst werden. Vielmehr kann diese Vielfalt gerade als ein Konstituens dieser Textgruppe gelten. Freilich stehen in diesen Texten die Berichte, Erzählungen, Argumentationen und Reflexionen nicht zusammenhanglos neben einander, sondern sie versuchen die Konsistenz der erzählten mit der Erzählfigur zu beweisen: Durch ständigen – zeitlichen – Rekurs auf die Biografie wird der jeweilige Text zur beeindruckenden Geschichte von der vielgestaltigen Weiterentwicklung der erzählten Person, mit welcher sich, wie nun noch genauer gezeigt wird, die Erzählperson reflektierend identifiziert.

*Die Personfrage: Wie schafft der Text reflexive Personen?*

#### Die Erzählperson

In den Texten der reflexiven Gruppe wird jeweils eine durch Grenzsituationen herausgeforderte erzählte Person vorgeführt. Die Identität der Erzählperson wird zwar unter Rekurs auf biografische Elemente konstituiert, die aber aktuell immer wieder anders gestaltet werden.

Meist gibt es in diesen Texten keine raschen Lösungen für Probleme. Stehen die erzählten Personen vor existenziell kritischen Situationen, so versuchen sie diese aufgrund ihrer eigenen Ressourcen, unter Einsatz von Wissen, Lebensenergie und mit Glück, zu akzeptieren und zu bewältigen. Die Hilfe Anderer wird gerade bei Verschlimmerungen angenommen. Allerdings bedürfen solche existenziellen Einbrüche bei Personen, die selbst die Anschlüsse herzustellen pflegen, besonderer ‚Heilung‘. Dies geschieht, indem diese Personen Verantwortung – insbesondere für sich selbst - übernehmen. So genann-

te Grenzerfahrungen können dann nicht nur als identitätszerstörende Schicksalsschläge, sondern eher als Möglichkeiten zu eigener Bewährung vorgeführt werden, die eine geradezu heldenhafte Identität konstituieren. Schwere Krankheit wird dann als Reifungschance für ein Individuum interpretiert, welches diese Sinngebung allerdings selbst erzeugen muss:

*NI.: [...] - krankheiten sind so unberechenbar, da kann ma' nie sagen, in zehn Jahren mach' ich des, und in fünf Jahren is des. [...] Jetzt geht' mir im Moment gut, ich denke, dass ich da besser klar komm, weil's mich selber betrifft. (I. NI. 11)*

Dieses Spiel mit Möglichkeiten, also Kontingenz, wird auch daran sichtbar, dass gegensätzliche Themen, z.B. spirituelle oder medizinische Bewältigungspraxis, in der gleichen Person biografisch vereint werden: *BR.: [...] Weil ich mich mit diesem - wie g'sagt - mit diesem - Leben nach dem Tode beschäftigt habe (BR. 6)*

In diesen von Ausnahmezuständen berichtenden Texten nimmt die Achtungssemantik einen breiten Raum ein. Das Kommunikationsmedium der Moral erhält also großes Gewicht. Es gibt zwar auch Routinen – etwa der Solidarität, des Schweigens und des Humors -, aber es bleibt nicht bei Routinen. Vielmehr wird durch ständigen Rekurs auf vorhergehende Szenen der Biografie dies alles für die Weiterentwicklung der jeweils erzählten Person bedeutsam. Es geht also um Änderung, Wandlung, Entwicklung. Darüber können wir allerdings nichts wissen als das, was die Erzählperson in der aktuellen Interviewsituation, also aus ihrer gegenwärtigen Perspektive anhand der erzählten Figur beleuchtet. Wenn eine solche erzählte Person z.B. als erfolgreich die todkranke Angehörige vernetzende Begleiterin gezeitigt wird, kann dies als ein gleichzeitiges Halten, Loslassen und Dabeibleiben bezeichnet werden: *AE.: Und immer haben wir sie begleitet, waren bei allen Ärzten gemeinsam und haben sie geschützt, und eigentlich immer geschaut, dass die Lebensqualität den Vorrang hatte. (AE. I 3)*

Dies könnte der Erzählperson als erworbene innere Haltung zugeschrieben werden. Aber was wirklich in ihrer Psyche geschieht, können wir nicht wissen. Was wir redlicherweise sagen können, ist, dass es die Forscherperson ist, die an die Achtungssemantik der Erzählperson anschließt, indem sie selbst auf jene mit Achtungserweisen versehene, also moralisch getönte Semantik des Haltens, Loslassens und Dabeibleibens zugreift. Nicht nur die Kommunikation der Erzählfigur, sondern auch die der Forscherfigur ist also von jener Semantik gekennzeichnet.

Diese Beobachtung rechtfertigt die oben eingeführte konstruktivistische Redeweise, dass Kommunikation kommuniziert. Diese Verselbstständigung von Kommunikation ist auch daran zu sehen, dass die wechselseitig achtungsvollen Selbst- und Fremdzuschreibungen zwischen Forscher und erzählten wie Erzählpersonen über ein lockeres Oszillieren der Regieführung in Gang gehalten werden. Dies ist sogar in Fällen zu beobachten, die, wie der folgende, auf den ersten Blick als funktionalisierte eingeordnet werden könnten:

*AN.: [...] dann kann ich mich auf die Kommunikation gar nicht konzentrieren.  
- Dann entwickle ich diese Projektionen, - ja - diese - - der Mensch will mir was Böses - antun  
-- ja, da muss ich mich wehren - - bin unkonzentriert - schau ich, wie ich weglaufen kann [...]*

*I.: ja*

*AN.: - ja - aus - - allein.*

*I.: allein?*

*AN.: Ja. Ja, meistens. – Ich fühle mich auch in den meisten Situationen ausgeliefert und allein. Ja. Das ist auch wieder der Faden, - offensichtlich – durch meine Biografie. – (AN. I 2)*

In einer Figuration, in welcher es die Erzählperson ist, die – trotz fremder Übergriffe – immer wieder auf (Selbst-)validierungen zugreift, kann es offensichtlich nicht auf Dauer zu Schädigungen kommen. Sie kann ihre Identität konstituieren, weil sie selbst ihre Ressourcen über ihre Biografie herzustellen vermag. Niemand muss ihr das nahelegen, weil sie, reflexiv wie sie sich zeigt, anhand ihrer Biografie gelernt hat.

### Die Forscherperson

Die Forscherperson braucht in der Gruppe der Reflexiven nur die Rolle der interessierten Zuhörenden, ab und zu spezifisch Nachfragenden zu übernehmen, um das Bild einer nicht nur sich selbst reflektierenden, sondern ihren Strukturgewinn lehrend weitergebenden Person erzeugen zu können:

*I.: mhm. Kennen – oder können Sie mir ein Beispiel erzählen – oder -*

*AN.: - ja, das geht schon mit [...] Schwestern, die so – so locker sind – die mich vielleicht sogar mal berühren - oder streicheln – die signalisieren: die verstehen die Lage, - die sagen auch, die sei gar nicht leicht – und diese – so – Kleinigkeit [...] – also diese – diese Bestätigung – Beruhigung – ja - also, ich bin da, ich verstehe – ja – wir machen feinen Austausch: was brauchst du – und dann Abschied. (AN. I 3-4)*

Erzählerin und Forscherin konstituieren sich hier also aneinander als achtsam-reflexive Personen. Dass dies aber ständiger Bestätigung und Validierung bedarf, zeigt das Ende eines solchen Transkripts: – *I.: [...] danke, dass Sie Ihre Mitte mit mir geteilt haben (beide lachen) (AE. I 28)* Bis zuletzt oszillieren diese Texte also bei der Herstellung der Anschlüsse zwischen der Erzählerin und der Forscherin, deren Rollenhierarchie damit jeweils zeitlich wechselt.

### *Die Typfrage: Changierende Selbstabgrenzung der Reflexiven*

Inhaltlich weisen die biografischen Narrationen der reflexiven Gruppe nur wenige Gemeinsamkeiten auf. Vielmehr unterscheiden sie sich sehr stark z.B. hinsichtlich der Berufsbilder und der Ausprägungen der Krankheitsverläufe. Aber in ihren Strukturen zeigen diese biografischen Narrationen auffallende Ähnlichkeiten:

Einerseits machen sie Ambivalenzen sichtbar, indem sie auch auf Dichotomien zugreifen, diese aber, anders als die Gruppe der Normativen, sogleich relativieren. Sowohl positive wie negative Werte, Bejahungen wie Verneinungen können gelten, so dass damit dritte, neben das strikte Ja und Nein positionierbare Werte kreiert werden. Als Beleg für derart ambivalente dritte Werte fungiert immer der Rekurs auf die sich entwickelnde Biografie.

Andererseits müssen die Erzählpersonen immer wieder feststellen, dass ihre Biografie nicht nur von ihnen selbst gestaltet, sondern auch durch Andere(s) beeinflusst wird.

Beides, die Abgrenzung gegen die Gruppe der Normativen wie gegen die Gruppe der Instrumentalisierten, lässt also Kontingenz sichtbar werden. Alles kann immer auch anders als erwünscht oder geplant laufen oder gelaufen sein.

Dies zu wissen heißt, auch auf die Hilfe Anderer und sogar auf das Glück bauen zu müssen. Diese Erfahrung bedeutet offensichtlich für Personen, die sich gegen Instrumentalisierung ebenso wie gegen Generalisierung von Normen abgrenzen wollen, eine

große Herausforderung. Diese Herausforderung wird zwar mit moralisch gefärbter Semantik beantwortet, aber diese Moralisierung beschränken sich auf Erweise von Achtung: In diesen Texten werden vorwiegend solche Personen erzeugt, die Zuschreibungen Anderer situational zu relativieren wissen und die ihrerseits unter Rekurs auf die eigene Biografie auf negative Fremdzuschreibungen gen verzichten.

So kann die Sinndimension des Sozialen nicht dominieren, sondern sie fällt mit der Zeitdimension zusammen. Auch das Motiv der Verantwortungsübernahme wird nicht als ein sachgebundenes Regelfolgen, sondern als ein ständiges Dazulernen beschrieben, welches jeweils spezifisches Reagieren auf immer neue Situationen ermöglicht.. Da es immer darum geht, welche Bedeutung ein Vorkommnis oder ein Argument in der jeweiligen Situation für die Entwicklung der Erzählperson hat, operieren diese Texte sogar überwiegend in der zeitlichen Sinndimension. Dabei stellt die sich damit fortschreibende Biografie der Erzählperson keine additive Aufschichtung von Lebensereignissen dar. Vielmehr zieht die Narration aus der Differenz zwischen Änderungen der erzählten Person und der Änderung weiterer narrativ erzeugter Personen ihren Gewinn, indem sie diese Ressourcen als Nachweis für die eigene Weiterentwicklung nutzt.

Nicht ein Vergleich ihrer Inhalte, wohl aber ein Vergleich der Struktur dieser sich an biografischen Wandlungen orientierenden Texte zeigt eine Typik, welche es erlaubt, die Schlüsselkategorien der Achtsamkeit und der Verantwortungsübernahme ständig zu modifizieren. Daher lassen sich die Gruppe der Reflexiven im Vergleich zur Gruppe der Instrumentalisierten oder zur Gruppe der Normativen weder als besser noch als schlechter bewerten. Indem Ambivalenzen weder verdeckt werden noch lediglich eine der beiden Seiten von Dichotomien präferiert wird, bleibt es nicht bei einmal gefundenen Lösungen. Vielmehr gibt es nichts, was irrelevant, unbeachtlich wäre. Dies führt zu hoher Kreativität und zum Aufweis von Alternativen. Daraus resultiert die Leitunterscheidung dieser Texte, deren einfachstes Sem-Paar *früher-jetzt* auf ihr entscheidendes Strukturmerkmal hinweist, nämlich auf ihr Operieren in der Sinndimension der Zeit.

Reflexive bearbeiten also Kontingenz nach dem Motto:

„Ich ändere mich in einer sich ändernden Welt, indem ich für mein Dazulernen die Verantwortung übernehme“

### Zweitens: Die spezifische Typik des Sterbehilfethemas bei den Reflexiven

Die zuerst themenübergreifend dargestellte reflexive Typik ist auch an der Einstellung der Personen zum Thema Sterbehilfe - Sterbebegleitung erkennbar:

#### *Kontingenz des Sterbens - sichtbar gemacht*

Nicht der Tod als solcher wird gefürchtet – er fungiert vielmehr, zusammen mit der Geburt, als sicherer Rahmen, innerhalb dessen das Leben selbstverantwortlich gestaltet wird. Die Endlichkeit des Lebens kann also unproblematisch thematisiert werden. Dennoch ist auch von Angst die Rede, aber nicht vor dem Tod als solchem, sondern vor der Bedrohlichkeit der Situation des Sterbens:

*BR.: [...] dieses Angstgefühl, das man entwickelt und das man immer hat, wenn ma' in so'n Loch fällt, - und ma' fällt in a Loch, wenn ma' diese -, diese Situation erfährt. (BR. 6)*



Aber sogar diese Angst wird umgetauft. Angst fungiert nun als eine Lektion, welche den Aufstieg in neue Dimensionen ermöglicht:

*BR.: Und deswegen war's jetzt, sag' i amal, in dieser Situation für mich leichter auf andere zuzugeh'n, weil [...] ich schon a bissl gelernt hatte aus diesen Dingen - und auch - [...] ich selber ne andere Denkstruktur gefunden hab'. (BR. 6)*

Dieser Aufstieg macht es der Erzählperson nämlich neuerdings möglich, sogar ihr prekär werdendes Leben als ihre ureigenste Gestaltungsaufgabe vorzustellen.

Der Tod als AUS betrifft nur das biologische Leben. Da er, wie oben bereits angedeutet, darüber hinaus nur als schicksalhafte Rahmenbedingung für die Möglichkeit selbst zu gestaltenden Lebens überhaupt steht, nimmt er eine ähnliche Position ein wie die Geburt und verliert so seinen Schrecken.

*NI.: Ich bin der Meinung, [...] dass bei der Geburt schon die Stunde des Todes festgelegt ist. [...] Und die Zwischenzeit, die schenkt ma' uns zum Gestalten.(NI. 11)*

Der Tod wird also in dieser Textgruppe nicht nur zu einem für das Individuum ungewissen, von Anderem festgelegten Rahmen, sondern auch zu einem Horizont, welcher durch neue, den physischen Tod überschreitende Vorstellungen in unendliches Leben hinein erweitert werden kann. Immer ist es allerdings das ständig dazulernende Individuum, welches die Kontingenz des Sterbens anhand hoch variabler Interpretationen seiner Biografie sichtbar macht und bearbeitet.

Sichtbar gemacht wird die Kontingenz des Sterbens auch dadurch, dass die Texte an jede Sterbehilfeform und an jedes Sterbehilfethema anzuschließen vermögen. Zwar erfolgen zunächst auch bestimmte, genau spezifizierte, dezidierte Ablehnungen. Aber bei solchen Negationen bleibt es nicht. So folgen z.B. auf eine heftige Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids zuerst Relativierungen, bis schließlich eine Situation benannt wird, für welche jene Sterbehilfeform als gangbarer Weg vertreten wird.

Die breite Thematisierung von Sterben und Tod fungiert also als eine Bedingung der Möglichkeit für Reflexivität. Wenn in dieser Weise kommuniziert wird, werden Personen spezifisch – hier eben reflexiv - konstituiert. Das bedeutet aber, dass die Funktion der Identitätsstiftung nicht auf Tod und Sterben an sich zurückgeführt werden kann, sondern darauf, wie darüber geredet wird.

### *Sterbehilfe und Sterbebegleitung als neue Herausforderungen*

Das Sterbehilfethema wird in den Transkripten der reflexiven Gruppe weder vermieden noch wegselegiert. Es bleibt aber auch nicht bei strikter Befürwortung oder strikter Ablehnung einzelner Sterbehilfeformen. Vielmehr werden Affirmationen und Negationen jeweils unter den Aspekten der Situation und der Biografie ausgeführt, sogleich relativiert, und hinsichtlich ihrer Ambivalenz immer feiner spezifiziert. Da nicht geleugnet werden will, dass jede Sterbehilfeform durch Ambivalenz gekennzeichnet ist, werden nicht nur Extremfälle eingeräumt, in welchen eine Tötung auf Verlangen oder Suizidassistentenz erlaubt sein sollte. Vielmehr lässt das Sichtbarmachen von Ambivalenz auch Personen zu, die als Christen den Zwiespalt auf sich nehmen, eine autonom entschiedene Lebensverkürzung zu tolerieren:

*NI.: [...] wenn ma' bis zu Schluss seine geistigen Fähigkeiten auch behält, und dann auch sagen kann, ich möchte jetzt nicht mehr leiden, ich möchte jetzt Zyankalispritze oder irgendwas haben,*

*dann soll mer des dem Menschen erfüllen, den Wunsch. Is meine Meinung, obwohl ich Christ bin - Gott möge mir verzeihen -. ( NI. 9)*

Dieses Textbeispiel zeigt - im Gegensatz zu der permissiven Hinnahmestrategie der Instrumentalisierten und der strikten Ablehnungsstrategie der Normativen - eine Offenheit, die auch Dilemmata aushält.

Aber nicht nur Euthanasie, sondern auch (*Sterbe-*)*begleitung* wird als eine zwiespältige Aufgabe vorgestellt, die sich ständig ändert und ständiges Dazulernen erfordert. Anhand beispielhafter Beleggeschichten werden Modelle für solches Dazulernen vorgestellt: Begleitende sollen aktive und passive Phasen bewusst zulassen, den eigenen Rhythmus finden, sich individuelle Zeit lassen, und durch derartige Introspektion ein souveränes Verhältnis zu sozialer Zeit zu entwickeln. Elaborierte Semantiken solcher Souveränität werden durch Beleggeschichten unterfüttert. So müsse dem eigenen Gefühl abgelauscht werden, *wann das Reingehen in ein Trauerhaus (AE. I 15)* richtig oder falsch ist.

Allerdings handelt es sich bei solchen Beispielen um eingreifende Interventionen, die der Validierung bedürfen. Dies wird nun an der Geschichte einer lebensverlängernden Intervention an einem sterbenden Kleinkind gezeigt. In der folgenden Passage bearbeitet der Text den Fall, eine lebensverlängernde Intervention zur Möglichkeitsbedingung einer von der Mutter des Kindes im Gebet erflachten letzten Begleitung werden zu lassen.

*NI.: Ich hab dann eben so [...] Zwiesprache mit Gott g'haltn, es hat zwar keiner geantwortet, [...] Da saß ich im Klinikgarten, ein wunderschöner Sommertag, und 'na hab i g'sagt, so, wenn er gehn muss, dann möcht' ich ihn gehn lassen. [...] Soll' er aber leben, soll des einfach jetzt nur a Prüfung sein, [...] dann bitt' ich drum, mir die Kraft auch irgendwie zukommen zu lassen. Und dann werd' ich auch nicht von seiner Seite weichen. [...] Und ich hab' ihn dann noch auf'm Schoß g'habt, und seine letzten Herzschläge fanden auf meinem Schoß statt. [...] der Abschied is' mir sehr wichtig gewesen. (NI. 10)*

Der Text bleibt also nicht bei dem Entweder/oder des Lebens oder Sterbens, sondern er führt zu einem Sowohl des Gehenlassens und dem Als-auch des Begleitens bis hin zu einem letzten Hinauszögern des Abschieds. Folgende Sätze zeigen, wie massiv interveniert wird, um dieses Begleiten zu ermöglichen:

*NI.: Wenn er sterben muss, will ich dabei sein. Ich will nicht ihn alleine lassen. Und dank der Ärzte, die ihn dann sehr lange reanimiert haben, die haben wirklich gewartet, bis ich im Krankenhaus war. Die haben also zweieinhalb Stunden Reanimation gemacht. Und haben auch, wie ich da war, noch a ganze Weile weitergemacht. Also ich konnte dabei sein, und konnt ihn noch verabschieden. Obwohl er schon tief bewusstlos war. Natürlich im Prinzip äußerlich nichts mehr mitkriegt hat. Und die Schwestern habn mich getröstet und gsagt, ja, er kriegt das mit. Mit Sicherheit. (NI. 2-3)*

Es gibt also auch hier ein Ich, welches einerseits veranlasst, das Leben weiter im Takt zu halten. Andererseits bestimmt es qua Gefühl, wann es das Dabeisein nicht mehr durchhält:

*NI.: Und dann gibt's einen Punkt, wo ma' dann, wo's einem dann plötzlich unangenehm wird. Also a ganze Zeit lang will ma' des Kind noch halten und nicht loslassen und dann merkt ma', es wird immer kühler, immer schwerer, der Körper kriegt so a bleierne Schwere, und dann wird's einem irgendwann unangenehm, biss'l gespenstisch dann auch. (NI.10)*

In der Gruppe der Reflexiven kommen erzählte Personen zum Vorschein, denen die Erzählerpersonen einerseits besonders Achtsamkeit zuschreiben. Andererseits greifen jene elitären Personen massiv in das Leben begleiteter Patienten, in den Ablauf von Einrichtungen oder in das eigene Ich ein und validieren dies mit einer Semantik des Haltens, Dabeibleibens und Loslassens. Sterbebegleitung wird damit als eine geradezu paradoxe Leistung sichtbar. Auch Unberechenbarkeiten dieser Begleitungsaufgabe werden dadurch geheilt, dass diese elitären Personen sowohl als Begleitete wie als Begleitende die Verantwortung für jede Entscheidung selbst übernehmen. Begleitung fungiert damit als Gelegenheit für persönliche Vervollkommnung. So fungiert das Sterben des kleinen Sohnes (Interview NL.) als Lehrstück über die Vervollkommnung der Mutter:

*NL.: er hat nicht umsonst gelebt. Der hat mir sehr viel gegeben und vielleicht auch ein bisschen Weisheit mitgegeben in mei'm Leben. Zusätzlich zur Liebe, die ich da ja zum ersten Mal erfahren hab (NL. 11)*

Dieses Begleitungsbeispiel lässt besonders deutlich werden, dass es nicht nur darauf ankommt, was getan wird, sondern wie darüber geredet wird. Das *Vielleicht* verweist darauf, dass es die Erzählerin selbst ist, die sich Liebe und Weisheit erst zuschreiben muss, um sie dann als vom Kind erhaltenes Geschenk vorstellen zu können. Ob und wie sie diese Gefühle ‚hat‘, können wir nicht wissen. Wir können dies höchstens aus Hinweisen schließen.

Was wir hier haben, ist also Text. In Textform werden höchst defizitäre Situationen vorgestellt: Situationen der Ausweglosigkeit – *wenn ma' in so'n Loch fällt* (BR. 6) –, des Ausgeliefertseins – *wenn jemand so abwertet* (AN. 1 1) –, der Entindividualisierung – *Weil ich jetzt eigentlich in dem Zustand jetzt - Neutrum bin. [...] wenn man in so einem Isolierzimmer is*, (BR. 7)

In Textform, anhand einer Semantik des Begleitens, des Da-Seins, werden diese defizienten Situationen von zwei Seiten her geheilt:

Auf der einen Seite wird ein Individuum vorgestellt, das sich nun, viel sensibler als früher, fragt – *Was mach' ich? Wie verhalt' ich mich, wenn des wieder auftritt, wenn ich wirklich in diese Sterbephase komme, - äh - ma' beschäftigt sich schon intensiv damit.* ( BR. 5) – und *bewusster zu leben versucht* (BR. 16).

Auf der anderen Seite werden signifikante Andere, anders als früher, nun als verlässliche *Stütze* beansprucht. Diese asymmetrische Konstellation könnte eine Kränkung gerade für einen sich selbst verantwortenden Typus bedeuten. Und in der Tat bedarf diese Konstellation besonderer Validierung. Sie erfolgt nicht durch moralische Achtungserweise, nicht durch religiöse oder ästhetische Semantik. Der Text kreiert vielmehr eine ganz neue, asymmetrische Form des Immer-da-Seins:

*BR.: [...] ne andere Liebessbeziehung [...] für mich immer, wenn eine Situation war, in der er gedacht hat er kann mir helfen, war er da. - Des: ich bin net wo anders.* (BR. 16)

Da sein und nicht anderswo sein – mehr als eine solche *andere Liebessbeziehung* kann es offensichtlich nicht geben:

*BR.: Weil ich geseh'n habe oder gespürt habe, dass er mir das nicht nur sagt, sondern auch versucht, zu geben. (sehr bewegt; Handzeichen, dass das Aufnahmegerät ausgeschaltet wird. Un-*

terbrechung, danach Einigung auf Beendigung des Interviews und Vereinbarung eines weiteren Termins). (Spätere Notiz: Dazu war es nicht mehr gekommen. Die Interviewpartnerin verstarb im Beisein ihres Freundes in einer onkologischen Klinik). (BR. 16, Endnotiz und spätere Notiz) Die jeweilige Einstellung gegenüber dem Sterben ist also mehr von Strukturen als von Inhalten abhängig: Immer geht es in der Gruppe der Reflexiven um individuelle Änderung, individuelles Wachstum, individuelle Vervollkommnung durch Übernahme von Verantwortung. Wo dies nicht (mehr) möglich ist, weil Andere – die Spezialisten, die Krankheit, der Tod – die Zügel in die Hand nehmen, entsteht Kränkung. Sie wird durch sachliche, moralische und ästhetische Validierung geheilt: Der Krebsknoten rechtfertigt den Ausstieg aus dem Beruf; die verletzte Intimsphäre wird durch Achtungserweis wiederhergestellt; der Verzicht auf Steuerung wird angesichts von *Selbst(!)heilungskräften* zur Entlastung und zum Ästhetikum zugleich: AE.: *Ich brauche es gar nicht begreifen. Das ist eine sehr schöne Sache.* (AE. I 9) Aber immer ist und bleibt es die Erzählperson selbst, die diese Validierungen vorführt. Daher soll nun das Instrument der Patientenvorsorge als Paradigma individueller Selbstbestimmung näher in den Blick genommen werden.

### *Patientenvorsorge – doppelt kontingent*

Das Instrument der *Patientenvorsorge* wird in der reflexiven Gruppe einerseits hoch spezifisch, nämlich unter Rekurs auf die jeweilige Biographie, kommuniziert. So lässt der Text jene Mutter, die viele fruchtlose Wiederbelebungsversuche bei ihrem Kleinkind erlebt hat - NI.: [...], *diese Elektroschocks, ne?* - die Patientenvorsorge als Verzicht auf spezifische Maßnahmen definieren - *keine Reanimation zum Beispiel* -, während andere Maßnahmen weitergeführt und neue hinzugenommen werden sollen - *vielleicht noch sei' Morphium [...], dass er keine Schmerzen hat.* (seufzt) (NI.: 9)

Zwar sind vorsorgliche Willensbestimmungen wichtig - NI.: [...] *man' sollte vorsorgen. Man' sollte sein Willen niederschreiben* -, wichtiger aber ist der in der aktuellen Situation geäußerte Wille, auch der aktuelle Wille von Kindern:

- NI.: [...] *Kinder, die schwer krank sind dann sagen: Mama, ich hab' mein' Engel gesehen, ich muss gehen [...]* Und es ins wirklich so, man' muss als Elternteil man' muss sein Kind auch loslassen können. *Man' muss sagen: Du darfst geh'n.*- (NI. 9)

Diese sowohl in Märchen als auch in der Seelsorge elaborierte und immer wieder weitererzählte Geschichte von Schutzengeln und Eingang in himmlisches Licht wird von dem Fall sterbender Kinder auf den Fall der Selbsttötung übertragen. Allerdings verweist die Einführung des Würdebegriffs darauf, dass Selbsttötung validierungsbedürftig, aber auch validierungsfähig ist. Der Würdebegriff wird nämlich in der Gruppe der Reflexiven ambivalent gesetzt. So wird potente Schmerzbehandlung, Verzicht auf lebensrettende Maßnahmen und Selbsttötung dann und nur dann als erlaubt *und geboten* dargestellt, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht:

NL.: - *Die Würde spielt da a sehr große Rolle. [...] man is [...] nicht berechtigt, jemanden, der vielleicht vorher sein Willen nicht kundgetan hat, der aber auch nicht mehr fähig ins, de n kundzutun, einfach da tot zu spritzen [...]* Und jeder, der' s vorher noch entscheiden kann, sollte diese Entscheidung selber treffen. *Ich find', da darf sich dann auch keiner einmischen.* (NI. 9)

An sich richtige Entscheidungen gibt es also in dieser Gruppe der Reflexiven nicht. Die jeweils entscheidende Person ist es, die ihre Entscheidungen als im jeweiligen Zeitpunkt als für sie richtige bezeichnen muss. Freilich handelt es sich bei diesen Darstellungen

nicht um zeitunabhängige Setzungen, sondern um zeitlich und sozialräumlich abhängige Festlegungen, die womöglich wieder – bei Übernahme der Verantwortung - revidiert werden müssen. Diese Texte schließen also keine Option für alle Zeiten aus.

Diese reflexive Kommunikationsweise geht vom ständigen Sich-Ändern durch Dazulernen aus. Sie operiert über den Rückgriff auf religiöse (*halten, loslassen, dabeibleiben*), ästhetische (*wunderschön*) und Gefühlssemantiken (*eine ganz andere Liebesbeziehung*). Mit solchen Validierungen macht sie Situationen und Personen ständig modifizierbar, so dass sie weder in der Sach- noch in der Sozialdimension dingfest gemacht werden können. Die reflexive Kommunikation konstituiert ihre Personen vielmehr in der Zeitdimension. Zuschreibungen haben es in diesen Fällen schwer: Sie hinken hinterher, denn die beschriebene Person kann sich ja längst geändert haben. Auch der Tod hat es schwer, denn längst kann er zu etwas Neuem – etwa zum Tor in ein ewiges Leben – validiert worden sein. So münden auch die Texte der Reflexiven nicht in den Tod. Sie verweisen vielmehr auf - wie auch immer geartetes - neues Leben.

Wie bei den ersten beiden Typgruppen, so ist auch bei der Gruppe der Reflexiven nach der Funktion ihrer Strategien zu fragen. Dabei geht es nicht um psychologische oder ethische Defizienzen. Vielmehr können in einer *soziologischen* Untersuchung die Interviewtexte als aktuell formulierte *Selbstbeschreibungen* beobachtet und hinsichtlich ihrer *sozialen* Funktion analysiert werden. Wenn also darauf gesehen wird, unter welchen Bedingungen der Themenkomplex Sterbehilfe-Sterbebegleitung auf der sozialen Ordnungsebene der Interaktion entweder funktionalisiert, normativ oder reflexiv kommuniziert wird, dann kann keiner dieser Gruppen ein Vorrang zugesprochen werden. Dann kann gesagt werden, dass jede dieser Typgruppen Personen zum Vorschein bringt, die jeweils auf ihre spezifische Weise mit der Bedrohlichkeit tödlicher Erkrankung und mit der Angst vor dem Sterben umgehen können. Das Minimieren, das Wegelegieren und das Validieren stellt also jeweils ein funktionales Äquivalent dar, welches einen zwar jeweils anderen, aber gleichwertigen Umgang mit dem Sterbehilfethema erlaubt.

Weil die Interviewtexte keinen objektiven Lebenslauf, sondern immer eine momentan formulierte Perspektive auf die Biografie darstellen, muss die Konsistenz der jeweiligen Typik nachgeprüft werden. Daher werden im folgenden Abschnitt die Nachfrageteile sowie die durchgeführten Nachfolgeinterviews auf ihre Struktur hin untersucht.

### 3.2.2 *Nachfolgeinterviews: Konsistente Typik?*

Der in den Erstinterviews sichtbare inhaltliche Wandel von Lebenslagen ist auch in den Nachfolgeinterviews zu beobachten - erst als Tochter einer niederbayerischen Bauernfamilie, dann als Ehefrau eines persischen Ingenieurs im Wüstencamp stellt sich eine der Protagonistinnen vor. Aber diese inhaltlichen Veränderungen gehen nicht mit strukturellen Änderungen einher. Vielmehr setzt sich die von Anfang an aufgebaute Struktur auch in den Nachfolgeinterviews fort. Diese Konsistenz wird nun erstens allgemein in Abschnitt 3.2.2.1 daran nachvollziehbar gemacht, wie textstrategisch und in Personkonzepten mit der Angst vor dem Sterben umgegangen wird. Im darauffolgenden Abschnitt 3.2.2.2 wird dann zweitens spezifisch nachgewiesen, ob und wie sich die Typik des Sterbehilfethemas in Nachfolgeinterviews strukturell durchträgt.

### 3.2.2.1 Erstens: Konsistenz der allgemeinen Textstrategien, Personkonzepte und religiösen Semantik – Diagramm 1

Für das Diagramm 1 konnten sowohl aus den Erstinterviews als auch aus den zusätzlich durchgeführten Nachfolgeinterviews die gleichen Kriterien – Textsorte, Anschlüsse in den Sinndimensionen, Leitdifferenz etc.- gewonnen werden. Dabei zeigt sich, dass diese Kriterien bei jeder der drei Typgruppen ihre jeweilige strukturelle Charakteristik beibehalten. Inhaltliche Änderungen, die sich bereits in den Erstinterviews und weiterhin in Nachfolgeinterviews beobachten lassen, haben also nicht zwingend strukturelle Änderungen zur Folge. Auch die Herstellung typischer Personkonzepte und der Gebrauch religiöser Semantik erfolgt in Erst- und Nachfolgeinterviews auf gleiche Weise, wie nun gezeigt wird.

Diagramm 1: Umgang mit der Angst vor dem Sterben- Textstrategien, Personkonzepte, Semantik

	<i>Funktionalisieren-Typ 1</i>	<i>Normieren-Typ 2</i>	<i>Reflektieren-Typ 3</i>
<i>Angst vor dem Sterben</i>	wird minimiert	wegselegiert	fungiert als Lebensmotor
<i>Textsorte:</i>	Bericht mit Belegerzählungen	fulminante Erzählung mit Argumentationen	Erzählung, Bericht, Argumentation, Reflexion, Biografierkurs
<i>Anschlüsse: in der Sinndimension des</i>	Sozialen: Vernetzung, Verbündung mit Anwesenden und Vertrauten	Sachlichen: gepflegte Semantik	Zeitlichen: Reflexionen
<i>Textstrategie:</i>	Anpassung	Generalisierung	Validierung
<i>Kontingenz von Sterben und Tod wird</i>	verdeckt, minimiert, normalisiert, angepasst, repariert. Ausweichen. Hinnehmen vollendeter Tatsachen	vereindeutigt durch Wegnegieren von Ambivalenz	sichtbar gemacht als Spielräume
<i>Thematisierungsverweigerung</i>	E.: macht sich akzeptabel N.: Schweigen, Ausflucht (= verschiedene Ausprägung, aber keine verschiedene Struktur)	explizite Verweigerung	durch andere Themenwahl
<i>Leitdifferenz:</i>	gleich	ungleich	ganz anders
<i>Personkonzept</i>	<u>Spezialist</u> für interaktive Gemeinschaften	<u>Experte</u> auf Sachgebieten	<u>elitärer</u> (Selbst)- erforscher und Begleiter
<i>Grenzsetzung:</i>	Andere entscheiden	Ich: stellt Normen u. Anschlüsse her	Wenn Andere Anschlüsse herstellen, muss das Ich dies validieren
<i>Dynamik der Personen</i>	sich anschmiegen, passend machen, Flucht	halten bis zum Ende der Fahnenstange	halten, loslassen, neu dabei bleiben
<i>Dynamik der Psyche</i>	Helfenwollen, Mitleid, Bedauern	gefestigt	achtsam
<i>religiöse Semantik</i>	Hoffnung	Glaube	Liebe
<i>Weiterleben nach dem Tod</i>	ja: gemeinsames Jenseits, soziales Gedächtnis, biologischer Kreislauf	ja / nein – aber es ist noch nicht so weit	ja, durch vervollkommene Metamorphose

Legende. E = Erstinterview, N = Nachfolgeinterview

#### Typ 1 des Funktionierens in Erst- und Nachfolgeinterviews: Angst wird verdeckt

In der Gruppe der Instrumentalisierten werden in Erst- wie in Nachfolgeinterviews angstbesetzte Details strategisch minimiert, indem Angst z.B. nicht auf die Tödlichkeit der Erkrankung, sondern lediglich auf ein Nichtbescheidwissen der Ärzte bezogen wird:

*BX.: und - da hab' i' so Schiss, jedes Mal liegst' in am andern Zimmer, bist bei am' andern Arzt [...] wir können des au net voraus wissen, mit was versuch' mer's denn jetzt, und so, na. (BX. III 2)*

Adressaten für Moralisierungen und Kritik gibt es nur dann, wenn intern erwartete Regeln nicht befolgt werden.

*BX.: [...] Wollt' eigentlich was fragen, [...] Was hinter dem Namen, was hinter der Chemo steckt. [...] dann haben sie nur dann g'sagt [...]: Ach ja, Sie wollten ja die -, die XY-Chemo, ja, dann nehm' mer die. [...]. Ich dachte, des müssen doch die Ärzte entscheiden. (BX. III 2)*

Kritik kann also nur systemintern laufen. Hier müsste der Arzt und nicht die Patientin über erfolgreiche Behandlung Bescheid wissen. Aber es bleibt nicht einmal bei Kritik, sondern sofort wird weiter funktioniert und funktionalisiert:

*BX.: Und des wollt' ich fragen, was Sie davon wissen, bevor mir der Arzt morgen die Nadel legt. Wird' ich ihn auch fragen, was es da jetzt für Erfahrungen gegeben hat. (BX. III 2)*

So minimiert die Erzählperson die Angst weiter wie bisher, indem sie trotz aller Unsicherheiten alles mitmacht und sich persönlich Bekannte zu Verbündeten macht. So funktioniert sie die Forscherin zur Beraterin, ja geradezu zur Zauberin um, die ihr in ihrer prekären Situation zu helfen hat, so dass sie das äußerliche Geschehen schlicht hinnehmen kann:

*BX.: Ich bedank' mich, dass Sie gekommen sind. Und dann bleib' ich ganz ruhig jetzt - für morgen.*

*I.: ja.*

*BX.: Reg' ich mich gar net auf. Die Gelassenheit -, gelassen -, sein lassen -, loslassen. Ist mir immer wieder -, Sie haben mir au' des wunderschöne Lesezeichen -, [...] so wunderschöne Engelbilder, und da - war jetzt auch mal der Spruch mit der Gelassenheit - - -. (BX. III 7)*

Das Schauen auf Schönes und das Verkleinern von Ängstigendem geht so weit, dass es in ein gänzlich Wegsehen von der Infaustizität des körperlichen Zustandes – AY.: [...] so ein bisschen ein Knubbel (AY. 4) – mündet. Was gerade noch ausgedrückt werden kann, ist z.B. ein Sichwundern über die Konstanz einzelner körperlicher Merkmale. Auch die Forscherin schließt an dieses Minimalisieren und Ausweichen an, indem sie, statt die bevorstehende Zukunft zu thematisieren, einen ästhetisch formulierten Achtungserweis anbietet:

*I.: Ihre Haare sind schön, die glänzen. (BC. II 7)*

Das Detail der glänzenden Haare fungiert als unverfänglich-alltägliche Rede und macht so ein einverständliches Schweigen über die Infaustizität der Situation möglich:

*BC.: Ja. Samstag – hab'n wir Haare gewaschen. Hab' ich mich glei' besser g'fühlt. Bis wir die Haare g'waschen haben, des war a lange Zeit. Ja. – So is' des. – Net, dass wir's uns ausg'sucht haben – aber jetzt is' es so. - - - Weil von uns keiner gefragt wird. - - - I.: Ja. - - - (BC. II 7)*

Texte vom Typ 1 gehen also stillschweigend davon aus, dass sich Anwesende, insbesondere Bekannte sowohl über die Bedeutung eines verwendeten Symbols als auch über die Einschätzung der Situation einig sind (vgl. das Beispiel der Hüsteltüre in Abschnitt 3.2.1.1.3).

Das Symbol der prekär werdenden Pflegefähigkeit - *Bis wir die Haare g'waschen haben, des war a lange Zeit. Ja.* – steht ein für die Infaustizität der Erkrankung, ohne dass diese näher expliziert werden muss.

Bei jeder Themenwahl fällt hier das Interesse auf Gleichheit. Die Leitunterscheidung gleich/ungleich wird also einseitig angewendet. Auch den Änderungen der Lebenslage

wird durch immer gleiche Strategien begegnet. Es gibt höchst unterschiedliche Ausprägungen dieser Strategien, aber ihre Struktur bleibt auch in den Nachfolgeinterviews die gleiche.

So berichten biografische Narrationen vom Typ 1 nüchtern über Alltägliches, indem sie bis in Details nach Gleichem und Gleichen Ausschau halten. Bei großen Themen lassen sie aber die Anschlüsse mit einem Ich-weiß-nicht-so-recht offen. Sie verfügen damit über die Strategie, sich flexibel auch an Inkommunikabilitäten anzupassen. Sie gewinnen ihre Gewissheiten durch Vernetzung und Verbündung mit Vertrauten, die ihrer Strategie stützen und ebenfalls die Kontingenz von Sterben und Tod durch Verdecken, Minimieren, Normalisieren, Anpassen, Reparieren und Ausweichen verschwinden lassen. Letztlich bleibt nur das Hinnehmen bereits vollendeter Tatsachen, ohne dass es Schuldige eben muss.

Personen formen sich in der Textgruppe vom Typ 1 sowohl in den Erst- wie in den Nachfolgeinterviews als Harmonisierer aus. Sie spezialisieren sich auf das Herstellen von Vernetzungen. Auch die Forscherperson zeigt in solchen Kontexten einen Helferdrang, indem sie – als Nichtärztin – Vernetzungen hinsichtlich ärztlicher Behandlungsmöglichkeiten knüpft: I.: Also, ich hab' die Frau Dr. NN gefragt, nachdem ein Gruppenmitglied daraufhin ganz gut geworden ist und es ihr immer noch gut geht. (BX. III 3) Diese auf den ersten Blick unzulässige Einmischung der Forscherin in medizinische Angelegenheiten zeigt auf den zweiten Blick, wie sie sich in ihrer Funktion als Selbsthilfegruppenleiterin der Erwartung der Interviewperson anschmiegt und so die Kontextur<sup>154</sup> unreflektierten Immerfunktionierens - verdichtet.

Religiöse Semantik zeitigt bei diesem Texttyp 1 sowohl in den Erst- als auch in den Nachfolgeinterviews auch bei unterschiedlichen Inhalten gleiche Personen, die von Hoffnung sprechen, denn der Glaube an das Feste, Vertraute und die Liebe wird ohnehin immer - auch bei gegenteiligen Erfahrungen – vorausgesetzt. Ein endgültiger Tod existiert nicht, denn immer steht ein Weiterleben in der Gemeinschaft Hinterbliebener und Vorausgegangener oder im biologischen Kreislauf vor Augen.

#### Typ 2 des Normierens in Erst- und Nachfolgeinterviews: Angst wird wegselegiert

Auch in der normativen Gruppe wird die Strategie der Erstinterviews in den Nachfolgeinterviews weitergeführt: Alles, was Angst macht, wird zwar offen angesprochen, aber strikt vom Ich abgetrennt. Nicht einmal mehr der Aufwand des Protests - *ich will mich doch jetzt mit dem gar nicht auseinandersetzen.* (NO. 28) - ist in Nachfolgeinterviews vonnöten, wenn sich die immer schon verfügbare Entscheidungs- und Handlungsmacht steigert:

*BO.: [...] wenn mich irgendwas sehr beängstigt, [...] schalt ich erst mal ab.[...] Und Gott sei Dank hab' ich diese Begabung. [...] Das ich also schon, seit ich mich erinnern kann, immer in irgendeiner Weise gemacht hab. (BO. II 2)*

---

<sup>154</sup> Systemtheoretisch informierte Soziologen wie z.B. IRMHILD SAAKE, ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (2002: 248-249) schließen sich dem Gebrauch des von GOTTHARD GÜNTHER (1979) geschaffenen Kunstwortes *Kontextur* an, um anzuzeigen, dass jedes soziale System nicht nur sein eigenes System, sondern auch seine Umwelt aus seiner Systemperspektive beobachtet, bezeichnet und damit erzeugt. Soziales Leben ist demnach nur aus polykontexturalen Perspektiven zu begreifen.



Zu dem immer schon richtigen Handeln, den selbstbewussten Argumentationen und fulminanten Erzählungen kommt noch gepflegte, gesellschaftlich etablierte Semantik, welche die Normativen souverän auf der sachlichen Sinnenebene operieren lässt:

*I.: [...] und wie begründen Sie, dass das nicht sein darf, dass jemand gegen seinen Willen lebensverkürzend medikalisiert wird?*

*BO.: Das ist [...] der Jurist in mir. [...] Gesetzliche Grundsätze und sicherlich auch moralische. [...] Weil: Das oberste Gebot ist nach wie vor : Du sollst nicht töten. Die sind praktisch in jeder Kultur, in jedem Gesetz eingeschrieben (BO. II 12-13)*

Die tautologische Begründungsweise, dass nichts erlaubt ist, was nicht erlaubt ist, wird weiter generalisiert: Was immer schon verboten ist, bleibt immer verboten. Ambivalenzen wie eine zugleich leidenslindernde und lebensverkürzende Schmerzmedikation wird zwar thematisiert. Ihre Ambivalenz wird jedoch sogleich durch eine Ungleichheitssemantik, wegnegiert und so – je nach Ausgangsperspektive - als erlaubt oder unerlaubt vereindeutigt. Nicht gezeigt wird allerdings innerhalb dieser akademischen Semantik, dass es sich bei jener Ausgangsperspektive um eine unter anderen Möglichkeiten handelt.

In diesen Erst- und Nachfolgeinterviews des Typs 2 werden durchgehend normative Personen erzeugt. Sie schreiben sich sachliche Expertise zu. Von ihnen muss sich die Forscherin korrigieren und kritisieren lassen. Bis zum Ende jeder Interviewfolge des Typs 2 ist es immer die Erzählperson, die Grenzen setzt, Definitionen formuliert, Normen aufstellt und Anschlüsse herstellt. Die Semantik ist nicht anschiemig, sondern strikt: *BO.: Denn bei jeder Krankheit is' n Punkt da, es is' Ende der Fahnenstange. (BO. I 10)* Mit solchen Sätzen beweisen die Normativen durchgehend auch in Nachfolgeinterviews die Klarheit und Richtigkeit ihrer Meinungen und die unerschütterliche Festigkeit ihrer eigenen Psychen.

Auch die religiöse Semantik hält sich in Erst- und Nachfolgeinterviews durch. Erzählpersonen aus den Texten von Typ 2 sprechen weiterhin vom Glauben daran, dass durch die Festigkeit der eigenen Haltung, des eigenen Wissens, des eigenen Wesenskerns die eigene Position in der sich stets ändernden, stets in Bewegung befindlichen Welt immer schon abgesichert ist. Dieser Glaube geht so weit, dass er seine von Anfang an angenommene Gestalt unerschütterlicher Gewissheit - *BT.: [...] das war einfach – ja, total wie wenn man – von innen raus erleuchtet ist. (BT.I 7)* – behält. Ein eindeutiges Ja oder Nein kennzeichnet die Vorstellungen von einem Weiterleben nach dem Tod, gleich ob die ewige Seligkeit oder das endgültige Aus oder zumindest der traurig-öde Tartaros, also das Grauen, erwartet wird. Aber alle diese Erwägungen sind theoretischer Art, denn es ist noch nicht so weit. Und wenn es in jedem Augenblick noch nicht so weit ist, muss der Tod nicht gefürchtet werden.

### Typ 3 des Reflektierens in Erst- und Nachfolgeinterviews: Angst wird validiert

Bei der Typgruppe der Reflexiven wird Angst vor Sterben und Tod strategisch nicht minimiert, auch nicht sofort wegselegiert, sondern nach einer klaren Thematisierung - *NG.: Also ich fürchte mich schon sehr, dass da wieder was kommen könnte. (NG. 25)* – validiert, indem sie nicht nur als Bedrohung, sondern auch als Antrieb für Neues sichtbar gemacht wird:

NG.: (*lacht*), *ich hab mir gedacht also, was mach ich jetzt [...], hab ich mein Diplom gemacht.*  
(NG. 26)

Angst wird also einerseits als ziellose Energie vorgestellt – NG.: *ich kann dafür [für eine Heilung] nichts machen* (NG. 27) –, andererseits als kanalisierbare Lebensenergie aufgezeigt: NG.: *Und diese ganze überschüssige Energie, die ist in diese Prüfung hinein geflossen.* (NG. 27)

Das Umtaufen der Angstenergie zum Lebensmotor zeigt, dass Kontingenz hier textstrategisch nicht minimiert und nicht wegselegiert werden muss, sondern, nach dem Vorübergehen des ersten Schocks selbstentschieden genutzt, als Möglichkeitshorizont fungiert. Der neue Weg entsteht also dadurch, dass er mutig begangen wird – und genau das sieht die Protagonistin auch.

In den Nachfrageteilen und Nachfolgeinterviews steigert sich also noch das Spielen mit und das Herstellen von Anschlüssen in der Zeitdimension. Nicht mit Inhalten, sondern mit der Struktur dieser Texte hat dieses Sichtbarmachen von Alternativen in Erzählungen, Argumentationen und ständigen Rekursen auf die Biografie zu tun.

In extremer Form ist dieses Operieren in der zeitlichen Sinndimension an einem Nachfolgeinterview mit Frau Antonovic (AN.) zu beobachten: Während in dem Erstinterview (AN. I; vgl. Abschnitt 3.2.1.3.3 ) eindrucksvolle Erzählungen mit Reflexionen abwechseln, geht es in dem letzten Nachfolgeinterview (AN. III) darum, was für die Interviewperson im Moment - noch - wichtig ist. Der Text verweist auf eine Praxis, noch minimale Spielräume des schmerzenden, nahezu bewegungsunfähigen Körpers auszuloten:

AN.: *Ja - [...] – so eingeschränkt*

I.: *eingeschränkt*

AN.: *ja, weil in meinen Körper – einfach – I.: Ja. (Blickkontakt, Nicken)*

AN.: *eingeschränkt. Ja. (vollführt eine Armbewegung über den Kopf) - immer bisschen bewegen –*

I.: *ja*

AN.: *(wiederholt ein paarmal diese Bewegung ganz konzentriert, legt den Arm dann auf der Bettdecke ab.) - - - (AN. III 3)*

Geradezu zur Nebensächlichkeit gerät das, was sonst noch auf die Schwerkranke zukommt. Relevant ist nur ein Hier und Jetzt, dessen Spielräume sich aber rasch erschöpfen. Von Thematisierungsverweigerungen kann in dieser Situation nicht die Rede sein. Die Kontingenz von Sterben und Tod wird nicht verdeckt, sondern spezifisch an dem sichtbar gemacht, was noch geht, was an Handlungsmacht noch bleibt – und dieses Wenige wird noch validiert: Angefangen von der Grußkarte aus der Selbsthilfegruppe – AN.: *Dass die an mich denken. [...]– mmm – schön.*(AN. III 1) - bis hin zur Einschätzung des unumgänglich werdenden Umzugs in eine *Hospizeinrichtung* - AN.: *Kenn' ich nicht, aber hoff' ich - dass es etwas – also – Gutes is' - wird gelobt* (AN. III 2) – geht es um Lob und um Hoffnung auf Gutes.

Zwar werden Vernetzungen nun von ganz Anderen und durch ganz Anderes hergestellt. Aber die Interaktionssituation endet nicht mit dem Beenden des nur aus drei Satzsequenzen bestehenden Interviews. Vielmehr kommen danach noch Nachfragen nach dem Befinden anderer kranker Gruppenmitglieder und Grüße an die Selbsthilfegruppe. Die Verbindungen werden – wenn auch virtuell – weiter geknüpft.

Diese Strategie, sich nicht Themen zu verweigern, sondern durch die Spezifik der Themenwahl Möglichkeiten auszuloten, wie auch anders kommuniziert werden kann, verfügt über eine große Variationsbreite. Unterschiedlichste Praktiken, den Anderen errei-

chen zu wollen, können beobachtet werden: Nonverbale Signale, Herstellen körperlicher Nähe durch kleine Hilfestellungen, Bestätigungen durch Körperzeichen, die aber – ihrer möglichen Missverständlichkeit wegen – ihrerseits durch kleine Zeichen validiert werden müssen.

Diese Variationen gehen so weit, dass z.B. der Text AE. neben aktiven Varianten des Begleitens auch das Sich-Zurücknehmen als Möglichkeit von Begleitung vorstellt: Wegen räumlicher Entfernung und körperlicher Hinfälligkeit ihrer krebskranken Freundin kann Frau AE. mit ihr keinen persönlichen Kontakt mehr aufnehmen. Aber sie will virtuell Nähe herstellen, indem sie ein Buch anfertigt:

*AE.: [...] mit Sprüchen und Gebeten, und sie ist ja Malerin und hat ihre Bilder fotografiert, mit ihren Bildern und Fotos von mir, die ich von Blumen gemacht hab', und ich hab' da aufgeteilt in Liebe, Licht, Psalmen, Gebete, Meditationen [...] Und da hab' ich eigentlich alles reingelegt, was ich ihr von mir geben kann. Und da weiß ich, des hat sie bei sich. (AE. II 17)*

Trotz räumlicher Entfernung sind nun die vielen Ichs – *ich habe gemacht, ich habe aufgeteilt, ich weiß* – genau dort, wo sie aus der Perspektive dieses Ich aus gesehen sein wollen. Die Handlungsmacht des begleitenden Ichs bleibt valide.

Sowohl in den Erst- als auch in den Nachfolgeinterviews der Typgruppe 3 werden Personen als elitäre Selbsterforscher vorgeführt. Sie stellen sich z.B. als besondere Begleiter vor. Sie wollen mit sich immer weiter vervollkommnender Achtsamkeit den Begleiteten erreichen, auch wenn dies aktuell nicht möglich ist. Sie stellen An- und Abschlüsse mittels religiöser oder esoterischer Semantik her. Nicht faktischer Perspektivenwechsel kennzeichnet die Reflexiven – trotz aller Beteuerungen: Zwar versichert z.B. AE., dass sie als Begleiterin einer Todkranken zurückstecken muss: *AE.: [...] es geht um sie und was für sie am besten ist und nicht, was mir gut tut. (AE. II 18)*. Aber indem sie sich ganz auf die – unerreichbar gewordene – Begleitete und deren Wunsch losgelassen zu werden einlassen will, vervollkommnet sie sich selbst. Das Problem der Nichterreichbarkeit Anderer ist also schon die Lösung, denn es veranlasst jene reflexiven Begleiter dazu, nicht nur reale, sondern auch virtuelle Praktiken des Haltens, Loslassens und Dabeibleibens zu entwickeln.

Auch die religiöse Semantik der Reflexiven ist in den Erst- und den Nachfolgeinterviews eine ganz Besondere. Sie thematisieren die Liebe, denn sie stressen sich in ständigen Reflexions- und Revidierungsprozessen derart, dass es offensichtlich einen Bereich braucht, der die Zumutung ständiger Änderung, ständigen Aufhörens und Neuanfangens in die Chance eines losen Bleibens umwandelt. Der Glaube allein kann diesen Ort loser Kopplung nicht schaffen, denn er kann nur fest sein. Schon gar nicht schafft dies die Hoffnung, die ja in alle Richtungen hin offen bleiben muss. So wird eine Liebe thematisiert, die gerade dadurch ständigen Zugewinn an Varianz aufweist, dass sie immer auch die Präsenz, also ein Nicht-woanders-sein ermöglicht.

*Zusammenfassend* zeigt sich, dass über alle inhaltlichen und situationalen Änderungen hinweg auch in den Nachfolgeerzählungen die allgemeine Kommunikationsstruktur der jeweiligen Erstinterviews erhalten bleibt.

Um nun auch die Konsistenz des spezifischen Sterbehilfediskurses auf der Interaktionsebene nachzuweisen, werden in Diagramm 2 Kriterien aus Erst- und Nachfolgeerzählungen zusammengestellt.

### 3.2.2.2 Zweitens: Konsistenz der spezifischen Sterbehilfesemantik

Diagramm 2: Vergleich biografischer Erst-(E) und Nachfolgeerzählungen (N)

	<i>Inkaufnahmen des Todes</i>	<i>Sterbehilfe</i>	<i>Begleitung</i>
<i>Inhaltlich thematisierte Sterbenswünsche:</i>	E.: nein N.: ja, aber vage und eher dem Arzt und den Angehörige überlassen	E. und N.: ja, präzise, aber noch ist es nicht so weit	E. und N.: ja, aber immer wieder anders
<i>Suizidbeihilfe, Tötung auf Verlangen für die eigene Person</i>	E.: es ist schon vorbei N.: als von Anderen zu erweisende Wohltat hypothetisch offen gelassen	Ja, im Extremfall und unter Sorgfaltskriterien, aber es ist noch nicht so weit	situationsabhängig
<i>Alles tun, um zu überleben:</i>	ja, aber will nicht selbst entscheiden	ja	situationsabhängig
<i>Weiterleben unter Belastung:</i>	ja, als Dankesschuld	ja, denn noch ist es nicht so weit	ja, unter geänderten Bedingungen
<i>Keine Aussicht auf Lebens- und Kommunikationsfähigkeit:</i>	keine lebenserhaltenden Maßnahmen	Behandlungsverzicht nur bei sicherer Diagnose	situationsabhängig
<i>Suizidbeihilfe, Tötung auf Verlangen bei Anderen</i>	E.: Beispiel Anderer N.: hypothetisch als Ermöglichung von Würde	ja, Recht auf Selbstbestimmung	erst abgelehnt, dann situational relativiert
<i>Sterbebegleitung erhalten</i>	selbstverständlich, durch Angehörige und Freunde	noch ist es nicht so weit	Nähe der Angehörigen bei professioneller Pflege
<i>(Sterbe-) begleitung für andere leisten</i>	selbstverständlich, abhängig von eigenem Zustand	ja, unter professionalisierten Bedingungen	ja, als Lern-, bzw. Lebensaufgabe
<i>Leisten und Erhalten von Sterbehilfe und Sterbebegleitung</i>	alle Optionen werden hypothetisch offen gelassen, aber nicht expliziert	bestimmte Optionen werden ausdrücklich festgelegt	Begleiten wird präferiert, offen gelassene Optionen werden expliziert
<i>Patientenvorsorge</i>	marginal; Sorge der Angehörigen ist selbstverständlich	sachlich informiert, Bündnis mit einem Arzt	wird nicht festgelegt; wechselnde Bündnisse

Das Diagramm 2 ist auf das spezifische Thema Sterbehilfe konzentriert. Es fasst die Ergebnisse eines minimal-maximalen Vergleichs zusammen. Er zeigt, wie sich – bei allen inhaltlichen Änderungen - die jeweiligen Strukturen des Typs 1 in Form des Inkaufnehmens, des Typs 2 in Gestalt ausdifferenzierter Sterbehilfeformen und des Typs 3 in Form des Begleitens bei Erst- und Nachfolgeinterviews durchtragen. Wie dies typischerweise geschieht, wird darn gezeigt, wie sich Biografen an den spezifischen Themen Inkaufnahmen des Todes (Typ 1) – Sterbehilfe (Typ 2) – Begleiten (Typ 3) konstituieren.

#### *Inkaufnahmen des Todes (Typ 1) - Sterbehilfe (Typ 2) – Begleiten (Typ 3)*

##### Inkaufnahmen des Todes: Typ 1

Die Ersterzählungen vom Typ 1 lassen die Thematisierung von Sterbenswünschen nur am Beispiel Anderer zu. Aber schon dort rechnen sie mit vollendeten Tatsachen: *AY.: wenn's beinahe so is', dass man's nimmer aushält, dann ists sowieso zu Ende. (AY. 7)*

In Nachfolgeinterviews vom Typ 1 wird das Thema Sterbewunsch auf insistierende Nachfrage hin auch auf die Erzählpersonen selbst anwendbar. Aber nach wie vor werden Sterbehilfeformen inhaltlich vage formuliert. Entscheidungen bleiben dem Arzt oder den Angehörigen überlassen. Lebensverkürzende Behandlung bei unbeherrschbaren Schmerzen wird *hypothetisch* als Ermöglichung von Würde akzeptiert:

*BL.: [...]Also ich denk' mal, ja, das wär' dann schon gerechtfertigt. - -*

*I.: Und wie würden Sie diese Handlungsweise dann benennen?*

*BL.: Humanes Sterben - - (BL. II 8-9)*

Auch das Euthanasiethema wird erst auf explizite Nachfragen der Forscherin hin auf die eigene Person bezogen:

*I.: Mhm. - Mhm. - Und im Bezug auf Ihre eigene Person, wie denken Sie da?*

*NB.: Ja, ich wär' eigentlich schon dankbar, wenn mich dann jemand erlösen würde, wenn das so is' dass mir praktisch - nichts mehr helfen kann außer Maschinen. Also da wär' ich -, Wär' ich schon sehr dankbar. (NB. 26-27)*

Weder von einem Anrecht, noch von vorsorgendem eigenen Willen ist hier die Rede. Auch in den Nachfolgeinterviews bleibt völlig offen, wer in welcher Situation wann was genau entscheiden soll. Offen bleibt auch, um welche Form der Lebensbeendigung es sich dabei genau handeln soll.

Ein Weiterleben, auch unter Belastung, wird zwar, wie in *Abschnitt 3.2.1.1.3* bereits genauer dargestellt, als Dankesschuld gewertet. So wird auch jede Behandlung akzeptiert, jede Nebenwirkung auf sich genommen, um zu überleben.

So wird alles *hingegenommen*. Auch in Nachfolgeinterviews wird die Entscheidung darüber, immer mühsamer werdende Behandlungen schließlich doch aufzugeben, nicht alleine getroffen:

*BX.: Und jetzt möchte ich -, hab ich mir halt gedacht, mit der I., oder mit dieser Frau, die da am Donnerstag -, der Mann den Vortrag g'halten hat, der Schamane, möchte' ich mir einfach so bissl a Rückenstärke holen [...] (BX. II 3)*

Bei Typ 1 sind es also Andere, die in den Fragen der Sterbehilfe, gleich welcher Formen, und in den Fragen der Sterbebegleitung, gleich welcher Ausprägung, die Entscheidungen treffen.

### Sterbehilfe: Typ 2

Explizit benannt werden Sterbehilfeformen hingegen in Texten vom Typ 2 und 3. Insbesondere in Texten vom Typ 2 werden diese Sterbehilfeformen präzise, wenn auch eigenwillig, unterschieden. Aber die Ablehnung von bestimmten Sterbehilfeformen – meist geht es um die Befürwortung oder Ablehnung der Euthanasie und/oder des (ärztlich) assistierten Suizids - wird nicht ausführlich expliziert. Sie kommt lediglich als ein klares Nein, ohne Wenn und Aber, daher.

Die rechtliche und ethische Zulässigkeit des Verzichts auf kurative Behandlung oder des Inkaufnehmens tödlicher Nebenwirkungen symptomkontrollierender Mittel wird für den Fall angenommen, dass der Patient einverstanden ist. Ansonsten wird der Anspruch erhoben, dann alles zur Lebensverlängerung zu tun, wenn der Patient dies wünscht, und zwar auch noch im Hospiz oder auf der Palliativstation:

*BO.: wenn der Patient sagt, ja, ich weiß, die Aussichten sind schlecht, aber ich möchte noch mal die Bestrahlung haben, da sollte man das dem Patienten auch nicht verwehren. Weil der -, der Glaube daran kann auch Berge versetzen. (BO. I 14)*

Suizidbeihilfe und/oder Tötung auf Verlangen wird in der Gruppe des normativen Typs je nach der jeweiligen ethischen, religiösen und rechtlichen Perspektive entweder strikt abgelehnt oder im Extremfall unter Einhaltung festzulegender Sorgfaltskriterien befürwortet und mit dem Recht auf Selbstbestimmung begründet:

*BO.: [...] ich glaube einfach, dass der Patient ein Recht darauf hat, unter bestimmten Umständen, die nicht von Dritten beeinflusst werden - - (BO. II 6)*

Gleich ob es sich aber um Verzicht auf kurative Behandlung oder um ein Inkaufnehmen tödlicher Nebenwirkungen symptomkontrollierender Mittel handelt, oder ob von selbst geplante Suizid, ärztlich oder nichtärztlich assistiertem Suizid oder einer Tötung auf Verlangen die Rede ist – der abschließende Satz, dass es *im Moment noch nicht so weit* sei, lässt alle Argumentationen und alle Planungen hypothetisch werden.

#### Begleiten: Typ 3

In Texten von Typ 3 ist häufig von Begleiten die Rede. Dieses reicht von der hospizlichen Pflege und seelsorgerlichen Begleitung über palliativmedizinische Behandlung und Palliative Care bis hin zu einer Freitodbegleitung und/oder einer Begleitung durch den Arzt, welche auch, legitimiert durch den Wunsch des Patienten, in Form der Gabe bekanntermaßen lebensverkürzender Mittel erfolgen dürfe.

Die Änderung inhaltlicher Vorstellungen innerhalb eines Transkripttextes erfolgt sehr rasch. Die Vorstellung vom eigenen Sterben wird immer wieder anders präsentiert - erst als ein lebenssattes Genug - *NG.: irgendwann ist es dann auch gut. Irgendwann muss ein Leben auch wieder zu Ende gehen. (NG. 36)* -, dann als absolute Zumutung (*NG. 37*).

Auch Suizidbeihilfe wird erst als ein *Abweg [...] der niemanden äh viel Energie kostet.. (NG.: 3)* als unzulässig, kurz darauf aber als ein *Ausweg* für seltene Ausnahmefälle bezeichnet: *NG.: gut, bei, bei, bei Sachen, die man bei Palliativmedizin nicht mehr in den Griff kriegen kann, wenn man wirklich sich furchtbar quält, ich denke, da muss man das überlegen. (NG. 3-4)*

Zusammenfassend kann die Frage nach der Zeitstabilität von Einstellungen zu Fragen am Ende des Lebens folgendes folgendermaßen beantwortet werden: Wenn sich Differenzen von Erst- und Nachfolgeinterviews zeigen, dann handelt es sich um inhaltliche Änderungen. Strukturelle Änderungen konnten jedoch nicht festgestellt werden.

#### *Konstituierung der Biografie – zufällig oder zwingend oder bedingt ermöglicht?*

Zusammenfassend lassen sich biografische Narrationen also auch hinsichtlich der Nachfolgeinterviews als sich durchtragende, trennscharf unterscheidbare Typiken formieren. Diese unterschiedlichen Weisen, mit Angst minimierend oder wegselegierend umzugehen oder sich an offenem Umgang mit Angst weiterentwickeln zu wollen, bewähren sich also in jeder dieser drei Fallgruppen. Das heißt, dass keine dieser Weisen des Umgangs mit der Angst vor dem Sterben als besser oder als schlechter, als mehr oder weniger konstitutiv bezeichnet werden könnte. Vielmehr wird jede dieser alternativen Um-

gangsweisen als identitätsstiftendes, also gleichermaßen funktionales Äquivalent sichtbar.

Ein erster soziologischer Ertrag dieses Analyseergebnisses besteht also darin, dass sich Gesetzmäßigkeiten benennen lassen. Die Weise, wie das Sterbehilfethema in biografischen Narrationen kommuniziert wird, kann also nicht rein zufällig sein. Vielmehr muss es Bedingungen geben, unter denen ein funktionalisierter oder ein normativer oder ein reflexiver Texttypus entwickelt werden kann.

Als eine dieser Bedingungen erweist sich die Permissivität der Forscherin – sie ist es ja, die sämtliche narrativen Interviews durchführt, die jedoch zu unterschiedlichen Typiken führen. Allein dies zeigt schon, dass sie in diesen Interviews nicht ein einheitliches Subjekt ist, sondern als Folie für Zuschreibungen fungiert. Auch könnte die gleiche oder eine andere Forscherperson, sobald sie aus anderer theoretischer Perspektive und mittels anderer Methodologie Interviews durchführt, durchaus andere Interviewtexte ermöglichen.

Es muss also über eine Methodologie der Asymmetrie und über geübte Permissivität hinaus ein weiteres Kriterium hinzukommen, um Interviewtexte funktional analysieren und typisieren zu können. Dieses Kriterium ist die theoretische Ausgangsposition. Was hier beobachtet wurde, sind soziale Systeme. Wir können also nicht wissen, ob und in welcher Weise der Andere tatsächlich erreicht wird. Alles, was hier vorgelegt werden konnte, sind Texte. Auch nonverbale Kommunikation konnte nur vorgezeigt werden, nachdem sie qua - unhintergebar perspektivischer - Interpretation *zu Text gemacht* wurde.

Wird die Analyse selbst in den Blick genommen, dann können alle hier vorgestellten Forschungsergebnisse lediglich als Beobachtungen und Formulierungen von – theoriegeleiteten - Unterscheidungen, also als perspektivische Zuschreibungen ausgewiesen werden.

Um zu zeigen, dass die Gesetzmäßigkeiten des Sozialen, wie sie in biografischen Narrationen sichtbar gemacht wurden, nicht zufällig sein können, werden nun einige Experteninterviews auf ihre Eigengesetzlichkeiten hin beobachtet.

Um Vergleichbarkeit herzustellen, soll auch hier von der Position systemtheoretisch informierter Hermeneutik ausgegangen werden. Das heißt, die interviewten Experten werden nicht als ganze Menschen, sondern als durch Selbst- und Fremdzuschreibungen in der aktuellen Interviewsituation erzeugte Personen aufgefasst. Beobachtet wird der ganze Interviewtext, also auch die – ebenfalls durch Selbst- und Fremdzuschreibungen erzeugte – Forscherperson.

Wie oben im Abschnitt *Sampling - Setting - Sättigung – Setzung* bereits dargestellt, wird zwar eine kleine Themenliste vorbereitet und den Interviewpartnern zu Beginn des Interviews vorgelegt. Aber diese Liste wird nicht Punkt für Punkt abgearbeitet, sondern nur als Gedächtnisstütze für eine ansonsten locker und möglicherweise auch anders sich entwickelnde Interviewsituation eingesetzt.

Methodisches Prinzip ist auch hier, dass sich die Forscherperson von der Interviewsituation benutzen lässt, um differente Interaktionsweisen zu ermöglichen.

### 3.2.3 Themenzentrierte Experteninterviews

Bei dieser Darstellung der Analyseergebnisse der themenzentrierten Experteninterviews konzentriert sich das Interesse nicht auf die – reichlich beobachtbaren – Inhalte. Vielmehr werden strukturelle Entsprechungen zwischen den Experteninterviews und den biografischen Narrationen in der Kreuztabelle 1 zusammengestellt und im Hinblick auf ihre jeweilige Struktur typisiert.

Zuvor sollen aber einige typische Rekonstruktionsbeispiele zeigen, welche Typen aus den themenzentrierten Experteninterviews konstruiert werden können. Auch dabei interessiert nicht in erster Linie, was in diesen Interviews – etwa in rechtlicher, medizinischer, ethischer Hinsicht – gesagt wird, sondern insbesondere, wie es gesagt wird. Aus diesem strukturellen Aspekt können – ähnlich wie oben bei den biografischen Narrationen – auch aus den Experteninterviews drei Typgruppen aufgestellt werden: Die Spezialisten, die Normsetzer und die reflexive Elite.

#### 3.2.3.1 *Der vom Patientenkörper faszinierte Spezialist: immer funktionierend bis zum Rückzug*

Die Gruppe der Spezialisten ist dadurch charakterisiert, dass sie, vom Patientenkörper fasziniert, ihre Unterscheidungen nach dem Motto gleich-ungleich trifft, wobei nur das relevant wird, was als gleich bezeichnet werden kann. So berichtet z.B. der Hausarzt Dr. Eppenbach (EA.), wie er unterschiedlichste Probleme löst, indem er sich mit immer gleicher Selbstverständlichkeit einfach auf sich nimmt:

*EA.: Ich mein', wenn man sag'n mer mal Hausarzt is', dann muss ma eben einfach, sag' ich mal, mit den Widerwärtigkeiten, die's gibt, muss ma' auch zurechtkommen, des is' ganz klar. Und ma' muss auch schwierige Patienten behandeln können, is' auch klar, und ma' muss auch sag'n mer mal, mit - mit'm Sterben zurechtkommen, des g'hört einfach dazu, ne.( EA 14)*

Auch wenn – etwa wegen Unkenntnis der deutschen Sprache - keine noch so schlichte Verständigung mit Immigranten und Patienten mit Migrationshintergrund möglich ist, beschränkt der Arzt seine Leistung eben auf minimale Handlungen am Patientenkörper. Die Unmöglichkeit, ärztliche Aufklärung zu leisten, erregt zwar Widerwillen, aber die Arbeit – und das Interview - geht einfach weiter:

*EA.: - - Ja. - Des is' schwierig. Also da be-, also da ist Behandlung praktisch bloß 5%, ja. [...] und -, aber sag'n mer mal, dass ma' über die Risikofaktoren spricht, über [...] Gefahren des Alkohols, ist fast unmöglich. Des widerstrebt mir -, des wider strebt mir. (lachen).*

*I.: (lachen) - - - (EA 10-11)*

Theoretische Begründungen für Entscheidungen werden in der Gruppe der Funktionalisierten nicht vorgebracht. Vielmehr schirmt sich der Text gegen Reflexionszuminungen ab, indem er sich – wie z.B. beim Thema Patiententestament - auf Erfahrung abstützt:

*EA.: Als Arzt. Ja, ich hab' also einige [Patientenverfügungen] entgegengenommen. Aber ich muss ehrlich sagen, also - ich - tu' denen keinen großen Stellenwert zuordnen. [...]*

*I.: Mhm . - Und aus welchem Grund?*

*EA.: Einfach weil ich der Meinung bin, dass jemand - sagen wir, seine Entscheidung, wenn's so weit ist, einfach revidier'n möchte. - Also ich hab' da auch wirklich schon konkrete -, also sehr, sehr viel konkrete Erlebnisse gehabt, ja. Dass also Menschen, die in ner verzweifelten Lage sind, eben weiterleben wollen. [...] Die Leute wollen einfach leben. Ich hab' jetzt in den 26*



*Jahren, in denen ich jetzt niedergelassen bin, einen einzigen Patienten gehabt, der gesagt hat, ganz definitiv gesagt hat, ja, er mag nicht mehr. (EA. 2)*

Das Normale, der Vertraute, das ständig Erlebte ist also der Lebenswille. Zwar gibt es auch ein Nicht-mehr-leben-Wollen, aber dies minimalisiert sich angesichts jener Normalität und ist somit irrelevant.

Texte dieser Gruppe operieren also gemäß ihrer Leitunterscheidung gleich/ungleich, wobei nur die eine Seite, das Gleiche, das Gewohnte, als handlungsleitend vorgeführt wird.

Auffallend sind in dieser Gruppe tugendethische Selbstpräsentationen: Sie sind charakterisiert durch die tradierte Haltung des selbstverständlich jederzeit zur Verfügung stehenden Helfers. Ein Beispiel für die Selbstverständlichkeit dieser Helferhaltung wird im Interview mit Prof. Dr. med. Eckhoff (EC.), dem Leiter einer Intensivstation in der chirurgischen Abteilung einer Universitätsklinik, als moralische Norm vorgeführt: Im Anschluss an eine kurze Unterbrechung wegen eines Notfalls kehrt Prof. Dr. med. Eckhoff mit folgenden Worten zum Aufnahmegerät zurück:

*E.C.: So, das ist die klassische Situation, eine künstlich beatmete Patientin, also eine Patientin, die ohne Maschine nicht überleben kann, [...] hat sich diesen Beatmungsschlauch rausgezogen, I.: Ja.*

*E.C.: [...] - die Schichtärztin ist nicht richtig mit dem Beatmungsschlauch in die Luftröhre wieder gekommen, äh, das heißt, diese Patientin ist wirklich jetzt akut, da muss jetzt was geschehen, nicht, [...] dann muss man schnell die Beine in die Hand nehmen und da hinrennen und dann, äh, deswegen sagte ich das, - eine gute Tat pro Tag, ich war ganz, ganz früher mal bei den Pfadfindern, wissen Sie. (EC. 22)*

Sofortige, umfassende und passende Hilfe wird bereitwillig geleistet – ganz nach prägend vorgelebter Tradition. Allerdings wird dieser allzeit bereite Einsatz nicht näher begründet. Es genügt dem Text, dass diese Bereitschaft immer schon selbstverständlich ist:

*EA.: [...] und mein Großvater war Arzt. Also die haben -, die haben also schon Impulse gegeben, dass ich selbst Arzt werde, ja. - -*

*I.: Ja. -*

*Und was hat Ihnen gefallen an diesen - Menschen?*

*EA.: Ja, einfach das Helfen, ja. Ganz einfach. Doch, ja. - -*

*I.: Mhm. -*

*EA.: Ganz einfach, ja.*

*I.: Mhm. - Ja. - [...]*

*EA.: Der -, das war eine Landarztpraxis, und da war also wirklich -, Leben und Sterben, das war nah beieinander, ja. Also der hat ja noch Geburten eingeleitet, ja, das war wirklich noch (lachen) im Ganzen – der hat wirklich die ganze Palette gemacht, ja, und da -, da wurde eigentlich nicht drüber g'sprochen. Des war was Natürliches, ja. – (EA.: 9)*

Gehorchen und Hören stehen hier in einem reziproken Verhältnis: So selbstverständlich wie der Arzt auf den Patientenkörper hört, ist für ihn das auf Vertrauensbasis erfolgende Gehorchen des Patienten. Der Arzt kann ja aufgrund reicher Erfahrung und seiner ausgefeilten Fertigkeiten dem Patienten am besten helfen. Selbstbestimmtes Ablehnen einer angebotenen Therapie wird vom Arzt damit beantwortet, dass er sich aus dem unge-

schriebenen Vertragsverhältnis zurückzieht und den Patienten aus dem Fürsorgeverhältnis exkludiert:

*EC.: [...] es gibt auch Kranke, selbstverständlich, die äh, bei vollem Bewusstsein und orientiert, äh, Intensivtherapie ablehnen.*

*I.: Und was machen Sie dann?*

*E.C.: Ich stelle sie vor die Alternative, sage: „Entweder Sie spielen jetzt das Spiel mit, (äh,) und( äh), ich versuche, Sie nach bestem Wissen und Gewissen hier zu behandeln, äh, wenn Sie das aber nicht wollen,“ kann ich nur sagen, „[...] sagen Sie mir, wo Sie hinwollen, ich organisier‘ das, in einer halben Stunde sind Sie hier weg“. (EC. 13)*

Klar ist also: Einschluss oder Ausschluss der Patienten ist organisationell geregelt. Wer einer vorgeschlagenen Behandlung nicht zustimmt, oder auch wer ‚behandlungsresistent‘ erkrankt ist, ‚passt‘ nicht in diese Intensivstation, die ja weder ein Ort für Nichtbehandeln noch für das Sterben sein will: EC.: dann halte ich die Therapie auf dieser Station für nicht mehr gerechtfertigt (EC. 12). Auch über die Lebensqualität eines Patienten zu befinden, oder gar einem Sterbewunsch nachzukommen wird zunächst als klar abzulehnendes Ansinnen vorgestellt.

Aber dann wird doch von einem Ausnahmefall berichtet: Eine seit Jahrzehnten an Polyneuropathie und medikamentös verursachten Folgeerkrankungen schmerzhaft leidende, völlig bewegungsunfähige Frau, bei der sich nach vielen Behandlungen akut eine beatmungspflichtige Lungenentzündung einstellt, äußert zum wiederholten Mal ihren Wunsch, sterben zu dürfen. Aber die Entscheidung des Arztes wird nicht offengelegt. Vielmehr wird sie so vage und verdeckt vorgeführt, dass sie sich höchst flexibel an das Argument der Menschlichkeit anschmiegen kann:

*E.C.: [...] dann hab ich also, äh, den internistischen Kollegen angerufen. Sagt er, ach, das hat sie mich schon in den vergangenen Jahren mehrfach gebeten, äh, ich kann Ihnen auch nicht weiterhelfen.*

*I.: Ja, mhm*

*E.C.: Dann hab ich die Mutter kommen lassen, eine ganz einfache und sehr, sehr weise Frau und die [...] hat mir gesagt, Herr Doktor, Sie werden es schon richtig machen.*

*I.: mhm*

*E.C.: Ich hab sie alle gefragt, [...] ich will sie nicht umbringen, aber, soll ich sie jetzt beatmen, ja/nein? –*

*E.C.: Diese Geschichte hab ich auch mal Richtern und Staatsanwälten vorgetragen. Äh, Diskussionsleiter war ein Bundesrichter. In der Mittagspause hat er mich nur so zur Seite genommen, sagt er, also nun sagen Sie’s mir mal, was haben Sie gemacht? Sag ich, sehen Sie, das sage ich Ihnen jetzt nicht.*

*I.: mhm.*

*E.C.: Das ist eigentlich gar keine ärztliche Entscheidung. Was hätten Sie denn gemacht? Sagt er, das ist keine juristische Entscheidung. Äh, sag ich, nee, ist `ne menschliche. (: 19)*

Die Vergewisserung über die Richtigkeit der – nach wie vor im Dunkeln bleibenden – Entscheidung kann sich diese Kommunikation nicht in der Sachdimension, wohl aber in der Sozialdimension verschaffen, und zwar einerseits durch den Vertrauensvorschuss der ‚weisen Frau‘ im Erzähltext, und andererseits am Verlauf des Interviews. Die Kommunikation selbst vergewissert sich nämlich, indem sie – unter permanenter Dauerbestätigung durch die Forscherperson – Ja, mhm – mhm – weiter läuft.

So laufen auch die Fazits dieser Textgruppe mit Sätzen wie - Ja, - eigentlich - bin ich - eigentlich zufrieden, ja. Also, ich hätt‘ eigentlich - gar keine anderen Wünsche, also einfach so

*weitermachen, ne.* - (EA. 14) - darauf hinaus, dass alles immer so weitergehen kann wie bisher.

Mit den in immergleicher Form eingebrachten Strategien des Minimierens, Verdeckens und Sich Anpassens konstituieren sich diese Interviewsituationen auf der Sozialebene: Was geschieht, wickelt sich unter Anwesenden ab – und wo deren Ansprechbarkeit fehlt, muss eben die Aufmerksamkeit auf den Körper reduziert werden.

Moralzuweisungen gibt es in diesen Interviewsituationen nur in Form des – meist reziproken – Achtungserweises. Auch die mit Moralzuweisung einhergehende Antwort des Experten – Ich gebe Ihnen dieses Interview, weil ich Sie als zuverlässig kenne (EB. 1) erfolgt interessanterweise, nachdem sich die Forscherin sehr ausführlich für den Interviewtermin bedankt hat.

Interna, die ein negatives Bild auf die entsprechende Arztpraxis, Klinik oder Standesorganisation werfen könnten, werden vor der Forscherin, die ja als Vertreterin eines anderen Fachpublikums fungiert, nicht ausgebreitet. So können diese Interviews ungestört von jeglichen Irritationen funktionieren.

### 3.2.3.2 *Der Anderen Normen setzende Wegweiser in sachlicher bis dramatischer Ausprägung*

In der Gruppe der Normativen erlebt die Forscherin keine Interaktion unter Gleichgesinnten oder Angepassten, sondern ein interaktives Gefälle, wie folgendes Beispiel zeigt:

In einer Doppelkanzlei, mit der ein Interviewtermin mit beiden Inhabern vereinbart war, werde ich von Frau RA Dr. Eppenrain (EP.) mit der erstaunten Bemerkung begrüßt, sie habe mich für eine Rat suchende Klientin gehalten. Als Interviewperson habe sie eine junge Studentin erwartet.

Eine Notiz, die den Zeitraum vor Beginn des Interviews beschreibt, zeigt, wie sich die Forscherin sofort herausgefordert sieht, ihre Kompetenz unter Beweis zu stellen. Diese Notiz berichtet von einer in raschem Schlagabtausch ablaufenden Positionierung der beiden Personen. Dabei wird eine sachliche Übereinstimmung in einigen Punkten des Sterbehilfethemas konstatiert. Folgerichtig beginnt dann die Tonbandaufnahme mit der Feststellung:

*EP.: Ich hab' schon alles Wichtige gesagt (lachen) – eigentlich haben wir uns schon sehr schön besprochen. Und haben's in zehn Minuten schon fast auf die Quintessenz gebracht, ne? (EP., ED. 1)*

Die Regieführung liegt in diesem Interviewtext von Anfang an bei Frau RA Dr. EP. Diese Regieführung steigert sich nach dem Erscheinen des zweiten Kanzleihinhabers, Herrn RA DR. Edmond (ED.), noch zu spontanen und wertenden Interventionen:

*EP.: [...] Ich finde, ehrlich gesagt, nicht gut, wenn wir das jetzt so pauschalisieren und wenn Sie solche Fragen also in dieser Weise fragen, weil wir haben im Grunde immer nur Einzelfälle (EP., EO. 9)*

Außerdem wird die Forscherin immer wieder mit zusätzlichen, weit über ihre Fragen hinaus reichenden sachlichen Informationen eingedeckt, als könne das Interview und die darauf aufbauende Dissertation nur funktionieren, wenn, wie folgt, aufgeklärt wird:

*EP.: [...] darüber, da müssten Sie aber vielleicht noch recherchieren, dass diese holländische Initiative keine Initiative vom Gesundheitsministerium, Justizministerium, sondern vom Wirt-*

*schaftsministerium war, dass das einen wirtschaftlichen Hintergrund hatte [...] Also das sage ich jetzt mal so, äh, in die Kladder rein, ich weiß genau, es hat mir jemand gesagt, ich weiß nicht mehr, woher ich meine Weisheit habe [...] vielleicht haben Sie Zeit und Gelegenheit dazu. (EP., EO. 14)*

Sogar am Ende mündet der Interviewtext noch einmal in ein Abchecken der Forscherin, diesmal durch Herrn RA Dr. EO.: *Ja überhaupt, was machen Sie beruflich?* Die Antwort – *I.: Ich arbeite ehrenamtlich mit Selbsthilfegruppen (EP., EO. 18)* – löst jedoch kein weiteres Interesse aus.

Die Hauptfunktion des Interviews dreht sich um die Positionierung der beiden Medizinrechtler und ihrer Kanzlei als „Hotline für Sterben“ (EP., EO. 16), als juristische Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen, Betreuern, klinischen und niedergelassenen Ärzten. Die interviewten Experten unterscheiden nicht ‚gute‘ Patienten von ‚schlechten‘ Ärzten, sondern sie vertreten alle Seiten – ihnen geht es um die Vertretung von Mandanten in Rechtsangelegenheiten.

Als Ziel ihrer Arbeit geben sie die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten an. Diese Rechtsfigur des autonomen Patienten wird als bedroht dargestellt, allerdings nicht durch Gesetzeslücken, sondern durch Unwissen der Entscheidungsträger. Die geltenden deutschen Gesetze werden als optimal und dem niederländischen Kontrollgesetz überlegen vorgestellt. Aktives Töten oder Beihilfe zum Suizid eines Menschen sind, da unzumutbar für Ärzte, kein diskutierfähiges Thema:

*EP.: [...] wir beide sind strikt dagegen, also da gibt's ganz kategorische Aussage Nein (EP., EO. 13)*

Umso genauer werden die hier als legal ausgewiesenen Sterbehilfeformen anhand langer Begründungsgirlanden expliziert und gerechtfertigt. Auch die Rechtfertigungen werden ihrerseits konfirmiert. Besonders interessant ist, wie der Text dabei die beiden Interviewpersonen auf ein wie aus einem Munde kommendes ‚Richtig‘ hin normiert, welches kein Dilemma sichtbar werden lassen will:

*EO.: Gerade weil [...] die Grauzonen, die es gibt, ausreichend sind, die sind nicht ein Dilemma unserer Gesetzlage, sondern -*

*EP. - Wünschenswert.*

*EO. - wünschenswert und gut und sie sind durch Ärzte ausgefüllt, äh, und sie sind [...] keinerlei, äh, rechtspolitisch erkannter Missbrauch, es gibt keinen, keinen äh, kriminal -*

*EP. - relevanten Missbrauch, dass man das jetzt gesetzlich festlegen müsste, ja. [...] ich würd' gar nicht Grauzone sagen, sondern da sind fließende Übergänge. Es ist ja nicht schlimm, wenn Sie einen mit Morphium behandeln, damit er seine Schmerzen zum Schluss ertragen kann.*

*EO.: Sagen wir mal so, unsere deutsche gesetzliche Regelung hat eine gewisse Grauzone und die niederländische Regierung hat eine gewisse Grauzone und uns reicht schon die deutsche und sie muss nicht noch weiter verschoben werden. [...] - und im Prinzip tun wir ja nichts Unrechtes, weil ob man's jetzt mit oder ohne Formalismus tun, [...]; und bei uns ist die Grauzone nur im Kopf des Arztes und da ist sie gut aufgehoben, denn wenn er Morphium gibt und er sagt, ich muss so viel Morphium geben, wie die Schmerzen des Patienten aus seiner Sicht erfordern, dann handelt er eben richtig.*

*EP.: Ja. (EP., EO. 13)*

Angesichts von Schmerzen gibt es also hier die eine und einzig richtige Alternative potenter Schmerzbehandlung, deren medizinische, ethische und rechtliche Rechtfertigung

durch das tautologische Notwendigkeitsargument hoch normativ in Eins fällt: Was sein muss, muss sein, und wer zuständig ist, bleibt zuständig.

Diese Normativität des Textes zeigt sich auch an der Vorreiterfunktion der beiden Juristen: Sie begeben sich geradezu siegessicher in gerichtliche Verfahren, bezeichnen sie als etwas Normales und rechnen damit, durch ihren fachlich kompetenten Einsatz eine stärkere Respektierung des Patientenwillens herbeiführen zu können:

*EO.: [...] wenn wir in vielleicht 13, 14, 15 Jahren fertig sind mit unserem Berufsleben, ob wir dann was verändert haben in der Richtung und wir hoffen, ja, wir hoffen, dass das so selbstverständlich ist, dass sich ganz selbstverständlich alle nach dem Patientenwillen richten (EP., EO. 17)*

Nicht nur Interviews mit Juristen, sondern auch mit Medizinethikern und mit Therapeuten weisen diese normative Rationalität auf: Es geht um die Wahl des Besseren, des Richtigen, des Guten, bis hin zum ultimativen Paukenschlag, der verlangt, dass man nach allgemeinen Wertvorstellungen auch mal Schluss machen muss. (EP., EO. 6). Die Argumentation läuft auf der Sachebene. Dabei wird aber nicht nur, wie im Interview EP., EO., die Ablehnung aktiver Sterbehilfe vertreten. Vielmehr wird in weiteren Experteninterviews der gleichen normativen Gruppe auch für eine gesetzliche Regelung der Euthanasie und/oder des ärztlich assistierten Suizids plädiert. Inhaltlich unterscheiden sich diese Interviewtexte der normativen Gruppe also erheblich, nicht aber stilistisch.

Der Stil ist von fulminanter bis asketischer Selbstdarstellung charakterisiert. Was geschieht, hat nicht nur mit Anwesenden, sondern mit Organisationen zu tun. Der Rekurs auf die eigene Organisationsgeschichte und deren schriftliche Unterlagen bieten reichlich Gelegenheit, die aufgebaute Konstitution zu festigen und weiter auszubauen.

In den Texten der normativen Gruppe wird nicht nach Konsens, sondern nach Wahrheit und Richtigkeit gesucht. Die von den Interviewpersonen selbst ausgesprochenen Sätze gehen immer mit dem Anspruch sachlicher Richtigkeit einher. Andere Personen und Institutionen werden hingegen auf ihre sachliche Kompetenz hin abgecheckt und entsprechend beurteilt. Dabei kommt es auch zu Ächtungserweis z.B. *wie so ein XYZ-Heim sich aufführt. (EO.: 17)*.

Solange gemeinsames Sachinteresse vorhanden ist, bildet sich in der Interviewsituation eine Diskussionsrunde, die sich nicht auf Konsens hin, sondern auf gegenseitige Korrektur, aber auch Bekräftigung und sachliche Unterstützung hin entwickeln kann.

Anhand von Beispielen aus der Gruppe der flexibel funktionierenden Spezialisten bzw. der Normsetzer wurde gezeigt, wie die Texte Sicherheiten herstellen, indem sie in der Sozial- bzw. Sachdimension operieren. Aus den Experteninterviews konnte zusätzlich die nun folgende dritte Gruppe der reflexiven Elite gebildet werden, die ihre Sicherheiten gewinnt, indem ihre Texte die Anschlüsse in der Zeitdimension herstellen.

### *3.2.3.3 Die reflexive Elite in der Ausprägung vom zeitrelativer Vervollkommnung bis zu ästhetischer Stimmigkeit*

In der Gruppe der reflexiven Elite sind hier einige Medizinethiker, Moraltheologen und Palliativmediziner vertreten.

Viel wird berichtet von Interdisziplinarität und Vernetzung, denn die Texte sind auf ein ständiges Dazulernen hin konzipiert. Die Übernahme von Selbstverantwortung spielt

bei Fragen zur Sterbehilfe eine große Rolle. Sterbebegleitung wird differenziert thematisiert und umfasst in einem der Interviews auch aktive Sterbehilfe. Insgesamt wechseln die Erzählungen und Argumente zwischen Sozial- und Sachdimension, bis sie ihre Anschlüsse qua Reflexion in der Zeitdimension herstellen.

Exemplarisch wird hier das themenzentrierte Experteninterview mit dem forschenden und lehrenden Moraltheologen und Seelsorger Prof. Dr. Eutyn (EY.) vorgestellt. Der Transkripttext zeigt einen elitären Protagonisten, der fachliche, organisationelle und interpersonelle Beziehungen herstellt. Elitär muss er insofern genannt werden, als er jene Bereiche auf außergewöhnliche Weise verknüpft. So will er *Grundlagen einer Ethik* entwickeln, die zur *Ausbildung von Ethiklehrern im Bereich sowohl der Muslime als auch der russisch-orthodoxen Christen* und darüber hinaus auch *der Ungetauften* (EY. 1) zur Anwendung kommen sollen. Diese Universalität setzt sich fort bei der Beschreibung seiner außeruniversitären Tätigkeit: Sowohl als *Seelsorger einer kleinen Gemeinde* und *Begleiter in Einzelfällen* als auch in der Funktion eines *medizinethischen Beraters* (EY. 1) will er helfen und zugleich selbst dazulernen, *offen sein, sich überraschen lassen* (EY. 34) – auch durch interessiertes Nachfragen der Forscherin. Auf dieser Basis des Oszillierens zwischen Wissen, Nichtwissen und Dazulernen spielt der Text ständig mit Möglichkeiten. Zwar ist es meistens der Protagonist, der die Anschlüsse herstellt, wie z.B. bei der Begleitung eines schwer leidenden krebskranken Arztes:

*EY.: ich habe hier keine konkreten Antworten gegeben, aber ich habe ihn sehr stark dann begleitet und er hat es nicht getan, sondern ist also dann unter Beisein eines - eines großen Angehörigenkreises - äh - so - direkt hinüber geleitet worden und kurz vor seinem -, so die letzten Stunden war er dann nur noch schwach geistig da, gelt. - (EY. 2-3)*

Aber obwohl der schöne Tod *unter Beisein eines [...] großen Angehörigenkreises* Beweis genug dafür sein sollte, dass der Verzicht auf lebensverkürzende Maßnahmen gut war, bestimmt die Forscherin den nächsten Anschluss. Die fragt nämlich insistierend nach, wie es um die Entscheidungsfreiheit des Begleiteten bestellt gewesen sei:

*I.: Hatten Sie den Eindruck, dass er dieses Inkaufnehmen eines vorzeitigen Todes wollte oder nur erwogen hat, mit Ihnen zusammen?*

*EY.: Er hat es erwogen, aber nicht - äh - er hatte es als eine Möglichkeit gesehen und ich glaube, wenn ich es sehr dezidiert gesagt hätte: ‚kommt gar nicht in Frage‘, dann hätte er erst recht sich verteidigt und hätte es eher getan als wie wo ich die Entscheidung -, gesagt, die kann ich ihm nicht abnehmen äh - und ‚warten wir mal ab‘ so ähnlich. -*

*I.: Und was war Ihre Rolle dann ?*

*EY.: Begleitend nur. Nicht: die Entscheidung abnehmen. (EY. 3)*

Wieder kann sich der Protagonist als elitärer Begleiter ausweisen, indem er auf eine in der Psychologie als nichtdirektiv bezeichnete Semantik zugreift. Diese Semantik des Nicht-Dirigierens passt in diesen vielfach oszillierenden Text. Trotz allen Operierens in der sozialen Sinndimension – es geht ja um Interaktion, um konkretes Begleiten -, und in der sachlichen Sinndimension – es geht gerade um den guten Tod und nicht um den beschleunigten Tod – stellt der Text den wesentlichen Anschluss in der Zeitdimension her: ‚warten wir mal ab‘ so ähnlich. (EY. 13).

Aber mit diesem Plädoyer für geduldige Begleitung ist der Text noch lange nicht fertig. Vielmehr gibt und erhält er anhand von Fallgeschichten und Nachfragen ständig neue Lektionen. So modelliert er keinen theoretischen, sondern einen methodischen Unterschied zwischen einer *aufdringlich* (EY. 4) dem Anderen seinen Entscheid abnehmen-

den Sterbehilfe und einer dem Betroffenen achtsam seinen Entscheid lassenden Sterbebegleitung heraus.

Ein *Sowohl - als auch* charakterisiert diesen Text: sowohl Erfahrung als auch Prinzipien, sowohl Meinungsunabhängigkeit als auch Achtung vor der Meinung des Einzelnen, sowohl Selbstentscheidung als auch Fürsorge, sowohl Verantwortung für den Augenblick als auch Konsequenzen für die Zukunft. Dies erzeugt allerdings ein Bild, welches an religiöse Omnipotenzvorstellungen erinnert.

Aber auch dabei bleibt die Kommunikation nicht, sondern sie nimmt außer diesen Dichotomien ein Drittes in ihre Argumentationsschleifen auf, nämlich das ‚Gefühl‘. Sterbenden ein *Gefühl* der Geborgenheit zu geben und sie so *spüren* zu lassen, dass Hilfe in ihrem Interesse geschieht, lassen eine an Spiritualität ausgerichtete situative Beziehungsethik entstehen.

Ein Gelingen dieser modernen Ethik, die eine formale deontologische Ethik oder eine formale Vertragsethik ablösen soll, wird allerdings nicht prophezeit, denn ob etwas für den Anderen aus dessen Sicht hilfreich ist, könne nur *vermutet* werden (AY. 25)

Zur Absicherung seiner Schlüssigkeit lässt der Text ein Kolleg über die geschichtliche Evolution der Ethik folgen: Negative Erfahrungen hätten zur Aufstellung von Normen geführt, die sich dann besser bewährt hätten. Eine historische Bewährung der situativen Ethik stehe noch aus. Aber ihre theoretische Schlüssigkeit wird an dem einleuchtenden Bild der Epikie, der Rad-Metapher, nachgewiesen: Die Prinzipien werden als der Halt, als das Feste, also als Radfelge mit Speichen vorgestellt. Die flexible Nabe symbolisiere also die Tugend des Einzelnen, der unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation die letzte Entscheidung trifft. Diese Tugend verleihe dem Rad der Ethik die notwendige Anpassungsfähigkeit gerade an moderne Herausforderungen. (AY. 25-26)

Freilich kommt ein derart komplex strukturiertes Interview nicht auf geradem Weg zu seinem Ende. Vielmehr werden Beziehungen zwar zwischen Selbstbestimmung und Schuldfähigkeit hergestellt: Alle Selbstbestimmer tragen persönliche Verantwortung und sind daher schuldfähig. Doch angesichts der Komplexität sich überall und ständig ändernder Situationen müsse es neben persönlicher auch interpersonale Schuld geben. Diese interpersonale Schuld sei durch den Opfertod des absolut schuldlosen Jesus gesühnt. In diesem Kontext christlicher Lehre kann es bei dem moraltheologischen Statement bleiben:

*EY.: [...] eine situative Ethik ist ganz und gar, will ich sagen, unser Anliegen [...] -, also dass der Christ die Realität immer ernst nimmt und an der Realität nicht vorbei handeln darf.“ (EY.I 26)*

Auch nicht bei diesem Dozieren, welches hier sein Ende fände, bleibt die Kommunikation stehen. Sie läuft im Anschluss an die intervenierende Frage der Forscherin – *I.: christliche Tugend? Klappt das? (AY. 29)* – vielmehr weiter. Nun nicht mehr dozierend, sondern in Form eines gegenseitigen Zuspieldens von Argumenten wird noch ein Schritt zurück vom Können zum Lernen gemacht: Da legalistische Organisationen ihrer festen Struktur wegen nicht über dieser Beweglichkeit des Einzelnen adäquat entscheiden können, sei die Schaffung neuer Institutionen (Balintgruppen, Gesprächskreise nach Rogers) notwendig, in denen Beziehungserfahrungen ausgetauscht und eine christliche Tugend der Sensibilität gegenüber Sterbenden durch institutionelle Vernetzung erlernbar gemacht werden könne (AY. 29). Dabei will der Text seiner Forderung, *vom Ande-*

ren her das eigene Tun zu reflektieren (AY. 31), selbst folgen. Er nutzt nun die Bereitschaft der Forscherin, das Schöne des Begleitens zum Thema werden zu lassen, indem er die Erzählung von der spirituellen Begleitung eines sterbenden Freundes und seiner Angehörigen folgen lässt – EY.: [...] ich kann's Ihnen ja sagen, das war so (EY. 33). Auch an diese Erzählung schließt die Kommunikation weiter an:

*I.: Und wie ist Ihr eigener Wunsch, wie ein Jenseits aussehen könnte?*

*EY.: (lachen) - ich kann mir's nicht vorstellen ohne eine schöne Musik, und ohne das. Ich kann nur sagen: es ist wesentlich ein Wir, nicht dass ich in der Masse aufgehen, aber eine Ebene der Beziehung - die Erfüllung von dem, was hier drin steckt: ,es wird hier alles gut werden'. - Ich lass' mich überraschen. (EY.I 34)*

Mit dem Jenseits ist zwar ein Thema erreicht, welches jedem Protagonisten die Anschlüsse aus der Hand nimmt, aber diese ungewisse Situation wird sogleich validiert - zunächst durch Ästhetisierung. Die letzte Vergewisserung jedoch erfolgt nicht, indem über Qualia, sondern über Essenz, über die eigene Innerlichkeit, über das, was hier drin steckt, geredet wird. Mit dem sich inhaltlich völlig offen in die Zukunft entwerfenden Fazit – ‚es wird hier alles gut werden‘ – und einem abschließenden *Schön.* (EY. I 36) am Ende blickt der Text schließlich auf sich zurück.

Das Interview Ey. entwickelt anhand der Person eines weit über kirchliche Doxa hinaus forschenden und auch noch in Personalunion seelsorgerlich tätigen Moraltheologen einen sich immer wieder selbst reflektierenden Text. Solche reflexiven Texte entwickeln sich auch in weiteren Interviews, etwa mit einer palliativmedizinisch informierten Hausärztin, mit Ärztinnen auf einer Palliativstation, mit dem medizinischen Leiter einer Palliativstation (Dr. Edelbronn ED.), oder mit einem Arzt, Medizinethiker und Koordinator ärztlicher Fortbildung für Palliativmedizin und Lebensbeendigung auf Verlangen (Prof. Dr. Elpen EL.).

Im Gegensatz zu der oben gezeigten funktionalisierten Typik wird in der Gruppe reflexiver Typik nicht ein in sich abgeschlossenes Arbeiten vorgestellt, sondern ein nach innen – gegenüber Pflegekräften, Angehörigen und den Patienten selbst – und nach außen – gegenüber Interessierten und Ratsuchenden jeder Art – immer wieder geöffnetes Arbeiten geschildert. Fragen interdisziplinärer Zusammenarbeit, des Erkenntnisgewinns, der Mitteilung neuer Erkenntnisse an andere medizinische Einrichtungen jeder Art, und vor allem der Erfüllung der Erwartung der Betroffenen und Angehörigen werden in Verbindung sowohl mit vorhergehenden Erfahrungen, Aus- und Fortbildungen als auch mit dem Wissen und Können Anderer gebracht. Immer wieder werden dabei vielfältig organisierte Vernetzungen gezeigt. So ist nicht nur von multidisziplinären Ethikkommissionen die Rede, für die sich Professionelle unterschiedlicher Disziplinen auf Abruf bereit halten, sondern auch davon, wie sich solche klinischen Ethikkommissionen oder –konsile untereinander vernetzen:

*ED.: ... da gibt's ein Modell aus SS, das ich sehr schön finde...*

*I.: Ja richtig.*

*ED.: ... das kennen Sie...*

*I.: Ja.*

*ED.: von der netten Kollegin [...] Und HH. ist ja einer, ein Kollege von ihr, der jetzt ihr Chef in AA. geworden ist und der hat das in AA. sehr schön etabliert, solche Ethikrunden, solche Ethikkreise, äh, die werden sich überall etablieren müssen und da ist mein Träger fast, fast Vorreiter, ja, ja. (ED. 15)*



Interessant an dieser Passage ist, dass sie auf die Vorreiterrolle des eigenen Trägers hinausläuft: Besondere Sachen werden von besonderen Leuten gemacht. Nicht nur der Träger, sondern auch der Protagonist, der ja diese Verbindungen weiterknüpft, erweist sich gerade auf diesem Gebiet als elitär.

Ein Dazulernen funktioniert also, indem in diesen Texten Normen kognitiv problematisiert und modifiziert werden. So ist an jedem Transkripttext der reflexiven Gruppe zu beobachten, wie ständig der Horizont eigener Möglichkeiten ausgedehnt wird. Dies geschieht, indem es alles, auch Abgelehntes, ausführlich thematisiert wird. So wird nicht nur berichtet, wie dem Patienten explizit gemacht wird, was seine Bitte um Sterbehilfe für den Arzt und für die Station bedeutet, oder wie eine diskriminierende Zuschreibung an einen Teil des Pflegepersonals dem gesamten Team schadet. Es wird vielmehr auch gezeigt, wie mit solchen Thematisierungen Änderung ermöglicht wird: Auch Patienten und sogar Sterbende müssen dazulernen, dass außer ihnen Andere da sind, die ebenfalls Eigenwerte haben. Zwar wird ihnen auch bei einer Rede von Suizid zugehört, allerdings wird ihr Anliegen mit der Bitte beantwortet: *„Tun Sie es aber bitte nicht bei uns.“* (EE.) Es werden zwar Alternativen erwogen, die im Rahmen der Palliativstation möglich sind, aber für Anderes wird nach außen verwiesen, wodurch Anderes allerdings möglich bleiben kann. Alternativen werden also nicht alternativlos präsentiert.

Auch das Interview mit Prof. Dr. Elpen (EP.) thematisiert Alternativen – allerdings an anderen Inhalten. Weder Palliativmedizin noch Euthanasie muss die einzige Lösung für das Leidensproblem sein. So setzt Prof. Dr. Elpen vor die Aufklärung der Ärzte über die gesetzliche Regelung der Euthanasie in den Niederlanden die Fortbildung in Palliativmedizin. Palliativmedizinisches Wissen ändere die Wahrnehmung der von Leiden faszinierten Ärzte und befähige sie, ihre Normen kognitiv zu problematisieren und einseitige Vorannahmen zu modifizieren. Nicht als ein ‚Entweder – Oder‘, sondern als ein ‚Sowohl – als auch‘ entwickelt dieses Interview das Sterbehilfethema. Dieses Sowohl - als auch kreiert wiederum selbstverantwortliche, sich reflektierende Personen, denen mit der Meldepflicht ein entlastendes Rechtsinstrument zur Verfügung gestellt wird:

*EL.: [...] und melden hat auch ein, ein psychologische Mehrwert, also ich kann nicht überall sprechen, aber für mich ist eine, eine Meldung etwas wie eine Beicht‘.*

*I.: Ja.*

*EL.: Ich habe etwas getan, was gegen alle Sitten und Normen ist. Auf die Grenze. Und ich will hören - - -*

*I.: - die Exkulpation?*

*EL.: Die Exkulpation. Ich will hören, dass es gut war immer.*

*I.: Ja, ja. Also würden Sie nicht sagen, dass die Belastung von vornherein wegfällt, dass Sie die Ärzte dann abstumpfen?*

*EL.: Das weiß ich nicht, und ich hoff‘ es nicht. Ich bin, äh, ich, Sie kennen das holländische Wort Huiver nicht. Huiver bedeutet, dass man sich zum Tiefsten über etwas unangenehm fühlen soll.*

*I.: Ja, aha.*

*EL.: Und ich habe immer gesagt, die Huiver soll bleiben, ne, es soll nie Routin‘ werden. (EL. 3)*

Anders als in den Gruppen funktionalisierter oder normativer Texte wird hier immer wieder mit ‚Gefühl‘ argumentiert - *das ist eine der beste Sachen von dem am Lebensende. Dass der Arzt sich zu mir in einer Weise bekennt sozusagen – (EL. 7).* So ist in diesen Texten nicht nur von Dazulernen die Rede, sondern die Kommunikation selbst ‚lernt‘ hier ‚dazu‘, indem sie sich - als Interviewform – relativiert, also Theorien wechselseitig abcheckt:

*EL.: [...] und wir haben ein persönliche Verhältnis, das ist nicht nur professionell.*

*I.: Wird der Arzt durch den Patienten funktionalisiert?*

*EL.: Bitte?*

*I.: Wird der Arzt funktionalisiert durch den Patienten?*

*EL.: Der Arzt wird personalisiert durch den Patient in sein Funktion. Dass Sie anerkennen, dass er Mediziner ist, aber Sie wollen auch den Mensch in der Mediziner. (EL. 7)*

Dieses unübertreffliche Wortspiel, welches aus dem funktionalisierten Arzt den durch seine (neue Sterbehilfe-)Funktion nun erst personalisierten, weil auf sein Gewissen zurückgeworfenen Arzt macht, stellt ein besonders typisches Beispiel reflexiver Texte dar. Solche Texte können ihren Stil, ihre Frage- und Antwortform durch Nachfragen nachjustieren. Sie können auch ihre Dauer, ihre Unterbrechungen in den Blick nehmen und den jeweiligen Kontext solcher Nachfragen thematisieren. So findet sich auch die Forscherin als *untypische* Soziologin bezeichnet – *Sie wollen es ja wirklich wissen (EY. 15)* -, ohne, wie etwa in Interviewsituationen des normativen Typus, ‚zwangsaufgeklärt‘ zu werden.

Nicht nur an inhaltlichen Reflexionen, sondern vor allem an der sich immer wieder selbst zum Thema machenden Form wird also die reflexive Typik dieser Transkripte sichtbar.

Um nun zu zeigen, dass es sich bei den drei hier vorgestellten sozialen, sachlichen und zeitrelationalen Typen themenzentrierter Experteninterviews nicht um etwas aus dem sozialen Leben Herausgehobenes, sondern um genuin Soziales handelt, werden in Diagramm 3 grundlegende Gemeinsamkeiten von biografischen Narrationen und themenzentrierten Experteninterviews zusammengestellt.

### 3.3 *Entsprechungen themenzentrierter Experteninterviews und biografischer Narrationen? – Diagramm 3*

Die unten in Diagramm 3 zusammengestellten Entsprechungen stellen sich nicht automatisch ein, sondern sind Ergebnis einer Reihe von Analyseschritten, die sich in einem Prozess sorgfältig verdichteter Nachweise bewähren mussten. So wurde in Abschnitt 3.2.1 für die strukturelle Typizität der biografischen Narrationen ein doppelter Nachweis aus den Ersterzählungen erbracht: *Erstens* wurde eine themenübergreifende Typik der Instrumentalisierten, der Normativen und der Reflexiven erstellt. *Zweitens* konnte anhand des Sterbehilfethemas eine spezifische Typik aufgestellt werden, deren Strategien des Minimierens oder des Normierens oder des Validierens mit jener allgemeinen strukturellen Typik korrespondieren.

Daran anschließend wurde in Abschnitt 3.2.2 gezeigt, dass auch in den jeweiligen Nachfolgeerzählungen trotz inhaltlicher Änderungen die zuvor in den Erzählteilen aufgebaute strukturelle Typik beibehalten wird. (Vgl. Diagramm 1). Diese allgemeine Typik wird bestätigt durch den Vergleich der spezifischen Sterbehilfesemantik in Erst- und Nachfolgeinterviews. (Vgl. Diagramm 2). Sowohl in den Erst- als auch in Zweitinterviews wird die Kontingenz von Tod und Sterben bei den Instrumentalisierten gänzlich weggearbeitet, bei den Normativen vereinseitigt, und bei den Reflexiven zwar sichtbar gemacht, aber sofort unter dem Motto: ‚Was bedeutet dies für meine Weiterentwicklung?‘ als Konstituens des selbstverantwortlichen Individuums validiert.

In Abschnitt 3.2.3 wurde der Nachweis der Konsistenz struktureller Typizität weitergetrieben, indem schließlich biografische Narrationen und Experteninterviews verglichen wurden.

In *Diagramm 3* wird nun das Ergebnis jener Teiluntersuchungen zusammengestellt. Dazu wird das schrittweise erzielte Ergebnis aus der Analyse der jeweiligen Textform, Leitdifferenz, Problemlösungsstrategie, Sinndimension der Anschlüsse, Präferenz von Sterbehilfe oder Sterbebegleitung der jeweils daraus resultierenden Typik der biografischen Narrationen sowie der themenzentrierten Experteninterviews zugeordnet.

*Diagramm 3: Typenentsprechungen biografischer Narrationen und themenzentrierter Experteninterviews*

<i>Analyseschritte</i>	<i>Gruppen vom Typ 1</i>	<i>Gruppen vom Typ 2</i>	<i>Gruppen vom Typ 3</i>
<i>Textform:</i>	Bericht	Erzählung, Argumentation	beides + Reflexionen
<i>Leitdifferenz:</i>	gleich / ungleich	hierarchisch	zeitrelational
<i>Problemlösungsstrategie:</i>	über vorhandene Bindungen	Sachgründe, Selbstdarstellungen	Übernahme von Selbstverantwortung
<i>Anschlüsse in der</i>	Sozialdimension	Sachdimension	Zeitdimension
<i>Präferenz von Sterbehilfe/ Sterbebegleitung:</i>	Immer Behandeln verdeckt Anderes	Jede der Sterbehilfeformen kann befürwortet/ abgelehnt werden	Sterbebegleitung weit gefasst (auch Suizidalität); sowohl Sterbehilfe als auch Begleitung
<i>Typik biografischer Narrationen:</i>	sich instrumentalisierende Flexibilität	normative Rationalität	reflexive Achtsamkeit
<i>Typik der Experteninterviews:</i>	Der vom Patientenkörper faszinierte Spezialist	Der Anderen Normen setzende Wegweiser	Die reflexive Elite

*Explikation von Diagramm 3:*

Sowohl biografische Narrationen als auch themenzentrierte Experteninterviews weisen dreierlei typische Textformen auf: Bei Typ 1 dominiert das berichtende Abarbeiten von Einzelheiten. Bei Typ 2 imponieren Argumentationen, die durch fulminante Erzählungen konfirmiert werden. Bei Typ 3 fällt auf, dass ständig auf Früheres reflektiert und so die eigene Entwicklung begutachtet wird.

Sowohl biografische Narrationen als auch themenzentrierten Experteninterviews weisen drei basale Leitdifferenzen auf: Typ 1 geht von der Unterscheidung gleich/ ungleich aus, interessiert sich dabei jedoch nur für Gleichheiten. Typ 2 geht von der Leitdifferenz oben/ unten (also gut/schlecht, wahr/falsch) aus, wobei nur der obere Wert für ihn interessant ist. Er wertet also hierarchisch. Für Typ 3 gibt es zwar Gleiches, aber auch Ungleiches und Hohes, aber auch Niedriges, wobei sowohl das Eine wie das Andere von Wert sein kann. So ist für ihn letztlich nur das relevant, was seine eigene Weiterentwicklung betrifft: Seine Leitunterscheidung ist also zeitrelativ ausgerichtet.

Sowohl biografische Narrationen als auch themenzentrierte Experteninterviews lösen ihre Probleme auf dreierlei Weise: Texte vom Typ 1 lösen Probleme über vorhandene Bindungen, Texte vom Typ 2 lösen Probleme über Sachargumente und fulminante Selbstdarstellungen, Texte vom Typ 3 lösen Probleme, indem sie Früheres mit Aktuellem vergleichen. Sie reflektieren also – gerade auch hinsichtlich ihres Prozessierens – auf sich selbst, weshalb die Regieführung zwischen Beforschten und Forscherin ständig oszilliert.

Sowohl bei den biografischen Narrationen als auch bei den Experteninterviews stellen die Texte also ihre Anschlüsse, die ihr Weiterlaufen erlauben, auf dreierlei Weise her: Typ 1 operiert dabei in Sozialdimension, Typ 2 in der Sachdimension, Typ 3 in der Zeitdimension.

Dies bedeutet – sehr wichtig für diese Arbeit –, dass jeder der drei Typen seine spezifischen Strategien entwickelt und anwendet, die es ihm erlauben, weiter zu kommunizieren. Wenn also Verstehen nicht als emphatisches Mitschwingen, sondern lediglich als die kommunikative Komponente des Anschließens auf einer der drei Sinndimensionen definiert wird, dann erübrigen sich die pauschalen Appelle wie „das Gegenüber erreichen!“ oder „den ganzen Menschen verstehen!“, die uns in den gängigen Topoi begegnen. Vielmehr kann dann darauf gesehen werden, unter welchen Bedingungen eine Kommunikation funktionalisiert oder normativ oder reflexiv abläuft. Diese Möglichkeiten werden in Teil 4 behandelt.

Über die formalen Entsprechungen hinaus sind sowohl in biografischen Narrationen als auch in themenzentrierten Experteninterviews sogar typische Entsprechungen hinsichtlich der Präferenz von Sterbehilfe oder Sterbebegleitung zu beobachten: So thematisiert Typ 1 das Immerbehandeln und Immer-alles-Mitmachen nicht, sondern hält es eher verdeckt, auch wenn dies etwa auf eine Beschleunigung oder ein Hinausschieben des Todesintritts hinausläuft.

In Typ 2 wird eine gesetzliche Regelung der Euthanasie befürwortet oder abgelehnt. Dabei fällt auf, dass jeweils nur die Befürwortung bzw. nur die Ablehnung ausführlich begründet und strikt vertreten wird, ohne dass Alternativen näher erwogen werden.

Typ 3 weist Erwägungen über alle Sterbehilfeformen auf und subsumiert sie unter einem weit gefassten Begriff der Sterbebegleitung. Er schließt die Begleitung suizidaler Patienten ein und reicht so weit, dass er sowohl palliativmedizinische Behandlung als auch unter Kautelen gestellte Euthanasie als situationsabhängige, also zeitrelative Optionen darstellt. Einziger Unterschied bei Textformen ist, dass die Zeitrelation bei den biografischen Narrationen in der Gestalt des selbstverantworteten biografischen Werdens auftaucht, während sie bei den Experteninterviews durch den in der Patientenverfügung vorsorglich festgelegten Willen des autonom sich in die Zukunft entwerfenden Bürgers repräsentiert wird. Aber dieser Unterschied muss als unwesentlich bezeichnet werden, denn beides – sowohl das biografische Werden des Individuums als auch der selbst vorentworfene und selbst verantwortete Patientenwille – bedarf ständiger Validierungsstrategien.

Die Struktur der hergestellten Typik bewährt sich also, indem sie sowohl bei den biografischen Narrationen als auch bei den themenzentrierten Experteninterviews beobachtbar ist: So entsprechen die Hauptcharakteristika der sich hoch flexibel instrumentalisierenden biografischen Erzählpersonen den Charakteristika der vom Patientenkörper faszinierten Spezialisten. Gleichermäßen entspricht die normative Rationalität biografischer Erzähler dem Typus des Anderen Normen setzenden Wegweisers bei den Experten. Und schließlich sind bei dem Typus reflexiver Selbstverantwortung der biografischen Erzähler die gleichen Charakteristika beobachtbar wie bei der reflexiven, verantwortungsbewussten Elite.

Zusammenfassend kann nun eine jeweils typische, kohärente und konsistente Struktur des Sterbehilfediskurses auf der sozialen Ordnungsebene der Interaktion sichtbar gemacht werden:

Sowohl die biografischen Narrationen als auch die Experteninterviews können jeweils einer von drei sinnbasierten Gruppen, nämlich der in der Sozialdimension Funktionierenden, oder der in der Sachdimension Normierenden, oder der in der Zeitdimension sich Reflektierenden, zugeordnet werden:

Das macht die Typik der interaktiven Kommunikation aus.

Darüber hinaus funktionieren die Texte in Erst- und Nachfolgeinterviews isotop: Sie laufen jeweils in der gleichen Sinndimension – des Sozialen, Sachlichen oder Zeitlichen - weiter. So bleiben selbstreflexiv sich validierende Individualisten bei ihren Validierungsstrategien, auch wenn sich z.B. ihre Einstellung zu Euthanasie inhaltlich ändert. Oder so bleiben Normative dabei, sich nichts sagen zu lassen, weil sie selbst alles am besten wissen. Oder so vermeiden es Funktionalisierte, sich durch Reflexionen und zu viel Sachwissen zu verunsichern.

*Das macht die Kohärenz dieser Typik der interaktiven Kommunikation aus.*

Auch Experteninterviews lassen sich einer entsprechenden Typik - nämlich der Spezialisten, die Normsetzer und der reflexiven Elite – zuordnen. Wie auch bei den biografischen Narrationen sind auch bei den themenzentrierten Experteninterviews innerhalb der jeweiligen Typen variantenreiche Ausprägungen beobachtbar. Sowohl in den biografischen Narrationen als auch in den Experteninterviews treten Schlüsselpersonen auf, die immer funktionieren und, wenn es nicht mehr anders geht, sich zurückziehen, oder die sich sachlich bis hoch dramatisch präsentieren, oder die ihre Validierungen aus dem weiten Spannungsbogen zwischen dem Rekurs auf ihre Biografie und der Herstellung ästhetischer Stimmigkeit gewinnen.

Sowohl bei biografischen Narrationen als auch bei themenzentrierten Experteninterviews sind also starke strukturelle Ähnlichkeiten festzustellen.

*Dies macht die Konsistenz dieser Typik der interaktiven Kommunikation aus.*

Um nun in Teil 4 die Eingangsfrage der Arbeit nach Alternativen im gesamten Sterbehilfediskurs zu beantworten, muss einerseits die Kohärenz und Konsistenz jener Typik nicht nur auf der Interaktionsebene, sondern auf allen drei sozialen Organisation nachgewiesen werden. Andererseits muss gezeigt werden, aus welchen Fehlschlüssen die Alternativlosigkeitsbehauptungen der gängigen Topoi des Sterbehilfediskurses resultieren. Dazu werden in Abschnitt 4.1 die Analyseergebnisse von Teil 1 bis 3 hinsichtlich ihrer parallelen Kontexturen und ihrer kategorialen Unterschiede zusammengefasst.

Unter Berücksichtigung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede können dann in Abschnitt 4.2 jene gängigen Topoi in praxisrelevante materiale Thesen und in Abschnitt 4.3 in formale Thesen umformuliert werden.

## Teil 4 Das gute Sterben – kommuniziert

In Teil 1, Teil 2 bzw. Teil 3 der Arbeit wurde der jeweils auf dem gesellschaftlichen, organisationellen bzw. interaktiven Ordnungsniveau laufende Sterbehilfediskurs typisiert.

In Teil 4 wird nun einerseits die Konsistenz dieser Typiken nachgewiesen, indem ihre Parallelen auf den verschiedenen Ordnungsebenen aufgezeigt werden. Dieser Aufweis ist notwendig, um den Umgang mit dem Sterbehilfethema als sozial bedingt – und daher unter jeweils anderen Bedingungen auch immer anders möglich - vorzustellen. Dieser Nachweis reicht aber nicht aus, um die Alternativlosigkeitsbehauptungen gängiger Topoi zu revidieren. Vielmehr müssen auch kategoriale Unterschiede der drei sozialen Ordnungsniveaus berücksichtigt werden, um realistische von unrealistischen Versuchen zur Verbesserung des Sterbehilfediskurses unterscheiden zu können.

So wird also in Abschnitt 4.1 einerseits die Konsistenz der Typiken des Sterbehilfediskurses anhand ihrer Parallelität auf den drei sozialen Ordnungsebenen aufgezeigt. Andererseits wird aber auch die kategoriale Verschiedenheit der drei sozialen Ordnungsebenen vorgestellt, denn sowohl die Konsistenz der Typiken als auch die Eigenart jeder der drei sozialen Ordnungsebenen bilden die Ausgangsbasis für eine Kritik und Modifikation der gängigen Topoi des Sterbehilfediskurses.

In Abschnitt 4.2 wird diese Kritik ausgeführt, indem die gängigen Topoi mit ihren Inkonsistenzen konfrontiert und durch praxisrelevante materiale Thesen revidiert werden. In Abschnitt 4.3 werden diese materialen Thesen in theoretischer und methodologischer Hinsicht diskutiert und in die Gestalt formaler Thesen zur praktischen Selbstanwendung in der Soziologie gebracht.

### 4.1 Gesamtüberblick: Ist die hier aufgestellte Typik des Sterbehilfediskurses kohärent und konsistent?

Der nun folgende kurze Gesamtüberblick soll zeigen, wie die in Teil 1, 2 und 3 hergestellten Typiken der Funktionalisierten (Typ 1), der Normativen (Typ 2) und der Reflexiven (Typ 3) in allen drei sozialen Ordnungsniveaus aufscheinen. Diese Untersuchung schließt an die von IRMHILD SAAKE, ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (2002: 249) vertretene generelle These an. Sie lautet, dass dann, wenn die von den Texten selbst erzeugten „Kontexturen“<sup>155</sup> auf Parallelen hin untersucht werden, die „Gemeinsamkeit des genuin Sozialen“ herausgestellt werden kann. Immerhin soll ja solche Gemeinsamkeit für die Kohärenz der aufgestellten Typiken bürgen. So wird

---

<sup>155</sup> Der bereits in Teil 1 eingeführte soziologische Kunstbegriff der Kontextur wird z.B. von GEORG KNEER und ARMIN NASSEHI (<sup>4</sup>2000; zuerst 1993: 136) gleichbedeutend gesetzt mit der jeweiligen einfachsten, basalen und daher alle weiteren Unterscheidungen anführenden Leitunterscheidung eines sozialen Systems.

- in *Abschnitt 4.1.1* anhand von in *Übersicht 1* überprüft, ob und wie die Kontexturen der drei Typiken auf allen drei sozialen Ordnungsebenen parallelisiert werden können. Darüber hinaus soll aber auch
- in *Abschnitt 4.1.2* die Eigenart jeder der drei sozialen Ordnungsebenen herausgestellt werden, da sie von den gängigen Topoi des Sterbehilfediskurses nicht berücksichtigt wird.

#### 4.1.1 *Ist die hier vorgestellte Typik des Sterbehilfediskurses kohärent?*

In den ersten drei Teilen dieser Arbeit wurde exemplarisch an drei Textgruppen, nämlich soziologischen Theorien und Methodologien, organisationellen Verlautbarungen und Interviewtexten, gezeigt, wie die Kontingenz des Sterbens durch drei trennscharf voneinander unterscheidbare Strategien bearbeitet wird: Entweder wird sie durch ständiges Anpassen an Situationen, an Postulate, ja schon an Definitionen klein gehalten, oder sie wird durch hierarchische Wertungen kontrolliert und wegselegiert, oder aber sie wird als Möglichkeit zur Selbstvervollkommnung genutzt.

Anhand von *Übersicht 1* kann nachvollzogen werden, wie jede der drei Textgruppen dadurch, dass sie vorwiegend auf einer der drei Sinndimensionen des Sozialen, Sachlichen oder zeitlichen ihre Anschlüsse herstellt, ihre jeweils systemspezifische Struktur des Funktionierens oder Normierens oder Reflektierens aufbaut und so ihre jeweiligen Kontexturen erzeugt und festigt.

#### *Übersicht 1: Parallele Kontextur des Sterbehilfediskurses auf den sozialen Ordnungsebenen*

<i>Sinndimensionen des Sterbehilfediskurses</i>	<i>Typik auf der sozialen Ordnungsebene der Interaktion (Biografen bzw. Experten)</i>	<i>Typik auf der sozialen Ordnungsebene der Organisation</i>	<i>Typik auf der sozialen Ordnungsebene ausdifferenzierten Funktionssysteme</i>	<i>Kontexturen des Sterbehilfediskurses</i>
Sozial-	Typ 1: flexibel Funktionierende	Phase 1: Reine Sterbehilfe	Für Andere Funktionierende	„gleich“
Sach-	Typ 2: Normative	Phase 2: ausdifferenzierte Sterbehilfeformen	Normgeber	„wahr/falsch“ „oben/unten“
Zeit-Dimension	Typ 3: dazulernende (Selbst)-validierer	Phase 3: Sterbebegleitung als neue Unschuld	die eigenen (Um-) positionierungen Reflektierende	„früher/jetzt“

Die *Übersicht 1* weist in allen drei sozialen Ordnungsebenen - der Interaktion, der Organisation und der ausdifferenzierten Funktionssysteme – ähnliche Typen und wiedererkennbare Kontexturen auf. Wie es dazu kommt, wird nun unter Rückgriff auf Analyseergebnisse der ersten drei Teile dieser Arbeit gezeigt:

*Typ 1:*

Eine *erste Typgruppe* ist auf der *Interaktionsebene* in Gestalt der sich Funktionalisierenden nachweisbar. Diese Gruppe vom *Typ 1* hält durch ihr flexibles Funktionieren die Dinge immer weiter so am Laufen, wie sie eben laufen. Gleich ob als Beforschter oder als Forscherin gehen Personen dieser Typgruppe von Konsens aus. So halten sie Kontingenz, also die ganze Vielfalt weiterer Möglichkeiten, insbesondere die Option des klaren Neinsagens, verdeckt. Dies geht z.B. in Interview BK. oder AY. so weit, dass die erzählten Personen nach einer Flucht zwar unter anderen inhaltlichen Umständen, aber strukturell auf immer gleiche, nämlich sich anpassende Weise weiter funktionieren.

Auch auf der *organisationellen Ebene* sind derart sich funktionalisierende soziale Systeme beobachtbar. So operieren organisationelle Sprecher der *Phase 1* vorwiegend in der Sozialdimension, wenn sie auf Konsens über Begriffsgebrauch und Vorgehensweisen setzen. Indem sie vage und unreflektiert von reiner Sterbehilfe reden, können sie z.B. den Sterbehilfebegriff problemlos mit indizierter ärztlicher (Nicht-)behandlung gleich setzen.

Ebenso ist auf der Ebene *ausdifferenzierter Funktionssysteme* dieser *erste Typus*, wie in Teil 1 gezeigt, am Beispiel sich funktionalisierender Soziologie auszumachen. Diese Soziologierichtung schaut nach Gleichem aus, lässt Ungleiches und dessen Eigenwert außer Acht und macht sich so für Andere - z.B. für politische Entscheider oder Patientenschutzorganisationen ganz bestimmter Richtungen - zur Lieferantin erwünschter Daten.

Die *Kontextur* dieses *ersten Typus*, der vorwiegend in der Sozialdimension operiert und sich dadurch auf Gleiches, Angleichung, Anpassung hin strukturiert, ist also *auf allen drei sozialen Ordnungsdimensionen* wiederzuerkennen.

*Typ 2:*

Eine *zweite Typgruppe* stellt ihre Anschlüsse vorwiegend in der Sachdimension her.

Auf dem Ordnungsniveau der *Interaktion* ist dieser *Typ 2* in Gestalt normativer Biografen oder Normen setzender Experten beobachtbar. Solche als Wegweiser auftretende Sprecher können die Richtigkeit ihrer Konzepte von der Unrichtigkeit anderer Konzepte unterscheiden. Von ihnen muss sich auch die Forscherperson korrigieren, aufklären, zurückdrücken lassen. Sie erhält Anweisungen von diesen präzise ausgebildeten oder selbsternannten Experten, wie sie ihre Fragen zu stellen hat, welche Themen sie ansprechen und welche sie nicht zur Sprache bringen soll.

Auch *Organisationen* können sich als *Normsetzer* etablieren, indem sie sich als sachlich zuständig für das gute Sterben konstituieren. Sie können sich als Einrichtungen zur Herstellung sozialer Ordnung oder als Institutionen für Beratung und Betreuung Schwerstkranker und Sterbender anbieten.

Paradigmatisch für die *ausdifferenzierten Funktionssysteme* wurden normgebende Soziologierichtungen vorgeführt. Sie geben ihre methodologischen und theoretischen Vorschriften als Grundlagen richtiger Sozialforschung aus, welche letztlich zur Besserung der Gesellschaft führen soll.



Auch diese zweite Typgruppe, die ihre Anschlüsse vorwiegend in Sachkontexten herstellt, ist also auf allen drei sozialen Ordnungsniveaus beobachtbar. Sie formiert ihre typische Kontextur, indem sie immer wieder auf die basale Unterscheidung eines hierarchischen *Wahr/Falsch* oder *Gut/Schlecht* oder *Oben/Unten* zugreift und dabei den zweiten Wert nicht näher reflektiert, sondern das, was sie als *falsch*, *schlecht*, *unten* definiert, kategorisch ablehnt.

*Typ 3:*

Eine *dritte Typgruppe* ist in Gestalt sowohl des reflexiven *Typs 3* der *biografischen Narrationen und Experteninterviews* als auch der *unschuldigen Sterbebegleitung in Phase 3 organisationaler Verlautbarungen*, wie auch in Gestalt *reflexiver Soziologie(en)* beobachtbar. Alle diese Texte greifen immer wieder auf ihre Vorgeschichte zu, indem sie zeitrelative Früher-Jetzt-Unterscheidungen vornimmt. Auch diese dritte Typgruppe bildet also ihre Kontextur auf allen drei sozialen Ordnungsniveaus aus.

Dieser kurze Überblick über die Analyseergebnisse von Teil 1, 2 und 3 der Arbeit zeigt, - alle vorgestellten Texte bilden ihre jeweilige Kontextur selbst aus, indem sie innerhalb ihres jeweiligen - sozialen, sachlichen, zeitrelativen - Kontextes immer wieder auf ihre jeweilige Basisdifferenz zurückgreifen, so dass

- über alle drei sozialen Ordnungsniveaus hinweg anhand der Basisdifferenzen „gleich/ungleich“ oder „wahr/falsch“ oder „früher/jetzt“ ihre strukturellen Kontexturen parallelisiert werden können.

Damit ist die Konsistenz der hier aufgestellten Sterbehilfetypik der Funktionalisierten, der Normativen und der Reflexiven nachgewiesen.

Diese Typisierung des Sterbehilfediskurses ist freilich nicht im Hinblick auf Inhalte, sondern nur im Bezug auf seine Struktur konsistent. Es kann auch keinen Vorrang einer vor den jeweils anderen Typgruppen geben: Der sich funktionalisierende oder normative oder reflexive Typus ist kein Wert an sich. Vielmehr operieren soziale Systeme jeweils gemäß ihrer Eigenlogik, mit ihren eigenen kommunikativen Mitteln, die sie selbst nach und nach aus dem ständigen Rekurs auf ihre basalen Unterscheidungsweisen formen und festigen.

Die Gemeinsamkeit der auf allen drei sozialen Ordnungsniveaus parallelisierbaren Kontexturen hat wohl Talcott Parsons verleitet, nach einer gesellschaftlichen Konstante zu suchen. Er spricht diese Funktion der Kultur echter Gemeinschaft zu: Echte Gemeinschaft habe die Erhaltung der (bestehenden amerikanischen) Gesellschaftsstruktur zu garantieren

Auch Jürgen Habermas scheint sich von dieser Gemeinsamkeit zu einer ähnlichen Vorstellung verleiten zu lassen: Er nimmt an, dass die Interaktion aller von einem Thema Betroffenen (zumindest virtuell) als herrschaftsfreier Diskurs organisiert werden könne, in welchem das beste Argument gewinne.

Nun gibt es aber keine übergeordnete fachliche Instanz, die - für alle bindend - kommunitaristische Gemeinschaft als immer gesellschaftserhaltend garantieren könnte. Auch Entscheidungen können nicht von einer übergeordneten vernünftigen Wesenheit herrühren, die für den Sieg des besten Arguments sorgen könnte, da es doch der unhintergehbaren Perspektivität der verschiedenen Teilnehmer wegen nur eine Vielfalt ‚bester‘ Argumente geben kann. Entscheidungen können zwar organisiert werden, aber auch dann kann nur nach den Regeln der jeweiligen Organisation entschieden werden.

Gesellschaftliche Ordnung beruht also nicht auf der Steuerung durch *ein* von allen anderen Systemen als Oberstes anerkanntes Funktionssystem oder durch *eine* privilegierte Organisation. Ähnliches gilt für Interaktion unter Anwesenden: Ihr Ablauf kann zwar sorgfältig vorausgeplant sein. Aber sie kann - schon je nach ihrem organisationellen und gesellschaftlichen Kontext – zur Überraschung der Teilnehmer sehr unterschiedlich ablaufen.

Wir müssen daher eher von gesellschaftlicher Selbst-Formierung sprechen, die bene nicht auf einer Steuerung durch „die“ Gesellschaft beruht. Eine solche allem übergeordnete eine Macht kann es gar nicht geben, denn Gesellschaft besteht genau aus all den - jeweils perspektivischen - Beobachtungen und den - jeweils eigenlogischen - Operationen aller einzelnen Funktionssysteme, Organisationen und Interaktionen – nicht mehr und nicht weniger. Vielmehr kann die derzeitige Form westlicher Gesellschaft(en) als Ergebnis historischer, also kontingenter Ausdifferenzierungen von Funktionssystemen, Organisationen, Personkonzepten beschrieben werden, die jeweils aus *ihrer* Perspektive beobachten, *ihre* Bezeichnungen verwenden, *ihre* Wertungen liefern.

Weil also das Niveau der Operationsweise eines sozialen Systems nicht ignoriert werden kann, ohne dass damit an den Möglichkeiten und Grenzen seiner Anschlüsse vorbei gesehen wird, erweisen sich diese operativen *Niveaunterschiede der sozialen Ordnungsebenen als kategorial*.

Sowohl Parsons als auch Habermas, die beide großen Einfluss auf gesellschaftstheoretische Ansichten nehmen, berücksichtigen also erstens nicht, dass die Parallelität der Kontexturen nicht die Inhalte der Kommunikation auf allen drei sozialen Ordnungsebenen betrifft, umso mehr aber deren Struktur. So sehen sie an der sozialen Tatsache vorbei, dass Kommunikation unhintergehbare perspektivisch läuft. Zweitens vernachlässigen sie die operativen Niveaunterschiede der sozialen Ordnungsebenen, auf welchen sich Kommunikation abspielt.

So muss es nicht verwundern, wenn auch die gängigen Topoi erstens nicht zwischen Inhalten und Strukturen des Sterbehilfediskurses unterscheiden und zweitens die Niveaunterschiede des Sterbehilfediskurses ignorieren. Damit hinreichende Grundlagen für eine fundierte Kritik an jenen Topoi geliefert werden können, werden nun in *Abschnitt 4.1.2* kategoriale Eigenarten der drei sozialen Ordnungsniveaus aufgezeigt.

#### 4.1.2 Unterscheiden sich die sozialen Ordnungsniveaus kategorial?

Um außer Gemeinsamkeiten auch kategoriale Eigenheiten der drei sozialen Ordnungsniveaus aufzeigen zu können, muss die oben vorgeführte These von den Gemeinsamkeiten der gesellschaftlichen Ordnungsebenen durch eine darüber hinausgehende systematische These reformuliert und anhand der Übersicht 2 plausibel gemacht werden:

*Systematische These der sozialen Herstellung des Sterbens:*

*Um realistische von unrealistischen Postulaten unterscheiden zu können, müssen sowohl gemeinsame Kontexturen als auch kategoriale Niveaudifferenzen des Sterbehilfediskurses beachtet werden.*

Übersicht 2: Kategoriale Eigenart der sozialen Ordnungsniveaus

<i>Ordnungsniveau</i>	<i>Entscheidende Anschlüsse in der Sinndimension des</i>	<i>Personen als Adressen für Selbst- bzw. Fremdzuschreibungen</i>
der Interaktion: Biografen bzw. Experten	Sozialen: - soziales Sichanpassen - soziales Dominieren - sozial anders, aber äquivalent fungieren	Ich und Anderer, unter der Bedingung doppelter Kontingenz adressierbar
ausdifferenzierter Funktionssysteme	Sachlichen: - sachliches Entindividualisieren - sachliches Objektivieren - sachlich schlüssige Theoriebildung	ausselegierte Rechts-, Patienten-, Experten ... personen
der Organisation	Zeitlichen: - zeitliche Vernetzung und Delegation von Aufgaben - zeitliche Priorität von Entscheidungen - Zugreifen auf die eigene Organisationsgeschichte	nach sachlich revidierbaren und zeitlich limitierbaren Regeln fungierende Personen

Wie aus der zusammenfassenden Übersicht 2 ersichtlich, ist das

- *Ordnungsniveau der Interaktion*

dadurch charakterisiert, dass Anschlussselektionen vorwiegend in der *Sozialdimension* vorgenommenen werden: Anschlüsse finden hier unter (zumindest virtuell) Anwesenden und damit auf einfachem Ordnungsniveau statt, denn *nur einer* kann *gleichzeitig* sprechen, und nur ein Thema kann gleichzeitig behandelt werden. Interaktion ist flüchtig und baut daher Dauerbestätigungen ein („hm – hm“; „aha“). Jene Dauerbestätigungen weisen auf die - doppelte - Kontingenz interaktiver Kommunikation hin, denn Ego muss Alters Reaktionen auf seine, Egos, Rede vorwegnehmen und umgekehrt. Ebenfalls muss Ego wie auch Alter unterscheiden, wie eine Rede gesagt und wie sie im Hinblick auf ihn gemeint ist, um anschließen und damit *sein* ‚Verstehen‘ zeigen zu können. So signalisieren jene Dauerbestätigungen sinnhaftes - nicht unbedingt inhaltlich sinnvolles - Anschließen und garantieren damit das Weiterlaufen der Kommunikation.

Auf der Interaktionsebene werden freilich auch *Sachinhalte* diskutiert. Sachliche Kommunikation kann auf der Interaktionsebene aber strukturell entscheidende Wendungen annehmen, indem sie durch

- *soziales* Sichanpassen - „Frau BX, glaub’n mer ganz fest, dass das morgen hilft.“ ( BX. III 6f) -, oder
- *soziales* Dominieren - „Wenn Sie Patienten so wie mich, und ich bin jetzt ein Patient, so was fragen: das löst schon Ängste aus [...] Fragen nach dem Leben, würde ich lieber beantworten wollen [...]“ (NO. 28) -, oder
- *soziales* Einlenken - die Forscherin gehorcht NO., indem sie von Fragen zur Sterbebegleitung ablässt und Fragen nach ihren Lebensplänen stellt (NO. 28) -

weitergeführt oder zum Abschluss gebracht wird.

Auf der Interaktionsebene zeigen sich also unmittelbar adressierbare Personen, die vielgestaltige Zuschreibungen erfahren, darauf flexibel reagieren und ihrerseits vielgestaltige Zuschreibungen formulieren können.

Dagegen ist Kommunikation auf dem

- *Ordnungsniveau ausdifferenzierter Funktionssysteme*

nicht ohne weiteres individualisierbar. Wenn überhaupt, dann ist dies nur mit Hilfe von Organisationen möglich.. Weder *die* Medizin noch *das* Recht noch *die* Religion selbst stellt ein belangbares Individuum dar. Die auf diesem hohen sozialen Ordnungsniveau erzeugten Erkenntnisse und Regelwerke müssen vielmehr ausdrücklich und nachweisbar bestimmten Autoren zugeschrieben werden. Gleichzeitig suggerieren die – wiederum von Organisationsbildung abhängigen - Möglichkeiten der Verschriftung, Kodierung, Datenabsicherung und Verbreitung einen Anspruch auf dauerhafte Richtigkeit, welche von allem Zufälligen, Situationalen, Subjektiven frei sein soll.

Dieser Anspruch auf objektive und dauerhafte Richtigkeit von Erkenntnissen zeigt sich z.B. an der von vielen Akademikern geübten Praxis, von der Perspektivität der eigenen Fakultät abzusehen. So wird als alternativlos notwendig vorgestellt, was - aus anderer Perspektive - als auch anders möglich gesehen werden könnte.

Erst reflexive Praxen der Theoriebildung halten den Blick auf Alternativen offen. Zu diesem kritischen Beobachten eigener Perspektiven kann es kommen, wenn sich Sprecher gesellschaftlicher Funktionssysteme vernetzen, also organisieren:

Die Kommunikation auf dem

- *Ordnungsniveau der Organisation*

ermöglicht also die Bearbeitung hoher Komplexität:

In Organisationen können gleichzeitig inhaltlich unterschiedliche Aufgaben bearbeitet werden. Jene Aufgaben können mit unterschiedlichsten Bereichen ausdifferenzierter Funktionssysteme zu tun haben. So können Kliniken existieren, weil sie u. a. über Abteilungen verfügen, die wirtschaftliche Fragen klären.

*Organisationen* lösen ihre – selbst, etwa durch ihren Zuständigkeitsanspruch, hergestellten – Probleme, indem sie diese von einander trennen oder vernetzen, zeitlich festlegen oder zeitlich verschieben, selbst durcharbeiten oder an andere Organisationen delegieren.

*Ausdifferenzierte Funktionssysteme* können in Organisationen sichtbar werden: Medizin kann z.B. in Intensivstationen oder Palliativstationen staatlicher, kommunaler, kirchlicher oder privater Träger ausgeübt werden. In der Organisation einer bestimmten medizinischen Einrichtung kann z.B. durch die Regelung von Mitgliedschaften eine bestimmte medizinische Vorgehensweise praktiziert werden. So wird etwa der Lebenserhaltung eher auf Rettungs- oder auf Intensivstationen oder der Leidensverringerung eher auf Palliativstationen der Vorrang eingeräumt.

Sehr gut sichtbar wird eine Ausdifferenzierung von Medizinethiken anhand der Etablierung unterschiedlicher medizinethischer Organisationen. Medizinethische Richtungen können sich sozialräumlich – z.B. an bestimmten Universitäten - durchsetzen, indem die jeweilige universitäre Organisation dafür sorgt, dass Ethiker bestimmter Richtungen die Möglichkeit öffentlicher Präsentation erhalten<sup>156</sup> – oder nicht erhalten<sup>157</sup>.

Organisationen ‚leben‘ nicht nur von der Bearbeitung sachlicher Themen, sondern gleichzeitig auch von *Interaktionen*. Aber das Abnicken und Begründen von - auch auf inoffiziellen Wegen qua Interaktion unter Anwesenden vorbereiteten - Entscheidungen kann zeitgerecht auch bei Abwesenheit der Entscheidungsträger z.B. auf dem Schriftweg vor sich gehen. Wirksam können die mitgeteilten, gedruckten, veröffentlichten Sätze zu dem Zeitpunkt werden, an dem sie als Entscheidung der jeweiligen Organisation bzw. ihrer Sprecher kenntlich gemacht werden.

Organisationen operieren bei ihrer Entscheidungsfindung *rekursiv*, indem sie auf ihre Vorentscheidungen, also auf ihre eigene Organisationsgeschichte, zurückgreifen. Dies wurde u. a. am Beispiel der Palliativstation Johannes von Gott gezeigt: Sie sich – wie alle anderen Palliativstationen auch - für Demenzpatienten als nicht zuständig. Sie begründet diese Entscheidung unter Rekurs auf ihre Organisationsgeschichte, die mit der lindernden Pflege von terminal erkrankten Aids- und Krebspatienten beginnt, und aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Erstattung stationärer Kosten durch die Krankenkassen. Organisationen fällen also ihre Entscheidungen letztlich in der *Zeitdimension*.

Indem zeitrelativ entschieden wird, können auf der Organisationsebene soziale mit sachlichen Themen verbunden werden. Organisationen fungieren also als unverzichtbare Scharniere zwischen dem Ordnungsniveau der ausdifferenzierten Funktionssysteme einerseits und der Interaktionsebene andererseits. – man könnte in diesem Zusammen-

---

<sup>156</sup> In diesem Zusammenhang ist auch an das Institut der Konkordatslehrstühle zu erinnern. Nach Wikipedia, Stand: 2008-10-15 können gemäß §5, Art. 3 des derzeit aktuellen Konkordatstextes Professoren nur dann auf einen Konkordatslehrstuhl berufen werden, wenn „hinsichtlich ihres katholisch-kirchlichen Standpunktes keine Erinnerung zu erheben“ seien.

<sup>157</sup> Die in Tel 2 der Arbeit angeführten Beispiele Hoerster und Singer zeigen, dass öffentliche Vorträge von Wissenschaftlern anderer Ausrichtung organisationell unterbunden werden können.

hang auch sagen: Organisationen ermöglichen die Verbindung zwischen Individuen und Gesellschaft:

So muss jeder, der als Arzt oder Pfleger oder Angehöriger oder Patient mit Palliative Care zu tun haben will oder muss, nicht nur Voraussetzungen mitbringen, die von der jeweiligen Organisation festgelegt worden sind, sondern auch einen Vertrag unterschreiben, also eine – zeitlich festgelegte - Bindung eingehen.

Jeder, der mit Recht etwas zu tun haben will oder muss, muss sich z.B. als Klient in einer Kanzlei, oder als Kläger oder Angeklagter bei Gericht einfinden. So kann z.B. auch die hohe Problematik der Kosten, die von Medizinethikern gerne verschwiegen wird, weil sie so wenig zu deren Hospizlichkeitsforderungen passt, organisationssoziologisch entfaltet werden: In Organisationen werden zugleich mehrere gesellschaftliche Teilsysteme – und eben auch ökonomische Fragen - bearbeitet.

Der konkrete Akteur muss sich also in eine mehr oder weniger hierarchische Organisationsmitgliedschaft hineinbegeben. Durch solche Mitgliedsfunktionen ist er verschiedenen Funktionssystem zu verschiedenen Zeiten auf jeweils verschiedene Weise, nämlich z.B. dem Medizinsystem ausdrücklich als Patient, oder dem Rechtssystem als Rechtsperson, verbunden. Als dauerhaft Ganzer ist er nirgends aufzufinden.

Die Unverzichtbarkeit der organisationellen Scharnierfunktion besteht also auch darin, dass sie Personen im Hinblick auf gesellschaftliche Funktionssysteme spezifisch adressierbar macht und genau dadurch den ganzen Menschen respektvoll in Ruhe lässt.

Die Unverzichtbarkeit der organisationellen Scharnierfunktion wird umgekehrt auch daran sichtbar, dass sich individuelle Akteure ihrerseits – z.B. durch Gründung öffentlich zugänglicher Gruppen – selbst organisieren und dadurch ihre Sätze z.B. als Mitglieder oder Leiter von Selbsthilfegruppen öffentlich, wahrnehmbar, rezipierbar, kommentierbar, modifizierbar, widerlegbar machen können.

Jedes der drei vorgestellten sozialen Ordnungsniveaus weist also Eigenarten auf, die sich von denen der jeweils anderen Ordnungsniveaus kategorial unterscheiden.

Nachdem nun der Nachweis für die strukturelle Parallelität der Kontexturen und Nachweis für die kategorialen Unterschiede der drei gesellschaftlichen Ordnungsebenen erbracht ist, können in *Abschnitt 4.2* gängige Topoi des Sterbehilfediskurses auf ihren Realitätsbezug hin untersucht und revidiert werden.

#### 4.2 *Revision gängiger Topoi des Sterbehilfediskurses*

Aus philosophischer Sicht kann die Revision gängiger Topoi des Sterbehilfediskurses durch realistischere Thesen als nicht weiter diskussionswürdige Trivialität bezeichnet werden. So ist ohne weitere Untersuchung evident, dass die Forderung, über alles reden zu sollen, unerfüllbar bleibt, schon weil nicht jeder über alles mit sich reden lässt.

Ebenso aus sprachphilosophischer Sicht: Weil die (meisten) Sprachen nicht nur Ja-, sondern auch Nein-Stellungnahmen zulassen, können jene Topoi, die Einheit, Konsens, Herstellbarkeit gleicher Augenhöhe voraussetzen, ohne weitere Nachweise als einseitig

bezeichnet werden. Auf den ersten Blick ist es also trivial, die gängigen Topoi des Sterbehilfediskurses zu kritisieren.

Aus soziologischer Perspektive kann jedoch die Revision solcher Topoi dann zur nicht-trivialen Operation werden, wenn sie als nur eine unter anderen Möglichkeiten, Sichtweisen einzunehmen, nachgewiesen wird. Solche Umformulierungen werden also dann soziologisch relevant, wenn sie – z.B. mit DIRK BAECKER (1995: 101ff) - nicht nur auf Ausgangszustände, Endzustände, Übersetzungsregeln und Operatoren hin analysiert werden, sondern indem auch das „Moment der Selbstreferenz“ einbezogen wird. Transformationen sind also als von selbstgemachten Festlegungen abhängige Operationen zu beschreiben.

Wenn nun in den folgenden Abschnitten gängige Topoi in materiale d.h. alltagspraxistaugliche und in formale d.h. wissenschaftstaugliche Thesen umformuliert werden, um den Sterbehilfediskurs zu verbessern, dann ist davon auszugehen, dass es sich bei diesen Verbesserungsvorschlägen um perspektivische Setzungen handelt. Theoretische Ausgangsbasis ist ein Konstruktivismus, der besagt, dass soziale Wirklichkeit nicht vorgefunden, sondern mit jeder Formulierung neu hergestellt wird.

Bereits in den Teilen 1, 2 und 3 der Arbeit wurde gezeigt, wie herkömmliche Topoi die Gesellschaft und die Individuen bessern wollen, indem sie nach dem Muster „mehr desselben“ immer wieder Hospizlichkeit postulieren. Solche Besserungsregeln definieren einen Ausgangspunkt als gänzlich unerwünschten und setzen einen Endpunkt als einzig erwünschten fest. Sie verlangen den Akteuren, also Organisationen und Personen, das Erreichen des gewünschten Endpunkts ab, ohne dass unerwünschte Reste oder Lücken zurückbleiben dürfen. Empirisch ist jedoch zu beobachten, wie sich - trotz oder wegen? - des ständigen Postulierens hospizlicher Organisationen und reflexiver selbstverantwortlicher Subjekte die Klagen über die defiziente Gesellschaft steigern.

Wird Änderung dagegen nicht als Eins-Zu-Eins-Übersetzung, sondern als hoch selektives Geschehen aufgefasst, dann sind neue Elemente nur „als emergentes Produkt des Übersetzungsvorgangs selber“ plausibel zu machen. Beim Umformulieren gängiger Topoi in materiale, in der alltäglichen Praxis anwendbare Thesen und in formale, der Sozialwissenschaft dienliche Thesen muss also das Moment der Selbstreferenz einbezogen werden.

Um nun Änderungsvorschläge für eine bessere Führung des Sterbehilfediskurses vorlegen zu können, wird in mehreren Stufen vorgegangen:

In *Abschnitt 4.2.1* werden die Charakteristik einiger gängiger Topoi des Sterbehilfediskurses herausgestellt.

In *Abschnitt 4.2.2* wird allgemein gezeigt, wie jene Topoi an der Vielfalt von Persontypen vorbeisehen, und wie sie in handlungsleitende materiale Thesen so umformuliert werden können, dass Selbstreferenz praktiziert werden kann.

*Abschnitt 4.2.3* konzentriert sich auf das Thema Patientenvorsorge. Dieser Topos wird auf das Zusammenpassen von Normkonzepten hin untersucht mit dem Ziel, nicht nur

normativ nach Üblichem und Richtigem, sondern auch selbstreflexiv nach alternativen Möglichkeiten zu fragen.

*Abschnitt 4.2.4* beleuchtet den doppelten Totalanspruch der neuen *Ars moriendi*, die den Neuen Menschen zum moralischen Subjekt machen und so die kalte Gesellschaft heilen will. Dieser Totalanspruch wird auf seine Inkonsistenzen hin untersucht und so in die These der Grenze des Sozialen umformuliert, dass sich Adressierte je nach Funktion in der Gesellschaft oder als deren unerreichbare Grenze wiederfinden.

#### 4.2.1 Die gängigen Topoi des Sterbehilfediskurses: Dimensionen und Charakteristik

##### *Übersicht 3: Normative Topoi der Sterbebegleitung*

<i>Topos</i>	<i>Postulat</i>	<i>Argument</i>	<i>Charakteristik und Funktion</i>
Topos 1: „über alles reden!“	Teile thematische Inhalte!	damit Sterbebegleitung gelingt, müssen alle Beteiligten über alles informiert sein	normatives Modell inhaltlichen Verstehens: Selbstkonstituierung sachlich potenter Personen und Organisationen durch die Fiktion rationaler Steuerung
Topos 2: „gleiche Augenhöhe!“	Gleiche Konfliktpotential aus!	damit Sterbebegleitung gelingt, muss der Experte den Patienten als moralisch und emotional gleichwertig ansehen	normatives Modell emphatischen Verstehens: Selbstkonstituierung sozial potenter Personen und Organisationen durch die Fiktion moralisch-emotionaler Gleichstellung
Topos 3: Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!“	Entscheide vorsorglich selbst über dein eigenes Sterben!	damit Sterben gebessert werden kann, muss es individualisiert werden	normatives Modell individuellen Verstehens: Selbstkonstituierung von Personen und Organisationen durch das Instrument der Patientenvorsorge
Topos 4: „Neue Ars moriendi gegen die kalte Gesellschaft!“	Heile die kalte Gesellschaft, indem du dich lebenslang selbstverantwortlich auf dein eigenes Sterben hin entwirfst!	Die Gesellschaft ist wesentlich entindividualisiert. Nur der selbstverantwortlich sich individuell auf seinen Tod hin entwerfende Neue Mensch kann eine neue Gesellschaft schaffen	normatives Modell totalen Verstehens: Moralzuweisungen an die – namenlose – Adresse der Gesellschaft und des Neuen Menschen als Alibi für die Selbstkonstituierung moralisch integerer Personen und Organisationen

In *Übersicht 3* werden einige ausgewählte gängige Topoi und ihre dahinterstehenden Postulate und ihre Verstehensbegriffe als typische Semantiken des Sterbehilfediskurses vorgestellt. In *Abschnitt 4.2.2* werden anhand der jeweiligen Postulate, Argumente und Charakteristiken die Einseitigkeiten und Inkonsistenzen der vier ausgewählten Topoi aufgezeigt und anschließend durch materiale Thesen revidiert.



#### 4.2.2 *Sterbebegleitung: selbstverständlich oder notwendig oder wie ermöglicht?* *Revision der Topoi durch materiale Thesen*

Am Beispiel des Topos 1 und 2 wird die allgemeine Charakteristik überfordernder Postulate (Teilen gleicher Inhalte, Herstellen gleicher Augenhöhe) beleuchtet. Am Beispiel des Topos 3 (Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!) wird aufgedeckt, wie nicht an der Diversität der Einstellungen zu Sterbehilfeformen und Patientenvorsorge vorbei gehen werden kann.

Schließlich wird der Topos 4 (Neue Ars moriendi gegen die kalte Gesellschaft!) als Paradigma eines modernen Totalitarismus aufgedeckt.

Bei jedem der vier Topoi werden die Einseitigkeiten der dahinterstehenden Postulate durch weniger voraussetzungsvolle, zur praktischen Anwendung geeignete Thesen modifiziert.

##### 4.2.2.1 *Teilbarkeit thematischer Inhalte oder Angebot der Gesprächsfolie?*

###### *Topos 1 „über alles reden!“: Postulat des Teilens von Inhalten*

Die von Kübler-Ross über Glaser und Strauss bis Student gestellte Forderung des Topos „über alles reden!“ geht davon aus, dass es nur den einen selbstreflexiven, selbstverantwortlichen Persontyp geben darf, der alles thematisieren, inhaltlich verstehen und nach dem Input-Output-Modell Eins zu Eins übernehmen kann und will. So soll eine wohlinformierte Gemeinschaft gebildet werden, die bei Entscheidungen am Ende des Lebens zu vernünftigem Konsens findet.

Im Gegensatz zu dieser Forderung verweisen schon die in Teil 2 ausgearbeiteten Ergebnisse auch auf Organisationen, die intern nach *ihren* Routinen, nach *ihrer* Sitte, nach *ihrem* Ethos werten. Sie bleiben z.B. auch handlungsfähig, wenn sie vage formulieren und ihre Operationen intransparent halten. Sie erfüllen also nicht die Forderung des Topos 1, alle Beteiligten voll zu informieren.

Auch die Beobachtung der auf interaktioneller und/oder gesellschaftlicher Ebene laufenden Kommunikation zeigt, dass nicht immer über alles geredet werden kann. Versucht man nun, Experten des Typs 1, 2 oder 3 mit biografischen Erzählern (Betroffenen) des Typs 1, 2 oder 3 zu kombinieren, so stellt sich heraus, dass Kommunikation auch dann funktioniert, wenn nicht über alles geredet wird. Dem Topos 1 muss also Einseitigkeit und Widersprüchlichkeit bescheinigt werden.

Um diese Inkonsistenz des Topos 1 besonders genau nachzuweisen, werden nun einige dieser Konstellationen vorgestellt.

###### *Konstellationen mit reflexiven Experten:*

Wenn ein *reflexiver* Experte mit einem *reflexiven* Betroffenen zusammentrifft, kann die Kommunikation gleichgerichtet, also isotop funktionieren. Es kann also, wie Topos 1 fordert, problemlos über alles geredet werden. Eine solche Kombination von reflexiven

Experten mit reflexiven Betroffenen verweist auf eine zeitorientierte, auf ständige inhaltliche Änderungen gefasste Einstellung, in der z.B. (Nicht-)Behandlungsoptionen thematisiert und zur Wahl gestellt werden können. Jeweilige Präferenzen des Begleiteten und des Begleitenden können validiert werden, indem ein Perspektivenwechsel simuliert wird<sup>158</sup>. In dieser Konstellation kann sich z.B. ein Sprecher fragen, was eine Entscheidung für Behandlungsverzicht oder potente Symptomkontrolle oder terminale Sedierung nicht nur für ihn selbst, sondern auch für den jeweils Anderen bedeuten kann. So kann Euthanasie als fehleranfällig - *Fehler in der Euthanasie (EL. 1)* - kritisiert werden. Sie kann aber gleichzeitig als *eine der Expressionen von Sterbebegleitung.(EL. 5)* diskutiert werden. Einem Betroffenen kann mit Alternativvorschlägen auf seinen Suizidwunsch geantwortet werden, ohne dass ihm jedoch der - nachvollziehbar und überzeugend geäußerte – Wunsch ausgedrückt werden will. Es kann auch gesagt werden: *Aber tun Sie es bitte nicht bei uns (EE.: 5)*. Und es kann auch zu Aussagen wie [...] *und er hat es nicht getan (EY. (: 3)* kommen.

In dieser isoton reflexiven Kombination reagiert die Kommunikation also auf Änderung weder instrumentalisiert noch normierend, sondern sie geht einen Schritt von beidem zurück, indem sie die jeweilige Situation, die jeweilige Beziehung berücksichtigt. Bis hierher scheint also der Topos „über alles reden!“ seine Berechtigung aufrecht erhalten zu können.

Aber es gibt zahlreiche weitere Kombinationen mit reflexiven Experten, in denen die Kommunikation vielgestaltig weiterläuft, ohne dass über alles geredet wird: Simuliert man ein Zusammentreffen eines reflexiven Experten mit einem funktionalisierten Patienten, so wird nicht über alles geredet. Vielmehr steht z.B. der momentane Körperzustand des Patienten im Vordergrund. Patientorientiert zu entscheiden heißt angesichts eines funktionalisierten Betroffenen etwa, einen Behandlungsverzicht und eine Symptomkontrolle gerade nicht hinsichtlich aller möglichen Nebenfolgen zu reflektieren. Dennoch zeigen die in Teil 3 ausführlich dargestellten Beispiele der Funktionalisierten, dass sogar eine Thematisierung der Euthanasie möglich ist, solange sie nur hypothetisch und im Hinblick auf Andere erfolgt (vgl. AY.).

Anscheinend bereitet es reflexiven Expertenfiguren in keiner Konstellation Probleme, mit ihren Patienten, Klienten, Ratsuchenden über alles – oder eben auch nicht über alles - zu reden. Sie können hinsichtlich der Rezeptionsmöglichkeiten der Betroffenen differenzieren, gerade weil sie sich weder normativ überdeterminieren noch sich funktionalisieren lassen. Vielmehr werden sie als lernbereite Selbsterforscher sichtbar, die Normenprobleme kognitiv und damit alternativ bearbeiten.

Es fällt auf, dass in solchen Kombinationen mit reflexiven Experten *Gefühle* simuliert werden. Auch diesen Satz bitte ich so zu lesen, dass wir eben nicht wissen können, ob

---

<sup>158</sup> Der Begriff des Simulierens soll hier nicht zur Bezeichnung eines *absichtsvollen* Vorspiegelns falscher Tatsachen verwendet werden. Vielmehr verweist er im Anschluss an WOLFGANG VAN DEN DAELE (2001: 18) auf ein *pro-beweise* angewendetes Verfahren, die Haltung des Als-ob einzunehmen.

der Experte etwa Mitgefühl oder das Gefühl des Schauders hat <sup>159</sup>. Es ist aber vorstellbar, dass zumindest die Haltung des Als-ob eingenommen werden kann. Dieses Sich-Ausprobieren in der Haltung des Als-ob schließt möglicherweise die Begründungslücke, die entsteht, wenn ein reflexiver Experte weder auf immer gleichem Funktionieren noch auf objektiven Richtigkeiten bestehen will.

Das Postulat des Topos „über alles reden!“ ist also schon im Kontext mit einem reflexiven Expertentyp nur teilweise erfüllbar: Nicht in jedem Fall kann über alles geredet werden. Trotzdem funktioniert die Kommunikation – allein schon deshalb, weil gerade im Kontext mit reflexiven Experten alles unter immer neuen Gesichtspunkten thematisiert werden kann.

#### *Konstellationen mit normativen Experten:*

Umso mehr müsste die Einseitigkeit des Topos 1 angesichts eines normativen Experten einsichtig werden, der gar nicht alles, sondern nur das, was für seinen Patienten gut ist, thematisieren will. Auch in solchen Fällen kann nämlich die Kommunikation weiterlaufen, weil erstens ein – ebenfalls normativer – Patient selbst immer schon weiß, was für ihn gut ist, oder zweitens ein funktionierender Patient sich unterordnet, oder drittens ein reflexiver Patient immer weitere Anknüpfungspunkte herzustellen vermag. Dass die Kommunikation in keinem dieser Fälle leidet, sondern – jeweils auf charakteristische Weise – weiterläuft, kann hier noch einmal anhand der Analyseergebnisse von Teil 3 zusammengefasst werden:

Im ersten Fall geht es um eine Konstellation eines (,mündigen’) Patienten mit einem normativen Experten. Dabei kann, aber muss es nicht zu einem ,vernünftigen’ Bündnis hinsichtlich einer sachlich richtigen Behandlung kommen. Bei dieser Konstellation kann auch Position gegen Position stehen. So kann der Patient z.B. eine (an)gebotene Substitution nicht akzeptieren, oder er kann verlangen, dass statt (an)gebotener Palliation alles für die Verlängerung seines Lebens getan wird. Über ,gute medizinische Gründe’ hinaus wird nun das Argument der Willensfreiheit gebraucht: Der Patient muss freiwillig selbst entscheiden, ob er einem Behandlungsvorschlag zustimmt oder nicht.

Der zweite Fall zeigt Konstellationen, in denen der Konfrontation mit eigener Willensfreiheit ausgewichen wird: Wie wir bereits aus dem Interview AY. lernen konnten, kann sich eine mit einer infausten Prognose konfrontierte funktionalisierte Patientin schon dadurch entlasten, dass sie nur das hört, was sie aufzufassen in der Lage ist. Wenn sie dann immer neuen Behandlungsvorschlägen zustimmt, dann muss dies nicht aus freiem, die eigene Lage überblickendem Willen heraus geschehen, sondern weil sie *hofft*.

Im dritten Fall einer Konstellation des normativen Experten mit dem reflexiven Patienten hingegen reicht das Argument der Willensfreiheit allein nicht aus: Wenn der Experte – normativ - eher von der Therapie der Wahl denn von der Wahl der Therapie

---

<sup>159</sup> So verlangt der Leiter niederländischer SCEN-Projekte von sich und anderen Ärzten *Huiver*, was bedeutet, dass man sich beim Leisten von Euthanasie zum Tiefsten [...] unangenehm fühlen soll (EL. 3).

spricht, kann ein reflexiver Patient solche Anordnungen immer noch zeitlich modifizieren (z.B. wie in Interview AE. oder NG. vor der angeordneten Operation noch einen Urlaub einschieben). Hier ist es der Patient selbst, der nicht nur frei nach seinem Willen entscheiden muss, sondern auch die volle Verantwortung für seine Willensentscheidung zu tragen hat.

Die Konstellationen mit einem normativen Experten zeigen also, dass nicht mit jedem Patienten über alle Behandlungsformen und ihre Konsequenzen geredet werden kann und muss. Vielmehr kann ein Patient die Sprecherposition der Ablehnung, der Spontanentscheidung ebenso wie die des selektiven Weghörens einnehmen - und jede dieser Positionen erfüllt die Funktion, die jeweilige Situation zu bewältigen.

*Konstellationen mit sich instrumentalisierenden Experten:*

An den nun folgenden Konstellationen mit einem sich instrumentalisierenden Experten soll ebenfalls gezeigt werden, dass das Postulat „über alles reden“ nicht immer erfüllt werden kann.

So gibt es hilflose Experten - *die wussten nicht, was sie mit der weinenden Frau anfangen sollten* - (AE.: 2), aber sie können, wie in Interview AE. gezeigt, Patienten mit anderen Ansprechpartnern vernetzen.

Ein Arzt kann sich auch vergeblich um die Integration eines fest entschlossenen suizidalen Patienten bemühen: *So was besprechen die Leute gar nicht mit einem. Die machen das einfach. Ich hab' jetzt erst wieder zwei Patienten verloren, also - die waren gar nicht krank, ja. Aber die haben nicht mit mir gesprochen.* (EA.: 2)

Es kann sogar isotope Konstellationen instrumentalisierter Personen geben, die eine funktionierende Kommunikation des Verdeckens und Verschweigens ermöglicht. So kommt es vor, dass sowohl der Arzt bzw. die Pflegeperson bzw. der Betreuer als auch der Betroffene problemlos funktionieren, indem sie weder über den nahenden Tod noch über Folgen palliativmedizinischer Maßnahmen, Begleitung oder gar Euthanasie reflektieren. Vielmehr wird - wie auch immer - schlicht behandelt und von beiden Seiten alles, was damit zusammenhängt, in Kauf genommen. In dieser Konstellation ist die Forderung des Topos „über alles reden!“ also ebenfalls nicht erfüllbar.

#### *Revision durch die materiale These 1 der Gesprächsfolie*

Die hohe Varianz der Strukturen sozialer Systeme hat also gezeigt, dass Kommunikation auch dann funktioniert, wenn die generelle Forderung des Topos „über alles reden!“ nicht erfüllt ist. Zwar kann Systemen, die nicht reflexiv, sondern normativ oder instrumentalisiert funktionieren, sachliche Unaufgeklärtheit oder psychische Defizienz zugeschrieben werden. Aber das Übersehen oder Wegselegieren von Bedrohlichkeiten stellt eine gleichermaßen effektive Strategie der Bewältigung von Ängsten dar wie das reflexive Umtaufen und Validieren. Gerade der Umstand, dass Kommunikation bei allen Typkombinationen weiterläuft, verweist darauf, dass es nicht um das Dass, sondern um das Wie der Kommunikation geht.

Wenn also das normative Postulat inhaltlichen Verstehens nicht generalisiert werden kann, dann muss der Topos „über alles reden!“ in folgende materiale These modifiziert werden:

***Materiale These 1 der Gesprächsfolie***

***Wir können nicht mit Jedem über alles reden. Aber wir können uns als Gesprächsfolie für das Weiterlaufen von Kommunikation anbieten.***

Diese These nimmt Abstand von der Annahme, dass Kommunikation rational gesteuert werden könne. Indem sie dies als Fiktion enttarnt, kann sie freilich auch keine Selbstkonstituierung sachlich potenter Personen und Organisationen versprechen. Vielmehr gilt für Experten ebenso wie für Betroffene, dass jeder Realtypus genau deshalb, weil in seiner spezifischen Typik operiert, als Gesprächsfolie für den Anderen dienen kann, der wiederum aus seiner spezifischen Typik heraus operiert. Die These der Gesprächsfolie besagt also, dass es nicht nur darauf ankommt, was kommuniziert wird, sondern wie unter welchen Bedingungen kommuniziert werden kann.

Sich als Gesprächsfolie anzubieten heißt nun gerade nicht, dass dann der Andere sich unterordnen oder dominieren oder sich seinerseits reflektieren muss. Er muss nicht gebessert, missioniert, indoktriniert, und auch nicht hochgelobt werden. Vielmehr kann er zuerst angehört werden und dann zugesehen werden, was in der jeweiligen Konstellation geschieht. Dazu müssen wir freilich wissen, dass Reflexion oder Normsetzung oder Funktionieren nicht als bessere oder schlechtere bewertet, sondern als jeweils situational äquivalent fungierende Kommunikationsstrategie beobachtet werden kann.

Wenn wir also nicht versuchen, Themen zu erzwingen, zu normieren oder von uns aus verdeckt zu halten, sondern locker in Gesprächssituationen hineingehen und zusehen, was dabei geschieht, dann haben wir die Chance, innovatives Weiterlaufen der Kommunikation zuzulassen. Dabei können wir nicht nur viel über den schwerkranken Gesprächspartner erfahren. Wir können vor allem auch von ihm lernen, welche vielfältigen Wege in einer Situation infauster Erkrankung gebahnt werden, indem sie schlicht gegangen werden.

4.2.2.2 *Symmetrie von Beziehungen oder Respektieren von Asymmetrien?*

*Topos 2 „Gleiche Augenhöhe!“, Postulat der Symmetrie  
zum Ausgleich von Konfliktpotenzial*

Auch der Topos „gleiche Augenhöhe!“ wird häufig dem Begriff der Sterbebegleitung vorangestellt. Er geht mit dem Postulat einher, Konflikte dadurch von vornherein auszuschalten, indem der Begleitende sein Gegenüber ebenso hoch schätzt wie sich selbst. Es geht also um emphatisches Verstehen.

Mit diesem – häufig an Andere gerichteten – Postulat konstituieren sich Experten und Organisationen als sozial potente Normgeber, ohne sehen zu wollen, dass die verlangte moralisch-emotionale Gleichstellung nicht in jeder Konstellation möglich ist.

Ein empirischer Blick auf das Konfliktpotenzial möglicher Konstellationen der Typgruppen von Experten und Erzählern soll nun zeigen, ob dieses Postulat überhaupt erfüllbar ist, oder ob - und wie - Kommunikation ganz anders läuft

*Konstellationen von Patiententypen mit elitären nichtdirektiven Experten (Begleiter):*

Am ehesten scheinen die mit dem elitären nichtdirektiven Begleiter kombinierten Konstellationen eine Kommunikation „auf gleicher Augenhöhe“ zu ermöglichen. Ein solcher Begleiter schafft keine hierarchisch bevormundenden Strukturen, denn seine Validierungstechniken lassen potenzielle Konflikte aktuell irrelevant werden. Dies kann so weit gehen, dass – unwillkommene – Wünsche des Patienten angehört, ausführlich diskutiert, und dabei immer, wie in Interview EY., von moralischer Bewertung frei gehalten werden. Sie werden, wie in Interview EE. auch nicht im Befehlston, sondern z.B. mit der Bitte beantwortet, zu überlegen, was ein Suizid für eine Palliativstation bedeutet. In dieser Atmosphäre des Validierens und der Simulation von Perspektivenübernahmen wird ein vollkommen mündiger und verantwortlicher Patient kreiert, der ärztliche Anordnungen als gemeinschaftlich erarbeitete Unterstützungen auffassen kann. Solche Unterstützung kann auch dem Arzt zuteil werden: So wird im Transkripttext EL. gezeigt, wie nicht der Professionelle, sondern der Euthanasie Verlangende einen biografischen Austausch anregt, der sich in mehreren Verabredungen vollzieht: *Ich bekam etwas über ihn zu wissen und er wollte dann meine, mein Leben, was ich gemacht hab‘ (EL. 7).* Euthanasie wird nicht nur als ein Verhältnis von *Leute, die wissen, dass sie zusammen etwas zu schaffen haben*, sondern auch als *Lernmoment* für den Experten ausgewiesen (EL. 7-8). Hier wird durch wechselseitig sich steigernde Hochachtung ein Bild der Vervollkommnung geschaffen. Es unterscheidet sich zwar inhaltlich, nicht aber strukturell von dem Bild der Partnerschaft, wie sie der Moraltheologe EY. anhand der Sterbebegleitung eines suizidalen Freundes beschreibt: Auch der Moraltheologe begleitet nicht-direktiv, denn er weiß, dass er nicht mehr vermag als der Suizidale selbst - [...] *und er hat es nicht getan (EY. 3).*

Dem Postulat „auf gleicher Augenhöhe“ kann also sowohl in Euthanasie befürwortenden als auch ablehnenden Interviewtexten entsprochen werden. In beiden Fällen wird das jeweils vorgestellte Sozialsystem als ein nicht direktives System gezeigt, das funktioniert, weil nichtdominante Strukturen aufgebaut werden. So korrigiert Prof. Dr. EL. die Meinung von Kollegen, ihr Erleben gleicher Augenhöhe bei einer Euthanasiehandlung sei ein einmaliger *Inzident*: Da dieses Muster auch bei anderen Kollegen so ablaufe, handle es sich um etwas, das *strukturell war (EL. 8)*. Als strukturelles Merkmal der Sterbebegleitung führt auch der Moraltheologe EY. ihre Nichtdirektivität an: *EY.: [...] wenn ich es sehr dezidiert gesagt hätte: ‚kommt gar nicht in Frage‘, dann hätte er erst recht sich verteidigt und hätte es eher getan als wie wo ich die Entscheidung -, gesagt, die kann ich ihm nicht abnehmen äh - und, warten wir mal ab‘ so ähnlich. - (EY. 3)*

Wie voraussetzungsvoll dieses Postulat der gleichen Augenhöhe aber trotz dieser Übereinstimmungen ist, wird klar, sobald wir Kombinationen figurieren, in denen zwar diese elitären Experten, aber keine derart reflexionsfähigen und introspektiven Betroffenenpersonen angenommen werden. Auch dann kann nämlich Konflikt irrelevant werden. Ein elitärer Begleiter, der ja patientorientiert zu operieren gelernt hat, wird gegenüber einem ängstlichen Patienten oder einem normativen Betroffenen die gleiche Augenhöhe gar nicht erst suchen. Vielmehr wird er dem Ängstlichen Halt zu geben versuchen, indem er ihn einerseits nicht mit Informationen über palliativmedizinische Maßnahmen überhäuft, andererseits keine Tabus aufbaut, sondern sogar, wie in Interview AY., das Euthanasiethema zulässt. Mit dem Normativen hingegen sich auf Augenhöhe begeben zu wollen wird nicht nur wegen unterschiedlicher sachlicher Voraussetzungen, sondern auch wegen dessen normativer Performanz riskant. Daher werden dann, wenn nicht einmal eine Einigung über Dissens möglich ist, Anschlüsse eher in der Zeitdimension gesucht: - *warten wir mal ab' so ähnlich (EY. 3).*

Das Sozialsystem „Begleitung“ kann also schon bei Konstellationen mit reflexiven Experten nicht immer auf gleicher Augenhöhe laufen. Wie Konflikte jeweils verdeckt, offen behandelt oder irrelevant werden können, hängt gleichzeitig nicht nur mit der komplex gelagerten Betroffenen-, sondern auch mit der unterschiedlichen Expertentypik zusammen.

*Konstellationen mit normativen bzw. instrumentalisierten Experten:*

In Konstellationen mit normativen oder instrumentalisierten Experten ist das Postulat der gleichen Augenhöhe noch weniger erfüllbar. Vielmehr gibt es bei deren Kombination mit den in Teil 3 analysierten Patiententypiken Wechselwirkungsverhältnisse, die Ungleichheiten eher verstärken oder Nichtthematisierbares eher noch mehr verdecken können. Dies soll nun nicht weiter ausgeführt werden, denn die Analysen in Teil 3 haben ausführlich gezeigt, dass die Kommunikation auch in normativen und funktionalisierten Konstellationen geeignete Strategien entwickelt, um weiterlaufen zu können. Nur ein ganz einfaches Beispiel sei angeführt: Auch wenn Patienten von ihrem Arzt erwarten, dass *er* immer schon weiß, was für sie gut ist, und er diesen Erwartungen immer schon folgt, wird zwar gegen das Postulat „gleiche Augenhöhe“ verstoßen. Dennoch kann es sich um ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis handeln. Unter selbstverständlichem Vertrauensvorschuss wird weiterbehandelt, weiterkommuniziert, auch wenn dies gerade nicht auf gleicher Augenhöhe geschieht.

*Revision durch die materiale These 2 der Epoché*<sup>160</sup>

Der Topos 2 „*gleiche Augenhöhe!*“ muss also ebenfalls reformuliert werden. Um eine realistische Anleitung zu besserer Kommunikation geben zu können, muss die unhinter-

<sup>160</sup> Geht man nicht, wie HORST DIETER RÖNSCH (1995; <sup>3</sup>1994) von dem husserlschen Wegklammern individueller Ding-Eigenschaften, sondern von dem systemtheoretisch angeleiteten Wegklammern von Inhalten aus, dann kann freilich nicht eine Wesensschau der Gegenstände, sondern ein Beleuchten von Strukturen vorgenommen werden.

gehbare Perspektivität der jeweiligen – auch der eigenen - Position berücksichtigt werden. Dies kann geschehen, indem immer wieder ganz konkret die Haltung der *Epoché* eingenommen wird:

***Materiale These 2 der Epoché***

***Wir können Inhalte wegklammern und unsere eigene Begriffswahl genau beobachten und sehen, was wir damit in Gang setzen***

Diese *materiale These 2 der Epoché* besagt: Wenn wir Inhalte wegklammern, können wir den Blick auf Strukturen der eigenen Kommunikation und der des Gegenübers richten. Wir können dann sehen, welche Unterscheidungsweisen gewählt und welche Vereinerseitigungen aus welcher Position heraus jeweils geschaffen werden. Es geht also darum, strukturelle Perspektivendifferenzen zu erkennen.

Diese Beobachtungsweise zeigt uns nicht nur Eigenheiten des Gegenübers, sondern sie lässt uns auch der eigenen Eigenheiten und Einseitigkeiten gewahr werden. Allerdings kann dies nur unter dem Absehen von Inhalten und in mehreren Schritten geschehen. Während wir nämlich die Position des Anderen einzunehmen versuchen, beobachten wir wiederum von einer – uns zunächst nicht sichtbaren – Beobachter*perspektive* aus. Wenn wir also auch diese zweite Beobachterposition in Augenschein nehmen wollen, müssen wir wieder einen Schritt zurück tun, und so fort.

So wird klar: Eine *objektiv richtige* Position kann es nicht geben, da wir *immer wieder nur eine Perspektive* einnehmen können.

Damit erhält die Grauzonen-Metapher ein neues Gewicht. Nicht weil Arzt und Patient etwas Verbotenes tun wollen, sondern weil sie – doppelt kontingent mit hohem Vertrauensvorschuss ausgerüstet – eine besondere Haltung simulieren<sup>161</sup>. Diese probeweise eingenommene Haltung besteht darin, dass Einer dem Anderen nur Gutes tun und die Folgen seiner Entscheidung selbst auf sich nehmen will. So kann es zur Tolerierung anderswo anders titulierter Handlungen kommen. Das Statement eines als vorbildlich geltenden Palliativmediziners lautet dem entsprechend:

*ED.: Wenn ich im Einzelfall mein, vor meinem Gewissen bestimmte Handlungen vollziehe, die offiziell als Sünde, als Verfehlung und so gelten, dann ist die Gewissensfreiheit höher als das Kirchenrecht. Und das gleiche gilt, sag' ich jetzt mal, auch für die Arzt-Patient-Beziehung, wenn zwei Menschen zum Schluss kommen, es muss so und so gehandelt werden, dann sollen sie des miteinander ausmachen mit allen Konsequenzen, die vielleicht auf sie zukommen - meistens kommen sie nicht auf sie zu, weil's nicht erkennbar ist, da gesteh' ich dem Arzt zu, in dem Einzelfall aktive Euthanasie betrieben zu haben. Das findet jeden Tag in NNN. statt, da brauchen wir uns keine, keine Illusionen machen. Die aktive Euthanasie ist eine täglich praktizierte Handlung in vielen, vielen medizinischen Institutionen. Aber sie ist nicht legalisiert und damit nicht Norm. Und das ist das Wesentliche. (:13 ED.)*

Sehr schön ist der Versuch des Perspektivenwechsels auch in dem *wissenschaftlichen* Dialog von JOHN M FREEMAN und EDMUND D. PELLEGRINO (1996) über *inten-*

---

<sup>161</sup> Auch hier bitte ich, den Ausdruck „simulieren“ nicht als abfälliges Werturteil, sondern als Bezeichnung für das probeweise Einnehmen einer bestimmten Haltung zu lesen.



*ded death* nachzuverfolgen: JOHN M FREEMAN vertritt unter Rekurs auf das Prinzip der Autonomie die Zulässigkeit des assistierten Suizids. EDMUND D. PELLEGRINO plädiert dagegen unter Rekurs auf das Prinzip der Fürsorge nur für ein Sterbenlassen. Nach der Explikation von Gründen und Gegengründen kann aber jeder der Kontrahenten zugeben, dass nicht nur er selbst, sondern auch der Gegner – wenn auch aus unterschiedlicher Perspektive - *den Patienten im Blick* haben kann.

Dieses Einlenken funktioniert freilich nicht unmittelbar auf der Sachebene, sondern indem beide Autoren einander respektable Motive zugestehen. So stellen sie fest, dass sich die Prinzipien, über die sie sich uneins sind, jeweils mit den gleichen Motiven (Fürsorge und Mitgefühl) begründen lassen. Dafür, dass solches Reden über ein Motive nicht so schnell an ein Ende kommt, steht das Fazit dieses Dialogs, das da lautet: *Der Dialog wird gebraucht (:187)*.

Dieses Fazit, dass immer weiter kommuniziert werden muss, und die moralisch gefärbte Argumentation, die zu ihm führt, erlaubt beiden Autoren, sich nicht nur gleichermaßen als redliche Wissenschaftler, sondern auch als integere Patientenschützer zu konstituieren.

Indem sie nicht eine Wesensschau ihrer jeweiligen Prinzipien veranstalten, sondern beginnen, ihre eigene Kommunikationsweise in den Blick zu nehmen, sehen sie von (philosophischen) Sachinhalten ab. Indem sie das jeweilige Anschlussangebot (Motivation) des Kontrahenten akzeptieren, können sie den Patienten als gemeinsamen ‚Fluchtpunkt‘ ihrer jeweiligen Position ausmachen. Aber *wie* sie ihn aus ihrer jeweiligen Perspektive sehen – ob als zu schützenden oder als autonomen Patienten -, das bleibt unklar. Pellegrino und Freeman einigen sich auf eine quasi gemeinsame Sicht auf den Patienten, indem sie von Inhalten – hier von philosophischen Sachinhalten – absehen. *Quasi* gemeinsam ist dieses Sicht, weil sie den Preis kostet, Konsens herstellen zu müssen.

Dieses Beispiel macht ersichtlich, wie sich der Sterbehilfediskurs durch Befolgen der These der faktischen Epoché noch weiter verbessern lässt. Wenn nämlich die Epoché so weit getrieben wird, dass die Sachthemen unangetastet weggeklammert werden und nur die Kommunikationsstruktur in den Blick genommen wird, dann könnten im vorgestellten Beispiel sowohl Freeman als auch Pellegrino zugeben, dass jeder von ihnen gar nicht anders kann, als erstens hoch normativ und zweitens unhintergebar perspektivisch zu argumentieren. Wenn nach solchen Einräumungen wieder zu sachlichen Inhalten zurückgekehrt wird, könnten beide Kontrahenten jeweils ihre Sachgründe vertreten. Sie müssten einander dann weder Zeichen von Missachtung noch Zeichen von Achtung zukommen lassen, wenn jeder bei seinem Sachthema - der Arzt bei indizierter (Nicht-)behandlung und potenter Schmerztherapie, der Ethiker bei seiner normativen Festlegung auf ein Nichttötenwollen – bleibt.

#### 4.2.2.3 *Patientenvorsorge: Generell Richtiges oder Alternativen?*

Am Beispiel von Topos 3 wird an dem speziellen Thema „*Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!*“ die Charakteristik des normativen Modells individuellen Verstehens beobachtet.

*Topos 3 „Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!“:  
Generalisiertes Postulat des autonomen Entscheidens*

Der Topos 3 „*Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!*“ und sein Postulat der Individualisierung des eigenen Sterbens durch autonomes Entscheiden wird nun auf seine Möglichkeitsbedingungen hin beobachtet, indem moralische Persontypiken (Teil 3) mit Normtypiken von Verfügungsmodellen (Teil 2 Abbildung 1) gegengelesen werden.

Sowohl aus den biografischer Narrationen als auch aus den themenzentrierten Experteninterviews (Teil 3) konnten erstens die Haltung der Tugend einnehmende, zweitens nach festen Geboten handelnde, drittens sich ständig vervollkommnende Moralpersonen rekonstruiert werden. Aus Verfügungsmodellen der verschiedenen Phasen organisationaler Verlautbarungen wurden ebenfalls drei Typiken der Moralität von Organisationen konstruiert: Anhand der Begriffslisten der jeweiligen Phase ist nachzuverfolgen, wie der unkonnotierte Sterbehilfebegriff der Phase 1 durch die zwar präzise ausdifferenzierten, aber moralisch gegenläufig bewerteten Sterbehilfeformen der Phase 2 abgelöst wird, und wie schließlich in Phase 3 ausschließlich von Sterbebegleitung die Rede ist, die aber in ihrer weiten Fassung ihre Unschuld immer wieder neu validieren muss.

Es sind die Organisationen, die einerseits die Sterbebegleitung fördern, anbieten, propagieren und fordern, andererseits sich selbst genau damit (neu) erschaffen, konstituieren, festigen, ausbauen und weiter ausdifferenzieren. Es ist die Semantik dieser kirchlichen, rechtlichen, medizinischen, bürgerschaftlich engagierten, medialen Organisationen, die die Sterbebegleitung mit dem großen Siegel der Unschuld versieht, welches offensichtlich vieles, aber nicht alles verdeckt, was von der Semantiken der Phase 2 nach wie vor gegenläufig kommuniziert wird.

Und es sind die durch diese organisationellen Entscheidungen konstituierten Personen, die z.B. in Gestalt der Ratsuchenden, Verfügenden, Patienten nun plötzlich Entscheidungen übernehmen, die zuvor entweder überhaupt nicht anstanden, oder die immer schon sozialräumlich geregelt waren. Konnte sich der leidende und sterbende Patient der Phase 1, als Sterbender wohl kategorisiert, noch darauf verlassen, dass ihm sein Arzt in den letzten Tagen und Stunden seines Lebens schon irgendwie helfen würde, so wird er in Phase 3 zur aufgeklärten, vernünftigen, mündigen Person, zum Subjekt seiner Entscheidung, auch wenn er nicht mehr entscheidungsfähig ist. Unschuld verleiht dieses Subjekt dem Sterbebegleitungs begriff dadurch, dass es nicht nur die Form seines eigenen Sterbens zu verantworten versichert, sondern damit auch allen anderen Beteiligten Verantwortung dafür abnimmt, indem er sich des *Instruments der Patientenvorsorge* bedient.

Schon *formal* passen der Aktionsstil sowie die Form der Zuweisung von Moralurteilen aus den biografischen Narrationen gut mit denen der organisationellen Verlautbarungen zusammen. Dies gilt für jede der drei Typiken:

Bei Typ 1 bzw. Phase 1 sind funktionierende Personen bzw. Organisationen zu beobachten, die gleichermaßen kooperativ und flexibel auf die Festigkeit der Entscheidungen Anderer reagieren, auf Normerhaltung ausgerichtet sind und nur im Notfall und auch nur unter Vertrauten Moralurteile fällen.

Bei Typ 2 bzw. Phase 2 werden Personen bzw. Organisationen normativer Typik sichtbar, die selbstbewusst in konstativ bis befehlend gehaltenen Sätzen und mittels gepflegter Semantik ihre Normen setzen. Insbesondere Vertreter von NGOs weisen anderen Rollenträgern, Gruppen, Organisationen und Personen Zeichen der Achtung oder der Ächtung zu, die zuweilen extreme Formen annehmen.

Bei Typ 3 bzw. Phase 3 können Personen bzw. Organisationen der reflexiven Typik darauf hin verglichen werden, wie sie in einem weit aber sicher (z.B. durch Geburt und Tod oder durch Ein- und Ausschluss von Mitgliedern) abgesteckten Rahmen Neues gestalten und Störungen dazu nutzen, ihre eigenen Ressourcen immer wieder neu einzusetzen und so dazuzulernen. Indem Entscheidungen als Terminangelegenheit, also zeitrelational, behandelt werden, können Sach- und Sozialanschlüsse relativiert werden, ohne dass ihnen ihre Berechtigung abgesprochen werden muss. Erweise von Missachtung kommen kaum vor, und wenn, dann werden sie situational relativiert. Häufig ist sowohl auf der interaktiven als auch auf der organisationellen Ebene eine religiös oder/und ästhetisch konfirmierte Achtungssemantik beobachtbar.

Auch für die *Begründungen* der Präferenz bestimmter Sterbehilfeformen, für die *Zuweisung von Verantwortung* und für das *Sichtbarwerden von Dilemmata und Alternativen* können in beiden Textgruppen Typentsprechungen hergestellt werden, die wiederum den Geltungs- und Reichweitenbegründungen der Patientenvorsorge entsprechen.

Erzähler von Typ 1 bzw. organisationelle Verlautbarungen der Phase 1 präferieren als Sterbehilfeform die medizinische Hilfe durch den vertrauten kompetenten Arzt. Begleitung wünschen sie aber von den Angehörigen oder Freunden. Dementsprechend halten sie die Erstellung von Vorsorgedokumenten für irrelevant. Sie begründen dies – wenn überhaupt – mit der immer schon praktizierten Tugendhaltung jener Vertrauenspersonen. Vom Arzt wird selbstverständlich erwartet, dass er gemäß ärztlichem Ethos handelt. Achtenswertes bzw. Ächtenswertes anderer Organisationen oder Personen wird in dieser Typ- bzw. Phasengruppe nicht weiter begründet. In diesem sich funktionalisierenden Kontext gibt es keine Dilemmata, keine Alternativen, keine expliziten Schuldzuweisungen – alles geschieht ja wie immer, schicksalhaft.

Erzähler vom Typ 2 bzw. Verlautbarungen der Phase 2 können alle Sterbehilfeformen thematisieren und differenzieren. Sterbehilfeformen werden etwa in Gerichtsurteilen und in Euthanasiekontrollgesetzen auf den ersten Blick sachlich klar definiert, aber die moralische Wertung und Begründung der einzelnen Sterbehilfeformen erfolgt – je nach moralischer Einstellung der jeweiligen Erzählperson bzw. Organisation – divers. Dabei

werden Argumente der Vernunft/der Irrationalität oder des Nutzens/des Schadens für den Sterbewilligen, seine soziale Umgebung und die ganze Gesellschaft vorgebracht, ohne dass empirische Beweise erfolgen. Nicht aufgedeckt wird auch die Leere von Argumenten wie Würde, Einmaligkeit, Gottesebenbildlichkeit – immerhin können sie ja mit völlig gegensätzlichen Inhalten gefüllt werden. Es ist die Form, die ihnen Gewicht verleiht, denn sie werden vorgebracht im Gestus des Befehls, der dogmatischen Verkündigung, die keine weitere Diskussion zulässt. In diesem normativen Kontext gibt es keine Dilemmata: Sowohl die jeweilige Erzählperson als auch die jeweilige Organisation inszeniert sich als richtig entscheidende Instanz, zu deren Entscheidung es unter den ja immer richtig hergestellten Voraussetzungen keine Alternativen geben kann.

Der sich reflektierende Selbst-Verantworter vom Typ 3 ist ebenfalls sowohl aus einer Gruppe der biografischen Narrationen als auch aus einer Gruppe organisationeller Verlautbarungen rekonstruierbar. Inhaltlich ist dann von Begleiten im weitesten Sinne die Rede. Dieses Begleiten kann in diesem reflexiven Kontext auch den begleiteten Suizid und Euthanasie als *eine der Expressionen von Sterbebegleitung (EL. 5)* enthalten.

Begründet wird diese Einstellung sowohl in den biografischen Narrationen als auch in organisationellen Verlautbarungen durch introspektive bzw. auf die Organisationsgeschichte rekurrierende Validierung eigenen Wandels. Einmal aufgestellte Normen sind nachjustierbar: Unter anderen Umständen kann Anderes gelten, und das wird auch thematisiert. Dilemmata werden in biografischen Narrationen in Zusammenhang mit Residuen gebracht, die aber – häufig durch ‚Umtaufen‘ - validiert werden, so dass es immer Alternativen gibt. In Organisationen dieses Typs werden Änderungen – auch unter Zuhilfenahme von Beratern - erforscht, reflektiert, modifiziert. Dilemmatische Situationen werden durch differenziertes Thematisieren und/oder durch zeitliches Entzerren - und eben nicht durch Gleichschaltung - aufzulösen versucht. Zu diesem Zweck vernetzen sich z.B. Palliativstationen auch mit Organisationen anderer Fakultäten, um durch Einbeziehung alternativer Techniken dazulernen zu können. Sie rechnen also damit, dass einmal erreichte Standards nicht von Dauer und nicht auf jeden Einzelfall anwendbar sind, sondern ständig nachjustiert werden müssen.

Durch Vernetzung mit anderen Organisationen kann eine neue gemeinsame Nomenklatur und damit ein neues gesellschaftliches Funktionssystem entstehen. Wer hätte z.B. schon vor fünfzig Jahren in Deutschland von Sterbebegleitung geredet?

Andererseits bleibt jede Organisation in ihrer Perspektivik. Palliativmedizinische Abteilungen begreifen sich nach wie vor als medizinische Einrichtungen. Rechtsanwaltspraxen, die sich mit Medizinrecht befassen, bleiben auf der Suche nach Klienten. Aber sie werden komplexer. So müssen sie sich immer häufiger fragen lassen, ob ihre Entscheidungen im Einzelfall nicht nur fachlich richtig sind, sondern ob sie auch moralisch gerechtfertigt sind, und wie sie sich ethisch begründen lassen.

Allerdings sind in den organisationellen Verlautbarungen kaum Statements von Ethikern zu finden. Zwar gibt es medienwirksam verbreitete Gerichtsurteile und Gesetzgebung, sowie lautstarke moralische Forderungen. Diese lauten Töne gehen aus von Landesorganisationen und NGOs. Print- und Fernsehmedien veranstalten selbst Foren, zu

denen dann wieder Politiker, Palliativmediziner, Patientenschützer und Sprecher von Euthanasie anbietenden Organisationen eingeladen werden. Eher selten, und dann meist nur als Moderatoren und daher ohne eigene Statements, treten Ethiker in solchen öffentlichkeitswirksamen Gremien auf. Praxisrelevante Standards werden also nicht von akademischen Ethikern, sondern von Politikern, engagierten Ärzten, oder Experten, die mehrere Professionen in Personalunion vertreten, in die Öffentlichkeit gebracht. Diesen Veranstaltungen, in denen oft auch plakativ argumentiert wird, steht die leise akademische Ethik eher fern. Laute Töne sind ihr offensichtlich moralisch nicht angemessen, wie die Ablehnung von Peter Singers Auftritten in Deutschland zeigt.

Mit großer Vorsicht wird vom Beginn des Euthanasiediskurses an das Thema Symptomkontrolle behandelt, so unter vielen anderen von TOM L. BEAUCHAMP (1994; zuerst 1985), LUDGER HONNEFELDER (1994), EDMUND D. PELLEGRINO (1996), JOHN M. FREEMAN und EDMUND D. PELLEGRINO (1996).

WILHELM VOSENKUHL (2006) reduziert ärztliches Handeln bei Sterbenden, welches als „ethisch wünschenswert“ anerkenbar sei, auf „[...] palliative Sterbebegleitung“ (: 80). Damit gibt er aber keine ethische, sondern eine moralische, weil ohne weitere wissenschaftliche Begründungen auskommende Wertung ab. Als Wissenschaft kann sich die Ethik dann unentbehrlich machen, wenn sich Dilemmata einstellen. Dies ist dann der Fall, wenn es nicht bei jener als intrinsisch gut vorgestellten Sterbebegleitung bleiben kann.

Damit ist klar, dass die Sterbebegleitung nur einen kleinen Teilbereich der medizinisch-pflegerischen Handlungen am Lebensende betrifft. Was darüber hinausgeht, also jede palliativmedizinische Entscheidung, hat sich aus dieser ethischen Perspektive einer gesonderten ethischen Beurteilung zu unterziehen: „Die indirekte oder passive Sterbehilfe muss dagegen von Fall zu Fall beurteilt werden, selbst wenn sie von guten und humanen Absichten auf Seiten des Arztes begleitet wird.“ (WILHELM VOSENKUHL: 80)

Den Ärzten und ihren guten Absichten allein wollen auch HENK TEN HAVE und GERRIT KIMSMA (1991) nicht trauen. Sie fordern einen „Informed consent als Diskurs“, so dass „[...] die Fakten der medizinischen Praxis nicht nur den Ärzten überlassen werden. Um das zu ermöglichen, sollten Ärzte und Patienten die moralischen Erfahrungen teilen“ (:152). Eine so fundierte Hermeneutik der Medizin und der Ethik könne einer Medizinischen Ethik entgegen wirken, die nichts mit genuin ethischen Aufgaben zu tun habe, sondern die durch ihre „Performativität“, mit der sie den *medizinischen* Fortschritt fördere, lediglich „Funktionäre im Krankenhaus“ produziere (: 148). Diese empirisch fundierte Hermeneutik wird allerdings bei jeder medizinischen Neuerung weiter entwicklungsbedürftig.

Eine weniger aufwändige Messlatte als jene Hermeneutik bietet WILHELM VOSENKUHL (2006) an: Prägnant stellt er die Kriterien der Verständlichkeit, Einschlägigkeit, Nachprüfbarkeit, Revidierbarkeit und Wahrheit (: 74 f) als „objektive Gründe“ vor, die jede Entscheidung als rechtfertigbar oder nicht rechtfertigbar ausweisen. Aktive Sterbehilfe scheidet damit schon wegen des Kriteriums der Nichtrevidierbarkeit aus. Doch in-

dem die Autonomie des Patienten zum nicht ignorierbaren Prinzip gerät, wird dieses Kriterium der Nichtrevidierbarkeit offenbar überrundet: „Gesetzt den Fall, der Patient wurde über seinen Zustand und seine Lebensaussichten aufgeklärt, kann sich überhaupt äußern und sagt wiederholt und vor mehreren Zeugen, dass er sterben will und bittet sogar darum, getötet zu werden, scheint einer objektiven Begründung, ihn töten zu dürfen, nichts entgegenzusetzen. Der Wille des Patienten muss freilich selbst nachprüfbar und seine Willensäußerung wahr im Sinne von zuverlässig sein“ (:75).

Dass diese wissenschaftliche Messlatte objektiver Gründe nicht hinreicht, um ein - gegenteiliges - Dilemma zu lösen, zeigt das Organspende-Thema: Obwohl der verständliche, einschlägige, nachprüfbare, revidierbare und wahre, weil ernsthafte Wunsch eines Patienten nach Zuteilung eines Spenderorgans vorliegt, kann ein anderer Patient, bei dem die gleichen Gründe vorliegen, aus Knappheitsgründen leer ausgehen. STEPHAN SELLMAYER und WILHELM VOSSENKUHL (2003) unterbreiten daher den Vorschlag, mit einem Losverfahren den moralischen Ansprüchen beider Patienten gerecht zu werden - sogar auch dann, wenn jene objektiven Gründe auch dem Grade nach, also hinsichtlich der Dringlichkeit, Verträglichkeit, Wartezeit usw., gleich hoch sind.

Schon dieses Beispiel verweist auf die Kontingenz ethischen Entscheidens in der Praxis. Daher kommt es auf die Bedingungen an, unter denen sich ein solcher Vorschlag bewähren kann. Er stellt eine neben anderen Varianten ethischen Entscheidens dar. Diese neue Variante muss selektiert, also gewählt werden, indem die Betroffenen jeweils zustimmen, ob bei Vorliegen der gleichen Kriterien die Organvergabe nach dem Losverfahren entschieden werden soll oder nicht. Aber erst im Nachhinein kann beobachtet werden, ob sich ein solches Verfahren etabliert, also bewährt, um dann wiederum in der Ethik als gutes Verfahren zu gelten. Dabei spielt eine gepflegte Semantik mit, wenn dieser Vergabemodus nicht - logisch - als Lotterie, sondern - moralisierend - als Nachahmung der Natur bezeichnet wird.

Gehen wir aber zurück zu den drei moralischen Typiken des Funktionierens, der Normativität und der Reflexivität, die in dieser Arbeit anhand der biographischen Narrationen und organisationellen Verlautbarungen rekonstruiert werden konnten, dann ist weder eine (blinde) Rawlssche Gerechtigkeitsethik noch eine reziprok zwischen Patienten und Ärzten hergestellte Diskursethik und erst recht nicht eine auf der Autonomie des menschlichen Subjekts gründende Objektivierung einer situativen Ethik allen diesen drei Moralformen angemessen. Dies legt den Einfall nahe, das, was offensichtlich nicht ist, aber aus vielfach kommunizierter medizinethischer, philosophischer, moraltheologischer, psychotherapeutischer und hospizlicher Perspektive sein soll, doch nun endlich herzustellen oder zumindest alle Voraussetzungen zu erfüllen, um dies möglich werden zu lassen.

Konkret heißt das, es muss jeder Person ermöglicht werden, moralisch zu sein. Dieses Postulat geht allerdings noch weiter: Da es, wie seine bisherige Nichterfüllung zeigt, in allgemein gehaltener Form offensichtlich fruchtlos ist, soll es nun jede Person an sich selbst richten. Und in der Tat bleibt es jeder ‚mündigen‘ Person überlassen, sich selbst über mögliche Personkonzepte zu informieren, Anleitungen zum guten Leben zu erfra-

gen, sich anhand von Literatur, Vorlesungen, Diskussionen, Predigten, philosophischen und seelsorgerlichen Gesprächen zu bilden und so gewonnenes Wissen selbst in ihrem Leben umzusetzen, und/oder sich ihre guten Vorbilder aus der Reihe ihrer signifikanten Anderen auszuwählen. Wie dies mit dem *Instrument der Patientenvorsorge* bewerkstelligt werden soll, ist in Abschnitt 2.3 ausführlich beschrieben. Am Beispiel der narrativen Wertanamnese zur Erstellung einer persönlichen Patientenverfügung von HANSMARTIN SASS und RITA KIELSTEIN (2001) kann beobachtet werden, wie über professionelle sich selbst reflektierende Personen erzeugt werden.

Diese neue Medizinethik – immerhin eine Wissenschaft – fordert und fördert also das sich in seinem innersten Kern, nämlich in seinen nach Rang gewichteten Werten, reflektierende Subjekt, das sich frei und selbstverantwortlich in die Zukunft entwirft.

Die vorliegende Arbeit kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass dieses Subjekt so nirgends anzutreffen ist. Höchstens in der isotop funktionierenden Kombination von reflexivem Begleitetem und reflexivem Begleiter hat es prinzipiell Raum. Aber keines der verschiedenen Verfügungsmodelle kann der Bandbreite dieser Kombination entsprechen. Hinzu kommen weitere ethische Sichtweisen, wie wir sie schon an NORBERT HOERSTERs (1998, 1000, 2002) Plädoyer für das Verbot des assistierten Suizids, aber Erlaubnis der Euthanasie, oder an MARTIN KLEINs (1999, 2002) Forderung, beides zu erlauben, in Teil 2 kennen gelernt haben.

Ethische Standards bilden also nicht etwa eine soziale Wirklichkeit ab, sondern Ethiken wollen steuern. Auch andere gesellschaftliche Funktionssysteme entwickeln solche Intentionen. Auf organisationaler Ebene dezidiert Stellung zu beziehen, wird dann brisant – also wird die wissenschaftliche Funktion in anderer Weise ausgeübt: Als elitäre Beobachter können Ethiker organisationelle Bereiche und ihre Moralen beleuchten, analysieren, zeitlich und sozialräumlich entzerren wie z.B. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT und CLEMENS EICKHOFF (1996) an ihrer Vignetten-Studie zum Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken oder STELLA REITER-THEIL, (2005) an diskursiven Verfahren zur Enttabuisierung medizinischer und pflegerischer Fehler durch neue Professionalisierung zeigen. Ethik fungiert dann nicht moralisch, sondern sie zeigt – wissenschaftlich – auf, wie sich Moralen unterscheiden. Ethik tritt also als Reflexionstheorie von Moral(en) auf. Und dabei verhindert sie, wie NIKLAS LUHMANN (1989; 1990), WOLFGANG VAN DEN DAELE (2001) oder ARMIN NASSEHI (2006) zeigen, eine instrumentelle Moral, die insbesondere im Erweis von Zeichen der Ächtung besteht.

Allerdings muss sich eine Ethik als kompetentes Funktionssystem *ausweisen*. Die Rekursivität dieses Geschehens ist schön zu sehen an Verweisungen von Ethikern auf Ethiker, an Laudationes, an Besprechungen von Publikationen, an medienwirksam veröffentlichten Interviews, deren Titel bereits die Brisanz des Einsatzes des Porträtierten illustrieren. Damit bleiben Ethiker freilich eher unter sich. Nicht oft wird im lauten Sterbehilfediskurs die Stimme von Ethikern öffentlich. Selten sind journalistische Beiträge wie der von MICHÉLE BNSWANGER (2001). Sie macht in ihrem Porträt über STELLA REITER-THEIL den Anfang einer neuen Ethik aus. Aber Politiker verfolgen nicht, was eine neue Ethik charakterisiert, sondern sie sehen auf mehrheitsfähige

Entscheidungen, die auch mit gängigen *moralischen* Zuschreibungen gerechtfertigt werden können. Gesetzgeber und Richter stützen sich auf vorhergehende Gesetze und Urteile ab, müssen aber auch darauf sehen, dass sie nicht gegen aktuell kommunizierte Moralen verstoßen. Ärzte richten sich nach medizinischen Indikationen – aber sie müssen sich auch als ihrem Ethos verpflichtet präsentieren – auch wenn der Ethos heute andere Inhalte transportiert als vor 50 Jahren.

Bis hierher zeigt dieser Typenvergleich, dass sich *jede* der drei Typgruppen *weiter* durchträgt. Der erste der drei historisch identifizierbaren Phasen der undifferenzierten Rede von Sterbehilfe folgt zwar die zweite Phase des differenzierten Sterbehilfediskurses und schließlich die drittens Phase eines allumfassenden Sterbehilfebegriffs. Aber neben diesen historischen Phasen sind auch sozialräumliche Bedingungen auszumachen, die ein Weiterlaufen der in Phase 1, 2 und 3 gebildeten Begrifflichkeiten reiner Sterbehilfe, ausdifferenzierter Sterbehilfeformen und alles umfassender Sterbebegleitung ermöglichen. Schon hinsichtlich der Funktionssysteme und der Personkonzepte ist also klargelegt, dass keineswegs die Gruppe der Funktionalisierten oder der Normativen hinter der Gruppe der Reflexiven verschwindet.

An den in Teil 2 analysierten Modellen der *Patientenvorsorge* ist diese Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen ebenfalls zu beobachten.

Zwar kann, wie dort ausführlich dargestellt, das Instrument der Patientenvorsorge drei Modellgruppen, nämlich erstens paternalistischen, zweitens präzise normierenden und drittens individualisierenden Gruppen von Verfügungsmodellen, zugeordnet werden.

Aber eine Gesetzgebung, die eines dieser Vorsorgemodelle bevorzugt, muss damit rechnen, dass sie nur einem Teil der Bevölkerung gerecht wird. Wie soll sich nämlich ein Parlament z.B. für die *paternalistische Variante* entscheiden oder eine *enge oder aber eine weite Variante objektiver Normativität* wählen, oder aber ein *das Individuum als Normgeber* voraussetzendes Modell zur Norm machen, wenn bei denjenigen, die eine solche Entscheidung betrifft, nämlich der ganzen Bevölkerung, empirisch nicht nur eine, sondern jede dieser Typiken belegbar ist?

Der *ersten Variantengruppe*, nämlich dem *paternalistischen Modell* entsprechende Betroffene sind zwar nachweisbar. Ihr selbstverständliches Vertrauen überlässt es dem Arzt, den guten Tod durch Gewähren von Hilfe und Vermeiden von Schaden zu ermöglichen. Weder eine Thematisierung von Euthanasie und assistiertem Suizid, noch von möglicher Lebensverkürzung durch Symptomkontrolle oder durch Behandlungsabbruch ist dann erforderlich. Damit ist auch das Instrument der Patientenvorsorge hinfällig, denn dieser Vertrauensvorschuss an den Arzt macht explizite situationale Bestimmungen ohnehin unnötig. Vielmehr wird ja dem Arzt gerade zugestanden, im Ernstfall zum Besten des Patienten zu handeln und Vorausverfügungen nötigenfalls als unbeachtlich zu werten. Dieser Konstellation entspricht auch das von BABERG e. a. (2002: 20f) vor-



geschlagene Verfügungselement, welches den Arzt sozusagen als verlängerten Arm Gottes fungieren lässt.

Die paternalistische Variante kommt also ohne oder mit vagen Bestimmungen aus, insofern nur dem seinem Ethos folgenden Arzt die Entscheidung überlassen bleibt. Allerdings setzt diese paternalistische Variante einen Arzt voraus, der seine Patienten und auch ihr soziales Umfeld kennt und der in der schonenden Behandlung Sterbender erfahren ist.

Vor allem setzt sie voraus, dass alle Verfügenden diesen Vertrauensvorschuss zu gewähren bereit sind. Ist das, wie hier ja empirisch erwiesen, nicht der Fall, dann ist die Durchsetzbarkeit des *paternalistischen Modells* fraglich.

Aber auch auf die *zweite Variantengruppe*, nämlich die Varianten *eng bzw. weit normierter Verfügungsmodelle* kann sich ein Parlament nicht einigen, ohne die Meinung breiter Bevölkerungsteile zu ignorieren. Weder die *eng* noch die *weit normierte Verfügungsvariante* berücksichtigt nämlich die Gruppe der Funktionierenden oder die Gruppe der Reflexiven. Die normierten Varianten stellen vielmehr ausdrücklich erlaubte Sterbehilfeformen vor, benennen nicht wählbare verbotene Sterbehilfeformen und setzen dabei die Objektivität ihrer aufgestellten Normen voraus. Sie verlangen, dass die Verfügenden diejenigen Krankheitssituationen genau benennen, für die sie – wiederum genau benannte - ärztliche Maßnahmen akzeptieren oder ablehnen.

Die gesetzgebenden Organe müssen zusätzlich entscheiden, ob eine solche Verfügung eng oder weit hinsichtlich der Reichweite auszulegen ist: Sollen Vorausverfügungen nur für den Fall des unmittelbar bevorstehenden Todes oder für jede Krankheitsphase gelten? Das Parlament muss auch über Enge oder Weite der Form entscheiden. Soll nur die Schriftform oder auch mündliche Willensäußerung, mit bzw. ohne notarielle Beglaubigung und mit bzw. ohne in bestimmten Zeitabständen vorgenommene Bestätigung bzw. Revision gelten?

Bei diesen normierten Modellen wird der Status des persönlich bevollmächtigten Betreuers im Verhältnis zum gesetzlichen Betreuer relevant. Muss ersterer im Gegensatz zu Letzterem seine Entscheidung nicht vor dem Vormundschaftsgericht prüfen lassen? Kann ein lebenslang haltendes Vertrauensverhältnis zwischen Verfügendem und Bevollmächtigtem vorausgesetzt werden? Kann angenommen werden, dass der Bevollmächtigte weiß, was der nicht mehr entscheidungsfähige Patient in der dann aktuell zur Entscheidung anstehenden Situation (z.B. Weiterbehandeln? Behandlungsabbruch?) subjektiv will?

Die *dritte Vorsorgevariante*, in welcher *das Individuum selbst als Normgeber* fungieren soll, scheint auf den ersten Blick einen Ausweg aus den Dilemmata paternalistischer und normativer Verfügungsmodelle zu bieten. Nach dieser dritten Variante sind *situational* bestimmte Verfügungen zu Sterbebegleitung, Palliativmedizin und Hospizlichkeit in der terminalen und vorterminalen Phase festlegbar. Sie können auch die Möglichkeit

einschließen, für den Fall des Suizids den Arzt aus seiner Garantenpflicht ausdrücklich zu entlassen. Nur die Option der Tötung auf Verlangen bleibt ausgeschlossen.

Dieses Modell führt voraussetzungsreiche Anforderungen an alle Beteiligten mit sich:

Der Verfügende muss sich nicht so sehr an Formalien halten. Aber er soll sich durch Selbsterforschung über seine eigenen Wertvorstellungen klar werden, diese subjektiven Werte authentisch beschreiben, moralisch reflektieren und in Form eines gewichteten Katalogs festlegen. Mit der Aufstellung dieses Kataloges hat sich der Verfügende als sich selbstkompetent und selbstverantwortlich in die Zukunft entwerfender einmaliger ganzer Mensch zu erweisen.

Begleitende, Betreuende und Behandelnde müssen bei Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit des Verfügenden dessen aktuellen subjektiven Willen anhand der individuellen Wertrangliste eruieren und umsetzen. Sie müssen also als interdisziplinär kompetente, flexible Anwälte dieses subjektiven Patientenwillens fungieren.

Heftige Widerstände sowohl gegen *paternalistisch* als auch gegen *normativ* wie auch gegen *selbstreflexiv* konzipierte Vorsorgemodelle zeigen, dass die in den biografischen Narrationen und Experteninterviews zutage tretende unhintergehbare Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses nicht durch Formalien zugedeckt, verschleiert, verkleistert werden kann.

Wenn jedoch das Instrument der Patientenvorsorge nicht als Notwendigkeit, sondern als eine unter anderen Möglichkeiten von Vernetzung aufgefasst wird, dann wird freilich auch klar, dass an Ärzte nicht mit einer Kundenmentalität herangetreten werden kann.

Klar wird aber auch, dass dann alte Begriffe, die ohnehin nicht vollständig verschwinden, nicht immer als obsolet bezeichnet werden müssen. Vielmehr kann keines der propagierten Modelle als absolut richtig oder als absolut falsch bewertet werden.

### *Revision durch die materiale These 3 der Vernetzung*

Mit der Explikation einiger Vorsorgemodelle und ihrer Bezugsprobleme sollte die soziale Potenz des Instruments der Patientenvorsorge klar geworden sein: Es kann nicht nur den sterbenden Patienten in sein soziales Umfeld integrieren, sondern es erzeugt auch Differenz, es dissoziiert. Dies kann auch auf eine Weise geschehen, die den Sterbenden womöglich auf ein Formular reduziert.

Daher muss der weithin so sehr propagierte Topos 3 „Patientenvorsorge für Sterbebegleitung!“ durch die folgende materiale These der Vernetzung relativiert werden:

### ***Materiale These 3 der Vernetzung***

***Das Instrument der Patientenvorsorge kann sowohl als Symptom eines fehlenden Netzwerks wie auch als Element eines Netzwerks fungieren, das sich in Wechselwirkungsverhältnissen zwischen Verfügendem und seinem sozialen Umfeld einstellen kann.***

Diese Reformulierung befreit das Instrument der Patientenvorsorge von seinem normativen Übergewicht. Nicht als Notwendigkeit, sondern als eine neben anderen Möglichkeiten der Vernetzung kann das Instrument der Patientenvorsorge dargestellt werden.

Die Vernetzungsthese macht vor allem den Unterschied zwischen einer formalen Verfügung und einem Netzwerk klar: Weil hoch variabel, entspricht ein Netzwerk den hoch variablen Eigenwerten von Personen eher als ein noch so ausgefeiltes formelles Dokument. Freilich muss immer auch mit Unwägbarkeiten gerechnet werden. Wer aus dem Kreis des Familienrates oder des Netzwerkes ist in der anstehenden Situation erreichbar, wie und von wem wird der Zustand und der aktuelle Wunsch des Sterbenden, der weitere Verlauf des Krankheitsgeschehens, die Möglichkeit medizinischer Intervention, eingeschätzt? Welche Rolle spielt die moralische Einstellung jedes der Beteiligten? Wie können allgemeine Wertvorstellungen angesichts ihres nachgewiesenen Wandels als ‚allgemein‘ oder gar als ‚objektiv‘ bezeichnet werden, und wer aus der aktuellen Netzwerk soll dies entscheiden?

Da die Reformulierung des Topos „Patientenverfügung!“ in die Netzwerksthese auf empirischen Befunden beruht, die keine einheitliche Ausrichtung, sondern eine hohe Diversität von Einstellungen zum Sterbehilfethema aufweisen, kann sie bei künftigen Änderungen der vorgenommenen und noch vorzunehmenden Änderungen des Betreuungsrechts dazu anregen, darauf zu sehen, ob Diversität respektiert oder ob Gleichschaltungen angestrebt werden, die keine Entsprechung in der Empirie haben. Die Mitglieder gesetzgebender Organe werden allerdings auch zu erwägen haben, ob Zurückhaltung geübt werden sollte, indem der rechtliche Umgang mit Patientenverfügungen der Weiterbildung durch das Richterrecht überlassen bleibt.

Gleich ob es zu einer Gesetzgebung kommt oder ob Patientenverfügungen im Streitfall in einzelnen Gerichtsverfahren durchgesetzt werden müssen – in jedem Fall werden Netzwerke – schon zur Beweisführung – gebraucht. Wesentlich wichtiger aber sind Netzwerke in derjenigen Pflegephase, in der noch nicht von Behandlungs- bzw. Substitutionsverzicht die Rede ist.

Vernetzung kann sich aus gegenseitigen Hilfestellungen ergeben (Reziprozität in der Familienpflege), kann aber auch in einseitige Verpflichtungen münden („Du bist die Tochter, Du pflegst“). Organisatorische Vernetzungen (gemeindliche Alten- und Servicezentren und Nachbarschaftshilfe oder kommerzielle Angebote etwa von ambulante Pflege anbietenden Pflegevereinen oder von stationären oder halbstationären Pflegeheimen) können ausgesucht werden. Dabei müssen die Art der Träger, Bedingungen der Mitgliedschaft, die Regeln und die Ziele der jeweiligen Organisation und ihrer Träger vor Vertragsabschluss in Erfahrung gebracht werden (Heimvertrag, Heimordnung).

Vernetzungen verlangen zeitliche, räumliche und personelle Organisation. Individualität wird damit einerseits zwangsläufig eingeschränkt. Andererseits werden (neue) Individualitätsfacetten geschaffen – allein schon durch die Multiinklusion von Personen in unterschiedliche vernetzende Organisationen. Nicht nur Fachpersonen, sondern auch Laien

können auf verschiedensten Wegen nicht nur sachlich, sondern auch sozial dazulernen, also *kommunikative* Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben, um mit sterbenden oder mit schwerstpflegebedürftigen Menschen so umzugehen, dass für alle Beteiligten erträgliche Situationen möglich werden. Dies beginnt schon mit dem Anruf bei Beratungsstellen etwa der Diakonie, der Caritas oder der Kommunen. Das Dazulernen geht weiter durch die Inanspruchnahme von Brückenschwestern, die vor Ort nicht nur die medikamentöse Versorgung zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten vernetzen, sondern auch helfen, die häusliche Situation zu analysieren, Abläufe zu verbessern und dabei auch das Nein-Sagen mit den Betroffenen – das sind sowohl die Gepflegten als auch die Pflegenden - einzuüben. In Einrichtungen kann bei gemeinsamen Lagebesprechungen *aller* Teammitglieder und bei interner oder externer Supervision anhand von Fallbesprechungen dazugelernt werden. Durch Vernetzung mit geriatrischen Experten kann viel gelernt werden gerade aus der Forschung über die Änderung der Ansprechbarkeit von Demenzkranken, über Methoden der Validation (z.B. nicht Trainieren und Korrigieren des Kranken, sondern Bestätigen dessen, was noch gespürt, gehört, emotional beantwortet werden kann).

Diese emotional vernetzenden Validationstechniken können nämlich auch bei nicht dementen Kranken, etwa in Schocksituationen (Mitteilung einer ‚infausten‘ Diagnose), angewendet werden.

Vernetzung kann bei Problemfällen auch in der Zusammenkunft mit einem Ethikkommission münden. Dabei können Experten, Pflegende, Betreuer und Angehörige nicht unbedingt Konsens herstellen, aber sie können Verfahrensregeln und zeitliche Rahmungen aufstellen. Damit besteht gerade kein Zwang zur Einigung auf ein bestes Argument, sondern es kann – zeitweise und kreativ – zunächst ein Verfahren ausprobiert werden, und Erfahrungen können in einer weiteren Runde besprochen werden. Vernetzungsexperten sind hilfreich, wenn sie ihr theoretisches und methodisches Konzept offenlegen und insbesondere ohne – positive oder negative – Moralisierung auskommen.

Gerade kommunikativ oder ethisch zunächst ungeschulte Teams können z.B. mit Hilfe *wiederholt* durchgeführter Supervisionstreffen oder Ethikkommissionen neue Erfahrungen sammeln. Über den unmittelbaren Vorteil hinaus, dass man die Erfahrung macht, auch nach verfahrenen Situationen wieder miteinander reden zu können, bildet sich nach der Grundlagenforscherin in klinischer Ethik, STELLA REITHER-THEIL (2000), ein bleibender „Bodensatz“. Dazu gehört neben dem Wissen um die Möglichkeit, dass bei Unsicherheiten und Streitfällen moderierende Experten zu Hilfe genommen werden können, dass Beteiligte ohne Furcht vor Benachteiligungen und insbesondere vor Missachtung NEIN zu sagen gelernt haben, – und dass sie möglicherweise ihr NEIN auch ohne Gesichtsverlust wieder revidieren können.

Über Individualität verfügt also nicht nur, wer selbst bestimmt, was zu geschehen hat, und wer selbst Verantwortung übernimmt, sondern auch, wer sich von Anderen Hilfe holen, ja sogar, wer sich auf Andere verlassen will. Wir haben nämlich empirisch nicht nur eine Personengruppe der Reflexiven oder der Normativen, sondern auch eine Personengruppe der Funktionierenden, die auf ihre Weise dazulernen können.

Das Individualitätspostulat muss also auch im Hinblick auf die *Patientenverfügung* revidiert werden. Gerade weil nicht jeder Patient in jeder Lage autonom entscheiden kann, ist er auf Vernetzung angewiesen. Eine Patientenverfügung kann keine Sicherheit bieten, wenn sie – sozusagen als Symptom für das Fehlen von Vernetzung - lediglich eine Alibifunktion erfüllt. Sie kann aber auch neben weiteren Institutionen (hier seien nur Familie, Freundeskreis, Kreis der behandelnden Ärzte und der Pflegepersonen genannt) als *ein* Element der Vernetzung eines entscheidungsunfähig gewordenen Patienten fungieren. Beispielhaft erscheinen daher Vernetzungsvorschläge, wie sie in der vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz herausgegebenen und ständig aktualisierten Broschüre *Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Patientenvorsorge* nachgelesen werden können. So steht an erster Stelle der Broschüre nicht etwa die *Patientenverfügung*, sondern als Erstes erhält der Leser eine Einführung, wie er *Vertrauenspersonen* wirksam dafür *bevollmächtigen* kann, ihn in Gesundheitsfragen, in Fragen des Wohnaufenthalts (Heimunterbringung), in Fragen von Zwangsmaßnahmen (Selbstschutz bei Verwirrung), in Fragen des Fernmelde- und Postdienstes zu vertreten. Ein entsprechendes Formular, welches diese Verfügungspunkte enthält und vom Vollmachtgeber datiert und unterschrieben werden muss, ist angefügt. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Verwaltung von Geldvermögen über bankeigene Vollmachten geregelt werden kann, und dass eine Vollmacht für die Verwaltung von Immobilien vor dem Notar erteilt und notariell bestätigt werden muss.

Beispielhaft erscheint auch die *Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit*, in welcher der Patient gemeinsam mit dem Arzt neben der Krankengeschichte, der aktuellen Medikation und entsprechenden Behandlungszielen auch einen Notfallplan für Komplikationen erstellt.

Preis dieser Vorausverfügung ist allerdings, dass sich der Patient klar vor Augen halten muss, was auf ihn zukommen kann, und obendrein (mit)entscheiden soll, dass bestimmte Behandlungs- oder Substitutionsmaßnahmen gar nicht erst ergriffen bzw. eingestellt werden. Dieser beispielhafte Passus wird also nicht von jedem Patienten wahrgenommen werden können.

Die hinter den Topoi „über alles reden!“, „gleiche Augenhöhe!“ und „Patientenvorsorge!“ stehenden Steuerungsforderungen sind also nicht erfüllbar. Die Einseitigkeiten dieser Postulate sind aber durch die Thesen der *Gesprächsfolie*, der *Epoché* und der *Vernetzung* revidierbar. Das kann funktionieren, weil diese Thesen nicht von einer Richtung, nicht von einer Lösung ausgehen, sondern immer auch Alternatives, Gegenteiliges, unterschwellig Mitlaufendes in den Blick nehmen.

Jene drei Topoi beziehen sich auf die *Steuerung* aktueller bzw. künftiger Interaktionen. In Abschnitt 4.2.2.4 wird ein Topos ganz anderer Art fokussiert. Es handelt sich um den totalitären Anspruch, dass die kalte Gesellschaft durch die *Ars moriendi* des Neuen Menschen geheilt werden müsse.

Dieser Anspruch wird nun hinsichtlich seiner Einseitigkeiten analysiert und in eine These umformuliert, die dazu anregt, zwischen Sozialem und Anderem zu unterscheiden.

#### 4.2.2.4 *Der Neue Mensch der Ars moriendi als Heiler der kalten Gesellschaft oder die Unterscheidung von Unterscheidungen?*

Der Topos 4 der *Ars moriendi* wird als Paradigma moderner Überforderung vorgestellt. Sie entsteht dadurch, dass Erreichbarkeit und Steuerbarkeit der Gesellschaft und des Ganzen Menschen sowohl gefordert als auch vorausgesetzt wird.

#### *Topos 4 „Neue Ars moriendi gegen die kalte Gesellschaft!“: Postulat der Heilung der Gesellschaft durch den Ganzen Neuen Menschen*

Die Forderung von Topos 4, den ganzen Menschen und die ganze Gesellschaft steuern zu sollen, ist als ein Totalitarismus enttarnbar, welcher von unrealen Voraussetzungen ausgeht. Der Topos 4 diagnostiziert nämlich die Gesellschaft nicht nur als Summe entindividualisierter, kalter, teilnahmsloser Personen, sondern er verdoppelt sie darüber hinaus zu einem entindividualisierten Meta-Individuum. Nur unter dieser Voraussetzung, dass es ein solches Metawesen gibt, kann er dessen Rettung fordern.

Dabei geht der Topos 4 von einem normativen Modell totalen Verstehens aus. Entgegen jeder empirischen Sachlage setzt er voraus, dass der Mensch als Ganzer erreicht, erfasst, verstanden und gebessert werden muss und auch kann, damit durch ihn die Gesellschaft re-individualisiert wird. Der Topos 4 fällt mit seinen Mängeldiagnosen also Moralurteile hinsichtlich der Individuen und hinsichtlich der Gesellschaft als Ganzer. Doch diese Moralzuweisungen lösen nicht das Problem, das sie schaffen. Vielmehr dienen sie als Alibi für die Selbstkonstituierung moralisch integerer Personen und Organisationen, die solche Postulate aufstellen.

Folgt man dem Topos 4, dann könnte eine organisationell propagierte Hospizlichkeitssemantik als großes Erziehungsprogramm und dessen propagierte moderne *Ars moriendi* als Heilmittel für eine vielfach defizitäre Bindestrichgesellschaft aufgefasst werden. In der Tat legt die Beobachtung sozialen Wandels die Aufstellung sozialer Entwicklungsmodelle nahe. Dies geschieht auch in dieser Arbeit, wenn von Phasen bzw. von Typen die Rede ist. Aber damit soll nicht von deren Notwendigkeit ausgegangen werden. Vielmehr soll nach Bedingungen ihrer Möglichkeit gefragt werden.

Wie in Abschnitt 4.1 gezeigt, sind auf den unterschiedlichen gesellschaftlichen Ordnungsniveaus der Interaktion, der Organisation und der ausdifferenzierten Funktionssysteme, einerseits starke Typ-Entsprechungen zu beobachten, andererseits ist die Eigenart jeder dieser Ordnungsebenen unübersehbar. Die starken Entsprechungen hinsichtlich der Normativität von Personen, Organisationen und Funktionssystemen interessieren daher nicht im Einzelnen, sondern von Interesse ist nun das Wie dieser Typiken und Phasen im Hinblick auf moralische Kommunikation. Sowohl bei den Persontypen als

auch hinsichtlich der phasischen Gruppierung organisationeller Verlautbarungen wie auch bei Funktionssystemen werden parallel laufende Moraltypiken sichtbar:

*Die Moral der akuten Notwendigkeit und der Gewohnheit*

Die Moral der akuten Notwendigkeit und der Gewohnheit, die ebenso gut zu Phase 1 der traditionellen organisatorischen Verlautbarungen wie zu den Funktionierenden oder auch zu den sich instrumentalisierenden Funktionssystemen passt, beruht auf einer Unterscheidungsweise, die immer auf Gleiches sieht und Ungleiches ausblendet, minimiert, unthematisiert lässt. Sie praktiziert eine begriffliche Vagheit, die harmonische Verhältnisse so zu simulieren erlaubt, dass es auf dem Gebiet der Sterbehilfe keine Schuldigen geben muss<sup>162</sup>. Indem sie das Funktionieren zu ihrer Tugend macht, kann sie unter Bedingungen, die ihr ohnehin unabänderlich erscheinen, alles wie gewohnt weiter laufen lassen - bis nichts mehr geht.

*Die Moral des Ge- und Verbots*

Eine Moral, die sich an selbst gestellten bzw. einsichtsvoll akzeptierten Ge- und Verboten ausrichtet und sie vor allem Anderen befehlen möchte, geht entweder mit der Ablehnung oder aber mit der Befürwortung aktiver Sterbehilfe und assistierten Suizids einher. Sie kann aber auch die Forderung, alles für eine Lebensverlängerung zu tun, erheben. Sie fordert die Schaffung verpflichtender rechtlicher Regelungen, die – je nach Ausgangsperspektive – enge oder weite, bis hin zur Euthanasieregelung reichende Bestimmungen enthalten sollen.

Für die Leistung menschlicher Zuwendung wird eine Professionalisierung und Implementierung von Hospizlichkeit, Palliativmedizin und/oder Tötungsheilbehandlung in Organisationen des Gesundheitswesens verlangt. Personen, die solche Dienste leisten, sollen mit Zeichen der Achtung bedacht werden.

Die Moral des Ge- und Verbots vertritt jede der verschiedenen Sterbehilfeformen – je nach Ausgangsposition - als rechtlich und ethisch eindeutig richtig, rational und gut bzw. lehnt sie als falsch und schlecht ab. Insbesondere jene Personen, die aktive Sterbehilfe leisten, werden entweder nach der Moral der Unverfügbarkeit des Geschenks des Lebens als Mörder geächtet, oder nach der Moral gebotener Humanität als Protagonisten humanen Helfens geachtet.

Solche Urteile werden gerechtfertigt, indem die jeweilige moralische Ausgangsposition durch eine als immer schon gültig dargestellte Lehre begründet wird. Damit können Schuldzuweisungen immer nur an Andere erfolgen, da ja die eigene Position als die richtige und moralisch höher stehende vorausgesetzt wird.

*Die Moral der situativ relativen Selbstverantwortung*

Sowohl Vernunft- als auch Gefühlsgründe, sowohl Argumente der Tugend, des Nutzens bzw. Schadens, des Sollens, sowohl Lehren als auch Gegenmeinungen können von die-

---

<sup>162</sup> Auch hier möchte ich betonen, dass der Begriff ‚simulieren‘ nicht pejorativ gebraucht wird. Vielmehr bezeichnet er eine *probeweise* oder auch routiniert angenommene Haltung des Als-ob

sem dritten Moraltypus thematisiert werden. Dies ist möglich, weil z.B. die *reflexive* Interviewperson ihren biografischen Werdegang nicht nur als ein Funktionieren, auch nicht nur als ein Immer-schon-alles-wissen, sondern als einen Selbstgestaltungsprozess darstellt, der in den letztlich sicheren Rahmen des Werdens und Vergehens eingebettet ist. Als vorwiegende Aktionsform fällt ein ständiges Dazulernen, Umlernen, weil Rekurrieren auf die eigene Biografie auf.

Zuwendung an Andere zeigt sich auch in Form von virtuellem Dabeibleiben, da sich dieser Typus ja nicht an Äußerlichem, sondern an *seiner* Introspektion, *seiner* Motive, *seiner* inneren Unendlichkeit, *seiner* Spiritualität, *seiner* Liebe als ein dem Wesen nach Nicht-woanders-sein aufbaut. So ist ein Begleiten in weitestem Sinne, auch bis hin zum interventionslosen Dabeibleiben eines Arztes bei einem sterbewilligen Suizidenten, thematisierbar.

Einstellungsänderungen dürfen im Rahmen dieser Moral ständig auftauchen. Sie werden situativ begründet, wobei eigener Wandel als Schritt hin zu eigener Vervollkommnung interpretiert wird.

Erweise von moralischer Ächtung erfolgen bei diesem dritten Moraltypus kaum – und wenn, dann werden sie sogleich relativiert. Häufig wird in diesen Texten auf eine teilweise religiös-ästhetisch konfirmierte Achtungssemantik zugegriffen.

Einstellungsleitende Normen und Handlungsmaximen werden nicht nur genannt, sondern auch jeweils expliziert. Erfährt ein solches Ich die Kränkung, dass Andere (etwa schwierige Krankheitszustände) die Anschlüsse herstellen, dann kann es diese Kränkung heilen, indem es durch ‚Umtaufen‘ Alternativen schafft und selbst die Verantwortung hierfür übernimmt. Sobald es also um Rechenschaftsfragen geht, wird spezifiziert, so dass es keine unreflektierten Schuldzuweisungen an Andere gibt.

Entscheidungen werden damit nicht für alle Zeiten gefällt, sondern es gibt immer wieder Alternativen – und auch davon – zumindest potenziell – immer wieder neue.

Genau diesen *Moraltyp der situativ relativen Selbstverantwortung* postuliert der Topos 4 mit seiner Forderung lebenslanger Übung der *Ars moriendi*. *Ausschließlich* dieser reflexive Typus, der sich selbstverantwortlich in seine Zukunft hin entwirft, soll nach Maßgabe des Topos 4 existieren. Damit geht der Topos 4 an der Realität vorbei, die – auf allen drei sozialen Ordnungsebenen nicht nur die Gruppe der Reflexiven, sondern auch der Normativen und der Funktionalisierten aufweist.

Hinzu kommt noch, dass nicht einmal dieser reflexive Moraltyp 3 ausschließlich die Forderungen hospizlichen Begleitens aufweist. Vielmehr kommen in dieser Gruppe auch Stellungnahmen vor, die alles, auch Euthanasie, unter dem Begriff des Begleitens – und damit der *Ars moriendi* - subsumieren.

Andererseits kann weder den Gruppen vom Typ 3 noch den anderen Typgruppen die Ernsthaftigkeit ihrer Moraleinstellungen und ihrer Vorstellungen vom eigenen Sterben abgesprochen werden, will man nicht den überwiegenden Teil der Personen, der Organisationen oder der Funktionssysteme als erziehungsbedürftig bezeichnen.



Anhand dieses Ergebnisses erscheint die Erfüllbarkeit des Postulats der neuen *Ars moriendi* fraglich. Daher wird der Totalitätsanspruch des Topos 4 zu einer *materiale These 4* umformuliert.

*Revision durch die materiale These 4 der Unterscheidung der Unterscheidungen*

Weshalb will die These 4 zur Unterscheidung von Unterscheidungen anregen?

Die These 4 zielt erstens darauf ab, dass nicht nur einer, sondern alle drei Moraltypen in den Blick genommen werden. Die Konsistenz dieser Moraltypen ist - ähnlich der in Teil 2 und 3 vorgestellten Phasentypik bzw. Persontypik - gewährleistet, da sie auf allen drei sozialen Ordnungsebenen Parallelen aufweist.

Die These 4 will zweitens berücksichtigen, dass einerseits Personen auf den kategorial unterschiedlichen sozialen Ordnungsebenen durch Zuschreibungen hergestellt werden. Andererseits will sie nicht daran vorbeisehen, dass psychische Systeme in einem Wechselwirkungsverhältnis mit sozialen Systemen stehen, welches keine Ursache-Wirkungs-Mechanismen aufweisen kann.

Für die materiale These 4 wurde also das Unterscheiden von Unterscheidungen gewählt, weil eine solche Praxis nicht von Einem ausgeht, sondern das, was – ungenannt – immer mitläuft, ebenfalls sichtbar machen will.

Die materiale These 4 der Unterscheidung von Unterscheidungen berücksichtigt sowohl die Forschungsergebnisse von ALOIS HAHN (1988), der zeigt, dass Biografie nicht den Menschen ausweist, wie er wirklich ist, sondern lediglich seinen Lebenslauf zum Thema macht. Sie schließt auch an die Analyseergebnisse von ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (1990) an, die, über Bergson und Husserl hinaus, das vergangene Erlebte und zukünftig zu Erlebende nicht in die Erzählzeit verlegen, sondern außerhalb halten. So können sie Identität als Ergebnis der in unauflösbarer Gleichzeitigkeit ablaufenden *Wechselwirkung* psychischen und sozialen Prozessierens zeigen.

Hier wiederholt sich also die Beobachtung, dass der Mensch als Ganzer nicht wissenschaftlich und auch sonst von keinem einzelnen Funktionssystem erfasst, erreicht, definiert werden kann. Was in der Gesellschaft zu haben ist, sind Zugehörigkeiten, Einschlüsse und Ausschlüsse z.B. in Form von mehr oder weniger erzwungenen (Nicht-)mitgliedschaften in Organisationen. Diese Zugehörigkeiten laufen sozialräumlich und zeitlich unterschiedlich, selektiv ab. Wie in Teil 2 gezeigt, wird ein Todkranker nur zur Symptomkontrolle in eine Palliativstation aufgenommen. Danach wird er womöglich noch längere Zeit zuhause oder im Pflegeheim versorgt. Er wird also vom Sterbenden zum Pflegefall allein schon dadurch, wohin er überweisen wird. Mitgliedschaften integrieren also nicht (nur). Sie splitten ein Individuum vielmehr auch in zahlreiche Aspekte auf. Dies zeigt, dass die Forderung der Integration des ganzen Menschen in die Gesellschaft unerfüllbar ist.

Aber wir können den ganzen Menschen respektieren, indem wir ihn von dem sozial erzeugten Personpuzzle unterscheiden und – als ‚den‘ ganzen Menschen – vor unseren Zumutungen, Zuschreibungen, Übergriffsversuchen verschonen.

Folgen wir der materialen These der Unterscheidung von Unterscheidungen weiter, so zeigt sich, dass auch ‚die‘ Gesellschaft als Ganze nicht erreichbar ist. Bei jedem Annäherungsversuch schiebt sie sich sozusagen immer weiter an den Horizont des Sozialen. ARMIN NASSEHI (2006) zeigt einer Soziologie, die die Gesellschaft zur Allperson hypostasieren, erreichen und bessern will, dass Gesellschaft nichts von alledem ist – auch kein Pool und auch keine Arena. Er weist Gesellschaft aus als einen Horizont nicht nur dessen, was aktuell stattfindet, sondern auch all dessen, was möglich ist.

Jene Aspekte werden von dem totalitären Ars-moriendi-Topos nicht berücksichtigt. Er beginnt mit der Unterscheidung der Welt in Gute und Schlechte, um Gesellschaft als ein wesenhaftes Meta-Subjekt darstellen zu können, welches nur durch die Besinnung des Neuen Menschen auf seine unverlierbare, unzerstörbare Einmaligkeit <sup>163</sup> gerettet werden könne. Daher ist nun der Topos 4 „Neue Ars moriendi gegen die kalte Gesellschaft!“ in eine materiale These 4 umzuformulieren:

***Materiale These 4 der Unterscheidung der Unterscheidungen***

***Wenn wir damit beginnen, Unterscheidungen zu unterscheiden, dann können wir neben der Einteilung der Welt in Gute und Schlechte noch weitere – etwa sachliche oder zeitliche - Unterscheidungsmöglichkeiten sichtbar machen.***

***Gesellschaft können wir dann als schlichtes Gesamt aktueller und möglicher Kommunikation sichtbar machen, die auf der interaktionellen, der organisatorischen und der funktional ausdifferenzierten Ordnungsebene läuft.***

***Individuen können wir damit nur als – temporär und sozialräumlich immer wieder neu geschaffene - Resultate von unhintergebar perspektivischen Fremd- und Selbstzuschreibungen erkennbar machen.***

Auf den ersten Blick muss diese materiale These 4 des Unterscheidens von Unterscheidungen enttäuschend wirken, denn wir verzichten damit auf den Anspruch, Gesellschaft als Ganze und den Menschen als Ganzen erfassen und steuern zu können.

Bei näherem Hinsehen zeigen sich jedoch Möglichkeiten für eine bessere Praxis des Sterbehilfediskurses:

Ein Vorteil dieser Modifikation liegt darin, dass sie den so beliebten hierarchischen Stufen-, Bildungs-, Erziehungsmodellen ein Alternativmodell zur Seite stellt, welches der funktionalen Differenzierungsform unserer Gesellschaft entspricht. Damit modifiziert sie die Muss-Modelle des ars-moriendi-Postulats zu Kann-Modellen, die dann nicht

---

<sup>163</sup> In diesem Gesellschafts- und Menschenbild ist unschwer das augustinische Vorbild des Gottesstaates und der Gotesebenbildlichkeit des Menschen wiederzuerkennen.

mehr mit Forderungen und Wertungen einhergehen, sondern nach Möglichkeitsbedingungen fragen und so den Weg zu Alternativen eröffnen.

Der Totalitätsanspruch des Topos 4 kann fallen gelassen werden, indem nicht von einem Gesellschaftsganzen, sondern von der Beobachtung unterschiedlicher gesellschaftlicher Ordnungsniveaus ausgegangen wird.

Gesellschaft muss also nicht vergeblich als ein – ohnehin unadressierbares - Metawesen verbessert werden wollen. Nur Missfallen zu äußern führt ja im Hinblick auf soziale Ordnung nicht weiter. Gesellschaftliche Missstände *können* sich vielmehr ändern – freilich auch hergestellt werden -, indem in Funktionssystemen operiert wird, indem in Organisationen Entscheidungen getroffen werden, indem unter Anwesenden agiert wird. Einzelpersonen *können* sich organisieren – etwa durch den Eintritt in oder die Gründung von Organisationen. Schon für den privaten Alltag gilt dann, sich nicht nur über Misslichkeiten zu ärgern, sondern – auch mit Hilfe Anderer - nach Alternativen auszuschauen. Zwar kann auch dabei nicht von Steuerbarkeit ausgegangen werden. Es kann aber jeweils auf *Bedingungen* der Möglichkeit von Änderungen gesehen werden.

Wenn nun Gesellschaft nicht als hypostasierte Wesenheit, sondern als das Gesamt aller Kommunikation angesehen wird, dann wird plötzlich jede einzelne Äußerung, jede Verlautbarung, jede Veröffentlichung nicht nur inhaltlich, sondern auch hinsichtlich ihrer Mitteilungsweise und Anschlussmöglichkeit wichtig. Der Erweis von moralischer Achtung oder Ächtung, fungiert dabei als ein Kommunikationsmedium, welches – ohne zu sehen, was es tut – im eigenen Interesse Bestände zu erzeugen und festzuhalten sucht.

Gerade weil Kommunikation – und damit Gesellschaft – von Semantiken des Üblichen oder des Gebotenen zur Semantik differenzierter Funktionssysteme übergeht, kann sie sich nicht (mehr) unwidersprochen auf eine übergeordnete moralische Instanz berufen. So kann auch keine von jedem sozialen System geteilte Totalunterscheidung nach Gut und Böse vorgenommen werden.

Freilich wird Moral ständig ‚*gebraucht*‘, d.h. in Form der Zuweisung von Achtung und Ächtung *angewendet* – und zwar meist auf Andere. Aus soziologischer Sicht wird Moral aber durchaus auch im Sinne von ‚*benötigt*‘ gebraucht, damit Selbstreflexion einsetzt. Das heißt dass dann bei jeder Äußerung, jeder Verlautbarung, jeder Veröffentlichung auch die Frage *intern* mitläuft, inwiefern die jeweilige Äußerung, Verlautbarung, Veröffentlichung *welchen* – und vor allem *wessen* - Moralstandards entspricht.

Aus soziologischer Sicht kann also Besserung nicht dadurch herbeigeführt werden, dass einem hypostasierten Metawesen Gesellschaft und den zu ganzen Menschen deklarierten Individuen Defizienzen zugeschrieben werden – noch dazu aus der Perspektive von Organisationen und Personen, die sich selbst anhand ihrer an Andere gerichteten Postulate als vorbildlich ausweisen wollen. Nicht Andere nach Gut und Böse zu unterscheiden, sondern das eigene Unterscheiden ebenso wie das Unterscheiden Anderer in den Blick zu nehmen, kann den ersten Schritt hin zu Änderungen ausmachen.

Ein wesentlicher Vorteil der Modifikation des *Topos 4 der „Ars moriendi!“* durch die *These 4 des Unterscheidens von Unterscheidungen* besteht also darin, dass Personen nicht vorweg als defizitär diagnostiziert und mit unhintergebar binnenperspektivischen und damit einseitigen Besserungsangeboten überhäuft werden. Vielmehr kann zuerst danach ausgeschaut werden, unter welchen Bedingungen sich Einstellungen zu dem Thema Sterbehilfe-Sterbebegleitung bewähren, fortsetzen, durchtragen.

So muss auch keines der Moralkonzepte des Funktionierens oder des Normierens oder des Reflektierens als schlechter oder besser als die jeweils anderen Moralkonzepte bezeichnet werden. Normen setzende Systeme werden gebraucht, da sie soziale Ordnung garantieren sollen. Auch die viel geschmähte Funktionalisierung trägt unsere Gesellschaft mit: Eingespielte Praktiken funktionierender Personen werden gebraucht, damit die Behandlung aller Kranken oder Pflegebedürftigen oder die Versorgung Verstorbener gewährleistet ist.

Wenn routinierte oder ad hoc hergestellte oder reflektierte Lösungen zugleich als Selbstpräsentation einer Organisation fungieren, dann muss das nicht als organisationaler Egoismus oder gar als Instrumentalisierung der Lebenswelt durch Funktionssysteme gewertet werden. Vielmehr können diese Lösungsversuche sowohl als Selbstkonstitution jener Systeme wie auch als Leistung für andere Sozialsysteme interpretiert werden.

Keiner dieser funktionalisierten oder normativen oder reflexiven Lösungsansätze hat sich also überlebt. Nach wie vor wird die Tugend des Funktionierenwollens und die damit verbundene Moral des Sicheinordnens im doppelten Wortsinn *gebraucht* – nämlich sowohl für Andere *angewendet* als auch zur Selbstkonstitution *benötigt*. Funktionierende tragen nach wie vor ebenso wie Normierende und Reflexive zur Vielfalt gesellschaftlichen Kommunizierens bei. Dies gilt auch weiterhin, denn auch nach Tod, Trennung, Streit gibt es Überlebende, neue Partner, (Un-)Versöhnte, die sich nicht nur reflektieren, nicht nur Normen setzen, sondern die auch vom Normalfall bis hin zum Notfall funktionieren können müssen.

*Zusammenfassung der materialen Thesen: Wie kann der Sterbehilfediskurs in der alltäglichen Praxis besser geführt werden?*

Die oben aufgestellten materialen Thesen klären also darüber auf, wie der Sterbehilfediskurs in der alltäglichen Praxis verbessert werden kann:

*Die materiale These 1 der Gesprächsfolie* respektiert zwar, dass wir nicht mit Jedem jederzeit über alles reden können. Sie schließt aber auch ein, dass wir uns als Gesprächsfolie anbieten können – aber nicht müssen, was auch für den Sterbenden gilt: Er wird unter dieser These einen Anspruch, in Ruhe gelassen zu werden, nicht auch noch mühsam verteidigen müssen.

*Die materiale These 2 der Epoché* respektiert, dass wir auch dann, wenn wir die Augenhöhe des Anderen einzunehmen versuchen, immer noch aus der eigenen Perspektive beobachten. Unter dieser These können wir die eigene Begriffswahl und Semantik genau beobachten und – freilich wiederum perspektivisch - sehen, was damit in einer Begegnung geschieht.

*Die materiale These 3 der Vernetzung* rechnet zwar damit, dass wir im Sterben von Vielem mitbestimmt werden, sodass nicht alles regelbar ist. Aber sie schließt ein, dass das Instrument der Patientenvorsorge als ein Element unter anderen in einem Netzwerk fungieren kann. Sie belässt einer formalen Verfügung einen auf das jeweilige Netzwerk beziehbaren Stellenwert. Das heißt: Nicht nur eine formale Patientenverfügung kann relativiert werden, sondern auch die darüber Urteilenden müssen ihre Sichtweise als unhintergebar perspektivische relativieren (lassen).

*Die materiale These 4 der Unterscheidung von Unterscheidungen* respektiert den ganzen Menschen, will ihn aber gerade nicht erreichen und bessern. Sie schränkt ihn nicht, wie das Postulat der *Ars moriendi* dies tut, auf den moralischen Lernfall ein, sondern sie bringt es fertig, ihn in seiner inneren Unendlichkeit zu belassen

Indem die materiale These der Unterscheidung von Unterscheidungen die Gesellschaft als das Gesamt der aktuell und potenziell auf allen drei sozialen Ordnungsebenen laufenden Kommunikation aufzeigt, kann sich jeder Kommunikationsbeitrag zugleich als Reagens und Schöpfer gesellschaftlicher Kommunikation wiederfinden.

Diese materialen Thesen wollen zu einem unverkrampften Umgang mit den Themen Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenvorsorge in der Alltagspraxis anregen. Damit kann auch das *Memento mori* rekapituliert werden - allerdings nicht als Garantie für ein Klugwerden und schon gar nicht als Pflichtübung zur Personwerdung, sondern als eine unter anderen Möglichkeiten, sich mit gänzlich Anderem, Unbekanntem Unerfahrbarem zu befassen.

Aus diesen materialen Thesen werden nun in Abschnitt 4.3 formale, nämlich theoretische und methodologische Konsequenzen gezogen.

Wie schwer empirische Diversität mit Normforderungen zusammengeht, wurde an den vorgestellten Topoi gezeigt. Deren Postulate, über alles zu reden, in gleicher Augenhöhe zu kommunizieren, das eigene Sterben vorsorgend zu gestalten, und das Drängen auf eine Moral der neuen *Ars moriendi* zur Heilung der Gesellschaft können daher nicht als Ausgangsposition einer Soziologie taugen, die ihren eigenen Anteil an der Herstellung von Sozialität im Blick behalten will.

### 4.3 *Möglichkeiten, den Sterbehilfediskurs besser zu führen*

Die in Abschnitt 4.2 vorgestellten materialen Thesen werden nun anhand ihrer theoretischen und methodologischen Implikationen in die Gestalt formaler, also wissenschaftlich relevanter Thesen gebracht.

#### 4.3.1 *Transfer der materialen in formale Thesen*

Zuerst werden die drei materialen Diversitätsthese der Gesprächsfolie, der Epoché und der Vernetzung in die formalen Thesen des Anschlussangebots, der Perspektivendifferenz und der Interdisziplinarität umformuliert:

##### Die formale These 1 des Anschlussangebots

ist von der materialen These der Gesprächsfolie ableitbar. Sie vertritt nicht das Postulat, dass inhaltliche Ergebnisse übernommen oder verworfen werden müssen. Sie zeigt vielmehr am Beispiel ihrer eigenen Nachjustierungen ethnomethodologischer Forschung, objektiver Hermeneutik und kritischer Theorien, wie anders weiter geforscht und Neues kreiert werden kann, ohne dass an Forschungsergebnissen jener Vorgänger vorbei gesehen werden muss.

##### *Die formale These 1 des Anschlussangebots*

***besagt also, dass die eigene theoretische Ausgangsposition und die eigenen Begrifflichkeiten offengelegt und zum weiteren Anschließen angeboten werden. Dabei bedeutet ein mögliches Anschließen nicht das Übernehmen oder das Verwerfen dieser Position und Begrifflichkeiten. Vielmehr bedeutet es, dass durch die Irritation solchen Angebots die jeweiligen systemeigenen Positionen und Begrifflichkeiten neu justieren lassen. Das Anschlussangebot ermöglicht also eine Erhöhung der Varianz bei den adressierten Systemen.***

Das Interessante der These des Anschlussangebots dürfte sein, dass mit forschungspraktischen Formen - etwa wie hier mit dem Vergleich kommunikativer Strukturen auf interaktiver, organisatorischer und gesellschaftlicher Ordnungsebene - ebenso experimentiert werden kann wie mit der theoretischen Annahme, dass Personen als Adressen für Selbst- und Fremdzuschreibungen fungieren. Mit dieser formalen These 1 des Anschlussangebots kann der überfordernde Topos, über alles reden zu sollen, durch die Frage nach dem Wie relativiert werden.

##### Die formale These 2 der Perspektivendifferenz

schließt an die materiale These der Epoché an und verschärft sie noch. Wenn wir unsere eigene Begriffswahl und Semantik genau in den Blick nehmen wollen, müssen wir uns z.B. auch auf sprachtheoretische oder wissenschaftslogische Positionen einlassen.

So können wir z.B. versuchsweise in Anlehnung an HILARY PUTNAM (1993; zuerst 1980: 141f) die Tarskische Wahrheitstheorie auf das moralische Postulat

*Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe*

anwenden. Um dieses Postulat zu einer wissenschaftlichen Aussage zu machen, können wir es folgendermaßen umformulieren:

These:

„Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe“  
ist wahr.

So sehen wir, dass die erste Aussage - *Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe* – keine wissenschaftliche Aussage sein kann, weil sie ihrer Quotierung

These:

„...“  
ist wahr

beraubt ist.

Aber mit diesem Transfer will ich nicht nur den herkömmlichen Topos 2: „gleiche Augenhöhe!“ als moralisches Postulat enttarnen, welches noch der Begründung bedarf. Freilich postuliert der Topos 2 eine einseitige Moral des Gelingens, die Konfliktpotentiale durch emphatisches Verstehen so auszugleichen verlangt, dass Sterbebegleitung jeglichen Wunsch nach Abkürzung des Lebens vergessen macht. Aber vor allem will ich zeigen, was unbeachtet bleiben muss, damit eine solche Fiktion moralisch-emotionaler Gleichstellung hergestellt werden kann: Aus wissenssoziologischer Perspektive, also indem wir darauf sehen, *wie* Wissen gewonnen wird, sehen wir nämlich, dass auch die komplettierte Aussage

These:

„Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe“  
ist wahr.

etwas behauptet, was nicht bewiesen ist.

Die komplettierte These bedarf also ihrerseits wieder der Begründung. Da es aber für die Begründung der Geltung von Theorien keine oberste Instanz gibt, muss auch die komplettierte These gegenüber jeder einzelnen Disziplin, gegenüber jeder einzelnen Organisation, gegenüber jeder einzelnen Sprecherposition begründet werden.

Zwar wurde oben der überfordernde herkömmliche Topos „gleiche Augenhöhe!“ relativiert, indem dazu angeregt wurde, die Haltung der *Epoché* einzunehmen. Wenn dies nun im Hinblick auf die eigene soziologische Einstellung praktiziert wird, dann muss dazu die materiale These 2 der *Epoché* in die *formale, also wissenssoziologisch relevante These 2 der Perspektivendifferenz*.umformuliert werden.

***Die formale These 2 der Perspektivendifferenz***

***besagt, dass jede These nur von ihrer Ausgangstheorie her begründet werden kann, also unhintergebar perspektivisch bleibt.***

Keine wissenschaftliche Theorie, auch nicht die hier angewendete systemtheoretisch informierte Soziologie, kann also je aus ihrem Begründungsbedarf herauskommen, wenn sie ihre These Anderen zur Übernahme anträgt.

Damit haben wir wieder einen Befund, der beim ersten Hinhören enttäuschend klingt. Aber wenn wir der These der Perspektivendifferenz folgen, können wir in der soziologischen Forschung zugeben, dass je nach theoretischer Ausgangsposition und dazu passender Methodologie nicht Richtiges oder Falsches, sondern möglicherweise jeweils Anderes sichtbar gemacht werden kann. Für den systemtheoretisch informierten soziologischen Konstruktivismus und die dazu passende funktionale Analyse bedeutet das, dass wir zwar soziale Systeme mit ihren Eigenlogiken und deren Umwelten (einschließlich der anderen sozialen Systeme) unterscheiden lernen, diese Unterscheidung aber nicht als die einzig mögliche propagieren können. Und schon gar nicht können wir von uns aus die Welt allgemeingültig in Gute und Schlechte aufteilen.

#### Die formale These 3 der Interdisziplinarität

überträgt die Vernetzungsthese, welche den Pflgenden, Begleitenden, Vorausverfügenden angetragen wird, auf das Gebiet der qualitativen Sozialforschung.

Es geht mir nicht so sehr darum, interdisziplinäre Vernetzung zu propagieren, damit Synergieeffekte genutzt werden. Interdisziplinäre Foren, Arbeitsgemeinschaften, Komitees, Chatrooms ‚kosten‘ nämlich erst einmal mehr Zeit als wenn sich jeder Arbeitsbereich um seine eigenen Angelegenheiten kümmert. Aber wenn bei solchen Treffen darauf gesehen werden kann, wie Andere anders unterscheiden, und wie sich dies auf das eigene System irritierend auswirkt, dann können – mit systemeigenen Mitteln – Justierungen vorgenommen werden, die auf lange Sicht Zugewinn z.B. an eigener Varianz erreichen lassen.

#### ***Die formale These 3 der Interdisziplinarität***

***besagt also nicht, sich anderen Disziplinen unterordnen oder sie dominieren zu müssen. sondern sich auf – sicher unbequeme - Irritationen einzulassen und eigene Konsequenzen zu ziehen. Dies kann bis hin zur Schaffung von – ihrerseits dann allmählich immer eigenständiger operierender – Suborganisationen und Subdisziplinen reichen.***

Nicht nur schnelle Optimierungsrezepte von außen, sondern insbesondere eigenes Hineingehen in andere Organisationen, Zusammenarbeit auf Zeit, in gemeinsamen Projekten kann – aber muss nicht – eine Änderung in der eigenen Argumentationsweise mit sich bringen. Dass dies nicht immer, und vor allem nicht sofort erwartet werden kann, zeigt das zuweilen geradezu hartnäckige Festhalten an alten Argumentationsschleifen – gut zu sehen an dem ‚Gegenrede‘-Projekt von ARMIN NASSEHI und IRMHILD SAAKE (2004), die auf ihre Frage *Brauchen liberal-demokratische Gesellschaften eine*



"Sterbehilfe?", die sie mehrmals und kommentiert an Vertreter verschiedener Disziplinen richten, die immergleichen Antworten erhalten.

Die *formale These 4 der Grenze des Sozialen* schließt an die materiale These 4 der Unterscheidung von Unterscheidungen an. Jene besagt, dass wir die Begriffswahl und Semantik anderer Funktionssysteme genau beobachten und auf ihre Funktion achten können, aber ihre Grenzziehungen nicht folgenlos überschreiten können. Überfordernde Topoi, die von Einheit ausgehen und die zerstückte, defiziente, kranke oder sonstige Bindestrich-Gesellschaft heilen wollen, werden damit revidierbar.

Das Unterscheiden von Unterscheidungen kann sichtbar machen, dass ausdifferenzierte Funktionssysteme die soziale Welt genau deshalb auf ihre Weise, also perspektivisch, ordnen müssen, weil kein übergeordnetes System, das alles lenkt und leitet, Anspruch auf weltweite Akzeptanz erheben kann.

Nun könnte, wie das oben gezeigte Postulat der moralischen Person dies tut, auch hier gesagt werden, dass das, was nicht ist, aber sein soll, eben hergestellt werden muss. Folgen wir aber beispielsweise den oben eingeführten Befunden von ALOIS HAHN (1988) und von ARMIN NASSEHI und GEORG WEBER (1990), dann wird Folgendes klar: Personen entstehen durch Selbst- und Fremdzuschreibungen. Sie sind nicht ganze Menschen, sondern soziale Konstrukte, die aus der jeweiligen Zuschreibungsperspektive erzeugt werden. Zwar ist davon auszugehen, dass jedes psychische Prozessieren auch sozial wirksam und umgekehrt jedes soziale Prozessieren auch psychisch wirksam ist. Aber die Gleichzeitigkeit solcher Wechselwirkung schließt die Möglichkeit von einseitig ursächlichen Wirkungsverhältnissen und damit von Steuerung aus. Nur was *nach* unmittelbaren psychosozialen Wechselwirkungsverhältnissen eintritt, also etwa ein ‚Übersetzen‘ nonverbalen Prozessierens in gesprochene Sätze, kann wissenschaftlich beobachtet werden. Dabei kann aber jedes Vertexten von Sinneseindrücken, Gefühlen, Vorstellungen nur aus der jeweiligen Perspektive dessen erfolgen, der gerade den jeweiligen Text formuliert. Ob solche nachträglichen Selbst- und Fremdbeschreibungen dem wirklichen sinnlichen Erleben, der wirklichen Gefühlslage und Vorstellung entsprechen, können wir nicht wissen.

Gerade die Ergebnisse konstruktivistischer Biografieforschung zeigen, dass auch in der biografischen Narration die wirkliche Lebensgeschichte des Erzählenden nicht erreichbar ist. Nicht das vergangene Erlebte und zukünftig zu Erlebende, sondern ausschließlich das in der akuten Erzählzeit für erzählenswert Gehaltene kann in der akuten Erzählung zutage treten.

Wenn wir also Biografien als Grundlagen für Entscheidungen am Lebensende verwenden wollen, dann wäre es fatal, von ‚immer schon‘ gewünschten *Inhalten* auszugehen. Es wäre ebenso fatal, von einem ‚Menschentyp‘ auszugehen. Was sich bestenfalls durchhält, sind die Strukturen von *Personkonzepten*.

Auch dieser Befund muss beim ersten Zuhören enttäuschend klingen.

Aber er eröffnet den Weg zur Ausformulierung einer These, die uns hilft, eine realistische Sicht auf Sozialität, Gesellschaft und den Menschen als Ganzen einzunehmen:

***Die formale These 4 der Grenze des Sozialen***

***besagt, dass es den Ganzen Menschen zwar gibt, aber dass er wegen der unhintergehbaren Perspektivik jedes Sozialsystems als Ganzer nicht sozial erreicht werden kann. Vielmehr kann der Ganze Mensch als das Andere, als die Grenze des Sozialen, dargestellt werden.***

***Auch ‚die‘ Gesellschaft als Ganze ist nicht erreichbar oder gar steuerbar. Gesellschaft kann vielmehr als das Gesamt aller aktuellen und möglichen Kommunikation aufgefasst werden. Jeder Versuch, Gesellschaft zu hypostasieren, versetzt ‚die‘ Gesellschaft lediglich weiter in den Horizont des Sozialen.***

***Weder der Ganze Mensch noch die Gesellschaft als Ganze ist also wissenschaftlich erreichbar oder gar steuerbar.***

Indem eine konstruktivistische Soziologie den Ganzen Menschen als Grenze des Sozialen begreift, die keine Übergriffe erlaubt, kann auf sie auf die von den gängigen Topoi erhobenen Totalansprüche der Erreichbarkeit und Steuerbarkeit von Menschen und Gesellschaft verzichten. So, wie wir den ganzen Menschen respektieren, indem wir ihn als Grenze des Sozialen vor unseren Zumutungen verschonen, ist auch die Gesellschaft als Ganze nur als Grenze zu respektieren, die sich – für uns unüberschreitbar - bei jedem wissenschaftlichen Annäherungsversuch über den Horizont möglicher Erkenntnis hinausschiebt. So haben wir freilich keinen archimedischen Punkt außerhalb der Gesellschaft, von der aus wir sie objektiv beurteilen, bewegen, steuern könnten.

Den soziologischen Sterbehilfediskurs zu verbessern, kann also höchstens in Veruschen der Selbststeuerung bestehen, also

- gemäß der formalen These 1 Anschlussangebote zu machen und Anschlussangebote Anderer als Anlässe zur Nachjustierung eigener kognitiver Ressourcen zu nutzen,

- gemäß der formalen These 2 mit der Unhintergebarkeit der Perspektivendifferenz und damit mit der Begrenztheit aller sozialen Systeme – auch der eigenen soziologischen Richtung – zu rechnen und dem entsprechend bereits zu sein, auch die eigene Ausgangsposition nachzujustieren und die eigene Begrifflichkeit weiter zu schärfen,

- gemäß der formalen These 3 der Interdisziplinarität zunächst unbequem erscheinende Netzwerksarbeit auf sich zu nehmen, um an der Art der Ausgangspositionen und an der Art des Begriffsgebrauchs anderer Disziplinen den Umgang mit eigenen Theorien und Methodologien kreativ werden zu lassen – also dazuzulernen,

- und gemäß der formalen These 4 der Grenze des Sozialen zwar einen konstruktiven, nämlich anschlussfähigen und Anschlüsse nutzenden, zu Selbstkorrekturen bereiten,

anderen Sichtweisen gegenüber gesprächsbereiten Diskurs zu führen, und dabei auf moralische Zuschreibungen an Andere zu verzichten. Die Konstruktivität dieses Ansatzes beruht also darauf, nicht den ganzen Menschen und nicht die ganze Gesellschaft erreichen, steuern, bessern zu wollen, sondern in den eigenen – auch moralischen – Ressourcen nach Änderungsmöglichkeiten auszuschaun.

Den ganzen Menschen wissenschaftlich zu erreichen, ist also ebenfalls nicht möglich. Am ehesten kann ein - jeweils perspektivisches - Menschenbild aus einer – jeweils perspektivischen – Position beobachtet, bezeichnet, typisiert werden. Dass der Mensch als Ganzer damit gerade nicht erreichbar ist, dürfte schon der Diversität der Perspektiven wegen klar sein.

Auch den ganzen Menschen in der Praxis der Sterbebegleitung erreichen zu wollen, kann nur zu Überforderungen führen. Nicht folgenlos kann die Grenze des Sozialen, dieses unbezeichnenbare Außerhalb, das den ganzen Menschen ausmacht, überschritten werden. Versuche dieser Art führen lediglich dazu, dass der Ganze Mensch weiter in einen Horizont geschoben wird, an dem er für die soziale Perspektive Idol bleibt, wenn nicht gar zur Ideologie verkommt.

Die *formale These 4 der Grenze des Sozialen* revidiert also die Postulate der Erreichbarkeit des Ganzen Menschen und der Steuerbarkeit der ganzen Gesellschaft. Damit wird klar, dass die Steuerung des guten oder weniger guten Todes nicht von gesellschaftlichen Funktionssystemen, nicht von Organisationen, nicht von Interaktionssystemen geleistet werden kann. Der gute Tod findet weder in der Ethik noch in der Religion, nicht einmal in der Medizin statt, sondern er bleibt ein moralisches Postulat – und zwar an Andere – und damit ein soziales Konstrukt.

#### 4.3.2 *Methodologische Implikationen*

Gebraucht wird also eine systemtheoretisch informierte, empirisch durchgearbeitete Methodologie, die sich für die Diskussion systemischer, akteurgerichteter, praktischer Fragen zum Sterbehilfethema eignet.

Allein schon am Beispiel der formalen These 2 der Perspektivendifferenz zeigt sich, dass eine Methodologie, die kategorial zu ihrer Ausgangstheorie passt, konsistente Ergebnisse erbringt, ohne in Begründungsfallen zu geraten. Wenn wir nämlich in der soziologischen Forschung nicht von einer Einheitsperspektive, sondern von unhintergehbaren Perspektivendifferenzen ausgehen, müssen wir weder vorschreiben, dass die Interviewpersonen zuvor über Begrifflichkeiten aufgeklärt werden müssen, noch müssen wir alles vermeiden, was die Interviewpersonen dazu bringen könnte, unseren Begriffsgebrauch zu übernehmen. Wir müssen uns weder darum bemühen, uns selbst leibhaftig in die Interviewsituation einzubringen, noch müssen wir uns darum bemühen, uns selbst aus der Interviewsituation herauszuhalten. Wir können vielmehr unverkrampft in die Interviewsituation hineingehen. Anhand der gewonnenen Interviewtranskripte können wir

dann anhand der funktionalen Methode sehen, wie sich unterschiedliche Strukturen allmählich aufbauen und festigen, so dass schließlich strukturell ähnliche Typgruppen hergestellt werden können. Insbesondere können wir das Wie dieser Strukturbildung beobachten, wenn wir nicht nur die Interviewperson, sondern auch die Forscherperson in die Analyse einbeziehen.

Auch die übrigen formalen Thesen implizieren den Einsatz der funktionalen Methode. So wird die ethnomethodologische Falle vermieden, empirische Forscherbeobachtungen ohne Offenlegung der jeweils eigenen Ausgangsperspektive zu generalisieren und sich so selbst zu funktionalisieren.

Auch die Falle einer sich subjektphilosophisch fundierenden moralisierenden Gesellschafts-, System-, Personkritik wird vermieden, die ja für die Existenz eines solch einheitlichen Fundaments keine empirischen Nachweise, sondern nur Postulate liefern kann.

Schließlich wird die Falle der Selbstüberhöhungen einer zwar hoch selbstreflexiven, sich aber elitär gebärdenden Soziologie vermieden. Die Methode der funktionalen Analyse muss nicht moralische Selbstvalidierungen vornehmen, um die durch Handlungsmächtigkeit Anderer erlittenen Kränkungen zu kompensieren. Vielmehr kann sie Gegenmeinungen als Störgeräusche auffassen, denen sie, bei genauem Hinhören, Potentiale zur sachlichen Änderung ihrer eigenen Argumentationen abgewinnen kann.

Die Vorteile einer solchermaßen systemtheoretisch informierten, empirisch durchgearbeiteten Methodologie liegen darin, dass sie sichtbar werden lässt, *wie* der moderne Sterbehilfediskurs läuft: Hoch selektiv schafft er sachliche, soziale – insbesondere moralische –, und zeitliche Verweisungszusammenhänge, die in Interaktionen sporadisch aufscheinen, deren Themen in Organisationen zeitgleich bearbeitet und divers beurteilt werden, und die als gepflegte Semantiken einzelner sich ausdifferenzierender Funktionssysteme (Politik, Recht, Medizin, Religion, Ethik) geführt werden. Nirgends ist jedoch die häufig geforderte Integration von Sichtweisen erkennbar: Wenn das Sterbehilfethema wissenschaftlich, religiös, rechtlich kommuniziert wird und so Teile der gesellschaftlichen Ordnungsebene erzeugt, dann wird damit nicht Perspektivität überwunden. Vielmehr können rechtliche Argumente für eine weite oder enge Fassung einer Patientenverfügung den ethischen Argumenten entgegenstehen, und medizinische Argumente gänzlich gegen eine eng gefasste Bindungswirkung dieses Instruments ausfallen.

Anhand der funktionalen Methode kann gezeigt werden, wie auf der organisationellen Ordnungsebene einerseits Vernetzung schon aus synergetischen Gründen notwendig, aber andererseits wiederum höchst störend sein kann. Dies wurde an Domestizierungsversuchen gegenüber externen Angeboten der Selbsthilfegruppen, Freiwilligenhilfe (volunteers), und Beraterorganisationen gezeigt. Sichtbar wurde auch, wie interne Vernetzungen in Form von Ethikkomitees, interdisziplinären Arbeitsgruppen oder multidisziplinären Einrichtungen wie etwa Palliativstationen gezwungen sind, ihren Mitgliedern belastende und überfordernde Mehrfachfunktion in Personalunion abzuverlangen.

Die funktionale Analyse macht auch die Kontingenz von Integrationsforderungen methodisch sichtbar. So wurde gezeigt, wie es nicht nur zur Integration, also zur Zusammenführung von Vertretern ausdifferenzierter Funktionssysteme kommt, sondern wie neue selbstständig nach eigenen Regeln entscheidende Organisationen entstehen. Schon deren Verlautbarungen (Hausregeln von Palliativstationen, Vorlesungstexte und empfohlene Literatur von Universitäten) können – analytisch – als neu ausdifferenzierte organisationelle Subsysteme mit eigenen Gesetzen, Logiken, Perspektiven bezeichnet werden. So kann Palliativmedizin oder Palliativpflege oder Medizinische Ethik oder womöglich eine spezifische Palliativethik als jeweils eigene Unterscheidungen treffendes und eigene Begrifflichkeiten verwendendes gesellschaftliches Sub-Funktionssystem aufgezeigt werden. Was außerhalb dieser jeweiligen Funktionssysteme geschieht – die Pflege im Altenheim, die Schmerzbehandlung durch den niedergelassenen Arzt, die ethische Entscheidung eines Betreuers – müsste sich dann von den neu etablierten Subsystemen informieren lassen. Dass dies nicht immer geschieht, sondern auch dort wiederum nach anderen – nämlich systemeigenen – Regeln vorgegangen wird, kann an der Eigenlogik etwa eines Arztes gezeigt werden, der vorrangig heilen will. Ihm wird eine Zusatzausbildung in Palliativmedizin und möglichst auch in medizinischer Ethik angetragen, bevor er Palliativmedizinern, die ja kaum etwas mit demenzkranken Langzeitpatienten zu tun haben, aus seiner Hausarztpraxis berichten und Tipps zu geriatrischen Themen geben kann. Oder ein gesetzlich bestellter (Berufs)betreuer, der vor der Entscheidung für oder gegen das Legen einer Magensonde zur Sicherstellung der notwendigen Volumen- und Flüssigkeitssubstitution bei einem entscheidungsunfähigen Betreuten steht, muss sich, wenn er beim Fehlen einer Patientenverfügung dem Willen des Patienten gerecht werden will, vorrangig professionellen Rat holen – etwa bei einem einzuberufenden klinischen Ethikkonsil oder in neuen universitären und außeruniversitären Beratungsnetzen wie etwa dem Beratungsforum der Universität Bochum Mailingliste Betreuungsrecht<sup>164</sup>. Das Gespräch mit nicht eigens bevollmächtigten Angehörigen wird eher nicht gesucht; ihre Meinungsäußerungen werden eher als unzulässige Übergriffe gewertet.

Die Methode der funktionalen Analyse kann auch ermöglichen, den Verlauf einer neuen Gesetzgebung zu beobachten und zu extrapolieren:

Eine gesetzliche *Regelung* – etwa der Patientenvorsorge – kann ausschließlich eine *gesetzliche* und damit eine *rechtliche Setzung* sein. Das heißt, dass sie auch wieder anders formuliert werden kann. Gesetzgebende Gremien – also Parlamentarier – schließen zwar an westlich-demokratisch-christlich formulierte Wertekanons an. Immerhin müssen Politiker ja *mehrheitsfähige* und damit auch *moralisch plausible Entscheidungen* treffen. Aber die Begründungen, mit denen Gesetzentwürfe vorgelegt werden, sind kei-

---

<sup>164</sup> Die genaue Internet-Adresse der Mailingliste Betreuungsrecht lautet: [Betreuungsrecht@lists.ruhr-uni-bochum.de](mailto:Betreuungsrecht@lists.ruhr-uni-bochum.de) . Information unter <http://lists.ruhr-uni-bochum.de/mailman/listinfo/betreuungsrecht> .

ne rechtlichen Begründungen, sondern Appelle, die Verfügende dazu aufrufen, einem bestimmten Typus zu entsprechen:

Der optimistische Gesetzentwurf von STÜNCKER e. a. (2008) setzt voraus, dass der Verfügende seinen im Voraus formulierten Willen durchträgt. Er ist also - scheinbar liberal - auf Verfügende zugeschnitten, die immer schon wissen, was sie wollen, und die dies auch wirksam deutlich machen können. Schutzbedürftige, Unsichere, wenig Entscheidungsfreudige gibt es in diesem Konzept nicht.

Der pessimistische Gesetzentwurf von BOSBACH e. a. (2008) setzt voraus, dass der Verfügende vor sich selbst geschützt werden muss. Er stellt eine Hierarchie zwischen der Schutzbedürftigkeit Schwerkranker und der sicheren Urteilsfähigkeit der Experten, insbesondere der Vormundschaftsrichter, hinsichtlich des Patientenwillens. auf

Der pragmatische Gesetzentwurf von ZÖLLER e. a. (2008) will sowohl die Autonomie als auch den Lebensschutz des Verfügenden garantieren. Der Verfügende soll sowohl wirksame schriftliche Vorausverfügungen als auch wirksame mündliche (Nicht-) einwilligungen in (Nicht-)behandlungsvorschläge formulieren können. Aber diese Verfügungen sollen nicht automatisch gelten, sondern in jedem Einzelfall vom behandelnden Arzt, Betreuer, nötigenfalls unter Hinzuziehung weiterer Angehöriger, daraufhin untersucht werden, ob sie dem Willen des Patienten in der aktuellen Situation entsprechen.

Der liberale Aspekt des Zöllerschen Vorschlags zeigt sich darin, dass der Arzt für einen Behandlungsverzicht keine schriftliche Willensäußerung braucht, wenn der Patient seinen Willen aktuell mündlich äußern kann. Doch im Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten wird dem Arzt ein neuer Paternalismus auferlegt: Der alte Paternalismus der *Richtlinien zur Sterbehilfe* der BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1979) verlangte dem Arzt ab, das anzuordnen, was seiner ärztlichen Meinung nach für den Patienten am besten ist. Der neue Paternalismus, der nun dem Arzt auferlegt wird, fordert Anderes: *Der Arzt* muss herausfinden, also in Worte fassen, also formulieren, was *der Patient* – womöglich entgegen seiner schriftlichen Patientenverfügung – in der jeweils aktuellen Situation tatsächlich will. Denken wir an Fälle schwerer Demenz: Hier wird mit einem Arzt gerechnet, der in der Lage ist, wörtliche oder nonverbale Äußerungen oder neuronale Reaktionen im Sinne eines Patientenwillens endgültig richtig zu deuten. Da der Arzt diese Deutungshoheit innehaben soll, kann er aber die früheren und aktuellen, verbalen, nonverbalen und neuronalen Äußerungen je nach seiner normativen Einstellung als grundsätzlichen Lebenswillen oder aber als einen Wunsch nach Abkürzung von Leiden interpretieren.

Die Unsicherheit solcher Absicherung zeigt dem Verfügenden, dass er mit einer Patientenvorsorge nicht alles haben kann. Eine Patientenvorsorge kann nicht zugleich eng und weitreichend, gültig und unbeachtlich sein – was sie aber sein müsste, schon wenn sie jedem Expertentypus entsprechen sollte. So ist gerade in ärztlichen Organisationen (Marburger Bund, Bundesärztekammer) die Tendenz zu beobachten, dass von einer gesetzlichen Regelung mehr Verwirrung als Klarheit erwartet wird. Das derzeit entwickelte Richterrecht sei zur Lösung von Fragen am Ende des Lebens durchaus hinreichend.

Die Methodologie der funktionalen Analyse macht also sichtbar, dass die derzeit anstehende gesetzliche Festlegung der Patientenvorsorge *neuerliche* ethische, religiöse, medizinische Verlautbarungen nach sich ziehen wird, die mit Änderungs- und Verbesserungsvorschlägen versehen sein werden. Dies nicht nur, weil es kein Verfügungsmodell geben kann, das allen Vorstellungen gerecht werden könnte, sondern schon deshalb, weil es keine gemeinsame Perspektive von Recht, Medizin, Pflege, Religion, Ethik, Politik geben kann.

Wieder werden also neue Arbeitskreise mit Vertretern aus diesen Funktionssystemen gefordert sein. Weiterhin werden neue Subsysteme evolvieren – etwa ein spezifisches Betreuerwesen, welches sich vor allem durch Schaffung standardisierter und staatlich kontrollierter Aus-, Fort- und Weiterbildung als eigenständiges neues sozialpflegerisches Subsystem etablieren wird, das möglicherweise wiederum ein spezialisiertes sozialrechtliches System notwendiger Betreuerberatung evolvieren lässt.

Die Ergebnisse meiner Analyse funktionspezifischer, organisationeller und interaktiv gewonnener Texte implizieren also folgende Ausblicke:

- *Erstens* kann die eigene fachliche Sicht selbstbewusst vertreten werden, weil gerade Störungen als Anlass zur Erweiterung der eigenen Sicht begriffen werden können. Dass eine Modifikation bisheriger Sicht immer nur mit eigenen, also organisations- und funktions- und personspezifischen Mitteln hergestellt werden kann, tut einem selbstbewussten Umgang mit der jeweiligen sozialen Umwelt, also mit anderen Organisationen, Funktionssystemen und Personen dann keinen Abbruch, wenn mit nicht steuerbaren Wechselwirkungen – also immer auch mit Eigenbeteiligung - gerechnet wird.

- *Zweitens* machen die jeweiligen Typiken sowohl der Betroffenen als auch der Experten, der Funktionssysteme (Beispiel Soziologie) und der Phasen organisationeller Verlautbarungen eine Vielfalt von Kommunikationsmöglichkeiten sichtbar, die in der Praxis laufen, ohne dass allzu großer Schaden befürchtet werden muss, wenn Erwartungen nicht in gewohnter Weise erfüllt werden. Vielmehr zeigen diese Kommunikationsvarianten, wie Konfliktpotentiale kommunikativ weitgehend entschärft werden, solange Kommunikation nicht in Moralisierung ausufert.

Damit werden die zahlreichen und häufig genug widersprüchlichen Verhaltenslisten für Angehörige, Ärzte, Pflegende, Betreuer, wie sie die Beratungsliteratur kreiert, zu großen Teilen verzichtbar. Auch dem schweigenden Patienten, auch dem einsamen Wolf kann dann die Möglichkeit zugesprochen werden, auf seine Weise zu kommunizieren, also sozial eingebunden zu sein, so lange er von Anderen nicht nur aufgeklärt wird und Anderen gegenüber nicht nur reden, sondern auch – ohne moralisch sanktioniert zu werden - unwissend und schweigend bleiben darf.

- *Drittens* ist aus den empirischen Beobachtungen zu schließen, dass die wissenschaftliche Kommunikation des Sterbehilfethemas so lange wissenschaftlich, rechtlich, politisch, religiös bleibt, wie sie *auf Moralzuweisungen verzichtet*.

Zu Moralzuweisungen kommt es erst, wenn ein ausdifferenziertes Funktionssystem nicht mehr mit seiner basalen Leitunterscheidung auskommt – wenn also Recht nicht nur Justiziables von Nichtjustiziablem unterscheidet, sondern sich zurück zum alten Naturrecht wenden will, oder wenn Ethik nicht nach ethisch relevanten und ethisch irrelevanten Sachverhalten fragt und nicht nur Möglichkeiten und Grenzen einzelner Ethiksysteme unterscheidet, sondern ein bestimmtes Ethiksystem vor allen anderen präferiert. Moralzuweisungen werden in Religionen gebraucht, die sich nicht mehr allein auf ihre Unterscheidung von Transzendenz und Immanenz verlassen können, sondern die eine moralische Zweitunterscheidung heranziehen müssen, um etwa das Thema der Lebenserhaltung bei Sterbenden behandeln zu können.

Dies sehen zu wollen, erfordert Reflexion der eigenen Ausgangsposition und der methodischen Vorgehensweise. Aus systemtheoretisch angeleiteter konstruktivistischer Perspektive und mit Hilfe der funktionalen Methode wird Folgendes beobachtbar: Die dreifache, nämlich soziale, normative, und zeitrelative Sinnbasis von Kommunikation läuft quer zu den dreifachen Ordnungsniveaus des Sozialen, nämlich der Interaktion, der ausdifferenzierten Funktionssysteme und der organisationellen Ebene. Diese Sinndimensionen einerseits und die sozialen Ordnungsebenen andererseits sind als quer zueinander stehende, Kommunikation ermöglichende und einschränkende (theoretische) Rahmungen zu begreifen. In diesen Rahmungen hat Moral keine ausdifferenzierte Funktion, sondern sie fungiert als semantisches Klebemittel, welches das Getriebe der Kommunikation nicht leichtgängig macht, also nicht integriert, sondern eher bremst und stört, also desintegriert. Dies muss sich aber nicht nur nachteilig auswirken:

Gerade der Umstand, dass es trotz aller Beteuerungen, die von westlicher Cleanness über die hohen Werte alteuropäischen Denkens bis hin zur Deutschen Leitkultur reichen, keine Organisation, keine Person, kein Funktionssystem gibt, welches als überall anerkanntes Zentrum für die Entscheidung moralischer Fragen gelten könnte, trägt zu der Ausdifferenzierung immer neuer Organisationen bei, die das Sterbehilfethema wiederum jeweils selektiv, also perspektivisch, zu kommunizieren vermögen.

Der Sterbehilfediskurs ist demnach als eine *soziale Praxis* in den Blick zu nehmen, die einerseits in vielfältigen Wechselwirkungen steht und hoch variabel funktioniert, andererseits aber *nicht gezielt* beeinflusst werden kann. Was aber immer wieder in den Blick genommen werden kann, ist die wachsende Variationsbreite ihrer Möglichkeiten.

#### 4.3.3 *Fazit: Wie kann der Sterbehilfediskurs theoretisch, methodisch und praktisch besser geführt werden?*



*Der Sterbehilfediskurs kann theoretisch besser geführt werden, indem der Kategorienfehler der gängigen Topoi vermieden wird, und zwar durch die Unterscheidung von Sozialem und ganz Anderem. Der Topos „bessere die kalte Gesellschaft durch liebevolles Begleiten Sterbender“ resultiert daraus, dass er die kategorialen Unterschiede zwischen Interaktion, Organisation und gesellschaftlichen Funktionssystemen ignoriert. Nur so kann er die Gesellschaft so hypostasieren und personifizieren, dass sich niemand angesprochen zu fühlen braucht. Auch diese hypostasierte Gesellschaft selbst hat keinen Eigennamen, keine Postadresse, ist für nichts haftbar zu machen. Solche Postulate fungieren also als Leerformeln, die jedem, der sie gebraucht, einerseits seine eigenen Begrifflichkeiten und Regeln hineinzufüllen erlauben, und ihn damit in seiner Sichtweise immer weiter bestärken. Andererseits entlasten sie ihn von unmittelbarem Einsatz: Von Begleitung zu reden und Begleiten nach selbst aufgestellten Regeln zu fordern ist noch nicht Begleiten.*

Der Sterbehilfediskurs kann also schon vom Theorieansatz her verbessert werden, indem die evolvierenden Semantiken als Semantiken und die Versuche des Erreichens von Sterbenden als Versuche, und damit nicht als Notwendigkeiten, sondern als – immer auch anders mögliche – Möglichkeiten interpretiert werden.

*Der Sterbehilfediskurs kann methodisch besser geführt werden, indem nicht Postulate erhoben und Beteuerungen abgelegt werden, sondern indem nach der Funktion von jeweils erhobenen Forderungen gefragt und auf die Typik der jeweiligen Darstellungsweise gesehen wird.*

Eine solche Methodologie kann sichtbar machen, dass sich Kommunikation auf den unterschiedlichen sozialen Ordnungsniveaus *kontingent* herstellt, und dass die Soziologie selbst an der Herstellung dieser Ordnung beteiligt ist. Sie kann und will also nicht behaupten, ihre Analyseergebnisse als fertige Generaltypik aus den Texten herauslesen zu können. Vielmehr räumt sie ein, dass die vorgestellten Typiken der sozialen Herstellung des Sterbens lediglich in die Texte hineingelesen werden können. Mit diesem Verzicht auf eine ontologische Sichtweise kommen wir den Möglichkeitsbedingungen kommunikativer Strukturen auf die Spur. Diese Möglichkeitsbedingungen werden sichtbar, indem beobachtet wird, wie Texte auf welchem sozialen Ordnungsniveau als Sicherheitsmaschinen, als Vereindeutigungsgaranten fungieren – kurz: wie sie auf welchem Ordnungsniveau Kontingenz reduzieren.

Da nun bereits das Hineinlesen der Typiken in die Texte als Element eines (hier wissenschaftlichen) Selektionszusammenhangs aufgedeckt ist, kann nicht von der Steuerbarkeit sozialer Systeme ausgegangen werden. Vielmehr kann nur nach Bedingungen ihrer Selbststeuerung gefragt werden. Begeht man also nicht den Kategorienfehler, an den Eigenheiten der sozialen Ordnungsniveaus vorbeizusehen, dann kann die Methode der funktionalen Analyse angewendet werden. Dann wird klar: Je nachdem, auf welchem sozialen Ordnungsniveau kommuniziert wird, kann etwas gesagt oder nicht gesagt oder nur ganz anders gesagt werden. Daher kann aus soziologischer Perspektive auch nicht nach objektiven Bedeutungen z.B. von Begrifflichkeiten der Sterbehilfeformen oder

nach der objektiven Bedeutung von Vorausverfügungen gefragt werden. Dann verfiicht auch das Argument der einzig richtigen Lösung, der Alternativenlosigkeit einer Forderung nicht mehr. Dann ist es vielmehr wissenschaftlich legitim, immer wieder nachzufragen, ob es für eine – behauptete – Alternativenlosigkeit nicht doch Alternativen gibt.

Schnelle Lösungen werden mit diesem Offenhalten von Alternativen freilich nicht gefunden. Lösungen wie das Konstrukt der Grauzone können damit weiterhin kommunikel bleiben. Tabus darf es damit weiterhin geben. Sterbehilfe als womöglich lang dauernder Sterbebeistand kann damit weiterhin unverdrossen geleistet werden.

*Der Sterbehilfediskurs kann alltagspraktisch besser geführt werden, indem die Variationsbreite der jeweiligen organisationseigenen und funktionseigenen Mittel genutzt wird. Die Ko-Evolution erstens von Semantiken funktional ausdifferenzierter Gesellschaftssysteme, zweitens von inner- und außerorganisationellen, offiziellen und inoffiziellen Interaktionen und drittens von organisationsplatzierten Personen ermöglicht sozusagen eine Artenvielfalt nicht nur der Kommunikation über Sterbehilfe, sondern auch der Sterbehilfepraxis, die sowohl Versuche des Erreichens des Sterbenden enthalten als sich auch auf den bloßen Körperkontakt, oder auf das schweigende Hinnehmen dessen, was gerade geschieht, reduzieren kann – gleich welcher Profession die Handelnden angehören und gleich wie nahe sie einem Sterbenden stehen.*

## Teil 5 Schlusswort

Bei der Behandlung des Themas war mir daran gelegen, nicht nur die Interaktionsebene oder die Kommunikation der Funktionssysteme zu beobachten, sondern den Diskurs auf der organisationellen Ebene zu verfolgen. Sehr gut war denn auch an den Ergebnissen zu sehen, wie an diesem systematischen Ort folgenreich Entscheidungen gefällt werden, wie wirksam sanktioniert wird.

Auch nachfolgende Untersuchungen sollten die Vernetzungen von Personen und Funktionssystemen auf organisationeller Ebene beobachten.

Da ich die empirische Befragung auf Frauen nach Brustkrebs eingeschränkt habe, wurde hier das Thema Demenz und langjährige Pflege nur gelegentlich gestreift. Angesichts des demografischen Wandels werden soziologische Untersuchungen zu einer in der jeweiligen Krankheitsphase möglichen Rehabilitierung und pflegerischen, multitherapeutischen und medikamentösen Versorgung Demenzkranker notwendig.

Auch die immer wieder von Fachleuten in den Raum gestellte Forderung, sich bürgerlich engagiert auch in die Versorgung hoch betagter hilfebedürftiger Menschen einzubringen, muss aus soziologischer Sicht auf Unterstützungs- und Vernetzungsmöglichkeiten und ihre Finanzierung hin untersucht werden.

Die Frage der Möglichkeit der Sterbebegleitung beschäftigt mich, seitdem dieser Ausdruck publik geworden ist. Aber im Verlauf dieser Arbeit ist mir die ursprüngliche Absicht, ein Plädoyer für das Topos „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ zu halten, abhanden gekommen. Ähnlich wie HARRI WETTSTEIN (1995), nur mit umgekehrter Ausgangsposition, habe ich konvertiert, allerdings mehrmals, denn auch das niederländische Modell kann z.B. nicht die Frage nach der Willensfreiheit beantworten – sie wird schlicht angenommen.

Wenn ich auch für mich keine Antwort auf die Frage herausarbeiten konnte, ob Sterbehilfe durch Sterbebegleitung vermieden werden kann, so hat mir die Möglichkeit, über alle Unwägbarkeiten dieses Themas hinweg, überhaupt für mich glaubhafte Thesen zu formulieren, die Praktikabilität des differenztheoretischen Zugriffs und der Ausgangsposition der Luhmannschen Theorie sozialer Systeme gezeigt.

Nach dem Durcharbeiten der konträren organisationellen Verlautbarungen und der biografischen Narrationen und Experteninterviews zum Thema kann ich zwar nicht mehr in alter Unbefangenheit, aber mit neuen Einsichten in die hohe Varianz des Themas und in die Unhintergebarkeit auch der eigenen Perspektivität eine etwas andere, nämlich offenere psychosoziale Beratung und Gruppenarbeit mit Frauen nach Brustkrebs leisten.

## Literatur

**Vorbemerkung:** Einzelne Internet-Beiträge können unter der E-Mail-Adresse Eva.Koppehele@freenet.de angefordert werden.

ADORNO, THEODOR W. (1995; zuerst 1957): Soziologie und empirische Forschung. In: Ders. (<sup>2</sup>1995a; zuerst 1972): Soziologische Schriften I, Herausgegeben von Rolf Tiedemann. Frankfurt am Main, S. 196-217

ADORNO, THEODOR W. (1997a): „Ob nach Auschwitz noch sich leben lasse“. Ein philosophisches Lesebuch. Herausgegeben von Rolf Tiedemann. Frankfurt am Main

ADORNO, THEODOR W. (1997b; zuerst 1966): Meditationen zur Metaphysik. In Ders.: (1997a): „Ob nach Auschwitz noch sich leben lasse“. Ein philosophisches Lesebuch. Herausgegeben von Rolf Tiedemann. Frankfurt am Main, S. 472-515

ADORNO, THEODOR W. (<sup>9</sup>1997; zuerst 1966): Negative Dialektik. Frankfurt am Main

AMANN, KLAUS/HIRSCHAUER, STEFAN (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: HIRSCHAUER, STEFAN/AMANN, KLAUS (Hg.) (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main, S. 7-52.

ANDERWEIT, SABINE/FELICIANO, SANDRA/ILKILIC, ILHAN/MEIER-ALLMENDINGER, DIANA/RIBAS-RIBAS, SALVADOR./SASS, HANS-MARTIN/TAI, CHENG-TEK/ZHAI, XIAOMEI (2006): Diskussionsbeiträge einer Sektion auf dem International Congress of Clinical Ethics Consultations, Basel 2005. In: Zentrum für Medizinische Ethik. Medizinethische Materialien Heft 168

APEL, KALR-OTTO (1979): Ist der Tod eine Bedingung der Möglichkeit von Bedeutung? Existentialismus, Platonismus oder transzendente Sprachpragmatik? In: Ebeling, Hans (Hg) (1979): Der Tod in der Moderne. Königstein/Ts., S. 226-235

APPLESON-RIEG, CLAUDIA/KOPPEHELE, EVA (2002): Von betroffenen Laien selbst geleitete Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. In: Tumorzentrum München (Hg.) (<sup>1</sup>2002): Manual Psychoonkologie Seite 176-178. München e. a.

ARISTOTELES (1994): Nikomachische Ethik. Stuttgart

ARBEITSGRUPPE DER HESSISCHEN LANDESREGIERUNG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ (2000): „Qualifizierung der bei der Sterbebegleitung hauptamtlich tätigen Personen“ - Curriculum „Sterben, Tod und Trauer“. Herausgeber: Hessisches Sozialministerium, Referat für Öffentlichkeitsarbeit. Hausdruck

ARBEITSGRUPPE DER HESSISCHEN LANDESREGIERUNG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ (2003a): „Sterben, Tod und Trauer“ Band 1 Inhaltliche Ergänzungen zum curricularen Baustein. Autorin: TERNO, ELISABETH. Redaktion: Frommhold, Sonja/Müller-Klepper (verantwortlich). Herausgeber: Hessisches Sozialministerium, Referat für Öffentlichkeitsarbeit. Hausdruck.

ARBEITSGRUPPE DER HESSISCHEN LANDESREGIERUNG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ (2003b): „Sterben, Tod und Trauer“ Band 2 Didaktische Grundlagen für die Aus-, Fort und Weiterbildung. Autorin: TERNO, ELISABETH. Redaktion: Frommhold, Sonja/Müller-Klepper (verantwortlich). Herausgeber: Hessisches Sozialministerium, Referat für Öffentlichkeitsarbeit. Hausdruck

ARBEITSGRUPPE DER HESSISCHEN LANDESREGIERUNG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ (2005): Empfehlung zur Qualifizierung der in der Sterbebegleitung ehrenamtlich Tätigen. Herausgeber: Hessisches Sozialministerium Ref. f. Öffentlichkeitsarbeit. Hausdruck

ARBEITSGRUPPE „STERBEN UND TOD“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (2006): Göttinger Thesen zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in: Neitzke, G.; Charbonnier, R.; Diemer, W.; May, A.T. & Wernstedt, T. Ethik Med 18(2): 192-4.

ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE AM LEBENSENDE (2004): Patientenautonomie am Lebensende – Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen, Bericht der Arbeitsgruppe vom 10. Juni 2004 („Kutzer Kommission“); herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) [www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf](http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf)

ÄRZTEBLATT (2006): Australien bestraft Verbreitung von Euthanasie-Anleitungen. *Ärzteblatt Dt*, 6. 1. 2006. In: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=22599>

AUGUSTINUS, AURELIUS (1886): *De Trinitate Patrologiae cursus completus Tomus XLII*. Migne. Paris

BABERG, H. T/KIELSTEIN, RITA/DE ZEUWW, J., /SASS, HANS-MARTIN (2002): Behandlungsangebot und Behandlungsbegrenzung: Einfluss des Patientenwillens und Prioritäten in der palliativen Versorgung. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2002; 127. Stuttgart. New York, S. 1690-1694.

BAECKER, DIRK (1995): Nichttriviale Transformationen. in: *Soziale Systeme. Zeitschrift für soziologische Theorie*. Jahrgang 1/1995. Heft 1 S. 101-118

BAG HOSPIZ und DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (DGP) (Stand 2006): Palliative Care - Lehren, Lernen, Leben: "Handreichung Palliative Care und Hospizarbeit für die Ausbildung zur Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege". gemeinsames Projekt. In: <http://www.hospiz.net/palliative-care/index.html>

BAG HOSPIZ und DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (DGP) (2006): Leitbild Palliativpflege. In: <http://www.hospiz.net/palliative-care/index.html> und unter: [www.dgpalliativmedizin.de/ag-pfl.html](http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-pfl.html) > weitere downloads > Leitbild Palliativpflege

BARDMANN, TH. (1997): "Jede Gegenwart muß neu begonnen werden" Ein Gespräch mit Armin Nassehi. in: Bardmann, Th. (Hg): *Zirkuläre Positionen: Konstruktivismus als praktische Theorie*. Opladen:, S. 229-249

BAUER, AXEL/KLIE, THOMAS (2005): Bad Homburger Charta zu Patientenverfügungen. In: *Betreuungsmanagement* 1/2005, Seite 37

BAUMANN, JÜRGEN e.a. (1986): *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe)*. Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter. Stuttgart, New York.

BAUMANN, URSULA (2001): *Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert*. Weimar

BAUSEWEIN, CLAUDIA/ROLLER, SUSANNE/VOLTZ, RAYMOND (2000): *Leitfaden Palliativmedizin*. München, Jena.

BAYERISCHE STIFTUNG HOSPIZ (Hg.) (2002): *Leben bis zuletzt im Alten- und Pflegeheim*. Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken. Autor: Frank Kittelberger, Projektstelle Hospizarbeit Abt. Altenhilfe der Innere Mission München. In: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Leitfaden.pdf>

BAYRISCHER RUNDFUNK (SENDUNG 29.11.2003): *In Würde sterben: Moderne Palliativmedizin*. Autorin: Segador, Susanne, Gespräch mit Experten, Faxabruf des Textes unter: Tel. 06202/702737

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ (Hg.) (2/2008, 9/2005; 7/2004; zuerst 2001): *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*. Druckversionen: Beck Verlag München. - Die jeweils aktualisierte Ausführung der Broschüre ist abrufbar unter den Stichworten Service - Patientenvorsorge in: [www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de)

- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.) (2006): Förderung von Einrichtungen der Sterbebegleitung In: <http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/hospiz/foerderung.htm> Verbindung zu den Themen
- Bayerische Stiftung Hospiz. In: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/hospiz/stiftung.htm> Stand vom 26. 10. 2004
  - Palliativstationen und stationäre Hospize.
- In: <http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/hospiz/index.htm> Stand vom 06.02. 2006
- Hospizarbeit. In: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/hospiz/arbeit.htm> Stand vom 17.03.2006
- BEAUCHAMP, TOM L. (1994; zuerst 1985): Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie. übersetzt von: W. Bohnacker. In: Sass, Hans-Martin: Medizin und Ethik. Frankfurt am Main: Reclam, S. 265– 286. Originaltitel: A Reply to Rachels on Active and Passive Euthanasia. In: Beauchamp, T.L./Walters, L. (Hg) (1985): Contemporary Issues in Bioethics. Belmont (Cal): Wadsworth Publ.Comp.Inc.1985 pg.316 173)
- BECK, ULRICH/BECK-GERNSHEIM, ELISABETH (1994): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main
- BECK, ULRICH (1994): Jenseits von Stand und Klasse? In: BECK, ULRICH/BECK-GERNSHEIM, ELISABETH (1994): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main, S. 10-60
- BELEITES, EGGERT (1998): Sterbebegleitung - Wegweiser für ärztliches Handeln, in: Dtsch Ärztebl 1998; 95; Heft 17-18: A-2365).
- BELEITES, EGGERT (2003): Sterbebegleitung - (k)ein Thema für die Ärzteschaft? In: BÄK Innovationen in Thüringen [www.laek-thueringen.de](http://www.laek-thueringen.de)
- BELEITES, EGGERT/HOPPE, JÖRG-DIETRICH (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Dtsch Ärztebl 2004; Heft 19
- BETHGE, PHILIP (1997): Australien – Heftige Debatten um den letzten Willen. In: Berliner Zeitung vom 25.06.1997 und <http://www.australien-news.de/Texte97.html>
- BINDING, KARL/HOCHE, ALFRED (1920): Über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig. In: <http://home.filternet.nl/~fn003273/ldo/Sites/freigabe.htm>
- BINSWANGER; LUDWIG (<sup>3</sup>1962; zuerst 1942 in Zürich ): Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. München/Basel.
- BINSWANGER; LUDWIG (1992, deutsche Erstausgabe 1954, Ersterscheinung 1930): Traum und Existenz. Einleitung von Michel Foucault. Übersetzung und Nachwort von Walter Seitter. Bern-Berlin.
- BNSWANGER, MICHÉLE (2001): Wenn Alltagsmoral und Bereichsethiken aufeinanderprallen. Stella Reiter-Theil: Ein Porträt der neuen Stiftungsprofessorin des Anne-Frank-Fonds, die in Basel ein Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik aufbauen soll. In: Basler Zeitung 14.03.2001. Online Archiv: <http://www.baz.ch/invoke.cfm?ObjectID=61C784C6-4D9C-4464-BA20AC33318EDF47&method=displayFull>
- Bioskop e. V. (2003): Selbstdarstellung in: <http://www.bioskop-forum.de/selbstdarstellung.htm>
- BIRNBACHER, DIETER (1990): Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht. In: Leist, Anton (Hg) (1990): Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung , Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am Main, S. 395-422
- BOCKES, JOHANNES (2003): Isoldes letzter Sommer. Beiträge aus dem chatroom des Zweiten Deutschen Fernsehens ZDF zum Film vom 21.01.2003. In: [www.zdf.de](http://www.zdf.de) unter Stichwort: Isoldes letzter Sommer, Dignitas. [abgerufen 2003-02-15]

BOETHIUS (1988): DE TRINITATE. In: Über die Trinität, Thomas v. Aquin. Eine Auslegung der gleichnamigen Schrift des Boethius. Stuttgart

BOETHIUS: Contra Eutychen 3 Stewart/Rand 84

BORASIO, GIAN DOMENICO/PUTZ, WOLFGANG/Eisenmenger, Wolfgang (2003): „Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt“ . In: Dtsch Ärztebl 2003; 100: Heft 31-32: A 2062-2065

BORASIO, GIAN DOMENICO (2005): „Was heißt hier Sterbehilfe?“ Vortrag auf der Tagung der Evangelischen Akademie Tutzing, 14.-15.02.2005 Mitglied des Interdisziplinären Palliativmedizinischen Zentrums IPZ des Klinikums Großhadern der LMU München. Programm der Tagung in: [www.izp-muenchen.de/](http://www.izp-muenchen.de/)

BOURDIEU, PIERRE/CHAMBOREDON, JEAN-CLAUDE/PASSERON, JEAN-CLAUDE (1991 ; zuerst 1968): Soziologie als Beruf. Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen soziologischer Erkenntnis. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Beate Kraus. Übersetzt von Hella Beister, Reinhard Blomert, Bernd Schwibs. Berlin, New York. Originaltitel: Dies.:Le metier de sociologue 1968

BOURDIEU, PIERRE e.a. (1997; zuerst 1993): Das Elend der Welt. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz. Originalausgabe: Ders. (1993) : La misère du monde. Paris: Editions du Seuil

BRÄHLER, ELMAR/STRAUSS, BERNHARD (Hg.) (2002): Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. Göttingen e.a.

BREEVELD, WILHELM (2001): Hort der Toleranz. Warum wir Holländer für "Euthanasie" sind. In: Zeitzeichen. Evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft, 2. Jahrgang, September 2001

BREUER, FRANZ (2001): Subjekthaftigkeit der Erkenntnis: Was kann das methodisch heißen? Oder: Zur Diskrepanz zwischen epistemologischen Grundpositionen und methodischem Operieren in den Sozialwissenschaften In: Handlung Kultur Interpretation Zeitschrift für Sozial- und Kulturwissenschaften 10. Jg. Heft 1 Mai 2001, S. 103-115

BUBER, MARTIN (1995; zuerst 1923): Ich und Du. Nachwort von Bernhard Casper. Stuttgart

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ BAG e.V. (2004): Hospiz in Deutschland. Website Stand Dezember 2004 <http://www.hospiz.net/bag/index.html>

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1979): Richtlinien zur ärztlichen Sterbehilfe. In: <http://mailbox.univie.ac.at/michael.peintinger/literatur/richtsted.pdf>

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1990): Empfehlungen zu § 1a der Berufsordnung für die deutschen Ärzte. In: Dtsch Ärztebl 1990; Heft 39-40: C 807-808

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1993): Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung und Kommentar. In: Dtsch Ärztebl 1993; 90; Heft 37: Sonderdruck

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1997): Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. In: Dtsch Ärztebl 1997; 94; Heft 20: A-1342f

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1998): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Bundesärztekammer und einführender Kommentar von Professor Eggert Beileites: Sterbebegleitung - Wegweiser für ärztliches Handeln, Stand: 11.09.1998. In: Dtsch Ärztebl 1998; 95; Heft 19: A-2365-2367

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (1999.): Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. In: Dtsch Ärztebl 1999; 96; Heft 43

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (2001): Statement zur Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden. von Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer. Berlin/Köln den 10. April 2001. In: <http://www.bundesaerztekammer.de/>

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (2002): Pressemitteilung vom 105. Ärztetag: Ärzteschaft verurteilt Euthanasiegesetz in Belgien. Rostock, 29.05.2002. In: [http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/105\\_DAET/20Pressemitt/200205295.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/105_DAET/20Pressemitt/200205295.html)

BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND BÄK (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Dtsch Ärztebl 2004; Heft 19: Vorabdruck

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Hg.) (05. November 2004): Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie. Information für die Presse, Berlin. unter: <http://www.bmj.bund.de/media/archive/791.pdf>

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (2006). Patientenverfügung. Leiden Krankheit Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? In: <http://www.bmj.de/files/-/1512/PVfg-neu.pdf>

BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE BETREUUNGSRECHT (2002): Zwischenbericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Betreuungsrecht" zur 73. Konferenz der Justizministerinnen und -minister vom 10. bis 12. Juni 2002 in Weimar.

In: j:\gruppen\justizkommunikation\justizonline\internet\2\_rechtspolitik\jumiko\neuejumiko\zwischenberichtbetreuung.doc

BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE BETREUUNGSRECHT (2003): Abschlussbericht Bund-Länder-AGr. "Betreuungsrecht" 74. Konferenz der Justizministerinnen und -minister 11.-12.06.2003 in Glücksburg

CARDIO NEWS (6/2004, 7. Jhg., S. 8): Beziehungsgeflecht ist wichtiger als Patientenverfügung

CHRISTOPHORUS HOSPIZ VEREIN MÜNCHEN (HG.) (1993): Ambulante Hospiz-Schwestern. Merkblatt 9/93

CHRISTOPHORUS HOSPIZ VEREIN MÜNCHEN (o. J.) (Hg.): Die Hospiz-Hilfe. Merkblatt 5/93/P4

CLARK, CHALMERS C. /KIMSMA, GERRIT (zur Veröffentlichung in 2003 angenommen von dem amerikanischen Journal Cambridge Quarterly of Health Care Ethics ): 'Medical Friendships' in Assisted Dying.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN DGHS (o. J.): Patienten-Schutzbrief. DGHS. Augsburg

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN DGHS (o. J.): Patientenverfügung - Verfügung zur Heilbehandlung gemäß §§ 133 und 1901 Abs. 2 BGB. DGHS. Augsburg

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (2002): Supplement – Abstracts zum 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 19.-13. Oktober 2002 München. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Stuttgart

DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (o. J.): Schema zur Durchsetzung des Patientenwillens: In: [http://www.hospize.de/ftp/text\\_schema\\_dhs.pdf](http://www.hospize.de/ftp/text_schema_dhs.pdf) , <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/23b.pdf>

DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (2002): Menschliche Zuwendung statt aktiver Sterbehilfe. Argumente und Begriffe. Plakat. und , Pressemitteilung vom 12.06.2002 Uschi Glas unterstützt Plakat-Aktion „Aktive Lebenshilfe statt Sterbehilfe“ - Deutsche Hospiz Stiftung informiert mit Hilfe von Prominenten In: <http://www.hospize.de/presse/pm17-02.htm>



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (2004): Begleitschreiben und Die Medizinische Patienten-anwaltschaft. (Broschüre) Im Defdahl 5-10 Dortmund.

DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG (2004b): Enquete-Kommission geht Schritt in die richtige Richtung. Pressemitteilung vom 24. September 2004. In: <http://www.hospize.de/presse/pm40-04.htm>

DEUTSCHER BUNDESTAG (2005) 15. Wahlperiode - 163. Sitzung Berlin, Donnerstag, den 10. März 2005 Plenarprotokoll 15256 (Debatte Patientenverfügung) In: [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de)

DEUTSCHER JURISTENTAG DJT (2000) (Hg.): Bericht über den 63. DEUTSCHEN JURISTENTAG DJT. Zivilrecht. Patientenautonomie. Herausgeber: DEUTSCHER JURISTENTAG DJT  
In: <http://www.djt.de/files/djt/63/zivilrecht.pdf>

DEUTSCHER JURISTENTAG DJT (2006a) (Hg.): Thesen der Gutachter und Referenten zum 66. Deutschen Juristentag Stuttgart Strafrecht: Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung In: [http://www.djt.de/files/66\\_DJT\\_Thesen.pdf#search=%22Borasio%20Referat%2066.%20djt%22](http://www.djt.de/files/66_DJT_Thesen.pdf#search=%22Borasio%20Referat%2066.%20djt%22)

DEUTSCHER JURISTENTAG DJT (2006b) (Hg.): Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages Stuttgart Strafrecht: Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung.  
In: [http://djt.de/files/djt/66/66\\_DJT\\_Beschluesse.pdf](http://djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf)

DEUTSCHER NOTARVEREIN (2005): Referentenentwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrecht : Stellungnahme. In: [http://www.dnotv.de/pdf/STN\\_Betreuungsrecht.pdf](http://www.dnotv.de/pdf/STN_Betreuungsrecht.pdf)

DE VALK-VAN MARWIJK KOOY, R.P. (2004): Vorwort. In: REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE (2003/4): Jahresbericht 2003 S. 2.  
In: [www.toetsingscommissies euthanasie.nl/pdf/jaarverslag2003\\_duits.pdf](http://www.toetsingscommissies euthanasie.nl/pdf/jaarverslag2003_duits.pdf)

DOCKER, CHRIS (1996): Euthanasia in Holland. In: <http://www.euthanasia.cc/dutch.html>

DORNBERG, MARTIN (1997): Angefragt: Sterbehilfe. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte - Ergebnisse einer Befragung und medizinethische Bewertung. Frankfurt am Main e.a.

DRESEL, MARGIT (2001): Sterbehilfe: Facharbeit Studienschwerpunkt soziale Arbeit mit behinderten Menschen: Universität Bamberg. In: [www.uni-bamberg.de](http://www.uni-bamberg.de)

DRESSEL,GUDRUN/ERDMANN, ERNA/HILDENBRAND, BRUNO/VAN OORSCHOT, BIRGITT (2001): Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. Urheberrechte: Förderverein "Hospiz Jena e.V." und apropos! Analyse Prognose Projektmanagement Weimar. Broschüre. Hausdruckerei der Friedrich-Schiller-Universität Jena

DUDEN, BARBARA/NOERES, DOROTHEA (Hg) (2002): Auf den Spuren des Körpers in einer technologischen Welt. Opladen

DURKHEIM, ÉMILE (1983; zuerst 1897): Der Selbstmord. Das Zerbrechen von gemeinschaftlichen Bindungen., Stuttgart: Titel der Originalausgabe: Ders. (1897): Le suicide

DURKHEIM, ÉMILE (1961): Regeln zur Betrachtung der soziologischen Tatbestände in: Ders.: Die Regeln der soziologischen Methode. Zweites Kapitel. Neuwied, S. 115-130. Titel der Originalausgabe: Ders. (1895): Les Règles de la Méthode sociologique

ELIAS, NORBERT (1982): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen.1982 Frankf. a. M.

EISLER, RUDOLF (1994; zuerst 1930): Kantlexikon. Berlin

ENQUETE-KOMMISSION „ETHIK UND RECHT DER MODERNEN MEDIZIN“ (2002): Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Herausgeber: Deutscher Bundestag Drucksache 14/880 vom 28. 03. 2002

ENQUETE-KOMMISSION „ETHIK UND RECHT DER MODERNEN MEDIZIN“ (2002): Schlussbericht. Herausgeber: Deutscher Bundestag, Drucksache 14/9020 vom 14. 05. 2002

ENQUETE-KOMMISSION „ETHIK UND RECHT DER MODERNEN MEDIZIN“ (2004): Zwischenbericht: Patientenverfügungen. Herausgeber: Deutscher Bundestag, Drucksache: 15 / 3700 vom 13.9.2004  
Kurzfassung: Herausgeber Sekretariat der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Redaktion Roland Kipke, Dr. Alexander Troche. Berlin

ENQUETE-KOMMISSION „ETHIK UND RECHT DER MODERNEN MEDIZIN“ (2005): Zwischenbericht: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Herausgeber: Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode Drucksache 15/5858 vom 22. 06. 2005

EPIKUR (1995, Ausgabe von Séverine Gindro und David Vitali): Über das Glück. Aus dem Altgriechischen übersetzt und herausgegeben von Séverine Gindro und David Vitali. Zürich

ESER, ALBIN/KOCH, HANS-GEORG (Hg.) (1991): Materialien zur Sterbehilfe, Eine internationale Dokumentation. Freiburg. In: [http://www.iuscrim.mpg.de/verlag/online/Band\\_S25/band25.html](http://www.iuscrim.mpg.de/verlag/online/Band_S25/band25.html)

EVANGELISCH-LUTHERISCHE LANDESKIRCHE IN BAYERN, LANDESKIRCHENAMT (2002): Meine Zeit steht in Gottes Händen. Handreichung der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern zur Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung. Schweinfurt. In: [www.weppert.de](http://www.weppert.de) In: [http://www.bayern-evangelisch.de/\\_top/download/handreichung\\_patienten.pdf](http://www.bayern-evangelisch.de/_top/download/handreichung_patienten.pdf)

EVANGELISCH-LUTHERISCHE LANDESKIRCHE IN THÜRINGEN, KAMMER FÜR SOZIAL-ETHIK (2000): Stellungnahme zur Christlichen Patientenverfügung: Hg.: Jürgen Friedrich und Martin Kalusche. Eisenach

FACHBEIRAT HOSPIZ DES DIAKONISCHEN WERKES DER EKD (1997): Hospizarbeit in den Einrichtungen des Diakonischen Werkes der EKD und in den Kirchengemeinden der EKD - Grundsätze - Konkretionen – Perspektiven.: In: [http://www.pkgodzik.de/Hospizarbeit\\_DW\\_EKD.pdf](http://www.pkgodzik.de/Hospizarbeit_DW_EKD.pdf)

FELDMANN, KLAUS (1990): Tod und Gesellschaft. Eine sozialpsychologische Betrachtung von Sterben und Tod. Bern/Frankfurt

FELDMANN, KLAUS/FUCHS-HEINRITZ, WERNER (1995a) (Hg): Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt am Main

FELDMANN, KLAUS/FUCHS-HEINRITZ, WERNER (1995b): Der Tod als Gegenstand der Soziologie. Einleitung. In: FELDMANN, KLAUS/FUCHS-HEINRITZ, WERNER (1995) (Hg): Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt am Main, S. 7-18

FELDMANN, KLAUS (1995c): Leben und Tod im Werk von Talcott Parsons. In.: FELDMANN, KLAUS/FUCHS-HEINRITZ, WERNER (1995a) (Hg): Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt am Main, S. 140-172

FELDMANN, KLAUS (2002): Aktive Sterbehilfe: Soziologische Analysen. Institut für Psychologie und Soziologie in den Erziehungswissenschaften Fachbereich Erziehungswissenschaften Universität Hannover. In: [http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/feldmann\\_sterbehilfe.pdf](http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/feldmann_sterbehilfe.pdf)

FISCHER, GERFRIED/KLUTH, WINFRIED/LILIE, HANS (<sup>2</sup>2002): Rechtsgutachten „Ansätze für eine Stärkung der Patientenrechte im deutschen Recht – Bestandsaufnahme und Handlungsperspektiven“ erstellt im Auftrag der Enquete – Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages durch Prof. Dr. Gerfried Fischer e.a. In: [www.nrwpatienten.de/Themen/Patientenrechte\\_-\\_Arztpflicht/Gutachten\\_fur\\_die\\_Enquete\\_Kommission.pdf](http://www.nrwpatienten.de/Themen/Patientenrechte_-_Arztpflicht/Gutachten_fur_die_Enquete_Kommission.pdf)

FISCHER-ROSENTHAL, WOLFRAM/ROSENTHAL,GABRIELE (1997a): Warum Biographieanalyse und wie man sie macht. In: ZSE, 17. Jg. 1997 H. 4 S.405-423

FISCHER-ROSENTHAL, WOLFRAM/ROSENTHAL, GABRIELE (1997b): Narrationsanalyse biographischer Selbstrepräsentation. In: HITZLER, RONALD/HONER, ANNE (Hg.) (1997): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen: S. 133-164

FLASCH, KURT (1995; zuerst 1986): Das philosophische Denken im Mittelalter. Von Augustin zu Machiavelli. Stuttgart.

FORSCHNER, MAXIMILIAN (<sup>2</sup>1995; zuerst 1981): Die stoische Ethik. Über den Zusammenhang von Natur-, Sprach- und Moralphilosophie im altstoischen System. Darmstadt. Sonderausgabe der 2., durchgesehenen und um ein Nachwort erweiterten Auflage 1995

FORSCHUNGSSTELLE ZUM RECHT DES GESUNDHEITSWESENS Universität zu Köln (Stand September 2004): Sterbehilfe und Patientenverfügungen in der vormundschaftsgerichtlichen Praxis - eine Totalerhebung unter deutschen Vormundschaftsrichtern und -richtern. Projektleitung:, PROF. DR. WOLFRAM HÖFLING. In: [www.gesundheitsrecht.net/index.htm](http://www.gesundheitsrecht.net/index.htm) , [www.gesundheitsrecht.net/forschungsprojekt/kurzbeschreibung.htm](http://www.gesundheitsrecht.net/forschungsprojekt/kurzbeschreibung.htm)

FORSTER, K./STEINKOHL, S. (2006): Moderation: „Wir sprechen vom Zulassen des Sterbens“. In: SZ vom 31. Oktober/1. November 2006 Nr. 251,S. 54

FOUCAULT, MICHÉL (1977: Originalausgabe 1975): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Übersetzt von Walter Seitter. Frankfurt am Main

FOUCAULT, MICHÉL (<sup>5</sup>1999; zuerst 1963): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main. Titel der Originalausgabe von 1963: Naissance de la Clinique

FREEMAN, JOHN M./PELLEGRINO, EDMUND D. (1996): Management at the End of Life: A Dialogue About Intending Death. In: Beauchamp, Tom L. (Hg.) (1996): Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide an Euthanasia. New Jersey. Prentice Hall, S. 184-187

FRIEDRICH, THOMAS A. (2002): In Belgien trat am Wochenende fast unbemerkt das bisher liberalste Sterbehilfegesetz der Welt in Kraft. In: Ärzte Zeitung 23.09.2002 unter der Rubrik Hintergrund und in <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/09/23/170a0203.asp?cat=/magazin/sterbehilfe>

GEERTZ, CLIFFORD (1983, zuerst 1959): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main

GEERTZ, CLIFFORD (1996): Welt in Stücken. Kultur und Politik am Ende des 20. Jahrhunderts. Aus dem Englischen von Herwig Engelmann. Wien

GEISLINGER, ROSA (Hg.) (1998): Experten in eigener Sache: Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München

GEISSENDÖRFER, SILKE E./MAY, ARND T./PUTZ, WOLFGANG (2002): Die Rechtspraxis zur analogen Anwendung des § 1904 BGB. In: MAY, ARND T./GEISSENDÖRFER, SILKE E./SIMON, ALFRED/STRÄTLING, MEINOLFUS (Hg.) (2002): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Hamburg, London, S. 107-130

GLASER, BARNEY G./STRAUSS, ANSELM L. (1998; zuerst 1967): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. New York. Bern. Originalausgabe: Dies (1967): The Discovery of Grounded Theory - Strategies for Qualitative Research

GLASER, BARNEY G./STRAUSS, ANSELM L. (1974; zuerst 1965): Interaktion mit Sterbenden: Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen. Originalausgabe: Dies. (1965): Awareness of Dying. Chicago

GRÜNDEL, JOHANNES (<sup>2</sup>1984): Normen im Wandel. Eine Orientierungshilfe für christliches Leben heute. München

GRÜNDEL, JOHANNES (1991): Sterbebegleitung aus theologisch-ethischer Sicht. In: Kontokollias, J. S.: Blätter zur Intensivmedizin 3 Referateband 3. Deutscher Intensivpflegekongress. Edewecht.

GÜNTHER, GOTTHARD (1979): Beiträge zur Grundlegung einer operationsfähigen Dialektik, Band 2. Meiner. Bayerische Staatsbibliothek Signatur: 78.7709-2

HABERMAS, JÜRGEN (1987): Metaphysik nach Kant. In: Cramer, Konrad/Fulda, Hans Friedrich/Horstmann, Rolf-Peter/Pothast, Ulrich (Hg.) (1987): Theorie der Subjektivität. Frankfurt am Main, S. 425-444

HABERMAS, JÜRGEN (1987): Eine Art Schadensabwicklung. Frankfurt am Main.

HABERMAS, JÜRGEN (1999; zuerst 1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2 Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main

HAHN, ALOIS (1988): Biographie und Lebenslauf. In: Brose, Hanns-Georg; Hildenbrand, Bruno (Hg): Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende. Opladen, S.91-106

HAHN, ALOIS (2000): Konstruktionen des Selbst, der Welt und der Geschichte. Aufsätze zur Kulturosoziologie. Frankfurt am Main

HAHN, ALOIS/HOFFMANN, MATTHIAS (2007): Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. In: Tod in der Gesellschaft. Transit Europäische Revue. Frankfurt am Main, S. 5-24

HANSEN, FRIEDRICH (2003): Die ärztliche Versorgung in Holland. Dr. med. Friedrich Hansen, CRO 7 AD, Great Britain. In: Der Allgemeinarzt 15/2003: 1158-59. Genehmigter Nachdruck aus ars medici 6/2003

HAUSCHILD, ARMIN (1994): Der Maßstab für die ärztliche Aufklärung im amerikanischen, englischen und deutschen Recht. Baden-Baden

HEIDEGGER, MARTIN (<sup>17</sup>1993, zuerst 1927): Sein und Zeit. Tübingen

HENKE; R./MITRENGA/MONTGOMERY (2001): Antrag zur Entschließung des 104. Deutschen Ärztetags in Ludwigshafen. In: Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin - <http://www.dgpalliativmedizin.de>

HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM (Hg.) (2000): „Qualifizierung der bei der Sterbebegleitung hauptamtlich tätigen Personen“. Bericht der Unterarbeitsgruppe der Arbeitsgruppe der Hessischen Landesregierung „Verbesserung der Sterbebegleitung“. Skript erhältlich unter E-Mail Poststelle@hsm.de

HEYERS, JOHANNES (2001): Passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten und das Betreuungsrecht. Berlin 2001

HIRSCHAUER, STEFAN (1996): Die Fabrikation des Körpers in der Chirurgie. In: Borck, Cornelius (Hg.): Anatomien des medizinischen Wissens. Medizin Macht Moleküle. Frankfurt am Main, S. 86-124.

HIRSCHAUER, STEFAN/AMANN, KLAUS (Hg.) (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main

HITZLER, RONALD (1991): Dummheit als Methode. Eine dramatologische Textinterpretation. In: Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (HG.) (1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen, S. 295-318

HITZLER, RONALD/HONER, ANNE (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentationen. In: Dies.(1997) (Hg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen, S. 133-164

HOERSTER, NORBERT (1998): Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt am Main

HOERSTER, NORBERT (2000): Rechtsethische Überlegungen zur Sterbehilfe. In: Universität Mainz Beiträge zur Thanatologie, Nr. 18

HOERSTER, NORBERT (2002): Menschenrecht auf Leben und Tötungsverbot. In: Renate Breuninger (Hg.) Leben, Tod u Menschenwürde. Positionen zur gegenwärtigen Bioethik, Humboldt-Studienzentrum 2002 Universität Ulm, S.129-148.

HONNEFELDER, LUDGER (1994): Die ethische Entscheidung im ärztlichen Handeln. Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik. In: HONNEFELDER, LUDGER/RAGER, GÜNTHER (Hg.) (1994): Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik. Frankfurt am Main, S. 135-190

HOPPE, JÖRG-DIETRICH (2000): Mit Mehrheit in den Tod getrieben? Statement von BÄK- Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zur Pressekonferenz der Bundesärztekammer am 12.12.2000 in Berlin. In: [www.baek.de/argumente](http://www.baek.de/argumente)

HOPPE, JÖRG-DIETRICH (2001): Sterbebegleitung statt Tötung auf Verlangen! Statement des Präsidenten der BÄK im Hinblick auf dem 104. Ärztetag in Ludwigshafen. und In: <http://aerztetag.bundesaerztekammer.de/arzt2001/start.htm>

HORKHEIMER, MAX (1995; zuerst 1937): Traditionelle und kritische Theorie: In: Ders.: (1995) Traditionelle und kritische Theorie. Fünf Aufsätze. Frankfurt am Main, S. 205-260.

HORKHEIMER, MAX (1997; Teil I zuerst 1947unter dem Titel Eclipse of Reason): Kritik der instrumentellen Vernunft. Übersetzung aus dem Englischen: Alfred Schmidt. Frankfurt am Main

HORKHEIMER, MAX/ADORNO, THEODOR W. (1998; zuerst 1969): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente

HUMANISTISCHER VERBAND DEUTSCHLANDS e.V. (2005): Medizinethische und praxisorientierte Stellungnahme zum Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts <http://www.humanismus.de/downloads/medizinethischestellungnahme.pdf>

HUME, DAVID (1980; zuerst 1777): Of the Immortality of the soul and Of Suicide. In: Dialogues concerning natural religion and the posthumous essays Of the Immortality of the soul and Of Suicide. Edited, with an introduction, by Richard H. Popkin. Indianapolis. Cambridge, S. 91-105

HUSSAIN; MARIA Dr. med. (2003): Patientenverfügung. Zu dem Beitrag „Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt“ (von Priv. Doz. Dr. med. BORASIO, GIANDOMENICO e.a. Dtsch Ärztebl 2003; 100; Heft 31-32: A 2062-2065). In: Dtsch Ärztebl 2003; 100; Heft 40: A 2572-2574

HUSSERL, EDMUND (1992): Logische Untersuchungen. Zweiter Band. I. Teil. Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis. Text nach Husserliana XiX/1. Hamburg

ILKILIC, ILHAN (2004): Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition. In: Zentrum für Medizinische Ethik: Medizinische Materialien Heft 152, S. 1-54

JASPERS, BIRGIT/SCHINDLER, THOMAS (2004): Gutachten Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). 511 Seiten. Auftraggeber: Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“. In: <http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/Gutachten%20Jaspers-Schindler%20Endfassung%2050209.pdf>

KANT, IMMANUEL Anthr. 1. T. § 77 (IV: 192ff zum Selbstmord) zitiert in: Eisler, Rudolf (1994; zuerst 1930): Kant-Lexikon Hildesheim- Zürich – New York , S. 491

KÄPPELI, SILVIA (1998): Zwischen Leiden und Erlösung. Religiöse Motive und der Leidenserfahrung von krebserkrankten Juden und Christen. Bern Göttingen Toronto Seattle

KELLER, REINER (1997): Diskursanalyse. In: HITZLER, RONALD/HONER, ANNE (Hg.) (1997): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen., S. 309-333

KESSELRING, ANNEMARIE (1999): Die Situation pflegender Angehöriger. Ein Beitrag der Pflegeforschung: Herausgegeben von: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und -pfleger (SBK), Schweizer Institut für Pflegeforschung. Bern, Schweiz. Vortrag im Rahmen der Vorlesungsreihe „Frauen und Gesundheit in Wissenschaft und Praxis“, 10.Febr.1999, LMU München

KEUPP, HEINER (2000): Eine Gesellschaft der Ichlinge? Herausgegeben vom Sozialpädagogischen Institut im SOS-Kinderdorf e.V. München

KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (EKD) (Hg.) (2005): Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland. Hannover. Texte 80

KLASCHIK, EBERHARD (1999): Übersicht: Sterbehilfe- Sterbebegleitung. In: Der Internist 1999:40, S. 276-282

KLASCHIK, EBERHARD/NAUCK, FRIEDEMANN (2002): Finalphase. In: Zenz, Michael/Donner, Barbara (Hg.) (2002): Schmerz bei Tumorerkrankungen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. WVG Stuttgart. Seite 239 - 242

KLEIN, MARTIN (1999): Das apallische Syndrom. Medizinische, ethische und rechtliche Probleme. In: Universitas. Zeitschrift für interdisziplinäre Wissenschaft 54. Jg. Januar 1999 Nummer 631 S. 65-76

KLEIN, MARTIN (2002): Sterbehilfe und das Prinzip der Doppelwirkung. In: wiener klinische wochenschrift (2002) 114/10-11: 415-421

KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (<sup>4</sup>2000; zuerst 1993): Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Eine Einführung. München

KNMG Königlich Niederländische Medizinische Gesellschaft standpunt 1971, 1973, 1975, 1978, 1984 in: <http://www.minvws.nl>

KNMG (1984) Standpunt Hoofdbestuur 1984 inzake euthanasie. Utrecht (überarbeitet in 1995)

KNMG (2003): „Standpunt inzake Euthanasie. In: <http://www.minvws.nl>

KOCK, MANFRED (2001): Ein „Nein ohne jedes Wenn und Aber. In: : Zeitzeichen. Evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft, Stuttgart, 2. Jahrgang, September 2001: 28-30

KÖNIG, FRANK (2001): Suizidalität bei Ärzten: Kein Tabuthema mehr? In: Deutsches Ärzteblatt 98, Ausgabe 47 vom 23.11.2001, Seite A-3110 / B-2641 / C-2447

KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE (1980): Erklärung zur Euthanasie: Herausgegeben von dem SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (1980): Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie. Verlautbarung des Apostolischen Stuhls 20. Bonn, und in: [www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/) unter: doctrinal documents

KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE (1998): Lehramtliche Stellungnahmen zur „Professio fidei“

In: [www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_1998\\_professio-fidei\\_ge.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_1998_professio-fidei_ge.html)

KÜBLER-ROSS, ELISABETH (1971), Interviews mit Sterbenden. Stuttgart. Originaltitel: On Death and Dying. 1969 New York, London

KÜBLER-ROSS, ELISABETH (<sup>2</sup>1975): Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, Stuttgart, Berlin, als dem Amerikanischen übersetzt von Ulla Leippe, Originaltitel: Questions and Answers in Death and Dying, London

KÜBLER-ROSS, ELISABETH (<sup>4</sup>1984) Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Tod und Sterben. Gütersloh. Originaltitel: Questions and Answers on Death and Dying 1974 New York, London

KÜBLER-ROSS, ELISABETH (1997): Das Rad des Lebens. München. Originaltitel: The wheel of life – a memoir of living and dying. New York

KÜBLER-ROSS, ELISABETH (2003): Reif werden zum Tode. Aufsatzsammlung. München. Originaltitel: On death and dying 2003. New York

KUHSE, HELGA e.a. (1997): End-of-life decisions in Australian medical practice. Eine Kurzbeschreibung der Studie in: The Medical Journal of Australia MJA 1997; 166: 191-196

KUTZER; KLAUS (2003a): Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe. Ein spezifisches Problem der Deutschen? In: Zeitschrift für Rechtspolitik ZRP 2003, Heft 6 S. 209-212

KUTZER; KLAUS (2003b): ZRP-Rechtsgespräch mit Klaus Kutzer, Vors. Richter am Bundesgerichtshof a. D. Der Vormundschaftsrichter als "Schicksalsbeamter"? In: Zeitschrift für Rechtspolitik ZRP 2003, Heft 6 S. 213-215

LEUTHOLD, MARGRIT (2000): Sterbehilfe: die nächsten Schritte. In: Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médecins suisses/Bollettino dei medici svizzeri 2001; 82: Nr 21, S. 1093-1095. Bericht über Gerrit Kimsma's einleitendem Vortrag zur Regelung der Sterbehilfe in den Niederlanden auf dem Symposium «Sterbehilfe» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom Oktober 2000

LINDEMANN, GESA (2002): Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivstation. München

LINDEMANN, GESA (2003): Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzeptes. Konstanz.

LUHMANN, NIKLAS (1975), Interaktion, Organisation, Gesellschaft, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 2. Opladen, S. 9-20

LUHMANN, NIKLAS (1981): Grundwerte als Zivilreligion. Zur wissenschaftlichen Karriere eines Themas. In: Luhmann, Niklas.: Soziologische Aufklärung 3, Opladen

LUHMANN, NIKLAS (1989): Ethik als Reflexionstheorie der Moral. In: Ders.: Gesellschaftsstruktur und Semantik Band 3. Frankfurt am Main, S. 358-448

LUHMANN, NIKLAS/SPAEMANN, ROBERT (1990): „Paradigm lost. Über die ethische Reflexion der Moral“, Rede von NIKALS LUHMANN anlässlich der Verleihung des Hegel-Preises 1989 (S. 7-48), und Laudatio von ROBERT SPAEMANN: „Niklas Luhmanns Herausforderung der Philosophie“, (S. 49-73). Frankfurt am Main

LUHMANN, NIKLAS (<sup>6</sup>1991, zuerst 1969) Funktionale Methode und Systemtheorie, in: Luhmann, Niklas: Soziologische Aufklärung 1 Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Opladen: S. 31-53

LUHMANN, NIKLAS (<sup>6</sup>1996; zuerst 1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main

LUHMANN, NIKLAS (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft Band 1 und Band 2. Frankfurt am Main

MAANEN VAN, HANNEKE (1998): "Frauen als Akteurinnen im Gesundheitswesen am Beispiel der beruflichen Pflege", in: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hg): Frauen und Gesundheit(en). München

MAY, ARND T./GEISSENDÖRFER, SILKE E./SIMON, ALFRED/STRÄTLING, MEINOLFUS (Hg.) (2002): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Hamburg, London

MAY, ARNDT T.: Verfügungsliste. Liste vorsorglicher Verfügungen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Zitiert aus Stand 25.09.2006. Jeweils aktueller Stand in: <http://www.medizinethik.de/verfuegungen.htm>

MEAD, GEORGE HERBERT (1978; zuerst 1934): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Mit einer Einleitung von Ch. W. Morris (Hg) Aus dem Amerikanischen von Ulf Pacher. Frankfurt am Main. Titel der Originalausgabe: Mind, Self and Society. From the standpoint of a social behaviorist 1934

MEHRING, ECKHARD W: (update: 28.02.2003): Niederländisches Recht. Dossier in: NiederlandeNet . <http://www.niederlandenet.de/> unter: NL Info/Niederlande

MINELLI, LUDWIG A. (2004): Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. Wie antwortet darauf das Schweizer Recht? In: Aktuelle Juristische Praxis AJP/PJA. 5/2004: 493-504. Forch-Zürich

MINELLI, LUDWIG A. (2006): Beitrag auf dem SZ FORUM WISSEN: "Recht auf Leben - Recht auf Sterben- Die Kontroverse um Patientenverfügung und Sterbebegleitung" im Gasteig München am 20.04.2006. Mitschrift: Eva Koppehele

MINISTERIE VAN BUITENLANDSE ZAKEN (2002): Begin en einde van het menselijk leven. Verslag van de zesde Nederlands-Duitse Conferentie. Augustus 2002. Der Bericht ist in Form einer zweisprachigen (niederländisch-deutschen) Broschüre über das Ministerie van Buitenlandse Zaken/Postbus 20061/2500 EB Den Haag/Niederland erhältlich

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT – NL (Hg.) (2003): Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands. Dutch Government Policy. International Publication Series Health, Welfare and Sport No 16. The Hague, August 2003. Autorin: Francke, Anneke, und in: [http://www.minvws.nl/images/palliative\\_eng\\_tcm11-45291.pdf](http://www.minvws.nl/images/palliative_eng_tcm11-45291.pdf)

MINISTERIE VAN BUITENLANDSE ZAKEN (2004): Kabinetsstandpunt euthanasie in het Duits. Stellungnahme der Regierung zur Untersuchung der Situation auf dem Gebiet der Sterbehilfe und anderer medizinischer Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende. In: Directie Voorlichting es Communicatie 070-348 49 78 2 september 2004. Auf Anforderung erhalten von der Botschaft des Königreichs der Niederlande Berlin



Mitscherlich, Alexander/Miehlke, Fred (Hg.) (1979): Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Herausgegeben, kommentiert und mit. einem neuen Vorwort von Alexander Mitscherlich. Frankfurt am Main (Vorläufer-Ausgabe: Mitscherlich, Alexander/Miehlke, Fred (Hg.) (1960): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses.)

MORLOK, KARL (1990): Wo bringt ihr uns hin? "Geheime Reichssache" Grafeneck. Stuttgart

MÜLLER, MONIKA./KERN, MARTINA (2002): Palliativmedizin und Hospizarbeit im Vergleich. In: Klinikarzt - Medizin im Krankenhaus 31 2002 Nr. 9, S. 262-263

NAPIWOTZKY, ANNE-DOROTHEA (1998): Selbstbewußt verantwortlich pflegen. Ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen. 1998 Bern Göttingen Toronto Seattle

NASSEHI, ARMIN/WEBER, GEORG (1989): Zur Geistesgeschichte des Todes. In: Dies.: Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen, S. 53-156

NASSEHI, ARMIN/WEBER, GEORG (1990): Zu einer Theorie biographischer Identität in: BIOS, Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History Heft 2/1990 S. 153-187

NASSEHI, ARMIN (1994): Systemtheoretische Soziologie. Erkundung eines Paradigmas. In: KNEER, GEORG/KRAEMER, KLAUS/ NASSEHI, ARMIN (Hg.) (1994): Soziologie. Zugänge zur Gesellschaft. Band 1 Geschichte, Theorien, Methoden. Münster, Hamburg, S. 145-168

NASSEHI, ARMIN (1997): Kommunikation verstehen. Einige Überlegungen zur empirischen Anwendbarkeit einer systemtheoretisch informierten Hermeneutik In: Sutter, Tilman: Beobachtung verstehen, Verstehen beobachten. Opladen, S. 134-163

NASSEHI, ARMIN/SAAKE, IRMHILD (2002): Kontingenz: Methodisch verhindert oder beobachtet? Ein Beitrag zur Methodologie der qualitativen Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie 31 (1) 2002, S. 66-86

NASSEHI, ARMIN (2003a): Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft. Frankfurt am Main

NASSEHI, ARMIN (2003b): Paradoxien und die Vernichtung von Kontingenz. Kapitel 1 in: Ders. (2003b): Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft. Frankfurt am Main, S. 27-58

NASSEHI, ARMIN (2004): Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses In: NATIONALER ETHIKRAT Wortprotokoll: Niederschrift über die Öffentliche Tagung zum Thema: "Wie wir sterben" am 31. März 2004 in Augsburg, Seite 32-35; 41; 42; 43; 48.

In: [http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll\\_Aug\\_2004-03-31.pdf](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Aug_2004-03-31.pdf)

NASSEHI, ARMIN/SAAKE, IRMHILD (2004): Die Begründung des Todes. Eine Antwort auf die Frage: Brauchen liberal-demokratische Gesellschaften eine "Sterbehilfe"? Todesbilder, Sterbenspraktiken und die Ethik des Heilens im Zeitalter der Biomedizin. In: EUFOBIO Europäisches Forum für Bioethik Einrichtung des Heinrich-Pesch-Hauses, Ludwigshafen. [www.eufobio.org](http://www.eufobio.org)

NASSEHI, ARMIN/SAAKE, IRMHILD (2005): Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.) (2005): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin, S. 31-54

NASSEHI, ARMIN (2006): Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive. In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 52 (2006). S. 367-377, echtzeitliche Praxis Ethikgremien/akademische Reflexionspraxis 372

NASSEHI, ARMIN (2006): Der soziologische Diskurs der Moderne. Frankfurt am Main

NATIONALER ETHIKRAT (2004): Wortprotokoll Niederschrift über die Öffentliche Tagung zum Thema: "Wie wir sterben" am 31. März 2004 in Augsburg.  
In: [http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll\\_Aug\\_2004-03-31.pdf](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Aug_2004-03-31.pdf)

NATIONALER ETHIKRAT (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahmen. Empfehlungen (Patientenverfügung). In: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1678>

DR. NAVARRO-VALLS, JOAQUÍN, DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE DELLA SALA STAMPA DELLA SANTA SEDE (2005): Stellungnahme zum Fall Schiavo vom 31.03.2005 in: [http://vatican.mondosearch.com/search\\_de.aspx?query=Terry+Schiavo&x=17&y=8](http://vatican.mondosearch.com/search_de.aspx?query=Terry+Schiavo&x=17&y=8)

NiederlandeNet (o.J.): Die SCEN-Ärzte. unter Stichwort Dossier Soziales - Sterbehilfe - SCEN

NiederlandeNet (2004a): Dossier zum Urteil des Hoge Raad im Fall Brongersma vom 24.12.2002 in NJ 2003: 167 und Zitat aus SCHALKEN, T.M. ADVOCaat-GENERAL (2003); Tijdschrift voor Gezondheidsrecht Nr.3/2003

NiederlandeNet (2004b): Sterbehilfe – Dossier Zu Haus sterben: Pflege und Palliativversorgung

NOLTE, RENATE/BENZ, GISELA/DU BOIS, GABRIELE/FRANK, CLAUDIA/PERL, FRIEDRIKE/SPATZ-ZOELLNER, ERLA/STUTTE, HILDE (2004): Legalisierung aktiver Sterbehilfe auch in Deutschland? Studie des Ethikausschusses im Deutschen Ärztinnenbund. In: Dtsch Ärztebl 2004; 101; Heft 7: A-402 / B-340 / C-333

OEVERMANN, ULRICH (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik - Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. In: [www.ihs.de](http://www.ihs.de), <http://www.objektivehermeneutik.de> Stichwort: Manifest

OLLENSCHLÄGER, GÜNTER (2001): Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Ernährungstherapie in der Palliativmedizin, in: Der Urologe (B) 2001: 41: 236-242.

ONWUTEAKA-PHILIPSEN, BREGIE D. e.a. (2003) Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. The Lancet 2003 362, 395-9

PAPST PIUS XII (1952/53): Die Sittlichen Grenzen der ärztlichen Forschungs- und Behandlungsmethoden. In: Herderkorrespondenz 7 Seite 71-76, ist zitiert in: Schockenhoff, Eberhard (2000: 462)

PAPST PIUS XII. (1957) Ansprache an die Teilnehmer des IX. Kongresses der italienischen Gesellschaft für Anästhesiologie, 24. Februar 1957, AAS 49 (1957) S. 146, zitiert in: Kongregation für die Glaubenslehre (1980): Erklärung zur Euthanasie (FN 5)

PAPST JOHANNES PAUL II. (25. März 1995): Enzyklika Evangelium vitae an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens, über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Verlautbarung des Apostolischen Stuhls 120. Herausgeber: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Bonn

PAPST JOHANNES PAUL II. (18. Mai 1998): Professio fidei . Apostolisches Schreiben zum Schutz des Glaubens, durch das u.a. einige Normen in den Codex Iuris Canonici und in den Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium eingefügt werden.

In: [www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_1998\\_professio-fidei\\_ge.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_1998_professio-fidei_ge.html)

PARSONS, TALCOTT (1994 (1989 aus Nachlass veröffentlicht, 1939? beendet): Actor, Situation und normative Muster. Ein Essay zur Theorie sozialen Handelns. Herausgeg. u. übersetzt von Harald Wenzel. Titel des wahrscheinlich 1939 beendeten Originalmanuskripts: Actor, Situation and Normative Pattern. An Essay in the Theory of Social Action. Harvard Univ. Archives

PARSONS, TALCOTT (<sup>4</sup>1996; zuerst 1972): Das System moderner Gesellschaften. Weinheim, München. Titel der Originalausgabe: The System of Modern Societies. ed. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs. New Jersey. USA

PELLEGRINO, EDMUND D. (1996): The Place of Intention in the Moral Assessment of Assisted Suicide and Active Euthanasia. In: Beauchamp, Tom L. (Hg.) (1996): Intending Death. The Ethics of assisted Suicide and Euthanasia. New Jersey

PLATON (<sup>6</sup>1941): Der Staat. Unveränderter Abdruck der 6. Auflage von 1923, übersetzt , erläutert, mit griechisch-deutschem und deutsch-griechischem Wörterverzeichnis versehen von Otto Apelt. Leipzig

POHLMIEIER, HERMANN (1995): Sterbehilfe-Sterben in Würde? In: Politische Studien Heft 340 1995 Hanns Seidel Stiftung e.V. München

POHLMIEIER, HERMANN/SCHÖCH, HEINZ/VENZLAFF, ULRICH (Hg.) (1996): Suizid zwischen Medizin und Recht. Stuttgart; Jena; New York

PUTNAM, HILARY (1993; zuerst 1980): Referenz und Wahrheit. In: Ders.: (1993): Von einem realistischen Standpunkt. Schriften zu Sprache und Wirklichkeit. Reinbek bei Hamburg, S. 133-155

PUTZ, WOLFGANG/GEISSENDÖRFER, SILKE/MAY, ARNDT T. (2002): Therapieentscheidung am Lebensende - "Ein Fall" für das Vormundschaftsgericht? Zentrum für Medizinische Ethik: Medizinethische Materialien Heft 141 Bochum 2002

PUTZ, WOLFGANG/STELDINGER, BEATE (2003): Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung Selbstbestimmtes Sterben. München

PUTZ, WOLFGANG/ STELDINGER, BEATE (2004): Pressemitteilung, 06.09.2004

PUTZ, WOLFGANG/STELDINGER, BEATE (2005): Die Bedeutung der Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofs im Fall des Komapatienten Peter K. (Traunsteiner Fall). Pressemitteilung 24.07.2005. In: [http://www.gesetzeskunde.de/Rechtsalmanach/Heilkunde/traunsteiner\\_fall.htm](http://www.gesetzeskunde.de/Rechtsalmanach/Heilkunde/traunsteiner_fall.htm)

RABBATTA, SAMIR (2006): Nationaler Ethikrat: Expertenstreit um Sterbehilfe. "Ratsmitglieder wollen ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung berufsrechtlich zulassen" In: Dtsch Ärztebl 2006; 103 Heft 30:A-2008

RADIO VATICAN (05/05/2006): Päpstliche Universität richtet Esoterik-Lehrstuhl ein. 814.47.20) (kna 050506 mc) In: <http://www.oecumene.radiovaticana.org/ted/Articolo.asp?c=77507>

(REFERENTEN)-ENTWURF (Stand 2004): Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts. Plenarsitzung 15/63 H vom 10. März 2005  
In: <http://www.skm-bistum-trier.de/reform/betraend3.pdf>

REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN für Sterbehilfe): Jahresbericht 2004, 2005, 2006. In: [http://www.toetsingscommissies euthanasie.nl/Images/Annual\\_report\\_2004\\_tcm12-21254.pdf](http://www.toetsingscommissies euthanasie.nl/Images/Annual_report_2004_tcm12-21254.pdf)

REITER-THEIL, STELLA (2000): „Ethische Reflexionen in der Medizin". Vortrag mit Fallbeschreibung eines klinischen Ethikkonsils im Forum Palliativmedizin 15.02.2000 Klinikum Großhadern der LMU München, Leitung Prof. Dr. Hiddemann. Private Mitschrift: Eva Koppehele

REITER-THEIL, STELLA (2005): Schaden in Therapie und Pflege - von der Tabuisierung zum professionellen Umgang. Vortrag gehalten in der Evangelischen Akademie Tutzing (2005). Powerpoint-Vorlage in: [www.ev-akademie-tutzing.de/doku/programm/get\\_it.php?ID=682](http://www.ev-akademie-tutzing.de/doku/programm/get_it.php?ID=682)

REMMELINK, J. (1991): Medical Decisions About the End of Life, I. Report of the Committee to Study the Medical Practice Concerning Euthanasia. II. The Study for the Committee on Medical Practice Concerning Euthanasia (2 vols.), The Hague, September 19, 1991

RIFKIN, JEREMY (2002). Access. Das Verschwinden des Eigentums. Warum wir weniger besitzen und mehr ausgeben werden. Frankfurt am Main. Titel der Originalausgabe: Ders. (2000): The Age of Access. New York

RIPPE, KLAUS PETER/SCHWARZENEGGER, CHRISTIAN/BOSSHARD, GEORG/ KIESEWETTER, MARTIN (2005): Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe. In: SJZ 101 (2005) Nr. 3-4, S. 53-91

RÖNSCH, HORST DIETER (1995; <sup>3</sup>1994): Phänomenologie. In: Fuchs-Heinritz, Werner/ Lautmann, Rüdiger / Rammstedt, Otthein/ Wienold, Hanns (Hg.): Lexikon zur Soziologie. Opladen, S. 497-498

ROST, KARL LIUDWIG (1987): Sterilisation und Euthanasie im Film des "Dritten Reiches" - Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassehygienischen Maßnahmen des NS-Staates. Husum

RYAN, C. J./KAYE, M.: Euthanasia in Australia. N Engl J Med 1996; 334: 1668-1669

SAAKE, IRMHILD (2000): "Wir sind ja keine Zauberer" - Tod im medizinischen Kontext. Vortrag gehalten auf einer Tagung der Arbeitsgruppe 'Tod und Sterben' NRW im Dezember 2000. Veröffentlichung des Vortragstextes auf der Homepage des Instituts für Soziologie LMU München Personen Publikationen

SAAKE, IRMHILD/NASSEHI, ARMIN/WEBER, GEORG (2002): Todesbilder - Strukturen der Endlichkeitserfahrung in der modernen Gesellschaft. In: Cox, H.L. und Haverkamp, D.-M. (Redaktion und Schriftleitung): Sterben und Tod. Rheinisches Jahrbuch für Volkskunde. 34. Band 2001/2002, S. 247-64

SAAKE, IRMHILD (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Soziale Welt 54, 2003, S. 429-460

SAAKE, IRMHILD (2004): Theorien der Empirie. Zur Spiegelbildlichkeit der Bourdieuschen Theorie der Praxis und der Luhmannschen Systemtheorie. In: NASSEHI, ARMIN/NOLLMANN, GERD (Hg.) (2004): Bourdieu und Luhmann. Ein Theorievergleich. Frankfurt am Main

SAAKE, IRMHILD (2006): Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung. Lehrbuch. Wiesbaden

SÄCHSISCHE LANDESÄRZTEKAMMER (2005): Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zum Referentenentwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts In: Ärzteblatt Sachsen 3/2005: Patientenverfügung

SASS, HANS-MARTIN/KIELSTEIN, RITA (2001): Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Münster

SASS, HANS-MARTIN/KIELSTEIN, RITA (<sup>4</sup>2002): Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen. Anhang). Überarbeitete Auflage. Münster

SAUNDERS, CECILY (1967): The Management of Terminal Illness. Hospital Medicine Publications. London

SAUNDERS, CECILY/ BAYNES, MARY(1991): Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen. Aus dem Englischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht. Bern

SAUNDERS, CECILY (1993): Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können. Vorwort Iblacker, Reinhold S. J., Nachwort: Student, Johann-Christoph. Freiburg

SAUNDERS, CECILY (1999): Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steckt. Freiburg

SCHALKEN, T.M. ADVOCAT-GENERAL (2003); Tijdschrift voor Gezondheidsrecht Nr.3/2003

SHELL, WERNER (2000): Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements). Hagen

SCHNEIDER, WERNER (1999): „So tot wie nötig - so lebendig wie möglich!“ Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne; eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland. Münster

SCHÖBER, KURT/DEHMEL,SUSANNE/MARBURGER FORUM (2003): "Jeder Mensch sollte das Recht haben, seinem Leben dann ein Ende zu bereiten, wenn er es mit seinem eigenen Würdeempfinden nicht mehr in Einklang bringen kann" Gespräch mit Dr. Kurt Schobert, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben und Susanne Dehmel, Pressesprecherin der DGHS. In: [www.philosophia-online.de/mafo/heft2003-5/DGHS\\_Schobert\\_Dehmel.doc](http://www.philosophia-online.de/mafo/heft2003-5/DGHS_Schobert_Dehmel.doc)

SCHÖCH, HEINZ,/VERREL, TORSTEN. e.a. (2005): Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung AE-StB. In: Goldhammer's Archiv für Strafrecht Heft 10, 152. Jg., 2005 S. 553-624

SCHOLTEN, HANS-JOSEPH (1991): Niederlande. In: Eser, Albin/Koch, Hans-Georg (Hg.) (1991): Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation. Freiburg im Breisgau, Seite 452-500. Vergriffen. Im Internet: [http://www.iuscrim.mpg.de/verlag/online/Band\\_S25/14-Niederl.pdf](http://www.iuscrim.mpg.de/verlag/online/Band_S25/14-Niederl.pdf)

SCHÖNE-SEIFERT, BETTINA/EICKHOFF, CLEMENS (1996): Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten-Studie. In: Ethik in der Medizin 1996 8: 183- 216

SCHREIBER, HANS-LUDWIG (1995): Sterben lassen ja - Töten nein. In: Politische Studien Heft 340 1995 Hanns Seidel Stiftung e.V. München, S. 93-106

SCHRÖDER, CHRISTINA e.a. (2003): Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme - Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. In: Psychother Psych Med 2003; 53:334-343 Stuttgart. New York

SCHUMACHER, JOACHIM (1978; zuerst 1937): Die Angst vor dem Chaos. Über die falsche Apokalypse des Bürgertums. Syndikat-Reprise Frankfurt am Main. Erstausgabe: Ders. (1937) Paris

SCHÜTZ, ALFRED (1974): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Frankfurt am Main

SCHÜTZ, ALFRED (1982): Das Problem der Relevanz. Herausgegeben und erläutert von Richard M. Zaner. Mit einer Einleitung von Thomas Luckmann (1971). Frankfurt am Main

SCHÜTZ, ALFRED/LUCKMANN. THOMAS (1979): Strukturen der Lebenswelt Bd. 1. Frankfurt am Main

SCHÜTZ, R.-M. (1996): Euthanasie aus geriatrischer Sicht. In: Oehmichen, M.(Hg.): Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung - eine interdisziplinäre Analyse der "Euthanasie". Lübeck , S.97-106

SCHÜTZE, FRITZ (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In:Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Jahrgang 13 Heft 3 Neuwied/Rhein, S. 283-293

SCHÜTZE, FRITZ (2001): Rätselhafte Stellen im narrativen Interview und ihre Analyse. In: Handlung Kultur Interpretation Zeitschrift für Sozial- und Kulturwissenschaften 10. Jg Heft 1 Mai 2001, S. 12-28

SEEMANN, HANNE/HARTMANN, MECHTHILD/TOPP, FRIEDHELM (2000): Die Schmerzanamnese als therapeutisches Instrument - Ergebnisse zweier Forschungsprojekte über Krebschmerzen. In Vorbereitung: Verres, Muthny, Hasenbrin: Jahrbuch Med. Psychologie, Psychosoziale Aspekte der Schmerzforschung. Neuaufl.2000

SELLMAIER, STEPHAN/VOSSENKUHL, WILHELM (2003): Moralische Ansprüche von Patienten und die Allokation von Spenderorganen. In: Oduncu, F.S./Schroth, U./Vossenkuhl, Wilhelm (Hg.): Transplantation, Organengewinnung und –allokation. Göttingen, S. 131-145

SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/ RAT DER EV-LUTH. KIRCHE IN DEUTSCHLAND EKD/ARBEITSGEMEINSCHAFT CHRISTLICHER KIRCHEN IN DEUTSCHLAND (Hg.) (<sup>1</sup>1999): Christliche Patientenverfügung - „Sie sind dabei, wenn andere für Sie entscheiden müssen“. Handreichung und Formular. Hannover, Bonn.

SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/RAT DER EV.-LUTH. KIRCHE DEUTSCHLAND (Hg.) (01.12.1999): Kurze Argumentationshilfe zur Christlichen Patientenverfügung. Verfasser: H. Langendörfer SJ/H. Barth, Bonn/Hannover

SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/RAT DER EV-LUTH. KIRCHE IN DEUTSCHLAND EKD (aktuelle Neuauflage 2003; zuerst 1989): Gott ist ein Freund des Lebens: Sterbegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Gemeinsame Texte der Evangelischen Kirche Deutschlands und der Deutschen Bischofskonferenz Nr. 17. Trier

SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ/RAT DER EV-LUTH. KIRCHE IN DEUTSCHLAND EKD (<sup>2</sup>2003): Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Handreichung und Formular . Nr. 15 der Gemeinsamen Texte der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland Hannover, Bonn und in: [http://www.ekd.de/download/patientenverfuegung\\_formular.pdf](http://www.ekd.de/download/patientenverfuegung_formular.pdf)

SELECT COMMITTEE ON EUTHANASIA (1995): The Right of the Individual or the Common Good? Vol.I. Report of the Inquiry by the Select Committee on Euthanasia, Darwin, May 1995. Northern Territory. Legislative Assembly. In: <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottireport/voll1.pdf>

SMITH, WESLEY J. (1997): Forced Exit. The Slippery Slope from Assisted Suicide to Legalized Murder. New York

STARK, WOLFGANG (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007): Qualitätsbericht. In: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Qualitaetsberichte/Sozialleistungen/Pflegeldleistungen,property=file.pdf>

STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI) (20 January 2003): Replies to the questionnaire for member States relating to euthanasia. Editor: COUNCIL OF EUROPE: In: [www.coe.int/euthanasia-report](http://www.coe.int/euthanasia-report) (Dieser Beitrag ist aus technischen Gründen unter der Bezeichnung „Europarat coe Steering Com CDBI“ in die CD-Ausgabe der Online-Beiträge zur Verfügung gestellt)

STRÄTLING; MEINOLFUS e.a. (2005): Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland. Eine interdisziplinäre Analyse rechts- und gesellschaftspolitischer Gestaltungsspielräume im Spannungsfeld zwischen ärztlicher und sozialer Fürsorge, Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten, Schadensvermeidung und Lebensschutz:

In. <http://patientenverfuegung.de/pv/PDF%20Dateien/Studiezum3BtRAendG.pdf>

:

STRAUSS, ANSELM L./CORBIN. JULIET M. (1988): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München-Zürich

STRAUSS, ANSELM L. (<sup>2</sup>1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 2.Aufl. München. Aus dem Amerikanischen von Astrid Hildenbrand. Mit einem Vorwort von Bruno Hildenbrand

STRECKEISEN, URSULA (1994): „Doing Death. Expertenpraktik in den Kontexten von Lebenserhaltung, Verlust und Wissenschaft.“ S.232-245 in: Hitzler et al (Hg.) 1994: Expertenwissen. Opladen

STRECKEISEN, URSULA (1998): Vom Kampf gegen den Tod zur Strategie des Offenhaltens. Definitionsverzicht und Handlungsmacht der Medizin am Sterbebett. In: Becker, Ulrich/Feldmann, Klaus/Johannsen, Friedrich (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Neukirchen/Vluyn, : S. 73-82

STRECKEISEN, URSULA (2001): Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen

SZ FORUM WISSEN DER SÜDDEUTSCHEN ZEITUNG (2006): Recht auf Leben - Recht auf Sterben. Die Kontroverse um Patientenverfügung und Sterbebegleitung. Gasteig München am 20.04.2006 (Mitschrift der Statements z.B. von Prof. Dr. med. Giandomenico Borasio, Oberkirchenrätin Susanne Breit-Keßler: E.K.)

TAUPITZ, JOCHEN (Hg.) (2000): Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation - Regulations of civil law to safeguard teh autonomy of patients at the end of their life. Berlin e.a.

TERNO, ELISABETH (2003): „Ergänzung zur Handreichung zum curricularen Basisbaustein „Sterben und Tod“. Text II Grundlagen 29 01 03.doc, erhalten von: Hessische Landesregierung, Ref. f. Öffentlichkeitsarbeit. Hausdruck

THOMAS VON AQUIN (1988): Über die Trinität. Stuttgart

TECHNIKERKASSE (Stand vom 22.03.2006): Länderinformationen – Australien.  
In: [www.tk-online.de/](http://www.tk-online.de/) unter dem Stichwort Länderinformationen

TEN HAVE, HENK/KIMSMA, GERRIT (1991): Der Wandel der Anschauungen der medizinischen Ethik, in: Sass, H.-M./Viefhues, H.(Hg.) 1: Güterabwägung in der Medizin. Berlin, Heidelberg, S. 137-155

TOLMEIN; OLIVER (2006a): Todesnähe im Sinne des Gesetzes. Anhaltspunkte: Wie wird der DEUTSCHE JURISTENTAG DJT zur Sterbehilfe entscheiden? In: F.A.Z. 19.09.2006, Nr. 219, S.37 und <http://www.tolmein.de/bioethik,recht,207,Deutscher-Juristentag.html>

TOLMEIN, OLIVER (2006b): Selbsttötung, selbstbestimmt. Gabriele Wolfslast und Kurt Schmidt erörtern den Suizid. In: F.A.Z. 02.08.2006, Nr. 177: 30

UHLENBRUCK, WILHELM (1978): Patienten-Testament mit Vorsorgevollmacht. In: NJW 1978, 566

UHLENBRUCK, WILHELM (2003): Bedenkliche Aushöhlung der Patientenrechte durch die Gerichte. In: NJW 2003, Heft 24 S. 1710-1712

UNIVERSITÄT MAASTRICHT Sektion Gesundheitsethik und Philosophie (2002): The role of nurses by medical decisions in relation to the end of (one's) life Von 01/1998 - 01/2002 unter Prof.dr. R.H.J. ter Meulen von Drs. A.G.G. van der Scheur durchgeführte Studie. Originaltitel: De rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde.  
In: <http://www.onderzoekinformatie.nl/en/oi/nod/onderzoek/OND1265585/>

Wälterli, Urs (2000): Das Leiden der Aborigines geht weiter. In: Vielfalt 35 (2000), Zeitschrift für Zeitschrift für bedrohte Völker: Aborigines. Sydney, S. 2-5

VAN DEN DAELE. WOLFGANG (2001): Von moralischer Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in diskursiven Verfahren. In: Zeitschrift für Soziologie 30 (1), S. 4-22

VAN DER WAL, GERRIT/VAN DER HEIDE, AGNES/ONWUTEAKA-PHILIPSEN, BREGIE D./VAN DER MAAS, PAUL J. (2003): Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingprocedure euthanasie Utrecht: De Tijdstroom Die Praxis und das Kontrollverfahren bei Sterbehilfe) Rotterdam

VAN LEEUWEN, EVERT/KIMSMA, GERRIT (2000): Euthanasie und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden. In: Gordijn, Bert/Ten Have, Henk (Hg.) (2000): Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart-Bad Cannstatt

VAN TOL, DONALD (2005): Grensgeschillen - een rechtssociologisch onderzoek naar het classificeren van euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde Dit onderzoek kwam tot stand met steun van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) Gedrukt door: Facilitair Bedrijf /Grafimedia, Groningen ISBN: 90-367-2411-2

VERREL, TORSTEN (2006): 1. Thesen zum Gutachten. In: DEUTSCHER JURISTENTAG DJT djt (2006a) (Hg.): Thesen der Gutachter und Referenten zum 66. Deutschen Juristentag Stuttgart 19.-22. September 2006 Strafrecht: Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung, S. 2-27. In: [http://www.djt.de/files/66\\_DJT\\_Thesen.pdf#search=%22Borasio%20Referat%2066.%20djt%22](http://www.djt.de/files/66_DJT_Thesen.pdf#search=%22Borasio%20Referat%2066.%20djt%22)

VIRT, GÜNTER (2000:633): Epikie. In: Korff, Wilhelm, Beck, Lutwin /Mikat, Paul (Hg.) im Auftrag der Görres-Gesellschaft in Verbindung mit Honnefelder, Ludger/Hunold, Gerfried W./Mertens, Gerhard/Heinrich, Kurt/Eser, Albin : Lexikon der Bioethik. Gütersloh, S. 631-633.

VOLLMANN, JOCHEN (2000): Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid. Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte. In: Gordijn, Bert/Ten Have, Henk Hg.): Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart-Bad Cannstatt,, S. 31-70

VOSENKUHL, WILHELM (2006): Die Möglichkeit des Guten. Ethik im 21. Jahrhundert. München

WÄLTERLIN, URS (2000): Das Leiden der Aborigines geht weiter. In: Vielfalt 35 (2000), Zeitschrift für bedrohte Völker: Aborigines. Sydney, S. 2-5

WARSHAW, MAL (Hg.) (1997): Working it through. Photographies by M. Warshaw, Text by KÜBLER-ROSS, ELISABETH. New York.

WETTSTEIN, HARRI (1995): Leben- und Sterbenkönnen: Gedanken zur Sterbebegleitung und zur Selbstbestimmung der Person. 1995 Bern e.a.

WOLFLAST, GABRIELE/SCHMIDT, KURT (Hg) (2005): „Suizid und Suizidversuch“. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag. München

## **Gesetze und Gesetzesvorschläge**

### **Australien:**

Gesetze des Commonwealth Of Australia sind seit 1. Januar 2005 in dem ständig aktualisierten Federal Register of Legislative Instruments (FRLI) unter [www.frli.gov.au](http://www.frli.gov.au) zugänglich.

### **Verfassungsgesetze**

Australien: Verfassung Kap. VIII

In: <http://www.aph.gov.au/senate/general/constitution/chapter8.htm>

*Australien: Northern Territory Self Government Act 1978 (Cth):*

<http://www.foundingdocs.gov.au/scan.asp?sID=447>

### **Euthanasiekontrollgesetz und Entwürfe Australien**

Australien: Bills Digest 45 1996-97: Euthanasia Laws Bill 1996: Parliamentary Library des Commonwealth of Australia, 17.10.1996

und <http://www.aph.gov.au/library/pubs/bd/1996-97/97bd045.htm>



Australien: Euthanasia Laws Act 1997 (Cth) C2004A05118, No. 17, 1997. In: <http://www.comlaw.gov.au/comlaw/Legislation/Act1.nsf/0/484CEDAD0DB7D221CA256F720018A878?OpenDocument>

Australien: NT RTI Act 1995: Rights of the Terminally Ill Act (RTI Act) 1995 No 12 (NT) In: Government Gazette, No. S15 vom 13.06.1996  
und: <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rotti95.pdf>

Australien: NT RTI Act 1997 as in force at 10 December 1997 (NT). In: [http://notes.nt.gov.au/dcm/legislat/legislat.nsf/0/4d6231fd5c4f4e396925657000094754/\\$FILE/Repr030.pdf](http://notes.nt.gov.au/dcm/legislat/legislat.nsf/0/4d6231fd5c4f4e396925657000094754/$FILE/Repr030.pdf)

Australien: Senate Legal and Constitutional Legislation Committee (1997): Euthanasia Laws Bill 1996, Consideration of Legislation Referred to the Committee. Herausgeber: The Parliament of the Commonwealth of Australia. In: <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/euthanasia97.pdf>

Australien: Senate Standing Committee for the Scrutiny of Bills, Alert Digest, No. 7/96, 18 September 1996, p. 6, zit. in: Senate Legal and Constitutional Legislation Committee (1997) S. 19f.

### **Belgien:**

Die Verfassung Belgiens

Koordinierter und ständig aktualisierter Text in: [http://www.senate.be/doc/const\\_de.html](http://www.senate.be/doc/const_de.html) und [www.senate.be/doc/const\\_fr.html](http://www.senate.be/doc/const_fr.html)

Euthanasiekontrollgesetz:

Belgien GESETZ BEZÜGLICH DER EUTHANASIE (2002) frz.

Loi relative à l'euthanasie. Wet betreffende de euthanasie. Dossier No 2002-05-28/37. Im Belgischen Staatsblad (2002: 28515ff) unter Nummer [C - 2002/09590] N. 2002 — 2141 in französischer und niederländischer Sprache veröffentlicht. <http://www.trustclip.com/1794U9NPCK842e655L0U39HU4DT>

Belgien GESETZ STERBEHILFE (2002) Unautorisierte deutsche Übersetzung des Gesetzes bezüglich der Euthanasie unter der Überschrift: Belgien Gesetz zur Sterbehilfe von 28. Mai 2002: Haubold, Katharina/Koch, Hans-Georg/Lilieur, Juliette (o.J.): Das belgische Sterbehilfegesetz vom 28.5.2002 In: [http://www.iuscrim.mpg.de/forsch/straf/referate/sach/medrecht\\_e.html](http://www.iuscrim.mpg.de/forsch/straf/referate/sach/medrecht_e.html)

### **Bundesrepublik Deutschland BRD:**

**Gesetzestexte der Bundesrepublik Deutschland sind entsprechend der jeweiligen Gesetzesart in [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) , einem Service des Bundesjustizministeriums Berlin, zugänglich**

**BRD Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland GG I.** Die Grundrechte (Art. 1 - 2)

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

in: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

### **BRD Bürgerliches Gesetzbuch BGB**

§§ 133, 823ff, 1004, Betreuung 1896, 1901, 1904, 1906 in: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

BRD 1. Betreuungsrechtsänderungsgesetz 1. BtÄndG (1998) (Bundesgesetzblatt BGBI I 1998: 1580) – in Kraft getreten am 01.01.1999 – Wirksamkeit des persönlich Bevollmächtigten: Absatz 2 des § 1904 BGB (1998)

BRD 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz 2. BtÄndG (2005); Bundestagsbeschluss vom 18.2.2005, Bundesratsbeschluss vom 18.3.05 (Bt-Drs. 15/2494 mit Änderungen: Bt-Drs. 15/4874 = BR-Drs. 121/05 ) <http://217.160.60.235/BGBL/bgb11f/bgb1105s1073.pdf>

BRD (REFERENTEN)ENTWURF (2004) Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts  
<http://www.skm-bistum-trier.de/reform/betraend3.pdf>

BRD weitere Entwürfe zu einem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz:

Stünker, Joachim e. a. (2008): Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442 16. Wahlperiode 06.03.2008. Gesetzentwurf der Abgeordneten Joachim Stünker e. a. In: [dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf](http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf)

Bosbach, Wolfgang e. a. (2008): Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz - PatVerfG). In: Deutscher Bundestag Drucksache 16/...16. Wahlperiode. Gesetzentwurf der Abgeordneten Wolfgang Bosbach e. a. In: <http://www.medizinethik.de/Bosbach-GE-PV.pdf>

Zöller, Wolfgang e. a.: Entwurf eines Gesetzes zur Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen (Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz PVVG). In: Deutscher Bundestag Drucksache 16/... 16. Wahlperiode. Gesetzentwurf der Abgeordneten Wolfgang Zöller e. a. In: <http://www.medizinethik.de/Zoeller-GE-PV.pdf>

**BRD Bundesnotarordnung (BNotO)** § 78a in: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

**BRD Gesetz über die Berufe in der Altenpflege** (Altenpflegegesetz - AltPflG) § 3.  
 In: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

**BRD Strafgesetz für die Bundesrepublik Deutschland StGB**

§ 34 StGB Notstand

§ 216 StGB Tötung auf Verlangen

§§ 223- 228 StGB Einwilligung

§ 323c StGB Unterlassene Hilfeleistung

in: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

**Niederlande:**

**NL Euthanasiekontrollgesetz:**

NL Euthanasiegesetz:

Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe zur Selbsttötung (in Kraft getreten zum 1. April 2002). Deutsche Ausgabe

in: [www.minbuza.nl/default.asp?CMS\\_TCP=tcpAsset&id=55EC087C2A064B85A8788295A84CA693](http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_TCP=tcpAsset&id=55EC087C2A064B85A8788295A84CA693)

NL Euthanasiewet:

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2001): Nr. 194, ausgegeben am 12.04.2001 in Den Haag.

Unter Adresse <http://www.nvve.nl/assets/nvve/info/euthanasiewet.pdf>

NL MODEL REPORT in deutscher Sprache in:

[http://www.minbuza.nl/binaries/minbuza\\_core\\_pictures/pdf/c/c\\_52765.pdf](http://www.minbuza.nl/binaries/minbuza_core_pictures/pdf/c/c_52765.pdf)

**NL Strafgesetzbuch** Artikel 40 außergesetzlicher Notstand

NL Strafgesetzbuch Artikel 293 Tötung

NL Strafgesetzbuch Artikel 294 Tötung auf Verlangen

**Oregon:**

OREGON Ballot Measure 16 (8. Nov. 1994): Allows Terminally Ill Adults to Obtain Prescription for Lethal Drugs. In <http://bluebook.state.or.us/state/elections/elections21.htm>

OREGON Ballot Measure 51 (1997): Repeals Law Allowing Terminally Ill Adults To Obtain Lethal Prescription. Gesetzesvorlage. In: <http://bluebook.state.or.us/state/elections/elections22.htm> ,

OREGON Ballot Measure 51 Basics <http://www.leg.state.or.us/comm/commsrvs/51final.pdf>

OREGON DEATH WITH DIGNITY NATIONAL CENTER in.  
<http://www.dwd.org/news/releases/08.20.04.asp>

OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES (2006-02-09): Public Health Division Reporting Requirements of the Oregon Death with Dignity Act. In:  
<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/rules.pdf>

OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES . (2006): OREGON STATE PUBLIC HEALTH - Office of Disease Prevention and Epidemiology EIGHTH ANNUAL REPORT on Oregon's Death with Dignity Act (DWDA) Physician-assisted suicide (PAS), March 9, 2006. Portland, OR.  
<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year8.pdf>

OREGON DVD ACT revised - The Death with Dignity Act: Oregon revised Statutes (1997) In:  
<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>

OREGON REPORTING REQUIREMENTS OF THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT, Bestandteil der Oregon Administrative Rules OARS. In: <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/oars.shtml>

## Schweiz

Bundesamt für Justiz, Schweiz: Unter [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch) sind zu Sterbehilfe Dokumentationen Urteile und Motionen abrufbar, so zur Abschaffung des "Sterbetourismus", zur Änderung des Artikels 115 StGB Verleitung und Beihilfe zur Selbsttötung, zur Neuregelung der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe.

## Gerichtsurteile

### Bundesrepublik Deutschland:

BGH 08.05.1991 3 StR 467/90 - Krankenschwester-Urteil - BGHSt 37, 376 und NJW 1991, 2357 (Sterbehilfe nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zulässig... ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation)

BGH 13.09.1994 - 1 StR 357/94 - Kemptener Urteil.- NJW 1995:204  
und SCHELL, WERNER (<sup>2</sup>2000: 56f) (Patientenwille, mutmaßlicher Patientenwille)

BGH 15.11.1996 - 3 StR 79/96 - Dolantin-Urteil - abgedruckt in. SCHELL, WERNER (<sup>2</sup>2000: 71f) (indirekte Sterbehilfe)

BGH 17. 03. 2003 XII. ZB 2/03 - Lübecker Fall - MedR 21: 512 – 520 und NJW 2003: 1588 (Der BGH verpflichtet die Vormundschaftsgerichte, gemäß dem Patientenwillen zu entscheiden, wenn ein Betreuer eine vom Arzt für indiziert gehaltene lebenserhaltende Maßnahme bei einem entscheidungsunfähigen Patienten ablehnt)

BGH 08. 06. 2005 XII ZR 177/03 - BGHZ 08.06.2005 154, 205 (Durchsetzbarkeit einer Patientenverfügung gegen ein Pflegeheim)

BVerfG, BUNDESVERFASSUNGSGERICHT Beschluss vom 30. Januar 2002, BVerfG, 2 BvR 1451/01: In. [http://www.uni-koeln.de/jur-fak/inststaa/gesundheitsrecht.net/urteile/sterbebegleitung/bverfg/bverfg\\_1451\\_01.pdf](http://www.uni-koeln.de/jur-fak/inststaa/gesundheitsrecht.net/urteile/sterbebegleitung/bverfg/bverfg_1451_01.pdf)  
und <http://www.bverfg.de>

VERWALTUNGSGERICHT Karlsruhe Urteil v 11.12.1987 - 8 K 205/87 - NJW 1988: 1536 ff

OLG Frankfurt, Beschluss vom 15. Juli 1998 - NJW 1998, S. 2747-2749. (In dem sog. „Frankfurter Fall“ erklärt das OLG Frankfurt die durch das Vormundschaftsgericht geprüfte Zustimmung eines Betreuers zum Abbruch künstlicher Ernährung bei einer nicht sterbenden irreversibel komatösen Patientin für zulässig)

LG München I, Beschluss vom 18. Februar 1999 - NJW 1999: 1788-1789. (Das LG München verneint die Zuständigkeit von Vormundschaftsgerichten für Behandlungsabbruch)

### **Europäischer Gerichtshof:**

EGMR Vierte Sektion (2002) Urteil *Pretty vs. Vereinigtes Königreich* vom 29. 4. 2002 - 2346/02 – NJW 2002: 2851

### **Niederlande:**

Folgende Urteile sind zitiert in: SCHOLTEN, HANS-JOSEPH (1991):

BEZIRKSGERICHT LEEUWARDEN (1973): Urteil *Postma* vom 21.1.1973 – NJ Nederlandse Jurisprudentie 183 (1973)

BEZIRKSGERICHT ALKMAAR (1983): Urteil vom 10.05.1983 - NJ Nederlandse Jurisprudentie 107 (1983)

HOGE RAAD (1984): Urteil vom 27.11.1984 – NJ Nederlandse Jurisprudentie 106 (1985)

HOGE RAAD (1986): Urteil vom 11.9.1986 - NJ Nederlandse Jurisprudentie 609 (1987)

HOGE RAAD (1994): Urteil *Chabot* HR 21-6-1994 vom 21.6.1994 - – NJ Nederlandse Jurisprudentie. 656, 3155. (1994)

*HOGE RAAD (2002): Urteil Brongersma vom 24.12.2002 in NJ 2003: 167; Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Nr.3/2003: 226*

## Abstract

How does the modern claim „Sterbebegleitung statt Sterbehilfe!“ change to a myth, what kinds of myths set it to work, and what happens by that mythology on the different levels of social practice?

Proceeding from system-theoretical constructivism, Eva Koppehele answers these questions in three ways: She analyses and typecasts the discourse about dying and death

- on the functional level by observing sociological argumentations
- on the organisational level by observing organisational statements
- on the level of interaction by observing biographical narrations and theme-centred interviews with experts.

Constructing structurally different and various Types she demonstrates that there is not one ‘right’ end-of-life-care but a variety of dealing with death and dying which is communicatively created. By showing how this takes place she can alter those moralistic claims by more differentiated theses to present them as more adequate guiding principles.

Wie verfestigt sich das moderne Postulat „Sterbebegleitung statt Sterbehilfe!“ zum Mythos, welche Mythen stehen dahinter und was geschieht durch diese Mythisierung auf den unterschiedlichen Ebenen sozialer Praxis?

Aus der Perspektive eines systemtheoretisch informierten Konstruktivismus beantwortet Eva Koppehele diese Frage dreifach: Sie analysiert und typisiert den Diskurs über Sterben und Tod

- auf der gesellschaftlichen Ebene am Beispiel soziologischer Argumentationen,
- auf der organisationellen Ebene am Beispiel organisationeller Verlautbarungen und
- auf der Interaktionsebene am Beispiel biografischer Narrationen Betroffener und themenzentrierter Experteninterviews.

Mit der Konstruktion strukturell verschiedener und variantenreicher Typen weist sie nach, dass es nicht ‚die‘ richtige Sterbebegleitung ‚gibt‘, sondern dass der Umgang mit Tod und Sterben kommunikativ *erzeugt* wird. Indem sie zeigt, wie dies geschieht, kann sie die morallastigen Forderungen jenes Begleitungsmythos in differenziertere Thesen umformulieren und als adäquatere Handlungsanleitungen anbieten.

**Lebenslauf**

- 09.06.1936 Ich, Eva Koppehele, bin geboren in München als erstes Kind der Eheleute Franziska (Kontoristin) und Josef Bräu (Werkmeister)
- 1939 Geburt meines Bruders
- 1942 evakuiert nach Unterfranken
- ab 1945 Rückkehr nach München, Volksschule  
Kurzform Musisches Gymnasium München-Pasing, Abitur  
Ausbildung zum Lehramt am Volksschulen LBA München-Pasing
- ab 1958 Prüfung für das Lehramt an Volksschulen, Ausübung des Lehrberufs an der Volksschule Vagen und Mehring (Oberbayern)
- 1960 Heirat mit Dipl. Ing. Frithjof Koppehele
- ab 1961 Ausscheiden aus dem Lehrberuf  
Geburt zweier Söhne,  
Pflege in der Verwandtschaft  
BRK-Ausbildung zur Schwesternhelferin  
ehrenamtliche Tätigkeiten in Senioren- und Behindertengruppen
- ab 1982 Gründung und Leitung von Selbsthilfegruppen  
„Frauen nach Brustkrebs“  
Ehrenamtliche Tätigkeit: Psychosoziale Beratung  
Monatliche Supervision am Selbsthilfezentrum München
- 1996 Erlangung der Erlaubnis zur Heilkunde durch nichtärztliche Psychotherapeuten (HPG)
- ab 1996 Immatrikulation an der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Zwischenprüfung Philosophie
- ab 2000 Doktorandenstudium an der LMU München als Gaststudentin in Psychologie und Philosophie mit Soziologie als Hauptfach
21. 07. 2008 Disputation der Dissertationsschrift am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München

München, den 21.07.2008

Eva Koppehele  
81379 München Ludwig-Braille-Str. 1  
E-mail: Eva.Koppehele@freenet.de